



DOLENTIUM HOMINUM

N. 41 – anno XIV – N. 2, 1999

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

DIREZIONE

S.E. MONS JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore
S.E. MONS 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. JESÚS
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
FFORDE PROF. MATTHEW
GRASSER P. BERNARD, M.I.
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

EDITORIALI

- 6 **La Pastorale della Salute nell'Esortazione Apostolica "Ecclesia in America"**
S.E. Mons. Javier Lozano
- 9 **La Pastorale della Salute nella Enciclica "Fides et Ratio" di Sua Santità Giovanni Paolo II**
S.E. Mons. Javier Lozano

MAGISTERO

- 18 **Dai discorsi del Santo Padre**

ARGOMENTI

- 26 **La salute della donna**
Mons. Jean-Marie Mpendawatu
- 29 **Il cervello e l'anima**
Prof. Dr. Charles Probst

TESTIMONIANZE

- 36 **Un modo nuovo di accompagnare i morenti: il "Franziskus-Hospiz" a Hochdahl**
Gregor Spieß
- 39 **Sacerdote a titolo di ospitalità**
Fra Pascual Piles
- 42 **La Santa Sede e il Comitato Internazionale di Medicina Militare**
Abate L. De Maere

ATTIVITÀ DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

VII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

- 46 **Cronaca**
Don Krzysztof Nykiel
- 49 **Lettere di Giovanni Paolo II per la nomina a Inviati Speciali alle celebrazioni**
- 49 **Giovanni Paolo II è vicino a tutti coloro che soffrono**
- 51 **Omelia del Cardinale Fiorenzo Angelini**

- 53 **Saluto del Cardinale Fiorenzo Angelini**

CERIMONIA DI INAUGURAZIONE DELLE CELEBRAZIONI DELLA VII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO BEIRUT, 8 FEBBRAIO 1999

- 54 **Discorsi delle Personalità intervenute**

GIORNATA DI RIFLESSIONE SULL'OSPEDALE CATTOLICO BEIRUT, 9 FEBBRAIO 1999

- 60 **Contributi per l'identità di un ospedale cattolico**
S.E. Mons. Javier Lozano

- 67 **Etica e gestione di un ospedale cattolico**
Fra Pierluigi Marchesi

INCONTRO DEI VESCOVI RESPONSABILI DELLA PASTORALE SANITARIA DELL'ASIA BEIRUT, 10 FEBBRAIO 1999

- 73 **Organismi episcopali nazionali, diocesani e parrocchiali per la Pastorale della Salute**
S.E. Mons. Javier Lozano

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal catalogo della mostra "San Giovanni di Dio patrono dei librai" organizzata in occasione del V centenario della nascita, 1495-1995, Benevento 1996



**«Unxit me evangelizare pauperibus»,
proclama Gesù (Lc 4, 18).**

**Gli evangelizzatori devono dedicare
un'attenzione preferenziale ai poveri.**

**Poveri, in qualche modo,
sono anche coloro a cui manca
il bene fondamentale della salute:
una pastorale sanitaria ben organizzata
fa anch'essa parte
dell'opera evangelizzatrice.**

Giovanni Paolo II

*dal discorso tenuto ai partecipanti alla IV riunione plenaria
della Pontificia Commissione per l'America Latina,
23 giugno 1995*

Editoriali



*La Pastorale della Salute
in due documenti pontifici:
“Ecclesia in America”
e “Fides et Ratio”*

La Pastorale della Salute nell'Esortazione Apostolica "Ecclesia in America"

Il 22 gennaio 1999, il Santo Padre ha firmato e consegnato ai Vescovi e a tutto il popolo di Dio pellegrino nel continente americano, l'Esortazione Apostolica "Ecclesia in America", in cui ci descrive come deve avvenire in terra americana l'incontro con Gesù Cristo vivo, via per la conversione, la comunione e la solidarietà.

Si tratta di un documento suddiviso in 6 capitoli con 136 numeri in totale, in cui, dopo l'introduzione, si parla dell'incontro con Gesù Cristo vivo come via per la conversione, la comunione e la solidarietà, e della missione della Chiesa oggi in America, cioè della nuova Evangelizzazione.

Tra gli importanti temi trattati, abbiamo selezionato qui quelli che si riferiscono in modo particolare alla Pastorale della Salute, offrendone un piccolo commento. Sono quattro punti: l'incontro con Gesù Cristo nel malato, la conversione alla santità nella pastorale della salute, la solidarietà nella pastorale della salute e il problema della tossicodipendenza.

1. L'incontro con Gesù Cristo nel malato

Al numero 18 si specifica che l'incontro con Gesù Cristo vivo in America, avviene anche attraverso l'incontro con il malato. Troviamo Gesù Cristo vivo nell'assistenza agli anziani e agli ammalati, negli asili, negli ospedali, nei dispensari là dove si esprime la coscienza di una solidarietà concreta tra le diverse comunità del continente e del mondo intero, manifestando così la fraternità dei cristiani.

Il tema dell'incontro con Gesù Cristo nel malato è molto conosciuto alla luce di *Mt 25*; 36, 39, 43-45 nella narrazione del Giudizio finale, in cui Gesù ci dice che era malato e che lo abbiamo visitato, o non lo abbiamo fatto, nel più piccolo dei nostri fratelli.

In America ci sono 4.359 centri sanitari cattolici registrati come tali; molte sono le opportunità che si presentano per questo incontro con Gesù Cristo, non solo in questi centri, ma anche negli altri ospedali e con tutti i malati che vivono nelle loro case. Questo incontro avviene in generale con tutto il

mondo della salute, che nel continente americano è molto esteso.

Sotto diverse prospettive, sia in America del Nord, sia in quella del Sud, del Centro e nelle Antille, uno dei punti principali che interessano attualmente la società è il problema della salute. In molti paesi, la salute è diventata una delle preoccupazioni più rilevanti del settore pubblico. La si esige per giustizia sociale ed è nella cura della salute che troviamo uno dei luoghi privilegiati per incontrare Gesù Cristo vivo.

I 4.359 centri sanitari cattolici sono la prova che l'intera America oggi si preoccupa di incontrare Gesù Cristo vivo nel mondo della salute; questo incontro si fa sempre più intenso e nell'Esortazione si menziona e si sottolinea che è nel cuore stesso della Chiesa, oltre ad essere patrimonio della Chiesa in America da tanti secoli, fin dall'inizio dell'evangelizzazione del continente.

2. La conversione alla santità nella Pastorale della Salute

La santità consiste nell'incontro con Gesù Cristo vivo. Per questo, nel trattare il tema della conversione, il n. 30 del documento "Ecclesia in America", tra le diverse forme con cui ci descrive come deve essere la santità, ci dice che l'essere santo non è altro che il prolungare l'amore di Cristo nella storia, in particolare nelle cure prestate ai malati.

La santità consiste nell'unione, operata dallo Spirito Santo, dell'uomo con il Padre attraverso Cristo; se Cristo si trova nel malato, quando il cristiano si unisce agli ammalati prodigandosi per loro, lo Spirito Santo lo unisce a Cristo e lo fa progredire nella santità. Per questo molti santi hanno scelto il cammino della pastorale della salute facendone il carisma particolare degli ordini religiosi da loro fondati, come, tra gli altri, San Giovanni di Dio e San Camillo de Lellis.

3. La solidarietà ecclesiale nella Pastorale della Salute

Per favorire la comunione con Cristo e

con tutte le persone del continente, nel n. 48 dell'Esortazione, il Papa invita ad accompagnare i bambini nel loro incontro con Cristo. La Chiesa è riconoscente per l'operato, tra gli altri, degli operatori sanitari che sono al servizio della famiglia e dei bambini con lo stesso atteggiamento di Gesù Cristo che disse "Lasciate che i bambini vengano a me..." (Mt 19, 14). Fa riferimento anche alla condizione dolorosa di molti bambini in America, che include la mancanza di una cura adeguata della loro salute.

È nella solidarietà che bisogna raggiungere la santità nella cura degli ammalati, e a partire da questa combattere la cultura della morte in una società dominata dai potenti. Questo dice il documento al n. 63: il Papa pensa agli anziani e ai malati incurabili, talora oggetto di eutanasia, tante volte condannata dal Magistero; esprime il suo apprezzamento per quanto viene fatto per difendere il malato incurabile. Si appella ai cattolici che operano nel campo medico-sanitario affinché difendano le vite che corrono maggior pericolo, agendo con una coscienza rettamente formata secondo la dottrina cattolica.

In una società efficientista in cui tutto si misura secondo il binomio costo-efficacia, l'anziano e il malato incurabile non sono produttivi e si tende ad eliminarli. Questa è la logica della cultura della morte. Il Papa denuncia questo modo di pensare e ci invita a lottare contro di esso. La persona ha un valore inviolabile radicato nella propria dignità come persona umana, indipendentemente dalla sua capacità produttiva. La globalizzazione dell'economia nel campo della salute può avere buoni risultati, ma se tutto si finalizza nel lucro, giungiamo ad estremi quali l'eutanasia e il suicidio, oggi eufemisticamente considerato come "morte assistita".

Più avanti, l'Esortazione tocca il tema delle popolazioni indigene e degli americani di origine africana. Come abbiamo già menzionato, la Chiesa si è distinta per l'attenzione che, nella storia dell'evangelizzazione in America, ha rivolto agli ammalati, in particolare agli autoctoni. Famosi sono gli ospedali per gli indigeni che essa fondò ovunque. Nel n. 64 si raccomanda di rispondere ai bisogni sanitari dei popoli indigeni e degli americani di origine africana. In alcuni paesi dell'America, l'assistenza sociale statale non è giunta a questi settori ed è urgente che la Chiesa non li abbandoni, e nel suo ruolo sussidiario continui la sua pratica multisecolare; il che non esclude il suo intervento diretto anche quando la sicurezza sociale si sarà estesa a questi settori più bisognosi; la

sua esperienza le indicherà nuove strade che, basandosi su quelle passate, possono essere sufficientemente creative per rispondere alle nuove necessità.

4. La tossicodipendenza

Un altro punto legato alla Pastorale della Salute è il problema della tossicodipendenza. L'Esortazione non lo dimentica e al riguardo fa alcune menzioni.

Il n. 24 considera gli ostacoli all'incontro con Gesù Cristo, e tra questi cita il commercio e il consumo di droga; si tratta della sfida più urgente che compromette il prestigio internazionale dei paesi.

Parlando di solidarietà, il n. 56 colloca l'abuso delle sostanze stupefacenti tra i peccati che gridano al cielo. Tra questi si devono ricordare il commercio di droghe, il riciclaggio di guadagni illeciti, ecc.; afferma che questo peccato manifesta una profonda crisi, la perdita del senso di Dio, l'assenza di principi morali; senza un riferimento morale si cade nella bramosia illimitata della ricchezza e del potere che offusca ogni visione evangelica della realtà sociale e avversa la promozione della solidarietà e della pace.

Più avanti, riferendosi nuovamente alla solidarietà, il n. 61 affronta ancora il problema delle droghe e parla di collaborare per la sua soluzione. Non tralascia di contemplare il problema relativo alla sua produzione da parte degli agricoltori poveri che la ritengono un mezzo per uscire dalla povertà ed incita a favorire produzioni agricole alternative che permettano modi onesti di vita. Insieme ancora sul fatto che, per combattere il problema della droga è necessario dare un senso autentico alla vita.

Non c'è dubbio che il problema della droga sia molto rilevante oggi in America e non potrebbe restare fuori del trattamento che l'Esortazione Apostolica fa della serie di difficoltà che si riscontrano in quel continente e che avversano la Nuova Evangelizzazione e infrangono la solidarietà. La dottrina pontificia al riguardo ha insistito in altre occasioni¹ nei tre passi fondamentali di fronte all'abuso di sostanze psicotropiche e tutte le sue conseguenze, cioè: prevenzione, repressione ed accompagnamento.

La *prevenzione* riguarda tutta la formazione necessaria che deve essere impartita alla società a questo proposito, in particolare alle nuove generazioni, in cui si deve insistere affinché in ognuno siano profondamente radicati quei principi cristiani fondamentali che danno senso alla vita: i valori, senza i

quali è impossibile combattere l'abuso di droga.

Se non c'è richiesta di droga, l'offerta termina; ma fino a quando continuerà la domanda, ci sarà offerta con tutti i problemi della produzione e del traffico illecito. Ci sono differenze nell'offerta e nella domanda, però non si può dividere l'America tra paesi produttori e paesi consumatori di droga. Tutti sono nello stesso tempo produttori e consumatori, specialmente di fronte all'apparire della droga sintetica. Per tutti è urgente che si affronti il problema alle radici, e cioè la richiesta della droga che non si realizzerà se ci sarà una formazione adeguata e in particolare se esistono quei valori cristiani che danno il senso autentico della vita ed evitano le fughe caratteristiche della tossicodipendenza.

Per quanto riguarda la *repressione*, in altre parti il Papa ha condannato duramente il traffico nefasto della droga, ha chiamato coloro che lo fanno "trafficienti di morte" e ha chiesto ai vari governi di agire con fermezza per far scomparire questa piaga. Tuttavia, dobbiamo ammettere che se durerà la domanda, sarà molto difficile, se non impossibile, poter frenare questo traffico maledetto.

Nell'*accompagnamento* dei tossicodipendenti il Papa, in altre occasioni, ci ha parlato dell'amore che dà il senso responsabile della vita come una vocazione con cui bisogna accompagnare il drogato affinché possa uscire dallo stato in cui si trova. Nel Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ci sia-

mo impegnati ad aiutare i diversi operatori pastorali, in particolare nella prevenzione e nell'accompagnamento. Tra breve sarà pubblicato un manuale per la prevenzione e per l'accompagnamento di coloro che sono stati colpiti da questo flagello.

In conclusione, ci congratuliamo che in questa Esortazione la Pastorale della Salute venga indicata come incontro con Gesù Cristo vivo, via per la conversione, la comunione e la solidarietà in America: cioè l'attenzione al malato come incontro con Gesù, come conversione e solidarietà, come cammino di santità e abbia indicato la droga come ostacolo che impedisce di giungere a questa solidarietà. Speriamo che questa ubicazione della Pastorale della Salute in America serva a darle maggiore impeto ed aiuti i professionisti sanitari ad allargare i loro campi di lavoro in una prospettiva autenticamente cristiana.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
Arcivescovo-Vescovo Emerito di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute

Nota

¹ Cfr. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *Posición ética y moral de la S. Sede con relación a la Droga*, L'Osservatore Romano, edizione spagnola (n. 7), 13 febbraio 1988. In particolare, per il rimedio al problema della droga, cfr. *Ibid.*, *Lucha contro el tráfico ilícito de la droga*, L'Osservatore Romano (edizione spagnola) (28), 10 luglio 1998, p. 24.



La Pastorale della Salute nella Enciclica “Fides et Ratio” di Sua Santità Giovanni Paolo II

Nonostante a prima vista possa sembrare che i temi trattati in questa Enciclica siano lontani da quelli propri del nostro Dicastero della Pastorale della Salute, esaminando attentamente il documento pontificio ci rendiamo conto che nel cuore stesso dell'Enciclica si trattano come fondamentali i punti che ci interessano. Infatti, sono ricorrenti nell'Enciclica i temi del dolore, della sofferenza, della morte, del senso totale della vita, ecc.

In questo breve commento cercheremo di esaminare l'Enciclica sottolineando i punti che più si trovano in relazione con il nostro compito.

Introduzione

Nei sei numeri con i quali inizia l'Enciclica si evidenzia l'idea che la situazione attuale è dominata dal Relativismo. L'uomo si è incentrato su se stesso, ha rinunciato ad aprirsi alla Trascendenza e a domandarsi sul senso totale della sua esistenza. Infatti, senza la Pasqua, senza la trascendenza concreta, all'interno del Relativismo, è impossibile parlare profondamente della salute, della malattia e della sofferenza. Nel rilevare soltanto i condizionamenti che limitano la conoscenza e cadere nel Relativismo il senso di tutte queste realtà appare senza significato, giacché l'uomo rifiuta di domandarsi sul proprio fine. Soltanto se si lascia che la Rivelazione guidi la ragione, si potrà arrivare alle profondità dell'esistenza umana.

1. Capitolo Primo

Nel capitolo primo, “La Rivelazione sulla Sapienza di Dio”, si insiste sulla gratuità della Rivelazione (n. 7), sul rapporto fra le parole e le opere nella Rivelazione (n. 10), sul rapporto fra tempo ed eternità (n. 11), sul senso dell'Incarnazione (n. 12), sul mistero, la libertà e la verità (n. 13), e la parzialità della comprensione del mistero, la funzione dell'amore nella comprensione ed il progresso nella stessa (nn. 14-15).

Alla luce dell'anteriore appaiono le guarigioni, opere che Cristo fa, come quelle che

manifestano e confermano le parole di Cristo, sono lo splendore della sua profonda verità, sono la manifestazione delle parole di amico che Cristo proclama nel suo Messaggio del Regno. La verità della risurrezione del Signore si fa tempo e storia già dalle guarigioni che, specialmente nella risurrezione dei morti, si convertono in preludio della Risurrezione di Cristo stesso e di tutti noi. Sono il preludio della Rivelazione piena alla quale ci conduce lo Spirito.

Per rispondere al gravissimo problema della morte e trovare il suo senso, la sintesi di risposta è l'Incarnazione. La morte è inevitabile quando si associa con la realtà del tempo. Adesso l'eternità ha toccato il tempo e la sua parzialità, il suo dolore e la sua fugacità sono guariti, con l'irruzione della totalità nella parzialità, dalla stessa divinità.

È certo che la totalità, il senso totale dell'esistenza rimangono ancora nel mistero e non si potranno comprendere nella loro propria estensione. Questo capita soprattutto sotto gli aspetti del dolore e della morte, la sua conoscenza sarebbe limitata e frammentata, ma possiamo progredire molto grazie all'amore gratuito di Dio che ci rivela la morte e la risurrezione di Cristo come anticipo della visione di Dio nella felicità partecipata della nostra propria risurrezione.

Questa Rivelazione sul senso totale della esistenza è l'autentica verità che ci fa liberi. La libertà ci porta alla verità e la verità ci conduce alla libertà e per un atto della libertà, per un atto fondamentale della stessa, collocato nel più profondo della nostra esistenza, comprendiamo la verità del senso della nostra vita nella Rivelazione amorosa della morte e della Risurrezione di Cristo. Questa è la piena salute, o se vogliamo, guardandolo da un altro aspetto, questa è la soluzione al problema umanamente insolubile della sofferenza e della morte.

Poiché la libertà è il fattore più importante nella costruzione dell'uomo, e la costruzione stessa è il nostro compito essenziale nella vita, esiste un apparente paradosso, ma che è la realtà stessa di una “obbligatorietà libera”: accettare questa Rivelazione per potersi affermare come esseri umani, aperti alla piena esistenza.

2. Capitolo Secondo

Nel capitolo secondo, “Credo ut intelligam”, indico in special modo il n. 18 dove si tratta delle tre regole del popolo di Israele per ottenere la conoscenza, il n. 20 dove si parla del senso pieno della propria esistenza, il n. 22, dove si tocca la necessità della Metafisica per questa conoscenza e il n. 23 che tratta della Saggiezza come frattura degli schemi abituali della conoscenza in Cristo morto.

È molto rivelatore che se vogliamo ottenere una conoscenza dei problemi del dolore e della sofferenza, dobbiamo seguire questo cammino. Una conoscenza manipolatrice, che vuole dominare, non è adatta per comprendere le profondità della malattia e del dolore, e ancora meno della morte. La conoscenza che possiamo ottenere di questi temi è necessariamente continua e progressiva e, quello che è molto importante, è una conoscenza gratuita che deve essere ricevuta con tutta riverenza come proveniente da Dio provvidente. È una conoscenza “che prega”, riverente davanti al mistero. Soltanto così si può trascendere i dati sensibili e arrivare alla conoscenza metafisica del male, del dolore e della morte, dove indoviniamo la verità sugli stessi.

È esattamente nei nostri temi che troviamo l'assurdo dell'autonomia assoluta dell'uomo, giacché si chiude nella sua propria morte senza avere nessuna uscita per fuggire. Qui si trova la frontiera fra Ragione e Fede, e come dice la Enciclica (n. 23), questo è lo scoglio nel quale può naufragare la ragione, però se lo si sa superare con questa conoscenza rispettosa e piena del timore di Dio, si potrà arrivare ad ottenere tutta la verità. In effetti, la soluzione al problema del male si ottiene dalla Saggiezza che pone la morte come fonte di vita e di amore. Di modo che nel centro di tutta la conoscenza si pone quello che è niente, il disprezzabile, il plebeo, l'insano, il debole, la pazzia, lo scandalo, come la soluzione più profonda, ma non in una mera astrazione di un sistema, ma nell'irripetibilità storica della persona divino-umana del Cristo pasquale. La Filosofia nella sua conoscenza del dolore e della morte è capace di riconoscere l'incessante trascendere dell'uomo e, aiutata dalla Fede, si apre ad accogliere la predicazione di Cristo crocifisso, morto e risuscitato.

Come dicevamo, è nei nostri temi dove la Ragione e la Fede incontrano insieme sia la frontiera, che lo spazio dove trovarsi. È lo spazio nel quale con tutta la venerazione si colloca la morte come fonte di verità e di amore e si arriva alla pienezza della Verità massima per l'uomo.

3. Capitolo Terzo

Nel capitolo terzo, “Intelligo ut Credam”, sono due le idee che emergono: la prima è il desiderio di tutti gli uomini di arrivare ad una verità assoluta e universale che dia risposta al senso ultimo della propria esistenza e della morte, la apertura verso il Trascendente, l'apertura a Dio, come coronamento della verità dei valori che conformano la propria vita, nn. 24-27; questa idea è disturbata dagli atteggiamenti impropri causati dalla cattiva volontà e dal limite intrinseco della ragione, n. 28, ma questo non impedisce che l'essere umano abbia la capacità di trovare la verità, n. 29.

La seconda idea è che le diverse forme di verità, evidenti, sperimentali, speculative, religiose, rivelate, sono raggiungibili direttamente, è vero, ma il più delle volte, per la testimonianza dell'altra persona distinta da quella che conosce, n. 30-31: è il luogo della Tradizione. Affermiamo la verità per la fiducia che ci ispira il testimone che ce la comunica, dove con la verità riceviamo a volte il dono stesso della persona che testimonia, n. 32, e non ci accontentiamo di verità parziali, di fatto o scientifiche, ma della verità assoluta che in ultima analisi è la verità trinitaria fatta testimonianza per noi in Cristo, n. 33, e che giunge alla nostra ragione e alla nostra fede, essendo la verità stessa che non si contraddice n. 34, si istituisce così il rapporto fra la fede e la ragione in una maniera profonda, n. 35.

Il senso ultimo dell'esistenza, della malattia, del dolore, della sofferenza e della morte, non ci viene dato in un enunciato meramente dottrinale, ma ha tutto il calore infinito delle persone della Santissima Trinità mediante la testimonianza-dono di Cristo stesso. Il senso ultimo dell'esistenza si realizza non per un'affermazione semplice che fa Cristo e che si distingue dalla sua stessa personalità, ma è la stessa personalità di Cristo che è la Parola del Padre che comprendiamo per l'Amore dello Spirito Santo. La Pasqua di Cristo è il dono della Verità personale dello stesso Cristo, che nel suo amore oblativo fino alla morte e alla morte di croce e alla sua resurrezione gloriosa, è il dono di se stesso che ci dà il senso di tutto quello che significa la nostra esistenza. È la persona di Cristo la verità centrale di ognuno degli esseri umani, è il centro di tutta la vita. La forma per arrivare a questa verità assoluta universale rivelata è la fiducia nella persona che testimonia ed è a volte la stessa Verità e Testimonianza. Testimone e Verità si identificano nella stessa persona, Cristo. Fiducia e Amore verso questa persona ed atto di accettazione di questa Verità sono il dono dello Spirito che ci è stato dato per pote-

re chiamare padre il Padre dei Cieli. È un atto nel quale ci uniamo alla Vita trinitaria per una partecipazione reale in questa vita divina attraverso l'atto per il quale arriviamo alla Verità e siamo fatti figli di Dio nel Figlio di Dio. Siamo fatti verità nella Verità del Figlio di Dio. Così, la soluzione al problema della sofferenza, della morte, del dolore e del male, non si colloca come qualcosa di esteriore a quello che cerca, ma si trova all'interno della nostra propria costituzione di persone, come figli adottivi di Dio.

4. Capitolo Quarto

Nel capitolo quarto, "I Rapporti fra la Fede e la Ragione", si parte dall'espressione razionale della fede secondo le diverse epoche della storia del pensiero, n. 36, avendo sempre un atteggiamento critico, nn. 37-38, prendendo il pensiero filosofico e purificandolo, n. 39-41, vedendo che la fede è ragionevole ed a volte incomprensibile, n. 42, ma rendendosi conto che la fede non distrugge la ragione ma la sublima, poiché tutto quello che ci conduce alla verità viene dallo Spirito Santo, nn. 43-44; quando si separa la ragione dalla fede, n. 45, si arriva alla radicalizzazione dell'autonomia assoluta della ragione e questa non arriva più alla verità, n. 46; si è privilegiata la ragione "strumentale" nella conoscenza della utilità e del piacere, n. 47, indebolendo così sia la fede che la ragione: la fede, sottolineando l'esperienza e il sentimento, chiudendosi nel mito; la ragione, senza forza per arrivare alla novità e alla radicalità dell'essere, n. 48.

Non c'è dubbio che col trascorrere dei tempi si è assunto il pensiero filosofico per potere comprendere il problema del dolore e della sofferenza, così come quello della morte e del male in genere. Il concetto della privazione e quindi del non essere è stato indicato come qualcosa di fondamentale per risolvere la questione della sua origine. Essendo privazione il male, non dobbiamo ricorrere a cercare una causa positiva dello stesso, ma nella carenza che spiega la sua ragione d'essere. San Tommaso così risolveva il problema posto dal pensiero manicheo riguardo i due principi originali, quello del bene e quello del male, concludendo l'assurdo dell'assegnazione di un principio positivo dal quale procedesse il male. Ciò nonostante, non c'è dubbio che, seguendo il pensiero di Sant'Anselmo, ci troviamo all'interno del mistero incomprensibile del male, al quale arriviamo razionalmente, però ci fermiamo di fronte ai limiti che si impongono, sia per la frammentarietà della nostra conoscenza, sia per il suo proprio limite,

giacché quando si tratta del male, della sofferenza, del dolore e della morte, ci troviamo con lo stesso mistero dell'uomo e finalmente col mistero di Dio fatto uomo.

Quando si arriva al soggettivismo ed a negare la Metafisica e l'obiettività dell'essere, è logico che si oscureranno tutti gli apporti sulla comprensione possibile del mistero del male, della malattia, della sofferenza, del dolore e della morte. Quando si adotta la ragione strumentale come unica fonte di conoscenza e tutto si misura dall'efficienza economica e tecnica, come si fa nel pensiero attuale, allora appaiono come inutili tutti i pensieri che trascendono il mondo ridotto verso il quale è concretizzata questa ragione e si dichiarano senza senso e neanche si permette che si propongano in qualsiasi problematica che pretenda avere qualche validità. Ed anche si vede la conseguenza: davanti alla realtà che non si può eliminare semplicemente per un atto della volontà, e sperimentando quotidianamente il mistero del male, allora, poiché non lo si può negare semplicemente, si tratta di nascondere, occultando la malattia e la morte, o palliandolo con eufemismi o banalità ai quali la società attuale ricorre molto spesso.

Il problema della morte è esaminato solamente come esperienza sotto il senso del sentimento, dopo che si è ricorso all'assurdo per definirlo. In ogni caso, la risposta che il mondo attuale gli ha dato è la soluzione dello struzzo in un pensiero debole e con il timore di trovarsi con le realtà che lo sfidano in ogni momento. La fede deve recuperare tutta la sua forza per presentare una soluzione valida e universale al problema del senso ultimo dell'esistenza, con tutta la sua parresia; d'altra parte, la ragione deve recuperare tutta la sua audacia per dirigersi verso la radicalità e la novità della vita dalla stessa morte.

5. Capitolo Quinto

Nel capitolo quinto si parla degli "Intervenuti del Magistero in questioni filosofiche". Dopo aver affermato la sana autonomia della Filosofia, si indica che quando la Filosofia non rispetta la verità rivelata, allora il Magistero, come custode della Rivelazione, interviene (n. 49); presupposti, conclusioni, fondamenti di sistemi filosofici, elementi degli stessi, sono giudicati in accordo alla compatibilità con la Fede; ammettendo un sano pluralismo, quello che si pensa su Dio, l'uomo, la sua libertà, i contenuti etici, compete alla verità rivelata (n. 50). Non si elimina la mediazione filosofica, ma si riconoscono i suoi giusti limiti di fronte al mistero di Cristo che è tutta la

verità (n. 51). Così ha fatto la Chiesa nel passato, specialmente nel secolo scorso e nei nostri giorni (nn. 52-54). Oggi si mette in dubbio la possibilità di verità assolute ed universali, si parla della fine della metafisica, si cade nel Razionalismo o nel Fideismo, nel Biblicismo, si dimentica che la Chiesa è quella che interpreta la S. Scrittura, si dimentica la Teologia speculativa, la tradizione filosofica, le terminologie tradizionali (nn. 55-56). San Tommaso di Aquino ha sviluppato correttamente i rapporti fra Filosofia e Fede nella sua Teologia, per questo oggi nuovamente lo si raccomanda, senza sottovalutare i contributi geniali dei moderni teologi cattolici (nn. 57-59) e gli apporti che oggi dà il Concilio Vaticano II (n. 60). Alcuni teologi e professori di Teologia hanno trascurato la Filosofia, sottovalutando la conoscenza razionale e la metafisica e sopravvalutando quella delle scienze, trascurando i principi più profondi della Sapienza, non essendo in grado di avere un vero dialogo con la cultura moderna (nn. 61-62).

La Rivelazione ci dona il senso ultimo dell'esistenza, specialmente quando tratta dei temi decisivi che abbiamo considerato. Quando in questi temi si trovano affermazioni o pratiche che contrastano questo senso rivelato, è ovvio che il Magistero debba intervenire, per esempio quando si tratta di problemi sul rispetto della vita, sia dalle sue origini come nelle sue tappe conclusive. Non è raro, pertanto, che il Magistero spesso fissi l'attenzione sui malati terminali, sull'eutanasia, sulla morte, sul trapianto degli organi, ecc.

L'emarginazione delle domande ultime circa l'uomo in alcuni centri docenti e in alcune pubblicazioni ha emarginato a sua volta la pastorale della salute nella mente di alcuni pastori, o piuttosto le ha dato una direzione non adeguata, centrandosi soltanto su alcuni aspetti sentimentali, o magari sociali o psicologici, senza insistere con la dovuta centralità sul fondamento della risposta unica nella morte e risurrezione di Cristo. Le affermazioni dell'Enciclica ci fanno riflettere come la negazione delle verità assolute e metafisiche ci porti ad una pastorale sbagliata in questioni così pratiche come sono la condotta che deve avere l'operatore sanitario di fronte ai problemi attuali di un ospedale cattolico, l'atteggiamento del cappellano di fronte ai malati che cura, la predicazione sull'ultimo periodo della vita, ecc.

6. Capitolo Sesto

Nel capitolo sesto l'Enciclica tratta della "Interazione fra Teologia e Filosofia". In questo capitolo emergono tre grandi temi: primo,

come si integra la Teologia con la Filosofia nelle sue due funzioni principali della Teologia, l'"*auditus fidei*" e l'"*intellectus fidei*" (nn. 64-69); secondo, come si integrano ambedue nel trattare il problema dell'incontro fra la fede e le culture, la filosofia dei valori (nn. 69-72). Il terzo tema è quello della Filosofia e la Teologia, la Filosofia come totalmente separata dalla Teologia, la Filosofia cristiana, la Filosofia presa dalla Teologia (nn. 73-79).

In rapporto alla Pastorale della Salute, nell'"*auditus fidei*" dobbiamo segnalare quanta attenzione ci deve essere nel sentire quello che la Parola di Dio dice sui temi basilari del senso generale dell'esistenza. Dobbiamo arrivare alla sua conoscenza "argomentativa", della quale parla il Papa, questa conoscenza critica ed universale, atta a rispondere agli interrogativi più profondi dell'uomo. Qui entra anche l'"*intellectus fidei*" per darci questa visione sistematica e profonda che la Teologia dogmatica ci può offrire sui temi relativi. Si nota in special modo la necessità della Bioetica che entra negli aspetti della Teologia morale, giacché come si dice, in questa materia gli enunciati della Rivelazione sono più generici ed è la ragione che deve entrare con forza maggiore.

Quando si parla della cultura e dei suoi valori, si nota che la massima Verità e il massimo valore è Cristo (n. 71), e che una cultura vive per la possibilità di comunicazione dei suoi propri valori con altri valori. Pertanto, la possibilità di vita massima di una cultura è la sua apertura al valore massimo che è Cristo, nella verità della sua morte e risurrezione. In questa forma gli altri valori di una cultura saranno altrettante esplicitazioni che ci potranno aiutare secondo la loro propria ricchezza, ad esprimere con maggiore pienezza e intelligenza il mistero pasquale applicato ai bisogni reali che suscitano le domande fondamentali sull'esistenza umana.

È anche opportuno notare, quando si parla della Filosofia cristiana, il suo aspetto soggettivo (n. 76) che fa in modo che il filosofo si liberi della presunzione e con umiltà acquisisca il sapere necessario per trattare questioni che difficilmente potrebbe risolvere senza l'aiuto della Rivelazione, come il problema del male e della sofferenza. Una volta di più occorre la necessità della ragione guidata dalla Rivelazione per trattare i temi centrali dell'esistenza.

7. Capitolo Settimo

"Esigenze e Compiti attuali". Possiamo trovare in questo capitolo tre grandi settori di

pensiero, il primo è il problema della frammentarietà del sapere attuale; il secondo, gli errori che oggi minacciano l'umanità; il terzo, quello che interessa propriamente la Teologia.

7.1. *La frammentarietà del sapere attuale.*

Il primo settore che va dal numero 80 all'85, dopo aver enunciato le verità filosofiche contenute nella Rivelazione, sottolinea il problema che possiamo chiamare della "ragione strumentale"; cioè, la ragione strumentale ha rimosso la ragione sapienziale nella conoscenza della verità. Si danno una molteplicità di risposte ai problemi attuali a causa di una frammentarietà del sapere. Si privilegia la ragione strumentale che va verso il come fare le cose e non verso il perché siano, è la conoscenza fenomenica di fronte alla conoscenza della verità obiettiva, alla verità come adeguamento fra la conoscenza e le cose in se stesse. Si nega la conoscenza metafisica e si rimane nella superficialità della conoscenza sperimentale. Quando ci si trova nel campo dell'analisi linguistica, ci si ferma alla struttura della lingua e a senso dei significati mediati, senza arrivare al significato ultimo della verità espressa o notificata in ultima analisi dallo stesso linguaggio.

Da questa prospettiva è ovvio che quando si parla dei problemi della pastorale della salute, non si potrà andare oltre ad una presentazione fenomenica del dolore e della sofferenza e non si arriverà al senso ultimo degli stessi. Così si studiano i problemi nella medicina senza arrivare a capire l'uomo nella sua stessa unità, al di fuori di una visione antropologica che lo unifichi. La pastorale della salute rimane modificata necessariamente e si prospetterà una serie di comportamenti occasionali all'interno di una prospettiva immediata, senza fissarsi in quello che sia propriamente questa pastorale. Così si suggeriranno tanti cammini, specialmente nel campo della psicologia.

Anche qui c'è la difficoltà che si sperimenta per integrare all'interno di questa visione la pastorale sanitaria sacramentale, giacché non si vede nel profondo la relazione che può esistere fra il sacramento e la malattia, specialmente la sua unione con la morte e si vede il tutto come qualcosa di più vicino al ritualismo che alla visione profonda e unificatrice del senso totale dell'esistenza dell'uomo.

La ragione strumentale viene come risposta pastorale: come si devono fare le cose e non cosa sia la pastorale della salute, come debba procedersi in una casistica che adesso scaturisce secondo la situazione moderna della salute e che ha come principale supporto il dialo-

go fra le scienze fisiologiche della medicina e le scienze psicologiche. Quando per esempio si entra nel campo cosiddetto del "counseling" ci si domanderà cosa si dovrà fare da parte della stessa pastorale che non sia già stata inclusa nello stesso "counseling"; perfino si arriva a domandarsi, quando si hanno équipe di laici che fanno le veci del cappellano, perché chiamare il cappellano, sacerdote ministeriale, affinché amministri il sacramento della penitenza, se ormai il malato si è aperto pienamente al laico, religioso o no, gli ha aperto il suo cuore e adesso tutto sembra rimanere soltanto fra Dio e questo ammalato? Non sarà inutile aggiungere una confessione che appaia come una formalità al di fuori del nuovo contesto scientifico nel quale si esplica la pastorale attuale?

Qui l'Enciclica insiste per arrivare alla verità stessa del senso totale dell'esistenza e pertanto alla soluzione dei problemi che ci occupano ed al senso, nel nostro campo sanitario, delle verità assolute ed universali di Dio, dell'uomo come immagine di Dio, della sua dignità e libertà e della sua redenzione soltanto in Cristo e nella sua Chiesa, convocata e riunita dallo Spirito Santo, la cui espressione si realizza nel messaggio di Cristo morto e risuscitato, che nel nostro caso concreto si rende efficace pratica nei sacramenti che si amministrano ed ai quali si può prestare un aiuto validissimo con il dialogo fra le scienze mediche, fisiologiche e psicologiche, che mai potranno essere sostituite o supplite da queste o dalle pratiche menzionate.

7.2. *Gli errori.*

Nel secondo settore, dal n. 86 al 91, l'Enciclica ci parla dei sei errori che hanno danneggiato specialmente il pensiero attuale, cioè: l'Eccletticismo, lo Storicismo, lo Scientismo, il Pragmatismo, il Nichilismo e la Postmodernità.

Nell'*Eccletticismo* si accettano affermazioni fuori del loro sistema, contesto e giudizio: nello Storicismo, la verità cambia secondo il suo adeguamento ad una epoca determinata della storia che è passeggera; nel Pragmatismo si danno opzioni senza ricorrere ai valori, facendosi guidare tante volte soltanto dall'opinione delle maggioranze; nel Nichilismo si rinuncia ad arrivare a verità obiettive; nella Postmodernità si assumono posizioni nichiliste.

Si tratta di una esplicitazione del Relativismo che si è esaminato anteriormente e che esplicita certe tendenze che si possono osservare e che si devono evitare. Questo vale anche per la Pastorale della Salute.

Infatti, in rapporto con l'Eccletticismo, nel

campo della Pastorale della Salute, si deve evitare di fare qualsiasi affermazione delle scienze psicologiche ed applicarla immediatamente, senza guardare quale sistema è stato preso, quale è il suo contesto e quale giudizio meriti. Sono affermazioni che possono sembrare molto brillanti, specialmente all'interno del mondo della psicoanalisi, ma che obbediscono a principi sistematici di tipo positivista, che viziano o almeno limitano la verità dei suoi enunciati.

Nello *Storicismo*, affrontiamo il problema della Tradizione: molte pratiche passate della Pastorale della Salute, specialmente per quello che riguarda il campo della Pastorale sacramentale, minacciano di mettersi da parte, oppure si sono ormai accantonate, giacché si dice che appartengono ad epoche passate, che se prima furono buone, nella attualità hanno perso il loro valore. In questo campo dobbiamo distinguere fra i valori in sé e il loro adeguamento nelle epoche che sono passate: anche distinguere specialmente i valori dagli errori che storicamente si sono potuti presentare nella loro applicazione pratica. I valori vanno avanti in qualsiasi epoca e sarebbe qualcosa che avverrebbe il principio di contraddizione il pensarli oggi vani. Se un'azione di pastorale della salute era buona prima nella sua essenza, non c'è nulla che impedisca che lo sia anche oggi; certamente la forma di adempierla deve cambiare secondo i tempi, ma l'essenziale deve rimanere. Così è evidente che non può passare di moda ed essere falso oggi quello che prima era vero. Torniamo a ri-

ferirci oggi di nuovo alla Pastorale sacramentale, dove gli esempi non mancano. Pensiamo all'Unzione degli Ammalati e alla sua solennità nell'amministrazione del sacramento. Il senso pastorale ci può dire come amministrarla oggi, però niente deve indebolire la coscienza della sua necessità ed obbligazione.

Nello *Scientismo*, abbiamo detto, l'unica verità accettabile è quella che si può sperimentare nel campo scientifico. Si dice così che parlare del senso della vita, della morte, del dolore, è qualcosa che si colloca nel campo dell'emozione, ha un valore emotivo, però senza consistenza, giacché si entra nel campo dell'irrazionale e dell'immaginario. Attualmente ormai si è accettato come integrante della descrizione della salute l'elemento spirituale, e si è accettato, non precisamente come qualcosa di irrazionale ed immaginario, ma come qualcosa che dà l'unificazione e l'armonia agli aspetti fisici, psichici, mentali e sociali dell'uomo. Su questo punto si è progrediti contro lo Scientismo e si è potuto collocare la salute al di là della sua riduzione positivista. Almeno così si possono interpretare certe affermazioni che dal 1977 sono state accettate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'accettazione della spiritualità nel tema della salute nel pensiero attuale, apre un campo molto ampio alla Pastorale, giacché proietta l'orizzonte del senso totale dell'esistenza. È compito di questa Pastorale lottare contro il pensiero scienziato e collocare la vera spiritualità cristiana della morte e resurrezione di Cristo come il senso che unifica gli aspetti fisici, psichici, mentali e sociali dell'uomo, per costruire realmente la sua salute.

Nel *Pragmatismo* la medicina ed i suoi agenti corrono il rischio di fare scelte molto importanti, come sono tutte quelle della salute dell'uomo, però con speciale riguardo alla vita e alla morte, senza avere nessun valore, ma solo efficacia economica e produttiva. Nelle società moderne, specialmente di fronte alla globalizzazione della medicina nel campo economico, facilmente si pone come criterio per la guarigione e la somministrazione dei medicinali il binomio costo-efficacia. Si somministra o no tale medicinale al malato, non domandandosi se ha o no bisogno di esso, ma quale sia il suo costo e quale la speranza di efficacia posteriore (economica, tecnica, scientifica, lavorativa, ecc.) dell'ammalato. Questo Pragmatismo nel campo medico porta facilmente all'eutanasia. Una volta di più, seguendo l'Enciclica, possiamo concludere come sia necessario comportarsi in questo campo secondo criteri obbiettivi e metafisici come quelli della dignità stessa



della persona umana, immagine di Dio, che spinge a conservare la vita come un dono divino; naturalmente senza l'accanimento terapeutico, ma usando tutti i mezzi adeguatamente proporzionati per mantenere in vita il malato.

Riguardo al *Nichilismo*, che si impadronisce di tanti aspetti della vita moderna, nel rifiutare semplicemente qualsiasi verità obiettiva, si cade in pieno Relativismo, e le conseguenze per la Pastorale della Salute sono quelle che abbiamo visto prima. Quando nella fiamma della *Postmodernità*, il Nichilismo si presenta come assenza di criterio di vita, una qualunque tra le posizioni sopra menzionate conduce la Pastorale della Salute in un vicolo cieco nel quale non c'è più niente da fare.

7.3. La Teologia.

Nel terzo settore del capitolo, che va dal n. 92 al 108, finale dell'Enciclica, si parla della Teologia e del suo rinnovamento, specialmente della Teologia positiva e dei suoi problemi di fronte ad un'analisi linguistica, che non giunga alla verità, ma soltanto a conoscere la struttura del linguaggio, a come sia il linguaggio senza arrivare nella Rivelazione alla verità assoluta di Dio uno e trino, di Cristo morto e risuscitato, e dello Spirito che ci riunisce nella Chiesa; quindi parla della Teologia dogmatica con i suoi concetti universali ma perfettibili, dell'apertura culturale in questo campo vincendo i problemi dello Storicismo e del Pragmatismo; poi si preoccupa della Teologia morale, che superando gli errori del Relativismo applica il Bene universale ed obbiettivo ai casi particolari; tratta anche del Kerygma e della Catechesi dove la fede si avvale della Filosofia per adeguare il Messaggio alla vita; dice che la fede stimola la ragione e la critica; e che la ragione dona alla fede originalità ed apertura nella presentazione del Messaggio; afferma che la filosofia è come lo specchio della cultura, e la filosofia cristiana, il luogo di dialogo con i non credenti. L'Enciclica termina richiamando i teologi ed i filosofi, i professori di Teologia e Filosofia, ad approfondire la verità obbiettiva, universale e trascendente; afferma come i sistemi filosofici immanenti abbiano ingannato l'uomo promettendogli un'autonomia assoluta che non è possibile ottenere senza distruggersi. Corona l'Enciclica un bel riferimento alla Madonna, che si paragona qui con la Filosofia nei suoi rapporti con la fede: così come l'umanità in Maria non è stata distrutta ma sublimata al massimo nell'Incarnazione del Verbo, così la Filosofia, quando è assunta dalla Fede non sarà distrutta, ma sublimata alla sua massima potenza.

Nella Teologia possiamo constatare come i misteri si incrocino e ci diano una comprensione ogni volta maggiore quando si paragonino a vicenda e specialmente con il fine ultimo dell'uomo. Il mistero della vita, il mistero della morte, della sofferenza e del dolore avranno maggiore comprensione quando si confrontano con i misteri basilari della fede cristiana che qui si enunciano: con Dio Uno e Trino, con il Mistero pasquale, con lo Spirito e la Chiesa. Così arriveremo dai semplici enunciati alla verità assoluta e universale che la Rivelazione ci offre, e così, piano piano possiamo progredire nella presentazione di una Pastorale della Salute che risponda ogni volta di più agli interrogativi più profondi ed inquietanti dell'uomo attuale.

Nel campo sanitario si aprono adesso molti spazi che prima non si conoscevano nella branca della Bioetica, in quella della Tanatologia, in quella dei diritti umani, nel campo dell'Economia, della Sociologia, ecc. Per tutti questi abbiamo bisogno della Teologia morale perché sia questa ad aiutarci a rispondere alle sfide che attualmente si presentano.

In questa maniera, nel nostro compito ci dovrà essere sempre presente la Filosofia per potere adeguare il Messaggio della fede alla vita quotidiana ed esporlo come Kerygma e Catechesi della vita e del suo ultimo senso.

In tutti questi punti della Teologia, la Fede stimolerà la ragione a investigare nuovi orizzonti e a darci nuove risposte, le stesse che scaturendo dalla stessa ragione potranno essere criticate secondo la stessa virtualità della



ragione, in modo che non ci portino a conclusioni che contraddicano gli stessi postulati dai quali ha progredito la stessa ragione, oppure, che la stimoli a correggere principi apparentemente veritieri, ma che in realtà non sono così. In questo modo, le nostre risposte oggi non saranno soltanto la ripetizione stanca di antiche formule, ma avranno la originalità e l'apertura di una verità che si scopre sempre più ampiamente.

Un'autentica filosofia della salute sarà lo specchio del desiderio universale di salute della nostra attuale società. La nostra cultura è una cultura della salute. Si rifletterà nei suoi fondamenti che si formulano in questo genere di Filosofia. Quando è condotta dalla Fede, questa Filosofia di ispirazione cristiana si adegua per realizzare il dialogo nel campo della salute e della sofferenza, anche con i non credenti, ed apre il cammino ad orizzonti più ampi nel dominio della stessa Fede.

Una percezione della salute e della malattia che si chiude in se stessa in una concezione

meccanicista non è altra cosa che l'assurdo di una morte chiusa in se stessa: la distruzione per la distruzione. È un inganno tutta la Filosofia, tutta la forma di pensiero sulla salute e la malattia che non si apra al Trascendente, la cui somma verità non sia altra che quella di Cristo morto e risuscitato.

Terminiamo questo breve commento con le belle parole con le quali finisce la Enciclica: "Philosophari in Maria". Nel campo della salute invociamo la Madonna come "Salus Infirmorum". Ella è la salute degli ammalati perché ci dà la salute piena quando ci dona suo Figlio. Ella, nella sua verginità feconda ci apre la mente per capire come dal niente vitale, lo Spirito fa sorgere la Vita nella carne del Verbo di Dio. Sia Ella la nostra guida per capire più profondamente la Pastorale della vita, la Pastorale della Salute.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN
Arcivescovo-Vescovo Emerito di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute



Magistero



*Dai discorsi
del Santo Padre*

«Non si è mai soli davanti al mistero della sofferenza: si è con Cristo che dà senso a tutta la vita»

Giovanni Paolo II, nel pomeriggio di domenica 24 gennaio, ha visitato gli infermi ricoverati nell'ospedale regionale "A. Lopez Mateos" di Città del Messico.

Questo è il testo del discorso pronunciato dal Santo Padre.

Cari fratelli e care sorelle:

1. Come in altri viaggi pastorali in tutto il mondo, anche in questa mia quarta visita in Messico ho voluto condividere con Voi, cari malati ricoverati in questo Centro che porta il nome del «Lic. Adolfo Lopez Mateos» – e tramite voi con tutti gli altri malati del Paese – alcuni momenti nella preghiera e a quella dei vostri cari chiedendo a Dio, per intercessione della Santissima Vergine di Guadalupe, l'opportuna salute del corpo e dell'anima, la completa identificazione delle vostre sofferenze con quelle di Cristo alla ricerca dei motivi che, fondati sulla fede, ci aiutano a comprendere il significato del dolore umano.

Mi sento molto vicino a tutti coloro che soffrono, così come ai medici e al resto del personale sanitario che con abnegazione prestano servizio ai malati. Vorrei che la mia voce oltrepassasse queste mura per portare a tutti i malati e agli operatori sanitari la voce di Cristo, e offrire così una parola di conforto nella malattia e di sprone nella missione assistenziale, ricordando in modo particolare il *valore che il dolore possiede nel quadro dell'opera redentrice del Salvatore.*

Stare con voi, servirvi con amore e competenza, non è soltanto un'opera umanitaria e sociale, ma anche e soprattutto un'attività eminentemente evangelica, poiché Cristo stesso ci invita ad imitare il buon samaritano, che quando incontrò sulla sua strada un uomo che soffriva non «passò oltre», ma «n'ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite [...] e si prese cura di lui» (Lc 10, 32-34). Numerose sono le pagine del Vangelo che ci descrivono l'incontro di Gesù con persone afflitte da diverse malattie. Così, san Matteo ci dice che «Gesù percorreva tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del Regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo. La sua fama si spar-

se per tutta la Siria e così condussero a lui tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici; ed egli li guariva» (4, 23-24). San Pietro, seguendo i passi di Cristo, presso la Porta Bella del tempio, fece camminare uno storpio (cfr. At 3, 2-5) e, quando si diffuse la voce di quanto era accaduto, «portavano gli ammalati nelle piazze, ponendoli su lettucci e giacigli, perché, quando Pietro passava, anche solo la sua ombra coprisse qualcuno di loro» (ibidem 5, 15-16). Fin dalle sue origini, la Chiesa, mossa dallo Spirito Santo, ha voluto seguire l'esempio di Gesù in tal senso e perciò considera un dovere e un privilegio stare accanto a colui che soffre e coltivare un amore preferenziale per i malati. Per questo, nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, ho scritto: «La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo "diventa la via della Chiesa", ed è, questa, una delle vie più importanti» (n. 3).

2. L'uomo è chiamato alla gioia e a una vita felice, ma sperimenta quotidianamente molte forme di dolore e la malattia è l'espressione più frequente e più comune della sofferenza umana. Dinanzi a ciò viene spontaneo chiedersi: Perché soffriamo? Per che cosa soffriamo? Ha un significato che le persone soffrano? Può essere positiva l'esperienza del dolore fisico o morale? Senza dubbio, ognuno di noi si sarà posto, più di una volta, questi interrogativi, dal letto di dolore, durante la convalescenza, prima di sottoporsi a un intervento chirurgico o quando ha visto soffrire una persona cara.

Per i cristiani non sono interrogativi senza risposta. *Il dolore è un mistero*, molte volte imperscrutabile alla ragione. *Fa parte del mistero della persona umana*, che si chiarisce solo in Gesù Cristo, che è Colui che svela all'uomo la propria identità. Solo a partire da Lui potremo scoprire il senso di tutto l'umano. La sofferenza – come ho scritto nella Lettera Apostolica *Salvifici doloris* – «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). Perciò, davanti all'enigma del dolore, noi cristiani possiamo dire con decisione: «Signore, sia fatta la tua volontà» e ripetere con Gesù: «Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice! Però non come voglio io, ma come vuoi tu!» (Mt 26, 39).

3. La grandezza e la dignità dell'uomo consistono nell'essere figlio di Dio e nell'essere chiamato a vivere in intima unione con Cristo. Questa partecipazione alla sua vita comporta la condivisione del dolore. Il più innocente degli uomini – il Dio fattosi uomo – è stato il grande sofferente che si è fatto carico delle nostre mancanze e dei nostri peccati. Quando Egli annuncia ai suoi discepoli che il Figlio dell'Uomo dovrà soffrire molto, essere crocifisso e risorgere il terzo giorno, avverte anche che se qualcuno vuole andare dietro di Lui, deve rinnegare se stesso; prendere la propria croce e seguirlo (cfr. Lc 9, 22 e seg.). Esiste, quindi, un'intima relazione fra la Croce di Gesù – simbolo del supremo dolore e prezzo della nostra vera libertà – e i nostri dolori, le sofferenze, le afflizioni, le pene e i tormenti che possono gravare sulla nostra anima o mettere radici nel nostro corpo. La sofferenza si trasforma e si sublima quando si è consapevoli della vicinanza e della solidarietà di Dio in quei momenti. È questa la certezza che danno la pace interiore e la gioia spirituale proprie dell'uomo che soffre con generosità e offre il proprio dolore «come sacrificio vivente, santo e gradito a Dio» (Rm 12, 1). Colui che soffre con questi sentimenti non è un peso per gli altri, ma contribuisce alla salvezza di tutti con la propria sofferenza.

Così considerati, il dolore, l'infermità e i momenti bui dell'esistenza umana acquistano una dimensione profonda e apportatrice di speranza. Non si è mai soli davanti al mistero della sofferenza: si è con Cristo, che dà senso a tutta la vita: ai momenti di gioia e di pace così come ai momenti di afflizione e di dolore. Con Cristo tutto ha senso, com-

prese la sofferenza e la morte; senza di Lui, niente può essere spiegato appieno, neanche i legittimi piaceri che Dio ha associato ai diversi momenti dell'esistenza umana.

4. La situazione dei malati nel mondo e nella Chiesa non è, in alcun modo, passiva. A tale proposito, desidero ricordare le parole che i Padri Sinodali rivolsero loro al termine della VII Assemblea generale ordinaria del Sinodo dei Vescovi: «Contiamo su di voi per insegnare al mondo intero che cos'è l'amore. Faremo tutto il possibile perché troviate il posto al quale avete diritto nella società e nella Chiesa» (*Per Concilii semitas ad Populum Dei Nuntius*, n. 12). Come ho scritto nella mia Esortazione Apostolica *Christifideles laici* «A tutti e a ciascuno è rivolto l'appello del Signore: *anche i malati sono mandati come operai nella sua vigna*. Il peso, che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distoglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana ed a partecipare alla crescita del regno di Dio *in modalità nuove, anche più preziose* [...] molti malati possono diventare portatori della "gioia dello Spirito santo in molte tribolazioni" (*I Ts 1, 6*) ed essere testimoni della risurrezione di Gesù» (n. 53). In tal senso, è opportuno tener presente che quanti vivono in una situazione di malattia non sono solo chiamati a unire il proprio dolore alla Passione di Cristo, ma anche a partecipare attivamente all'annuncio del Vangelo, testimoniando, a partire dalla propria esperienza di fede, la forza della vita nuova e la gioia che derivano dall'incontro con il Signore risorto (cfr. *2 Cor 4, 10-11; 1 Pt 4, 13; Rm 8, 18 e seg.*).

Con queste considerazioni ho voluto suscitare in ognuno di voi quei sentimenti che portano a vivere le prove attuali con un senso soprannaturale, sapendo vedere in esse un'occasione per scoprire Dio in mezzo alle tenebre e agli interrogativi e a immaginare gli ampi orizzonti che si scorgono dall'alto delle nostre croci di ogni giorno.

5. Voglio estendere il mio saluto a tutti i malati del Messico, molti dei quali stanno seguendo questa visita attraverso la radio o la televisione; ai familiari, agli amici e a quanti li aiutano in questi momenti di prova, al personale medico e sanitario che offre il contributo del proprio sapere e delle proprie attenzioni per superarli o, quanto meno, per renderli più sopportabili, alle autorità civili che si preoccupano di far progredire gli ospedali e gli altri centri assistenziali dei di-

versi Stati e dell'intero Paese. Desidero menzionare in modo particolare le persone consacrate che vivono il proprio carisma religioso nel campo sanitario, così come i sacerdoti e gli altri operatori pastorali che li aiutano a trovare nella fede consolazione e speranza.

Non posso non ringraziare per le preghiere e per i sacrifici che molti di voi offrono per la mia persona e per il mio ministero di Pastore della Chiesa universale.

Nel consegnare questo Messaggio a Mons. José Lizares Estrada, Vescovo ausiliare di Monterrey e Presidente della Commissione Episcopale della Pastorale Sanitaria, vi rinnovo il mio saluto e il mio affetto nel Signore e, per intercessione della Vergine di Guadalupe, che disse al Beato Juan Diego «Non sono io la tua salute?» – manifestandosi così come colei che noi cristiani invochiamo con il titolo di «*Salus infirmorum*» – vi imparto di cuore la Benedizione Apostolica.



I pellegrini del dolore e della sofferenza esprimono l'umanità in cerca di Cristo

Discorso di Giovanni Paolo II ai settemila partecipanti al XXIII Convegno nazionale dell'Unitalsi, durante l'udienza svoltasi, nella mattina di sabato 20 febbraio, nell'Aula Paolo VI.

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono lieto di porgere un affettuoso benvenuto a tutti voi, convenuti a Roma per celebrare l'annuale Congresso dell'Unitalsi. Rivolgo un particolare pensiero a Monsignor Alessandro Plotti, Arcivescovo di Pisa e vostro presidente, e lo ringrazio per le cordiali parole, con le quali, a nome di tutti, ha espresso sentimenti di devozione ed affetto, ed ha presentato, insieme con gli ideali ed i propositi di codesta Associazione, gli obiettivi dell'annuale riunione. Con lui, saluto l'assistente ecclesiastico nazionale, come pure i dirigenti e quanti si impegnano nelle attività promosse dalla vostra organizzazione.

Desidero manifestarvi il mio compiacimento per la benefica e sollecita opera da voi svolta con discrezione e generosità a beneficio di quanti sono provati nel corpo e nello spirito. Ad essi voi offrite una particolare testimonianza di carità, dando loro la possibilità di vivere la profonda esperienza del pellegrinaggio a diversi santuari e ai luoghi sacri alla Vergine Santissima, e sostenendoli nella fede e nella speranza, quando la sofferenza grava sulla loro vita.

La rete di animazione e di assistenza, articolata nelle diverse diocesi italiane, testimonia la generosità di tanti sacerdoti, medici, infermieri, dame di carità, barellieri, accompagnatori e volontari che, realizzando nel mondo d'oggi l'icona del buon samaritano, si prendono cura sotto l'aspetto materiale e spirituale degli ammalati.

2. Carissimi Fratelli e Sorelle! Il vostro annuale convegno è dedicato alla riflessione sullo «spirito unitalsiano» in rapporto con le trasformazioni e le sfide dell'odierna società che evolve e si trasforma rapidamente. Esse postulano la sapiente ricerca di risposte adeguate che, attingendo costante linfa

all'ideale evangelico della carità, sappiano orientare ed infondere slancio rinnovato alle attività nazionali dell'Unione. Tuttavia, il confronto con le istanze poste dalla società odierna e l'impegno per gli opportuni adeguamenti delle vostre strutture, non devono far rinunciare alle esigenze ed allo spirito che hanno determinato la nascita ed il meraviglioso sviluppo dell'Unitalsi.

Cambiano le strutture e l'organizzazione, ma non possono mutare lo spirito ed il carisma di servizio unitalsiano, e soprattutto deve permanere come suo centro irradiante e vitale la carità, senza la quale la vostra opera perderebbe il suo senso (cfr. *1 Cor* 13). L'amore fraterno e premuroso, alimentato quotidianamente dalla preghiera, si palesa ponendo al centro di ogni sforzo i malati: è in essi che si riflette il volto del Crocifisso e, nelle loro sofferenze, è possibile riconoscere il segno misterioso del Padre per la salvezza del mondo.

3. Mentre la Chiesa tutta è prossima, ormai, all'appuntamento del Grande Giubileo, voi siete chiamati ad accompagnare il pellegrinaggio di quanti, provati nel corpo e nello spirito, rappresentano nel mondo un annuncio di redenzione e di salvezza. Nel grande itinerario del popolo di Dio, i pellegrini del dolore e della sofferenza sono allegoria dell'umanità in cerca soprattutto di Cristo, «luce vera che illumina ogni uomo» (*Gv* 1,9). A voi, come «umili servitori degli ammalati» (cfr. *Statuto*), è affidato il compito di sostenerli nelle difficoltà e di aiutarli nel trasformare le loro sofferenze in presenza arcana di salvezza.

Auspico che quanto lo Spirito suggerisce, nel corso di questa assise, divenga efficace orientamento alla vostra sollecitudine e susciti rinnovato impegno nel servizio di carità, mediante il quale ogni cristiano è chiamato a rivelare la tenerezza paterna di Dio.

Vi guidi e vi accompagni Maria, pellegrina sollecita verso la casa di Elisabetta, ove, con le sue premure, si rese strumento della scoperta da parte della cugina del disegno del Padre.

Con tali voti, a tutti imparto di cuore la Benedizione Apostolica.

«Occorre far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito»

Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita ricevuti in udienza, nella mattina di sabato 27 febbraio, nella Sala del Concistoro.

1. Illustri Membri della Pontificia Accademia per la Vita, convenuti a Roma in occasione della vostra annuale Assemblea Generale, siate i benvenuti! Nel rivolgere a ciascuno di voi il mio cordiale saluto, ringrazio il Presidente, Prof. Juan De Dios Vial Correa, per le amabili parole con cui ha interpretato i vostri sentimenti. Saluto pure i Vescovi presenti: Mons. Elio Sgreccia, Vice-Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, e Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, a cui la Pontificia Accademia è collegata.

Uno speciale pensiero va all'indimenticabile primo Presidente, il Prof. Jérôme Lejeune, che ci ha lasciato quasi cinque anni fa, il 3 aprile 1994. Egli ha voluto fortemente questa nuova Istituzione, quasi come suo testamento spirituale a salvaguardia della vita umana, presagendo le crescenti minacce che si profilavano all'orizzonte.

Desidero esprimere il mio compiacimento per tutta l'attività di ricerca rigorosa e di diffusa informazione, che la Pontificia Accademia ha saputo impostare e realizzare in questo primo quinquennio di vita. Il tema da voi prescelto per la vostra riflessione, «*La dignità del morente*», intende portare luce di dottrina e di sapienza su una frontiera per certi versi nuova e cruciale. La vita dei morenti e dei malati gravi, infatti, è oggi esposta ad un insieme di pericoli, che si manifestano a volte in forme di trattamento disumanizzanti, altre volte nella non considerazione ed anche nell'abbandono, che può giungere fino alla soluzione eutanasi.

2. Il fenomeno dell'abbandono del morente, che si sta estendendo nella società sviluppata, ha diverse radici e molteplici dimensioni, ben presenti alla vostra analisi.

C'è una dimensione socio-culturale, che va sotto il nome di «occultamento della

morte»: le società, organizzate sul criterio della ricerca del benessere materiale, sentono la morte come un non senso e, nell'intento di cancellarne l'interrogativo, ne propongono a volte l'anticipazione indolore. La cosiddetta «cultura del benessere» porta spesso con sé l'incapacità di cogliere il senso della vita nelle situazioni di sofferenza e di limitazione, che accompagnano l'avvicinamento dell'uomo alla morte. Una simile incapacità risulta acuita quando si manifesta all'interno di un umanesimo chiuso al trascendente, e si traduce non di rado in perdita della fiducia per il valore dell'uomo e della vita.

C'è poi una dimensione filosofica e ideologica, in base alla quale si fa appello all'autonomia assoluta dell'uomo, quasi che egli fosse l'autore della propria vita. In questa ottica si fa leva sul principio dell'autodeterminazione, e si giunge anche ad esaltare il suicidio e l'eutanasia come forme paradossali di affermazione ed insieme di distruzione del proprio io.

C'è inoltre una dimensione medica ed assistenziale, che si esprime in una tendenza a limitare la cura dei malati gravi, inviati in strutture sanitarie non sempre capaci di fornire un'assistenza personalizzata e umanizzata. La conseguenza è che la persona ospedalizzata si trova non di rado fuori del contatto con la famiglia ed esposta ad una sorta di invadenza tecnologica che ne umilia la dignità.

C'è infine la spinta occulta della cosiddetta «etica utilitaristica», che regola molte società avanzate sulla base dei criteri di produttività e di efficienza: in quest'ottica il malato grave e il morente bisognoso di cure prolungate e selezionate vengono sentiti, alla luce del rapporto costi-benefici, come un peso ed una passività. Questa mentalità spinge, quindi, ad un diminuito sostegno alla fase declinante della vita.

3. È questo il contesto ideologico al quale attingono le sempre più frequenti campagne d'opinione miranti all'instaurazione di leggi a favore dell'eutanasia e del suicidio assistito. I risultati già ottenuti in alcuni Paesi, ora con sentenze della Corte Suprema ora con

voti del Parlamento, sono la conferma della diffusione di certi convincimenti.

Si tratta dell'avanzata di quella cultura della morte, che emerge pure in altri fenomeni riconducibili in un modo o nell'altro ad una scarsa valutazione della dignità dell'uomo: tali sono, ad esempio, le morti per fame, per violenza, per la guerra, per mancanza di controllo nel traffico, per scarsa attenzione alle norme di sicurezza sul lavoro.

Di fronte alle nuove manifestazioni della cultura della morte la Chiesa ha il dovere di mantenere fede al suo amore per l'uomo «che è la prima strada che essa deve percorrere» (*Redemptor hominis*, 14). Essa ha oggi il compito di illuminare il volto dell'uomo, in particolare il volto del morente con tutta la luce della sua dottrina, con la luce della ragione e della fede; essa ha il dovere di chiamare a raccolta, come ha già fatto in diverse occasioni cruciali, tutte le forze della comunità e delle persone di buona volontà, perché attorno al morente si stringa con rinnovato calore un vincolo di amore e di solidarietà.

La Chiesa è consapevole che il momento della morte è sempre accompagnato da una particolare densità di sentimenti umani: c'è una vita terrena che si compie; l'infrangersi dei legami affettivi, generazionali e sociali che fanno parte dell'intimo della persona; c'è nella coscienza del soggetto che muore e di chi lo assiste il conflitto fra la speranza nell'immortalità e l'ignoto che turba anche gli spiriti più illuminati. La Chiesa leva la sua voce perché non si rechi offesa al morente, ma ci si dedichi con ogni amorevole sollecitudine ad accompagnarlo mentre s'appresta a varcare la soglia del tempo per introdursi nell'eternità.

4. «*La dignità del morente*» è radicata nella sua creaturalità e nella sua vocazione personale alla vita immortale. Lo sguardo pieno di speranza trasfigura il disfacimento del nostro corpo mortale. «Quando poi questo corpo corruttibile si sarà vestito d'incorruttibilità e questo corpo mortale di immortalità si compirà la parola della Scrittura: la morte è stata ingoiata per la vittoria» (*1 Cor* 15, 54; cfr. *2 Cor* 5, 1).

La Chiesa, pertanto, nel difendere la sacralità della vita anche nel morente, non obbedisce ad alcuna forma di assolutizzazione della vita fisica, ma insegna a rispettare la dignità vera della persona, che è creatura di Dio, ed aiuta ad accogliere serenamente la morte quando le forze fisiche non possono più essere sostenute. Ho scritto nell'Enciclica *Evangelium Vitae*: «La vita del corpo

nella condizione terrena non è un assoluto per il credente, tanto che gli può essere richiesto di abbandonarla per un bene superiore... Nessun uomo, tuttavia, può scegliere arbitrariamente di vivere o di morire; di tale scelta, infatti, è padrone assoluto soltanto il Creatore, colui nel quale «viviamo, ci muoviamo ed esistiamo» (*At* 17, 28)» (n. 47).

Di qui promana una linea di condotta morale verso il malato grave e il morente che è contraria, da una parte, all'eutanasia e al suicidio (cfr. *ibid.*, n. 61) e, dall'altra, a quelle forme di «accanimento terapeutico» che non sono di vero sostegno alla vita e alla dignità del morente.

È opportuno qui richiamare il giudizio di condanna dell'eutanasia intesa in senso proprio come «un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore», in quanto costituisce «grave violazione della Legge di Dio» (*ibid.*, 65). Ugualmente deve essere tenuta presente la condanna del suicidio in quanto «sotto il profilo oggettivo è un atto gravemente immorale, perché comporta il rifiuto dell'amore verso se stessi e la rinuncia ai doveri di giustizia e carità verso il prossimo, verso le varie comunità di cui si fa parte e verso la società nel suo insieme. Nel suo nucleo più profondo esso costituisce un rifiuto della sovranità assoluta di Dio sulla vita e sulla morte» (*ibid.*, 66).

5. Il tempo in cui viviamo esige la mobilitazione di tutte le forze della carità cristiana e della solidarietà umana. Occorre infatti far fronte alla nuova sfida della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito. A tal fine non basta contrastare nell'opinione pubblica e nei Parlamenti questa tendenza di morte, ma bisogna anche impegnare la società e le strutture stesse della Chiesa in una degna assistenza al morente.

In questa prospettiva, incoraggio volentieri quanti promuovono opere e iniziative per l'assistenza dei malati gravi, degli infermi mentali cronici, dei morenti. Essi si impegnino, se necessario, a convertire le opere assistenziali già esistenti alle nuove necessità, perché nessun morente sia abbandonato o lasciato solo e senza assistenza di fronte alla morte. È la lezione che ci hanno lasciato tanti Santi e Sante nel corso dei secoli ed anche recentemente Madre Teresa di Calcutta con le sue provvide iniziative. Occorre che ogni comunità diocesana e parrocchiale sia educata a custodire i suoi anziani, a curare e visitare i suoi malati a domicilio e nelle strutture specifiche, a seconda della necessità.

L'affinamento delle coscienze nelle famiglie e negli ospedali non mancherà di favorire una più diffusa applicazione delle «cure palliative» nei malati gravi e nei morenti, così da alleviare i sintomi del dolore, portando loro al tempo stesso conforto spirituale mediante un'assistenza assidua e premurosa. Nuove opere dovranno sorgere per accogliere gli anziani non autosufficienti che si ritrovano soli, ma dovrà essere soprattutto promossa un'organizzazione capillare a sostegno economico oltre che morale dell'assistenza domiciliare: le famiglie, che vogliono mantenere in casa la persona grave-

mente malata, si sottopongono infatti a sacrifici talora molto gravosi.

Le Chiese locali e le Congregazioni religiose hanno l'opportunità di offrire in questo campo una testimonianza pionieristica, nella consapevolezza della parola del Signore a proposito di quanti si prodigano a sollievo dei malati: «Ero infermo e mi avete assistito» (Mt 25, 36).

Maria, la Madre dolorosa che ha assistito Gesù morente sulla croce, infonda nella madre Chiesa il suo Spirito e l'accompagni nel compimento di questa missione.

A tutti la mia Benedizione.



Argomenti



La salute della donna

Il cervello e l'anima

La salute della donna

INTERVENTO DI MONS. JEAN-MARIE MPENDAWATU. UFFICIALE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, IN OCCASIONE DELL'APERTURA DEI LAVORI DELLA CONFERENZA INTERNAZIONALE "WOMEN'S HEALTH ISSUES" TENUTASI PRESSO L'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE DI ROMA DAL 18 AL 22 FEBBRAIO 1998

È con vivo piacere che a nome di S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, mi trovo tra voi questo pomeriggio per inaugurare i lavori di questa Conferenza Internazionale sul tema "La salute della donna", che vi vedrà riuniti nei prossimi quattro giorni.

Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute mi ha incaricato di comunicarvi il proprio rammarico, perché, altri impegni, legati al suo incarico, gli hanno impedito di partecipare personalmente a questo consesso, come invece avrebbe gradito, per poter ribadire al vostro cospetto l'importanza del tema di questa Conferenza, non solo per il soggetto di rilevanza capitale, ma per la collaborazione con l'Istituto di Bioetica dell'Università del Sacro Cuore ed il Centro di Bioetica Clinica della Georgetown University, due istituzioni prestigiose, che hanno donato alla comunità scientifica un contributo considerevole in materia di Bioetica.

Prima di tutto, tengo a ringraziare S.E. Mons. Elio Sgreccia, per avermi invitato a prendere la parola oggi. Il mio vivo ringraziamento è rivolto ugualmente al Prof. Edmund Pellegrino ed a tutti i suoi collaboratori della Georgetown University per l'eccellente lavoro che il loro Centro svolge nel campo della Bioetica Clinica.

Saluto inoltre il Prof. Juan de Dios Vial Correa, Presidente dell'Accademia Pontificia pro Vita, che ha assicurato il Patrocinio di codesta Organizzazione a questa Conferenza Internazionale.

Numerose sono le autorità accademiche, amministrative, civili, politiche e militari presenti a questa seduta d'apertura. Vi saluto tutti cordialmente.

Consentitemi di rivolgere un saluto in modo speciale al Prof. Adriano Bausola, Rettore Magnifico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che ci accoglie oggi in questa sede prestigiosa della Facoltà di Medicina e Chirurgia "Agostino Gemelli", ribattezzata dal Santo Padre Giovanni Paolo II, il "Vaticano III".

Infine, ma non per ultimo in ordine di importanza, il mio cordiale saluto a tutti gli altri partecipanti a questa Conferenza, autorità politiche, scientifiche, ricercatori, professionisti della sanità, operatori sociali, studenti e tutti gli altri interessati a vario titolo alla tematica di questo consesso e che porteranno nel mondo intero e nei diversi settori della vita sociale, medica, scientifica e politica il messaggio che uscirà da questo importante momento di confronto.

Nel prossimo mese di maggio, in occasione del 50° anniversario della nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità gli Stati Membri di questa grande Istituzione Internazionale adotteranno una Dichiarazione Politica ed un Documento programmatico sulla "Nuova politica e strategia della Salute per Tutti per il XXI secolo".

Chi, in questi ultimi anni, ha avuto modo di seguire i lavori di preparazione di questo importante documento sa che tra i temi, che costituiscono l'asse portante della nuova visione della salute e della Sanità nel mondo, particolare rilievo è dato a quello della "Salute della donna", che trova il suo fondamento nella c.d. "sessospecificità".

Con questa relazione mi propongo di evidenziare alcune problematiche medico-sanitarie collegate alla "salute della donna" quali risultano dalle 23.000 (ventitremila) istituzioni socio-sanitarie della Chiesa

Cattolica operanti in tutto il mondo.

Si tratta dei risultati di uno Studio sul tema, condotto dal Pontificio Consiglio della Sanità in collaborazione con le Commissioni Episcopali per la Pastorale Sanitaria.

Sulla base dei risultati emersi dalla nostra ricerca condotta su un campione di 107 Paesi appartenenti ai cinque Continenti, 2 Federazioni Internazionali di Associazioni rappresentative del mondo sanitario e numerosi Ordini religiosi sui "programmi, le attività ed i centri socio-sanitari operanti a favore delle donne (dalla nascita all'età adulta) ad opera della Chiesa e delle Istituzioni pubbliche", ci è possibile, in questa prestigiosa sede, non solo condividere alcune utili informazioni che disegnano il quadro generale della salute femminile nel mondo ma anche di riflettere insieme su eventuali applicazioni future di iniziative attualmente in corso di sperimentazione.

Le risorse umane femminili costituiscono un patrimonio prezioso per lo sviluppo in ambito sanitario ed in particolare, in alcuni ambiti specifici, come la ginecologia, l'ostetricia, l'educazione sanitaria e la formazione umana, morale e religiosa.

Lo testimoniano i Corsi di formazione professionale avviati in molti dei Paesi oggetto del nostro Studio: corsi per operatori ed educatori sanitari, per infermieri ed aiuto infermieri; scuole di ostetricia; corsi di formazione morale, umana e religiosa per la umanizzazione della medicina e per la diffusione della Dottrina Sociale della Chiesa e dei diritti umani.

In Africa come in Asia, nell'America Latina e nell'Est Europeo non mancano, anche se con motivazioni differenti, i Corsi di Educazione Sanitaria per la diffusione di alcune co-

gnizioni di fondo per l'igiene personale, comunitario ed ambientale. Infatti sono molto diffuse le malattie originate proprio dalle scarse condizioni igieniche dei villaggi rurali in Africa, degli slum in Asia, delle favelas nell'America Latina: luoghi dove migliaia di uomini, donne e bambini a mala pena sopravvivono, cibandosi a volte persino di rifiuti, dormendo in tuguri di un metro per due, senza acqua, luce e fognature. L'attività preventiva è quindi diretta prioritariamente all'educazione sanitaria ed alla promozione della salute, rivolgendosi in modo privilegiato alla gioventù femminile, dato il particolare ruolo che le donne svolgono in seno alla famiglia, nei lavori intra ed extra-domestici oltre che nell'educazione e cura degli infanti. Numerose quindi le iniziative nel campo della prevenzione, quali la tutela della donna in gravidanza, l'assistenza post-parto, la consulenza pre, peri e post-natale, la promozione dell'allattamento materno, la cura degli infanti, l'insegnamento della medicina e dei trattamenti curativi con le erbe naturali.

In particolare, al fine di ridurre la mortalità infantile e materna, ancora molto alta in questi Paesi, sono state promosse iniziative di sensibilizzazione ed informazione capillare sulla conoscenza dei mezzi di immunizzazione e vaccinazione necessari per evitare malattie di una certa gravità (Africa, America Latina) e iniziative volte alla diffusione di una più corretta educazione alimentare per la prevenzione di tutte le malattie collegate ad infezioni intestinali parassitarie negli infanti. Naturalmente nei Paesi africani, asiatici ed in alcuni dell'America Latina, data l'esistenza a tutt'oggi di malattie come la lebbra, la TBC, la DDA (dissenteria), il colera ed altre endemie, la prevenzione si realizza sia attraverso massicce campagne informative e di sensibilizzazione, sia attraverso trattamenti profilattici specifici, laddove disponibili. Nei Paesi più ricchi, dove le sacche di povertà si fanno sempre più ampie ed evidenti, la prevenzione si occupa an-

che di individuare quelle particolari condizioni di disagio sociale le cui vittime privilegiate e maggiormente a rischio sono proprio le donne ed i bambini.

Mentre nei Paesi meno progrediti a livello economico, quindi, l'assistenza alla donna si concentra su una educazione sanitaria di base, diretta a consentire la conoscenza di alcune norme igienico-sanitarie essenziali e su programmi di immunizzazione per proteggere donne e bambini dalle numerosissime malattie endemiche; nei Paesi più progrediti, ove certe cognizioni igieniche si considerano acquisite dalla maggioranza della popolazione, la prevenzione tende a specializzarsi dal punto di vista della profilassi, attraverso controlli diagnostici e check-up periodici. Per quanto riguarda più specificamente l'assistenza alla gestante, in alcuni di questi Paesi, la Germania ad esempio, oltre ad essere approntate cure mediche d'avanguardia, durante il periodo della gravidanza vengono corrisposti alle donne dei contributi finanziari perché se ne servano per usufruire dell'assistenza medica e psicologica necessaria. L'assistenza medica al parto è di standard elevatissimi e dopo il parto la giovane madre, lasciato l'Ospedale ha diritto a ricevere l'aiuto di un'ostetrica che segua la sua situazione di salute avviandola contemporaneamente alla cura del neonato. Anche per i lattanti sono previste regolari visite mediche preventive e di controllo.

Ma quando si parla di assistenza alla donna in gravidanza non si devono dimenticare tutte le problematiche che investono le ragazze-madri, giovani spesso giovanissime lasciate sole di fronte alla difficile scelta di vita o di morte del feto.

La Chiesa, sostenuta anche da numerosi movimenti ed associazioni di volontariato, si è impegnata a fondo nel fronteggiare questo grave disagio delle società contemporanee. Un'azione a tutto campo, che va dalla promozione culturale di un senso più profondo del valore e della dignità della vita, al sostegno per tutte coloro che

versano in condizioni di bisogno o che soffrono di problemi sociali, ed ancora all'aiuto specifico alle giovani gestanti, detenute, tossicodipendenti o in condizioni di indigenza fisico-sociale.

Si sottolinea una differenza molto significativa tra i Paesi dell'area dello sviluppo e quelli c.d. non allineati. Nei Paesi più poveri, dalle più elevate percentuali demografiche e dai maggiori tassi di natalità (Africa, Asia), dove il senso sacrale del rispetto della vita trova le sue radici nelle culture indigene, le ragazze-madri vengono accolte e sostenute, secondo le consuetudini, dalla famiglia di origine. Assai raramente, infatti, in questi Paesi si incontrano Case famiglia o centri di accoglienza per giovani madri. L'opera della Chiesa è quindi impegnata principalmente, attraverso la diffusione dei metodi naturali di concepimento, a rendere più matura e consapevole la scelta del concepimento. È opportuno in tale sede ricordare come, nella cultura africana, ad esempio, l'idea di una qualsiasi forma di controllo delle nascite, anche naturale sia difficilmente comunicabile. Nella tradizione dell'Africa Occidentale, animista, la nascita e la morte fanno parte del rituale della vita; il nuovo nato è un dono grazie al quale il lignaggio degli antenati si perpetua, è un segno di continuità della linea ancestrale.

Nei Paesi più ricchi e più avanzati economicamente, in cui imperversa una società capitalistica e consumistica, l'impegno della Chiesa è, diversamente, diretto principalmente a recuperare il senso del rispetto della vita umana e soprattutto di quella dell'embrione. Il dramma che oggi si va consumando nelle società contemporanee, del c.d. benessere, è dato dall'alta percentuale di aborti dovuti alla preminenza data, anche giuridicamente, al diritto della donna di abortire su quello dell'embrione di giungere al corretto epilogo del proprio sviluppo fetale: la Vita.

Ed è proprio in queste società (America Sett., Europa Occidentale.) con un indice demografico caratterizzato da un

crescente invecchiamento della popolazione, e con tassi di natalità tra lo 0 e l'1% che la Chiesa fatica di più nel far crescere un nuovo senso di rispetto della vita nonostante sia stato dimostrato, anche scientificamente, che l'embrione è già una vita umana, costituisce un essere umano completo in tutto il suo bagaglio genetico.

Al fine quindi della cura, dell'assistenza e del sostegno anche psicologico alle giovani, che si trovano in tale condizione operano in tutto il mondo centri di accoglienza, case residenziali capaci di offrire non solo le prestazioni sanitarie necessarie ma anche i consigli e la formazione più adeguata per prepararsi alla maternità. Ed ancora consultori, centri di aiuto telefonico, centri di sostegno per coloro che scelgono di dare in adozione o affido i nuovi nati, uffici diocesani di sviluppo umano.

Nell'America Settentrionale ad esempio, come nel Canada, l'area degli interventi socio-assistenziali è la più estesa e quella in cui le emergenze si fanno più pressanti. La società americana dello sviluppo, della ricchezza economica, del capitalismo più sfrenato, delle grandi multinazionali è anche una società che assiste, spesso impotente, all'emarginazione ed alla solitaria sofferenza di quelle fasce più deboli della popolazione che versano in condizioni di grave disagio sociale. In Canada il disagio sociale di donne e bambine è avvertito con particolare urgenza tanto che sono numerosissime le iniziative avviate in loro difesa. Si contano Centri e consultori per ragazze di strada, per ragazze aborigene, per ragazze con difficoltà psico-fisiche, sociali e spirituali, per l'assistenza nutrizionale di donne barbone, per l'accoglienza di bambine e donne a rischio della prostituzione, tossicodipendenti o ex-detenute.

Infine i due drammi che lacerano il mondo intero, le piaghe del nostro secolo: l'AIDS e la violenza sessuale su donne e bambini.

Per quanto concerne la prevenzione ed assistenza ai malati di AIDS la nostra ricerca ha

evidenziato un massiccio impegno, da parte di tutti i Paesi consultati, nella lotta contro questo male che aggredisce soprattutto la popolazione giovanile più a rischio sia in relazione ai rapporti sessuali che alle tossicodipendenze. Le infezioni da HIV sono andate aumentando ovunque anche se in alcuni Paesi dell'area africana ed asiatica con una progressione maggiore e molto preoccupante; colpendo maggiormente le donne di età tra i 10 ed i 29 anni; nelle zone urbane più che in quelle rurali, facendo registrare un aumento della sieropositività in gravidanza. Al centro dell'azione della Chiesa e delle strutture sanitarie pubbliche vi è l'attività preventiva anche se con metodi diversi.

Spesso i Governo locali promuovono massicce campagne informative consigliando l'uso dei mezzi contraccettivi in commercio diversamente dalla Chiesa che si dedica ad un'azione di formazione morale dei giovani.

Oltre all'informazione scientifica delle modalità di trasmissione del virus si cerca di comunicare un modo nuovo di porgersi verso gli altri, più responsabile e più rispettoso della vita propria ed altrui, un nuovo modo di vivere l'affettività di coppia.

I presidi ed i servizi approntati a livello socio-sanitario per i malati e le loro famiglie sono ovunque presenti anche se in certe aree sono insufficienti. Ciò che però conforta è che le comunità cristiane riconoscono la necessità di offrire un sostegno psicologico e spirituale anche alle famiglie dei malati che spesso vivono delle vere tragedie umane, delle crudeli esperienze di emarginazione sociale.

La nostra società contemporanea vive il dramma della violenza e degli abusi sessuali su donne e bambini, abusi che si manifestano sotto forma di traffico illecito di minori, nella prostituzione infantile, nel turismo sessuale ed altro. La donna, il corpo della donna è oggi fatto oggetto di commercio, un commercio spietato che non risparmia i più deboli ed indifesi: i bambini.

La ragione di questa infamia

del genere umano non può che risiedere in una sfrenata permissività morale legata ad una ferrea logica del profitto in nome di una libertà individuale esasperata che non si ferma neanche davanti al rispetto dell'altro. Occorre l'impegno congiunto dei Governi e della Chiesa non solo nel garantire alle vittime di questi abusi servizi di accoglienza e cure mediche amorevoli, ma anche nel combattere la cultura della morte e della violenza con strumenti oltre che giuridici anche educativo-formativi delle coscienze. Occorre "ricostruire" anche l'uomo.

La particolare natura della donna, le sue inclinazioni naturali, l'unicità dell'esperienza della maternità le conferiscono una sensibilità, che nell'area sanitaria costituisce un dono prezioso per il futuro sviluppo dei servizi sanitari nel mondo. La donna accompagna l'intuitività, la sintesi, la creatività, la flessibilità alla lucidità, la razionalità, la logica e l'analisi. Nella donna di oggi si compie una sintesi assolutamente unica, frutto di una faticosa ricerca di sé, di riscoperta e valorizzazione della propria dignità, di quel "genio femminile", che tanto sosterrrebbe la sanità nel mondo.

L'apporto delle Università Cattoliche in generale e degli Istituti e Centri di Bioetica è decisivo per il dibattito in corso sulla salute della donna, che manca spesso di un vero orizzonte antropologico e morale.

Non si deve e non si può essere timorosi nel cercare e trovare le ragioni che sostengono la vita: questo servizio è missione, è annuncio della Buona Novella di Cristo.

Siano le nostre Università, i nostri ricercatori, i nostri medici all'altezza di questa missione che ha loro affidato la Chiesa, offrendo un servizio medico-sanitario, di studio e di ricerca di prim'ordine, contraddistinto da una autentica cattolicità nel senso universalistico del Vangelo e nella fedeltà al Magistero del Santo Padre.

Mons. JEAN-MARIE
MPENDAWATU
*Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*

Il cervello e l'anima

ESPERIENZE IN NEUROCHIRURGIA E RISULTATI DELLE RICERCHE

1. L'interrogativo fondamentale

In questo intervento ci pronunceremo sulla realtà oggettiva dell'anima e sul ruolo del cervello. Due sono le tesi principali: da una parte la dottrina che vuole che il cervello appartenga all'"io" e non il contrario, e in questo caso il cervello è considerato lo strumento necessario all'anima¹; dall'altra il punto di vista materialistico, secondo il quale l'"io" è una costruzione del nostro cervello e lo spirito uno stato fisico. Risolvere questo dilemma è ciò che tenteremo di fare sulla base delle recenti acquisizioni delle neuroscienze.

2. Cos'è dunque il cervello?

Si tratta di una domanda importante, particolarmente in neurochirurgia, nella misura in cui sono direttamente percepibili le conseguenze degli interventi cerebrali.

Struttura e funzione

a) *La chirurgia del dolore* ne è un esempio concreto. Essa viene praticata a livello del cervello, o del midollo spinale, come "ultima ratio" in alcuni casi di dolori intollerabili d'origine organica, che non hanno risposto a nessun trattamento conservatore. Ne siamo particolarmente interessati in quanto, delle circa 21.000 operazioni cerebrali e midollari praticate dal 1973 al 1993, 2.500 avevano uno scopo antalgico.

La scelta del metodo operatorio al livello del cervello o del midollo spinale dipende dal tipo del dolore che si intende eliminare.

Possiamo:

– sconnettere le *vie del dolore* mediante un intervento

localizzato sulle vie nervose e ai nuclei centrali;

– abolire la *percezione del dolore* (ad es. intervenendo sui ricettori morfiniti);

– modificare il modo con cui il *dolore è percepito* dal soggetto (campo limitrofo della psicochirurgia). Si tratta qui di interruzioni ben delimitate, mediante una tecnica di stereotassia, delle vie nervose d'associazione complesse e profonde, in particolare nella regione frontale: connessioni tra i nuclei dorso-mediani del talamo e la corteccia fronto-orbitale, oppure cingolo, capsula anteriore, fibre sottocaudali.

Tali operazioni vengono praticate raramente dopo l'introduzione dei neurolettici, in particolare in Inghilterra: nei casi di ansia grave, di nevrosi ossessiva o di depressione a tendenza suicida, che hanno resistito ad altre terapie. Interventi del genere possono avere anche l'effetto che il dolore, benché percepito, non è più sentito come tale e non ha più traduzione affettiva.

Quanto alla psicochirurgia, le nuove tecniche operatorie (stereotassia) permettono di evitare in generale delle modifiche importanti della *personalità* e ciò contrariamente alla leucotomia frontale classica, non più praticata attualmente. Il mio maestro ed amico, il Prof. Aloys Werner², ha pubblicato un caso degno di interesse, osservazione unica a quanto mi consta: una leucotomia frontale bilaterale ha guarito effettivamente una paziente da una gravissima nevrosi d'angoscia, invalidante. Molto pia prima dell'intervento, la paziente mostra da allora una indifferenza religiosa che la disturba intellettualmente, ma senza colpirla in altro modo.

b) Torniamo alla nostra do-

manda di fondo: *Cos'è dunque il cervello? Quale è il suo ruolo?*

Esso riveste una importanza del tutto particolare, fondamentale, per la caratterizzazione e l'espressione della *personalità*, funzione che non può essere paragonata a quella di nessun altro organo, neanche del cuore: un essere umano portatore di un cuore estraneo trapiantato resta la stessa persona. Al contrario, delle lesioni al cervello – malattia, ferita per trauma o in seguito ad un intervento – comportano la perdita delle funzioni proprie della zona cerebrale colpita; rarissime eccezioni impressionanti – ne conosco qualcuna personalmente – di guarigioni spettacolari, che la medicina non spiega, non invalidano questa regola. L'integrità delle *strutture* del sistema nervoso centrale è necessaria a quella delle sue *funzioni*. Condizione previa certo, ma queste strutture sono anch'esse causa di queste funzioni?

3. Punti di vista materialistici – Critica

Questo tipo di interpretazione *postula* che i processi psico-chimici sono i soli all'origine di tutte le funzioni cerebrali e l'unica spiegazione delle funzioni spirituali. Questa opinione non è sempre espressa in modo chiaro, ma è spesso velata. Conosco, personalmente o dalle mie letture, degli adepti di questa visione materialistica, come ad esempio J. PO. Changeux, D. C. Denett, G. M. Edelman, ma sono costretto a constatare che il loro aumento è solo minimo^{3,4,5,6}. Alcuni la fondano sui potenziali precursori alla superficie del cranio nelle regioni fronto-parietali, la cui fase iniziale probabilmente

non è altro che un artefatto dovuto all'apparecchio registratore⁴. In confronto, le concezioni di John C. Eccles si basano sui risultati ottenuti dai più moderni metodi della neurofisiologia (registrazioni dirette a partire da cellule nervose individuali, tomografia mediante emissione di positroni, tecniche allo Xenon, tra gli altri), risultati che conducono a tutt'altre conclusioni⁵.

A volte si cerca anche di mettere il cervello sullo stesso piano del *computer universale* ("Turing Machine"). Le differenze tra i due sono tuttavolta insuperabili.

Cervello e computer: che cosa li differenzia

a) La *complessità*: ogni cervello umano comprende circa 100 miliardi di cellule nervose collegate tra di loro ognuna mediante migliaia di connessioni (*sinapsi*). La somma di queste connessioni è valutata intorno a un milione di miliardi.

Tuttavia è vero che l'inimmaginabile complessità del cervello non basta, da sola, a distinguerlo da un computer. Vorrei comunque far notare a questo riguardo che il cervello di un insetto supera di gran lunga il computer più potente, quando ad esempio si tratta di problemi d'interazione tra individuo e ambiente.

b) *Le differenze fondamentali*:

– la *plasticità*: modifiche delle connessioni neuronali, ad esempio nel corso del processo di apprendimento e di rigenerazione. Non è escluso in avvenire lo sviluppo di computers comprendenti una certa plasticità; finora non ci si è ancora arrivati;

– ma: al contrario del cervello, il computer non potrà mai generare o servire da supporto materiale ad *emozioni, astrazioni, ad una coscienza soggettiva*; sta qui la differenza di principio decisiva. Sta qui anche il "tallone d'Achille" dei materialisti che evitano accuratamente di discutere della *coscienza soggettiva, che non è materialmente spiagabile né percettibile*.

Le moderne neuroscienze mostrano che i mammiferi superiori possiedono funzioni cerebrali molto evolute quali un certo grado di intelligenza con capacità di astrazione, nonché sentimenti come l'affetto, ma anche la paura, la gioia, la tristezza, la fedeltà, nonché la percezione del dolore. Questi animali hanno una coscienza che, per quanto si possa giudicare, non è dello stesso ordine della coscienza di sé dell'uomo: "Cogito, ergo sum – Penso, quindi sono", diceva Cartesio.

Questa "coscienza di sé" è il più alto livello della coscienza soggettiva; essa significa, tra l'altro, che l'essere umano non si accontenta di pensare, ma sa di pensare. Quando nel 1994 fu chiesto al Prof. Cuénod, direttore dell'Istituto delle ricerche sul cervello dell'Università di Zurigo, quale fosse il punto di vista delle neuroscienze sulla coscienza di sé, egli rispose che "non esiste spiegazione puramente scientifica"⁷. Tale opinione è valida anche per altre concezioni spirituali, quali i giudizi di valore, le dimensioni morali ed etiche (bene – male), la capacità di libera autodeterminazione. Anche Eccles ha scritto, nel 1989: "Tutti gli aspetti spirituali della natura umana saranno sempre fuori portata di una spiegazione scientifica"⁸.

4. Interazione dualistica (ID); basi di questa nozione

"*Interazione dualistica*" vuol dire che il cervello e l'anima sono due realtà autonome che interagiscono l'una sull'altra. Essa fu proposta da John C. Eccles (1903-1997)^{1,5,8}. La sua opera da pioniere è stata premiata con un Nobel.

Allo stadio attuale delle nostre conoscenze, gli argomenti a favore dell'ID sono i seguenti:

a) la loro congruenza con dei risultati delle *neuroscienze sperimentali*.

b) Il sostegno della *fisica dei quanta*.

Secondo Eccles, le *sinapsi* giocano un ruolo molto im-

portante nell'interazione cervello/anima. Nel punto di questi contatti ha luogo lo scambio dei segnali da una cellula all'altra attraverso lo spazio intersinaptico, mediante i neurotransmettitori, essi stessi liberati dalle vescicole. La liberazione di questi neurotransmettitori è in sé un avvenimento estremamente poco probabile; è necessario un fattore precipitante esterno: la volontà e l'intenzione possono aumentare la *probabilità* in sé minima di liberazione di un neurotrasmettitore e questo in modo localmente mirato. La propagazione degli impulsi all'organo-bersaglio (ad esempio la muscolatura) porta all'effetto desiderato (ad esempio movimento volontario).

Solo l'informazione proverrebbe dallo *spirito*: aumento mirato di una probabilità, quest'ultima nozione essendo una dimensione fisica senza energia né massa. Tuttavia, la probabilità può avere degli effetti nel campo microcosmico o microscopico (ad esempio al livello delle sinapsi), come mostrano le leggi della fisica quantica. L'energia necessaria al proseguimento del processo fino all'organo-bersaglio non proviene dallo spirito, ma è fornita dal *corpo*.

Anche se dobbiamo restare aperti all'*esistenza di altre possibilità per ciò che riguarda l'interazione cervello-anima*, le attuali conoscenze permettono le *seguenti conclusioni*:

a) il nostro *universo di materia ed energia* è accessibile ad una direzione spirituale "dall'alto" senza che ci sia violazione delle leggi fisiche (ad esempio legge di conservazione dell'energia);

b) *il cervello e l'anima* sono intimamente legati mediante le loro interazioni, ma sono entità differenti.

Le esperienze di Eccles e di altri ricercatori suggeriscono che *il nostro cervello non è la causa di funzioni superiori quali la coscienza, ma soltanto uno strumento necessario nella nostra esistenza temporale-spaziale*. Nella sua opera apparsa nel 1994 "Wie das

Selbst sein Gehirn steuert – Come il nostro io dirige il suo cervello”⁵, Eccles cita diversi ricercatori la cui opinione si avvicina alla sua, come F. Crick, D. Hodgson, R. Penrose, J. R. Searle, R. Sperry, H. P. Stapp, che hanno pubblicato la maggior parte dei loro lavori negli anni novanta.

L’anima in quanto realtà. Osservazioni sul dualismo

È notevole constatare, nelle neuroscienze, il numero importante di coloro che difendono un concetto moderato di dualismo corpo/anima. Come mostrano gli *esempi seguenti*, è passato il tempo in cui gli scienziati negavano l’esistenza dell’anima.

Wilder Penfield (1891-1976), neurochirurgo specializzato nel trattamento chirurgico dell’epilessia e fondatore dell’Istituto Neurologico di Montreal, ha scritto nel suo diario: “Forse tra qualche secolo ci avvicineremo alla verità quando capiremo che dobbiamo distoglierci dalla complessità dei processi fisiologici e riconoscere l’esistenza dell’anima e di Dio ... Deve esserci un’anima che dirige tutti questi meccanismi”. Penfield citava a questo riguardo Shakespeare: “...il cervello, la casa fragile dell’anima”^{9,10,15,22}.

J. C. Eccles, medico molto impegnato nelle ricerche sul cervello, ha scritto nel 1989: “Ogni anima è una nuova creazione divina ... Asserisco che non esiste altra spiegazione possibile, né dal lato unico del codice genetico e della sua inverosimile e fantastica lotteria, né dal lato delle differenziazioni dovute all’ambiente che non determinano l’individualità ma semplicemente la modificano”⁸.

Le attuali discussioni sul dualismo sono interessanti. *H. P. Stapp*, che ha riconosciuto l’importanza del ruolo della meccanica quantica nelle neuroscienze, ha scritto nel 1991: “Cosa c’è di tanto falso nel *dualismo*, perché sia così poco amato?”¹¹. Ricercatori giapponesi hanno tratto conclusioni simili nel corso del 2° Congresso Internazionale sul-

la Morte Cerebrale, svoltosi a La Havana nel 1996¹². La discussione di questo tema supera i limiti del mio intervento, ma permettetemi due osservazioni: l’unità psicofisica non deve significare obbligatoriamente che il corpo e l’anima si fondono, e d’altra parte la separazione del corpo e dell’anima al momento della morte non esclude l’unità dell’essere terrestre.

È strano d’altronde constatare quanti *teologi* rifiutino l’idea stessa di un concetto moderato di una dualità corpo/spirito. Molti di loro rifiutano perfino l’esistenza di un’anima o diffondono opinioni mal fondate, come ad esempio quella della morte totale: l’essere umano morirebbe *in toto*, di modo che la vita eterna sarebbe possibile solo come nuova creazione, conseguenza della grazia divina. Questi teologici non sembrano notare a quale punto queste speculazioni siano in posizione falsa con la nostra fede. Citiamo un passaggio del *Catechismo della Chiesa Cattolica*¹³: “La Chiesa insegna che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio – non è ‘prodotta’ dai genitori – ed è immortale: essa non perisce al momento della sua separazione dal corpo nella morte, e di nuovo si unirà al corpo al momento della resurrezione finale” (366). Queste affermazioni sono sovrapponibili a quelle dei testi del Catechismo Ortodosso che degli amici russi mi hanno fatto pervenire. Il Catechismo cattolico ha trovato un riconoscimento non soltanto presso gli Ortodossi, ma anche presso numerosi Protestanti.

5. Situazioni mediche estreme: osservazioni e fatti

5.1. La morte cerebrale¹⁴

La sua *diagnosi* riveste un significato particolare nel contesto del prelievo di organi in vista del loro *trapianto* (cuore, fegato, pancreas, e perfino cuore-polmoni). Gli *interrogativi determinanti* so-

no: la morte cerebrale significa la morte dell’essere umano? Il prelievo di organi vitali in questo stato è ammissibile?

La morte cerebrale equivale all’arresto irreversibile delle funzioni cerebrali più importanti, in particolare quelle del tronco cerebrale. La diagnosi si basa su segni clinici chiaramente definiti e, se necessario, sul risultato di esami complementari (angiografia cerebrale, ricerche elettrofisiologiche, ecc.), nonché su criteri che confermano che si tratta di lesioni definitive (durata dei segni e sintomi, esclusione di una intossicazione o di una ipotermia profonda, ecc.).

In caso di diagnosi corretta, la situazione del paziente è *senza uscita*. Una rianimazione non è certamente più possibile; sarebbe falso affermare il contrario. Il paziente in stato di morte cerebrale è immerso in un coma profondo, non respira più spontaneamente, non presenta più alcun riflesso del tronco cerebrale. L’interruzione della respirazione artificiale provoca inesorabilmente un arresto cardiaco in pochi minuti. La respirazione artificiale permette tuttavia al cuore di un paziente in stato di morte cerebrale di battere ancora provvisoriamente, gli organi vitali sono quindi ancora irrigati per un periodo di tempo limitato; ma queste funzioni sono in qualche modo staccate dall’insieme dell’organismo. Mancano il coordinamento e il principio unificatore (l’anima).

Un tale paziente è morto nel *senso metafisico* del termine, cioè: l’anima è separata dal corpo? Si tratta di un interrogativo che, già secondo Pio XII, esula dalla competenza medica; ancor’oggi non esiste una presa di posizione ufficiale da parte della Chiesa cattolica a tale riguardo, secondo una comunicazione personale del 19.10.1996¹⁶. La maggior parte degli specialisti di questa questione (tra cui numerosi cattolici) ritengono che la morte cerebrale sia un criterio affidabile della morte di un essere umano; non può esserci certezza assoluta a questo riguardo, in

quanto la separazione dell'anima e del corpo non può essere colta in modo empirico.

La Congregazione per la Dottrina della Fede della Chiesa Cattolica non rifiuta categoricamente *il prelievo di organi*, previo consenso: quello della "vittima" stessa, o almeno quello di una persona responsabile tra i familiari. In alcune circostanze è anche permesso ad un essere umano di dare la propria vita, in anima e coscienza, per salvare quella di un altro essere umano. Personalmente approvo, come cristiano e come cattolico, la medicina del trapianto a condizione che la diagnosi di morte cerebrale sia certa, e che sia stato dato il debito consenso. Se queste condizioni sono strettamente rispettate, a mio avviso non è accettabile equiparare il prelievo d'organi all'eutanasia. A questo riguardo, ci riferiamo al modo con cui Giovanni Paolo II intravede questo delicato problema qualificandolo come "tragico dilemma"¹⁷.

5.2. Morte clinica

È essenziale distinguere la morte cerebrale, che non permette più di prevedere una rianimazione, dai casi di *morte clinica* in senso più generale, come ad esempio per un arresto cardiaco nel corso di un infarto del miocardio seguito da un arresto momentaneo delle funzioni cerebrali e respiratorie. La rianimazione di un tale paziente può essere coronata da successo, se praticata molto rapidamente. Per riassumere: in caso di morte cerebrale, il cuore può battere ancora, ma ogni rianimazione sarà vana; in caso di morte clinica, l'arresto momentaneo del cuore non è incompatibile con una rianimazione riuscita.

Esempio: arresto cardiaco durante un intervento sull'ipotalamo

Un *arresto cardiaco improvviso* è una complicazione rara, ma possibile, degli *interventi chirurgici al livello dell'ipotalamo*, quel sistema di controllo situato nella parte

superiore del tronco cerebrale, tanto importante per la coscienza, per il comportamento nonché per la regolazione ormonale e vegetativa. Dei 3.100 pazienti che abbiamo operato negli ultimi venti anni, e che soffrivano di tumori del sistema nervoso centrale, il 18% erano localizzati in questa regione. Nella maggior parte di trattava di adenoma dell'ipofisi (58%) e di meningiomi (28%), pertanto di tumori benigni. La maggior parte degli adenomi può essere affrontata per via transnasale, mentre per i meningiomi e la maggior parte dei craniofaringiomi si impone un approccio transcranico nella regione di base del cranio dal lato destro. Le attuali tecniche di microchirurgia permettono, nella maggior parte dei casi, di estirpare i tumori senza complicazione, anche se non si può escludere un rischio operatorio. Così due pazienti di 9 e 12 anni sono stati vittima di un arresto cardiaco durante l'estirpazione di un craniofaringioma a motivo di uno spasmo delle piccole arterie emesse dalla porzione C4 dell'arteria carotide interna, che aderivano alla superficie del tumore. Alcuni centri di controllo cardiovascolare si trovano in effetti nella parte posteriore dell'ipotalamo irrigata da queste arterie. Nei due casi, è stata praticata una rianimazione efficace con massaggio cardiaco di 20 minuti in un caso, e di 40 nell'altro. Oggi, 12 e 16 anni più tardi, questi



pazienti continuano ad essere in buona salute²².

I pazienti che sono passati per avvenimenti del genere, raccontano a volte fenomeni di "near death".

5.3. Alle frontiere della morte (near death experience, NDE): interpretazione, significato⁶

Fenomeni del genere sono stati raccontati da persone che sono state in uno stato vicino alla morte, ad esempio pazienti rianimati con successo dopo un arresto cardiaco. L'esistenza delle NDE è nota fin dalla notte dei tempi: al riguardo esistono numerose osservazioni e pubblicazioni recenti. Sono state descritte *sensazioni* di gioia intensa; incontri con esseri somiglianti agli angeli o a parenti morti, o ancora creature terrificanti e infelici di non potersi staccare dai loro legami materiali. Alcuni casi sono particolarmente impressionanti: il soggetto dice di aver intravisto un campo di conoscenze che comprendono o coesistono con quelle del passato, del presente ma anche dell'avvenire.

Questi *racconti* devono sempre essere oggetto di un'analisi critica. La famosa rivista "The Lancet" ha pubblicato un ottimo lavoro a questo riguardo¹⁸, riguardante una buona documentazione su 28 pazienti che avevano subito un arresto sicuro delle funzioni cerebrali più importanti. I fenomeni descritti erano di natura del tutto straordinaria, inspiegabili sul piano neurofisiologico e neuropatologico: gli autori ne trassero come plausibile una "interpretazione trascendente". Notiamo che, in modo generale, i *tentativi di spiegazione scientifica* (deficit d'ossigeno, endorfine, ecc.) sono insufficienti nella maggior parte dei casi.

Questa osservazione si applica anche ai fenomeni di *out of the body* nel quadro delle NDE, di cui un primario di mia conoscenza, anche lui professore dell'Università di Zurigo, ci ha raccontato un

esempio da lui vissuto personalmente. Ho saputo di un altro caso, quello di un sacerdote cattolico: dopo un arresto cardio-respiratorio consecutivo ad un infarto del miocardio, mentre era in un coma profondo, ha potuto osservare dall'alto i medici e le infermiere che praticavano la rianimazione del suo corpo, e ha potuto poi raccontare la scena correttamente. La particolarità di questo caso sta nel fatto che il paziente ha "visto" la scena, rallegrandosene perfino, poiché era cieco da decenni. Dobbiamo sottolineare che qui possono essere escluse con certezza le *allucinazioni*; benché in modo incomprensibile, il paziente aveva registrato la realtà. Le allucinazioni sono delle illusioni sensoriali senza oggetto reale, come ad esempio nel caso del "fenomeno del doppio" durante lesioni al cervello nelle regioni parietali e temporali¹⁹.

Cosa significano le NDE, quali conclusioni possiamo trarre? Le NDE sono dei segni dell'esistenza di funzioni spirituali superiori indipendenti dall'attività cerebrale nonché di realtà percettibili al di là dei limiti della percezione sensoriale normale.

Esiste una vita individuale cosciente dopo la morte? Le NDE parlano a favore. Notiamo tuttavia che gli individui interessati si sono semplicemente trovati in uno stato prossimo alla morte, il che vieta ogni conclusione affrettata per quanto riguarda l'aldilà. Queste NDE ci permettono di affermare quanto segue: se esiste una "parte" cosciente dell'essere umano, in grado di operare in modo largamente autonomo in rapporto al cervello durante la vita, allora possiamo supporre che questa "parte" può essere in grado di proseguire la sua esistenza dopo la morte.

Le NDE non danno indicazioni sul *genere* di vita possibile dopo la morte, anche se sono stati riferiti incontri con genitori scomparsi o con degli angeli, o anche il mantenimento delle conoscenze acquisite. Personalmente, sono convinto che l'aldilà sia collegato con l'aldiqua, certamente differen-

te ma analogo ("Analogia Entis"). Non dimentichiamo le parole del Nuovo Testamento: "Quelle cose che occhio non vide, né orecchio udì" (1 Cor 2, 9).

6. Scienza e rivelazione cristiana – fede e sapere

Infine – ed è una *conclusione decisiva* – né la teologia, né la filosofia e la scienza possono sostituirsi alla *rivelazione cristiana* nella sua globalità (bibbia e tradizione). Per quanto riguarda il Nuovo Testamento, penso sia opportuno soffermarci sui passaggi che hanno conseguenze esistenziali concrete per l'uomo, comprensibili perfino ai bambini, senza relativizzazione né bisogno di interpretazione. Penso alla promessa che Gesù fece al buon ladrone: "In verità ti dico, oggi sarai con me nel paradiso" (Lc 23, 42-43).

Il modo di *interpretare le Sacre Scritture* è un punto essenziale. Nella Chiesa Cattolica questa interpretazione è guidata dalla Congregazione per la Dottrina della Fede. Ci sono tuttavia dei teologi che ne rimettono in questione i fondamenti (ad esempio, la realtà della resurrezione di Cristo) mediante un procedimento di "*demitologizzazione*", diffuso principalmente dal teologo R. Bultmann e dai fautori della sua tesi che, oggi, non è più difendibile per i seguenti motivi:

a) Bultmann si sbagliava pensando che il Nuovo Testamento

fosse stato scritto molti anni dopo la morte di Gesù. Secondo il parere attuale degli esperti, grazie a metodi paleografici, i Vangeli devono essere considerati come *documenti storici* redatti prima di 70 anni dopo la morte di Cristo. Tali esperti si basano sulla scoperta di due papiri in cui vengono menzionati dei frammenti del Vangelo di Marco, e che sono stati ritrovati nella settima caverna di Qumran, nonché su un codice del Vangelo di Matteo, che può ugualmente risalire ad un'epoca anteriore a 70 anni dopo Cristo²⁰.

b) Bultmann pensava anche che nella nostra epoca scientifica, non è più possibile credere ai *miracoli di Cristo* così come ci vengono raccontati nel Nuovo Testamento. Egli li considera come dei miti, e la resurrezione come un simbolo privo di base reale.

Anche qui si sbagliava, in quanto ancor'oggi assistiamo a *guarigioni mediche* che resteranno per sempre inspiegabili e che i teologi possono qualificare come miracoli. A ciò si aggiungono le acquisizioni della *fisica dei quanta*, secondo le quali, in base alle visioni attuali, il mondo materiale è aperto alla realtà trascendente²¹.

È legittimo *considerare la ricerca scientifica* appassionante e positiva, a condizione di rispettare le frontiere dell'etica e i limiti delle conclusioni possibili. La *fede e la scienza* sono necessariamente complementari e non si escludono in nessun caso. Entrambe sono fondate su *verità e realtà oggettive*²².

Dal punto di vista della *teoria della conoscenza*, è la fede ad avere la priorità. In ogni ramo della scienza, anche nel campo dell'alta matematica, ci sono ipotesi ultime (assiomi) che non sono né dimostrabili direttamente, né evidenti, ma che bisogna accettare come base di ricerca. Non vogliamo con questo negare l'importanza del ragionamento né quella della scienza, ma piuttosto far notare come esse siano state a volte sopravvalutate, soprattutto durante il periodo "dei lumi".



A proposito del *significato esistenziale* della fede, il mio maestro viennese, il Prof. Viktor Frankl (1905-1997) ha scritto nel libro "Logotherapie und Existenzanalyse – Logotherapie ed analisi dell'esistenza": "Cosa è la fede se non la conoscenza decisiva ed esistenziale di una persona?"²³.

Gli *esempi personali* sono a mio avviso particolarmente convincenti. Nel mese di maggio 1997 moriva nella regione del Ticino, sua patria di adozione, Sir John Eccles. Il giornale della parrocchia di Tenero-Contra ha pubblicato in quell'occasione il seguente messaggio: "Grazie, Sir John, per aver reagito contro le tesi positiviste della scienza, che rifiutano l'immortalità dell'anima umana e pensano che sia loro dovere dimostrare che Dio non esiste. Grazie per aver confermato in svariate occasioni e senza esitazione che la condizione di scienziato non è incompatibile con la fede in Dio".

Prof. Dr. CHARLES PROBST
Professore di Neurochirurgia
presso l'Università di Zurigo,
Consulatore del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute

Note

¹ POPPER KARL R., ECCLES JOHN C.: "Das Ich und sein Gehirn", Verlag R. Piper u. Co, München, 1982.

² WERMER A.: "Du plomb dans la tête", Slatkine. Genève, 1998.

³ CHANGEUX J. P.: "Neuronal Man. The Biology of Mind", Pantheon, New York, 1985.

⁴ DENNETT D. C.: "Consciousness Explained", Allen Lane/Penguin, London, 1991.

⁵ ECCLES J. C.: "Wie das Selbst sein Gehirn steuert", Springer Verlag, Berlin-Heldelberg, 1994.

⁶ PROBST CHARLES: "Nahtod-Erlebnisse (NDE's) aus der Sicht von Neurochirurgie und moderner Hirnforschung", in: "Dem Schönen und Heiligen dienen, dem Bösen wehren", Sankt Meinrad-Verlag (Norbert Esser), 1997.

⁷ CUENOD MICHEL: Zit. aus Uni Zürich, 4: 55, 1995.

⁸ ECCLES J. C.: "Die Evolution des Gehirns – die Erschaffung des Selbst", Piper, München, 1989.

⁹ PROBST CHARLES: "Gehirn und Seele aus der Sicht von Hirnforschung und Neurochirurgie" in: "Im Ringen um die Wahrheit. Festschrift zum 70. Geburtstag von Frau Prof. Dr. Alma von Stockhausen, Gründerin und Leiterin der Gustav Siewerth-Akademie." Hrgb.: Remigius Bäumer, J. Hans Benirschke, Tadeusz Gutz. S. 627 – 636. Gustav Siewerth-Akademie D-79809 Wellinghelm-Bierbronn, Oktober 1997.

¹⁰ PENFIELD W.: "No man alone – a neurosurgeon's life", Little Brown, Boston, 1977.

¹¹ STAPP H.P.: "Quantum propensities and the brain-mind connection", Foundations of Physics, 21/12:1451.1991.

¹² "Brain Death. Proceedings of the Second International Conferente on Brain Death, Havana-Cuba. Feb. 17th – March 1st, 1996", Ed. Machado C., Elsevier, Amsterdam, 1995.

¹³ "Katechismus der Katholischen Kirche", Oldenbourg-Benno-Paulus-Verlag-Veritas, 1993.

¹⁴ PROBST CHARLES: "Himntod und Organtransplantation. Medizinische Fakten – Ethische Fragen", Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Aerzteaktion. 2/Juni: 4 – 13. 1997.

¹⁵ PROBST CHARLES: "Gehirn und Seele aus der Sicht von Neurochirurgie und Hirnforschung", Medizin und Ideologie, Informationsblatt der Europäischen Aerzteaktion, 4/Dezember: 7 – 13, 1997.

¹⁶ CLEMENS JOSEF, MSGR., DR.: Persönliche Mitteilung der lehramtlichen Position über die Problematik der Transplantationsmedizin und des Hirntodes, im Auftrag von Joseph Kardinal Ratzinger. Vatikan, 19.10.1996.

¹⁷ PAPST JOHANNES PAUL LL.: "Un dilemme tragique". Rede an die Mitglieder der Päpstl. Akademie der Wissenschaften, 14.12.1989.

¹⁸ OWENS J.E. ET AL.: "Feature of near-death-experiences...", The Lancet, 336: 1175 – 1177, 1990.

¹⁹ BRUGGER P., AGOSTI R., REGARD M., WIESER H.G., LANDIS TH.: "Heautopsy, epilepsy and suicide", J. of Neurol. Neurochir. and Psychiatry, 57: 838 – 839, 1994.

²⁰ THIEDE CARSTEN P., L'ANCONA MATTHEW: "Der Jesus-Papyrus. Die Entdeckung einer Evangelien-Handschrift aus der Zeit der Augenzeugen", Luchterhand Literaturverlag GmbH München, 1996.

²¹ PHILBERT KARL: Persönliche Mitteilungen, November 1994, Juni und September 1997.

²² PROBST CH.: "Unterwegs als Neurochirurg. Erinnerungen – Deutung, Ausblicke – Hoffnung", Christiana Verlag, 3, erweiterte Aufl. 1998.

²³ FRANKL VIKTOR E.: "Logotherapie und Existenzanalyse", Piper München Zürich, 1987.



Testimonianze



*Un modo nuovo di
accompagnare i morenti*

*Sacerdote
a titolo di ospitalità*

*La Santa Sede e il
Comitato Internazionale
di Medicina Militare*

Un modo nuovo di accompagnare i morenti: il "Franziskus-Hospiz" a Hochdahl

Ospizio: una parola che suscita desiderio

Da una quindicina di anni, più di ogni altra nozione la parola ospizio desta speranza e desiderio in coloro che lo mettono in relazione, per se stessi e per i propri familiari, con la prospettiva di un termine della vita contrassegnato da cure premurose, da attenzioni personalizzate, da un ampio sollievo delle sofferenze, da una buona conoscenza della morte e da un accompagnamento di consolazione per quanti sono in lutto.

Oggi non si muore più a casa propria

L'accoglienza positiva a questa parola è altresì un'indicazione che oggi, nella nostra società industrializzata, questa attesa trova eco soltanto in un quadro ristretto. Attualmente in Germania oltre l'85% della gente muore in clinica, in ospedale o in una casa di riposo per persone anziane, spesso senza la presenza dei parenti più prossimi. L'esperienza della morte nel quadro familiare diventa sempre più rara, mentre la morte è sempre presente nei media. Questi ed altri fattori hanno provocato un notevole cambiamento nella preparazione della fine della vita. Per molti uomini e per molte donne, morire non rappresenta più una tappa della vita ed è considerato come un qualcosa privo di senso. La fede cristiana nel significato della morte e della resurrezione di Gesù Cristo nella vita personale di ogni persona, perde spesso la sua importanza. Troviamo ad esempio espressioni di questa trasformazione nelle discussioni sull'eutanasia attiva o nel cambiamento di mentalità riguardo ai funerali.

Una nuova concezione della morte e del funerale

Si va tuttavia sviluppando una corrente opposta: un movimento a favore degli ospizi. In origine, esso è nato negli Stati Uniti e in Gran Bretagna; da allora, a motivo della domanda, trova sempre più accoglienza in Germania. Lo scopo di questo movimento è quello di operare contro la "dedomesticazione" della morte, di infrangere il tabù della morte e di tendere ad una cultura più ricca del lutto.

Nel 1996, ci sono state in Germania oltre 180 iniziative per gli ospizi (raggruppamenti di persone che si interessano agli ospizi). In circa 270 gruppi, si cerca di facilitare la morte in casa, mediante servizi a domicilio, e in circa 30 ospizi, si assistono le persone che hanno bisogno di una forma particolare e più immediata di accompagnamento.

La posizione della Chiesa in Germania

All'inizio, la posizione della Chiesa cattolica in Germania nei riguardi delle organizzazioni d'ospizio era reticente, in quanto i fini della loro creazione non erano sempre ben chiari ed identificabili. Nel 1991, invece, con la dichiarazione "Morire di una morte degna dell'uomo e morire cristianamente", la Conferenza Episcopale tedesca ha cominciato ad esprimere un apprezzamento radicale a questo appello; allo stesso modo, la Commissione Pastorale di questa Conferenza, con la dichiarazione "Il movimento degli ospizi - profilo di un processo di aiuto in una prospettiva cattolica", ha fornito una serie di criteri per le attività degli ospizi secondo una prospettiva cristiana. Queste pre-

se di posizione sono state completate nel 1996 con la dichiarazione ecumenica "Circondare la morte con la vita".

Il "Franziskus-Hospiz": un modello

Il "Franziskus-Hospiz", situato a Erkrath, vicino a Düsseldorf, può rappresentare un modello per trasformare la concezione dell'ospizio secondo i principi della tradizione e dei valori cristiani. Lo presentiamo brevemente.

Una cronaca di giornale riguardante un ospizio creato a Recklinghausen nel 1987, aveva richiamato l'attenzione dei cristiani membri delle comunità parrocchiali cattolica ed evangelica di Erkrath; essi si riunirono allo scopo di lanciare l'idea di un ospizio nel loro settore. A partire dal 1988, il loro numero era diventato abbastanza grande da costituire un'associazione denominata "Franziskus Hospiz e.v. Hochdahl". Questo gruppo ottenne ben presto il sostegno delle autorità superiori delle Francescane di Waldbreitbach: queste (come molte altre comunità) volevano riconsiderare la loro antica tradizione ospedaliera nella prospettiva del movimento di rinnovamento degli ospedali. Nell'autunno 1989, le Francescane di Waldbreitbach decisero dunque di partecipare alla realizzazione di un ospizio a domicilio, per pensionati e semi-pensionati. Lo stesso anno iniziarono gli stages di formazione per presentare alla gente i problemi relativi alla morte e al lutto, e per sensibilizzarla alle esigenze del lavoro ospedaliero.

L'ospizio a domicilio

A partire dal 1989, si iniziò

l'ospizio a domicilio assicurando le cure in casa, cosa che costituisce un fine di prioritaria importanza per l'attività degli ospizi: permettere ai malati terminali di morire a casa. I malati godono di tutte le cure possibili e dell'accompagnamento umano nel rispetto della loro libertà e dei loro diritti. Il medico assicura cure effettive per i dolori e le malattie. Perfino l'entourage beneficia di attenzioni ed è assistito quando è necessario.

L'ospizio fisso

Alcuni malati non possono morire a casa sia per ragioni personali che per motivi medici; essi hanno bisogno di un accompagnamento stabile: sono quindi necessari ospizi come luoghi per vivere e per morire. Per assicurare la realizzazione un edificio del genere, le Francescane di Waldbreitbach, le Francescane della Santa Famiglia di Mayen e la provincia tedesca dell'Ordine dei Camilliani di Essen hanno creato, verso la fine del 1990, una società di pubblica utilità a responsabilità limitata. Allo stesso tempo è stato redatto un contratto con la società già esistente. Alla fine del 1992, sono stati iniziati i lavori di costruzione dell'ospizio fisso, che è stato aperto nel 1995. Nel 1996 vi sono state accolte 45 persone che hanno trascorso oltre 40 giorni in questo edificio. Quaranta di loro vi sono morte.

L'ideale cristiano

Il "Franziskus-Hospiz" di Hochdal dà espressamente importanza alle sue tradizioni cristiane e non si considera filosoficamente neutro. Tuttavia, rispetta le posizioni personali e le convinzioni dei collaboratori, nonché di coloro che chiedono di essere aiutati. Sulla base dei criteri espressi dai vescovi tedeschi per l'attività cristiana negli ospizi, il progetto del "Franziskus-Hospiz" stabilisce che esso è aperto a tutti, indipendentemente da "famiglia, raz-

za, origini, paese e provenienza, lingua, credo, idee politiche e reddito. I criteri d'accettazione sono costituiti dalla gravità della malattia nonché dalle disponibilità di accoglienza dell'ospizio". Il programma precisa inoltre che l'istituto non ricorre a mezzi straordinari allo scopo di abbreviare o di prolungare la vita, ma assicura cure normali per alleviare il dolore e la malattia.

Collaboratori volontari e professionisti

Per poter accompagnare i malati terminali, a casa e nell'istituto, c'è bisogno di un gran numero di collaboratori, professionisti e volontari. I lavoratori professionisti provengono soprattutto dal settore professionale della medicina, della psicologia, della pedagogia, dei servizi sociali e della capellania. Anche l'amministrazione economica e il mantenimento dei giardini appartiene a questo insieme. In stretta collaborazione con anziani ancora attivi, essi lavorano affinché la persona che si avvicina alla morte veda soddisfatti i suoi desideri per il corpo, l'anima, lo spirito e nel campo sociale. Per realizzare questo pesante servizio, tanto i volontari quanto il personale attivo hanno bisogno di una preparazione adeguata e di un accompagnamento permanente. Il Franziskus-Hospiz ha organizzato il proprio programma su questo punto, arricchendolo ulteriormente con altre iniziative ospedaliere.

Testimonianze di vita e di fede

Oltre alla loro competenza tecnica, i collaboratori devono anche essere pronti a dare un testimonianza personale di fede e di vita quando se ne presenta l'occasione nell'accompagnamento dei malati terminali. Essi, d'altronde, possono assicurare il loro servizio e la loro professione solo in risposta ad un profondo appello: quello rivolto loro da Dio. Per questo l'accompa-

gnamento spirituale e il sostegno per gli impiegati e per i malati terminali occupa un posto importante e non trascurabile. Un locale particolare, la "Raum der Stille" (sala del silenzio), dà la possibilità di ritirarsi per pregare e meditare. Vi trova posto un libro in cui sono iscritti i nomi di tutte le persone morte nella casa.

Sacramenti, medicine di Dio

È evidente che si propongano degli uffici liturgici, nonché legami con la parrocchia nel campo dell'assistenza spirituale, ma soprattutto l'amministrazione dei sacramenti, in quanto nella prospettiva cattolica un ospizio non può essere privo dell'assistenza ecclesiale. Da questo punto di vista, l'unzione dei malati, segno che Dio stesso si china sui malati, manifesta il legame dell'uomo con Dio, il sacramento della penitenza porta il malato terminale alla riconciliazione che Dio gli propone, e l'eucaristia, che è il legame più stretto con il Signore, può fortificare il malato, come viatico al momento del passaggio alla vita eterna.

L'attenzione per i morti

Al Franziskus-Hospiz Hochdal, vicino all'oratorio c'è anche un posto speciale per gli addii ai defunti. Il rispetto per il corpo umano, tempio dello Spirito Santo, si prolunga oltre la morte. La pratica quotidiana dell'ospizio testimonia anche come sia altamente significativo che il morto esca dalla casa dalla stessa porta dalla quale è entrato. In effetti si celebra un addio esplicito nella hall d'ingresso.

... e per le famiglie

All'ospizio a domicilio, così come all'istituto, non si presta attenzione soltanto ai malati terminali, ma anche alle loro famiglie. Buona parte delle relazioni tra gli impiegati dell'ospizio e le famiglie e gli amici

dei morenti, non si interrompono con la morte di questi, ma le persone in lutto sono ancora per lungo tempo oggetto di accompagnamento, quando lo desiderano.

Lavoro ospedaliero, speranza nell'aldilà

L'attività ospedaliera, così come viene praticata al Franziskus-Hospiz (e che qui è stata presentata solo parzialmente), "mostra in modo esemplare come la trasmissione della Buona Novella, la celebrazione degli uffici e le cu-

re dispensate per il conforto corporale, psichico e sociale dell'uomo, siano strettamente coordinate. Quando è possibile assistere delle persone nell'ultima tappa della loro vita, grazie ai diversi servizi volontari o professionali nel quadro dell'attività ospedaliera, si può anche comunicare loro la speranza di una vita che va al di là della morte" (Dichiarazione della commissione pastorale: I movimenti degli ospizi - Profilo di un itinerario caritatevole nella prospettiva cattolica).

GREGOR SPIEB

Documentazione

Maggiori informazioni relative al Franziskus-Hospiz possono essere richieste al seguente indirizzo:

Franziskus-Hospiz Hochdal, Hospizzentrum, Trills 27, D-40699 Ekrath.

I documenti della Conferenza Episcopale tedesca possono essere richiesti al: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstrasse 163, D-53113 Bonn.

È possibile ottenere informazioni sul lavoro degli ospizi presso i responsabili del progetto "spes viva". La documentazione su questo progetto va richiesta a:

Katholischen Krankenhausverband Deutschland, Karlstrasse 40, D-79104 Freiburg i.Br.

Ogni altra informazione sul lavoro ospedaliero in Germania può essere fornita da:

Gregor Spieß, Centro pastorale della Conferenza Episcopale tedesca, Kaiserstrasse 163, D-53113 Bonn.



Sacerdote a titolo di ospitalità

OMELIA DI FRA PASCUAL PILES,
SUPERIORE GENERALE DELL'ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO
IN OCCASIONE DEL SUO VENTICINQUESIMO ANNIVERSARIO DI SACERDOZIO.
ISOLA TIBERINA - ROMA - 2 MAGGIO 1999

Ci troviamo qui per celebrare questa Messa di Ringraziamento per i venticinque anni del mio sacerdozio a titolo di ospitalità nel nostro amato Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Vorrei ringraziare tutti i Confratelli, i Collaboratori dell'Ordine, ed in special modo quelli dell'Isola Tiberina, i malati dell'ospedale che partecipano a questa celebrazione e tutti gli amici. A tutti i presenti, ma anche agli assenti, vada il mio personale ringraziamento per le preghiere, l'amicizia, e il sostegno che mi hanno dato in questi anni, aiutandomi ad essere sacerdote ospedaliero.

La Parola di Dio che abbiamo appena ascoltato dagli Atti degli Apostoli presenta l'istituzione del diaconato per il servizio della comunità, in definitiva per il servizio, che noi abbiamo interpretato sempre, che furono istituiti diaconi per essere ospitalità.

La Lettera di San Pietro ci parla di come Dio ci abbia eletti per essere pietre vive per la costruzione di un edificio spirituale che, interpreto nel nostro caso, essere quello dell'ospitalità.

Il Vangelo ci ricorda la dimensione escatologica della nostra vita, e ci indica che Cristo è la via, la verità e la vita per ciascuno di noi, nonostante le difficoltà che possiamo trovare, come successe agli apostoli Tommaso e Filippo che non capirono appieno il significato che Gesù incarnava.

Oggi accogliamo questo messaggio in questa celebrazione dei miei venticinque anni di sacerdozio. Gli anniversari riportano alla memoria la nostra storia; soprattutto se, come quello di oggi, segnano le pietre miliari della nostra vita, perché si riferiscono a periodi importanti. In questi giorni mi sono interrogato sulla mia vocazione come Fatebenefratello, chiamato nell'Ordine ad essere

sacerdote. Mi sono interrogato sul servizio che ho realizzato nell'Ordine come formatore di nuove generazioni, come animatore e responsabile, tanto della Provincia quanto dell'Ordine, e come sacerdote nell'ambito del mio ministero.

Vorrei soffermarmi sui tre elementi che considero basilari nella mia vocazione:

Il primo è *la sofferenza*. La mia vocazione è il frutto della chiamata di Dio. La avvertivo già nell'adolescenza, ma non era chiara. Il consolidamento della decisione è seguito ad una malattia, durante la quale vidi chiaramente che il Signore mi chiamava: sentii che mi chiamava per servire i malati e che dovevo farlo vestendo l'abito dei Fatebenefratelli. Da allora sino ad oggi ho constatato che il trovarmi di fronte alla sofferenza è stato l'elemento motore del mio agire.

È ancora impressa nella mia mente l'esperienza dei miei tre anni trascorsi a Carabanchel (Madrid) con i giovani-adulti epilettici e caratteriali. Molti di voi sono stati in Centri simili, o persino in quello stesso Centro. Ricordo bene i momenti vissuti al servizio di queste persone, la catechesi e le celebrazioni adattate alle loro capacità intellettuali ed alla loro situazione. In una delle prime comunioni che preparavamo ogni anno, ricordo come la grandissima emozione dei genitori di un ragazzo epilettico li abbia portati ad un cambiamento di vita, all'adesione a Gesù Cristo mediante la fede e l'appartenenza alla Chiesa.

Ho dei ricordi della mia vita pastorale altrettanto piacevoli con i malati mentali a Sant Boi de Llobregat. Ho lavorato molto con la comunità terapeutica, guidato dal principio che noi per primi dovevamo lavorare sulla nostra salute mentale se la volevamo offrire agli altri. Ricordo il mio lavoro con persone angosciate, depresse, alle

quali cercavo, umanamente e con l'aiuto della fede, di portare il senso della vita che ci dà Gesù Cristo. Ricordo le mie celebrazioni dell'Eucarestia e degli altri sacramenti adattati alla loro realtà, ed il mio lavoro per un progetto pastorale dell'istituzione, per la formazione del gruppo di pastorale.

Ho dei gradevoli ricordi legati al mio periodo nell'ospedale infantile di Barcellona, quando ero Provinciale. Ero molto vicino al reparto di oncologia dove, tra bambini ricoverati e quelli che ricevevano cure ambulatoriali, si arrivavano a seguire più di cento pazienti. Accompagnare loro e le loro famiglie nel processo della malattia e nella morte non era certo facile. Ero già Generale quando, un giorno in cui passavo per Barcellona, moriva Armando, un bambino ricoverato. Ebbi l'opportunità di essere al suo fianco, di parlargli, di accompagnarlo e di rasserenarlo nel suo viaggio verso la casa del Padre.

A causa dei miei impegni, in questo nostro ospedale ho avuto meno contatti con il dolore, anche se nel precedente sessennio sono stato vicino al gruppo dei volontari. Ho seguito alcuni malati per cause diverse, che mi hanno portato a comprendere il mistero della sofferenza e a cercare, soprattutto nei casi limite, di aprirli alla dimensione escatologica della vita con la parola o il silenzio, con il gesto e con la preghiera personale. Ricordo dieci anni fa come parlammo al P. Gabriele Russotto nel momento in cui la morte si approssimava, e la risposta edificante che ci diede accogliendo il sacramento dell'Unzione degli Infermi.

Nel mio servizio all'Ordine come Generale sono stato spesso a contatto con il dolore. Nel mio caso particolare, il fatto di essere sacerdote mi ha permesso di portare la consolazione umana e quella della fe-

de, e ho cercato di far avvicinare le persone a Gesù Salvatore nella celebrazione dei sacramenti.

I miei 25 anni di ministero mi hanno aiutato a comprendere che la sofferenza è un sacramento, e che Dio proprio attraverso di essa si rivela. Nei momenti della mia vita e in quella degli altri, ho potuto comprendere quante domande e quanti interrogativi derivavano proprio dal dolore. Molti sono portati a dubitare della bontà di Dio, che in queste situazioni comprendiamo solo in parte. Indubbiamente, i momenti dolorosi ci portano a proclamare con forza la misericordia infinita del Signore, che è grande proprio in questi frangenti, e che stende la propria mano su tutte le persone.

Rendo grazie a Dio per avermi chiamato ad essere ospitalità come Fatebenefratello, e per avermi chiamato ad essere sacerdote a titolo di ospitalità. Per avermi fatto sperimentare la sofferenza, anche se confesso per poco, e per avermi dato una vocazione orientata alle persone, specialmente quando soffrono, per aiutarle a guarire o per accompagnarle nel loro decadimento.

Come San Giovanni di Dio ho passato molto tempo in preghiera, contemplando la Passione di Gesù, per comprendere la sofferenza di tante persone alla luce del mistero della Passione.

Il *secondo elemento* che considero basilare nella mia vocazione è stato quello delle *responsabilità* che lo stesso Ordine mi ha dato. Sono stato formatore per nove anni e gli altri, fino al venticinquesimo, li ho dedicati all'animazione e al governo.

Ho cercato, in un Ordine di Fratelli, che il fatto di essere sacerdote potesse rafforzare il mio essere anzitutto un Fratello. La funzione del Fratello, lo abbiamo scritto tante volte, è quella di affratellare. Pur con le mie lacune, ho cercato di farlo sempre. Quando si hanno delle responsabilità, bisogna prendere delle decisioni che non sempre si possono capire o che, devo confessarlo, a volte non riusciamo ad azzeccare, ma in ogni momento ho cercato di essere un Fratello.

Ciò mi ha portato a potenzia-

re in me la vicinanza alle persone. Non ho mai concepito la possibilità di realizzare il mio ministero allontanandomi dalla realtà. Ho cercato di essere aperto, di ascoltare, partendo da quei principi fondamentali ed universali e da quegli obiettivi che mi hanno illuminato ed aiutato a rischiarare anche le situazioni altrui. Credo di aver ascoltato molto nella mia vita. Ho avuto la grande soddisfazione di vedere che molte persone si sono aperte con me nella più totale fiducia.

Per la mia condizione di *formatore* ho guidato, orientato dalle scienze umane e dalla fede, il processo vocazionale di molti candidati. È per me motivo di soddisfazione sapere che nell'Ordine più di venti Confratelli sono stati accompagnati da me nella loro crescita vocazionale.

Un formatore ha il duplice compito di essere amico e, al tempo stesso, deve aiutare le persone a crescere, ad analizzare obiettivamente la propria realtà, introducendole nella vita spirituale. Ho cercato di farlo come fratello, il che non è sempre facile ed alcune volte non vi si riesce.

Abbiamo appena concluso un incontro con un gruppo di formatori dell'Ordine. Una volta ancora ho parlato dell'importanza della loro missione nell'ambito dell'Ordine, della necessità di dare una buona formazione ai giovani, e dell'esigenza di essere saggi e di ponderare il momento di aiutare i nuovi candidati a crescere nella loro identità di Fatebenefratelli.

Il fatto di essere *animatore*, nell'ambito della Provincia i primi anni, e in quello della Curia Generalizia poi, mi ha permesso di realizzare il mio ministero con tante persone, in tanti luoghi, in tante situazioni. Mi risulta difficile poter distinguere se in qualità di fratello o in quella di sacerdote. Mi piace il fatto che sia difficile distinguerlo, perché ho sempre voluto essere un sacerdote-fratello.

Ho fatto tante cose! Mi posso considerare una persona dinamica, non so se posso usare il termine "lavoratrice". Molte volte mi giungono i commenti di coloro che si chiedono come posso arrivare a tante cose, come posso tenere tanti aspetti

distinti nella testa. Non so rispondere, la considero una ricchezza dell'ospitalità; se volete, dell'essere sacerdote a titolo di ospitalità.

Nella mia condizione di Priore Generale privilegio il mio servizio e la mia dedizione ai fratelli. A loro riservo gran parte del mio tempo, delle mie riflessioni, dei miei scritti, delle mie visite. Da loro ho ricevuto grandi soddisfazioni, ho cercato sempre di capirli e di illuminare la loro vita, sempre nell'ambito delle mie possibilità. Sento che mi vogliono bene, e so che pregano molto per me. La loro preghiera mi sostiene e mi dà la forza della carità. La mia preghiera mi unisce a tutti loro, ed è un modo per oltrepassare le frontiere e di trasportarmi, come quando lo faccio fisicamente nelle mie visite, per chiedere al Signore di venire incontro alle loro necessità, che intuisco sono presenti ovunque essi si trovino.

Parte del mio tempo lo dedico ai Collaboratori, con i miei scritti e le mie visite. Non concepisco oggi l'Ordine senza i Collaboratori, e mi sforzo affinché si integrino nelle nostre Istituzioni e possiamo creare insieme, Confratelli e Collaboratori, un ambiente juandediano, con il dialogo e il rispetto reciproco.

Non posso non ricordare uno degli impulsi fondamentali che hanno spinto Giovanni di Dio a fondare il suo ospedale: *Gesù Cristo mi dia la grazia di avere un ospedale, dove possa servire i malati come desidero io*. È proprio ciò che io desidero per ciascuna presenza dell'Ordine.

Ho avuto numerosi contatti con lavoratori, volontari, benefattori, amici, con i membri delle Associazioni, fondazioni, e confraternite, che hanno arricchito la mia vita. Li considero tutti, in numero sempre crescente, come una possibilità di vedere allargata la mia comunità di fratelli, poiché considero anche loro come fratelli.

Ho dedicato parte del mio tempo ad altre persone ed istituzioni. Il tema della Chiesa locale ed universale, con tutto ciò che comporta; quello delle altre Congregazioni religiose, ed in modo particolare quello delle nostre sorelle, come le chiamiamo noi, perché sono state fondate da Fatebenefratel-

li o perché lavorano nelle nostre strutture sanitarie o sociali; i cappellani dei nostri centri con i quali condividiamo la missione evangelizzatrice della nostra vocazione, ecc.

Rendo grazie al Signore per tutto ciò. Ho cercato di vivere il mio rapporto con le persone e con le Istituzioni con un atteggiamento rinnovatore. Sono frutto del post-concilio. Sono entrato nell'Ordine nel 1964, ed ho compiuto la mia formazione per il sacerdozio in un ambiente post-conciliare.

Ringrazio Dio per quell'aria fresca che è entrata nella Chiesa e nella mia vita in quell'epoca, e che vorrei portare nell'Ordine in questi momenti preparatori al Terzo Millennio, lasciandomi guidare dallo Spirito.

Che il Signore dia a tutti noi la capacità di inserirci nel percorso della storia attuale, ma concentrando le nostre forze nel futuro che dobbiamo costruire.

Con ciò desidero per me personalmente, e per l'intero Ordine di essere figli del padre dei poveri, San Giovanni di Dio, ed avere perciò una grande sensibilità per coloro che soffrono, per i malati ed i bisognosi.

Vorrei altresì per me e per l'Ordine di essere figli di Giovanni di Dio che è stato definito il padre dell'ospedale moderno. Mi sento perciò chiamato a promuovere e a rafforzare una cultura dell'ospitalità che inglobi la tecnica e l'umanizzazione, un'ospitalità che agisce con la testa e con il cuore, che sia veramente "Nuova Ospitalità".

Il terzo elemento sul quale vorrei soffermarmi è quello *sacerdotale*. Mi sento chiamato ad essere agente della nuova evangelizzazione e della celebrazione della fede nelle nostre comunità ospedaliere.

Nella mia vita sacerdotale mi sono sempre impegnato nell'omiletica. Non mi ricordo di avere mai celebrato la S. Messa senza aver pensato prima a ciò che la Parola di Dio voleva comunicare. L'ho fatto per la mia dignità e per il rispetto nei confronti dell'assemblea che si aspetta ed ha il diritto di ricevere un adeguato commento ed un'applicazione della Parola di Dio, non ambiguità improvvisate. Ringrazio Dio per avermi dato la capacità

di poter esprimere nell'omelia le mie riflessioni, i miei apprezzamenti e le mie esperienze in modo chiaro.

Un altro aspetto è stato il rituale. Ho avuto una discreta conoscenza della Liturgia, e ne ho rispettato le norme sentendomi libero nella loro applicazione. Ho cercato di dare rilievo alla Liturgia tenendo conto del senso delle parole e dei gesti.

Cerco di vivere le celebrazioni che presiedo come sacramento nel quale Cristo si fa presente e come possibilità, a livello personale e comunitario, di avere un vero contatto nella fede con Cristo, via verità e vita, che celebriamo e che seguiamo.

Senza voler essere presuntuoso, oserei dire che mi identifico appieno con l'essere celebrativo di Giovanni Paolo II, che si muove nel rito sempre con spontaneità, identificato con i contenuti della celebrazione.

Non sono un teologo. Mi sento più un pastore, un apostolo, un missionario, ed ho cercato di adattarmi alle circostanze in cui ho celebrato, cercando di rendere accessibile il messaggio della salvezza di Cristo ai membri dell'assemblea.

Concludo. Forse adesso mi conoscete un po' di più. Non posso fare a meno di confessarvi che definendomi come sacerdote in un Ordine di Fratelli, mi sento un poco originale. Non so come si sentano gli altri sacerdoti dell'Ordine. Essendo fratello sono sacerdote, sacerdozio che è più ricco perché è stato conferito a titolo di ospitalità e perché è al servizio di coloro che soffrono e, nel mio caso, perché l'Ordine mi ha chiesto di dedicarmi alla formazione dei fratelli, alla loro animazione ed al governo.

In questi venticinque anni ho pensato molto al Beato Benedetto Menni, che è quasi Santo, che venne ordinato proprio in questa chiesa a titolo di ospitalità, e al quale vennero affidati molti compiti: formatore, animatore, restauratore e fondatore. Spero che Dio non mi chiami ad essere fondatore.

Voglio solo dire che tutto mi ha aiutato nella vita spirituale. Credo di essere stato piuttosto assiduo nella preghiera, desiderando sempre di assomigliare alla figura di Giovanni di

Dio nelle mie azioni.

Da tempo sono famose le mie telefonate al cielo, nelle quali chiedo che San Giovanni di Dio mi dia ogni giorno le idee necessarie per portare avanti i progetti dell'Ordine.

Come egli ha vissuto la sua vocazione, ho desiderato vivere la mia vocazione di fratello sacerdote come un servizio alla carità, mosso dalla forza della carità.

Ringrazio tutti.

Grazie alle persone che hanno influito nella mia vita, alcune delle quali si trovano qui in questo momento; grazie a quanti sono stati miei compagni nella missione e che pertanto mi hanno aiutato a compiere molti dei lavori che ho realizzato. Grazie a tutti voi che siete venuti qui oggi. In ciascuno di voi c'è un motivo per accompagnarmi in questo momento.

Rendo grazie a quanti mi hanno permesso di condividere la loro esperienza di sofferenza; molti di loro sono già in cielo e so che da lì mi aiutano e che ci aspettano.

Ringrazio la mia famiglia, in special modo mia madre, per tutto il suo appoggio al mio ministero. Spero di poter celebrare con loro il ringraziamento per questi venticinque anni nel prossimo mese di luglio.

Con queste parole ho voluto darvi la testimonianza di come ho vissuto il messaggio odierno della Parola di Dio, e che custodisco nel mio cuore, e cioè la diaconia del mio sacerdozio, di come ho cercato di essere pietra viva nella Chiesa e nella società in qualità di fratello sacerdote, di come ho recepito il fatto che Cristo è stato per me via, verità e vita.

Desidero continuare ad essere sacerdote come Fatebenefratello, per manifestare la misericordia del Padre, essendo ospitalità, in questo anno a Lui dedicato nella preparazione al Giubileo.

Per questo invoco la benedizione del cielo, specialmente di San Giovanni di Dio, della Vergine Maria e del nuovo Beato Padre Pio, unendomi così alla Chiesa dell'Italia e del mondo.

Grazie.

Fra PASCUAL PILES
Superiore Generale dell'Ordine
Ospedaliero di San Giovanni di Dio

La Santa Sede e il Comitato Internazionale di Medicina Militare

Introduzione

In seguito alla missione ricevuta dal suo Fondatore, la Chiesa ha sempre percepito la sua vocazione in una prospettiva di universalità. Nel corso dei secoli, la Chiesa di Roma non ha mai cessato di manifestare il proprio desiderio di essere presente nei rapporti internazionali, cercando di *testimoniare il messaggio di pace e di concordia* ereditato dal suo divino Signore, piuttosto che di esercitare un potere temporale. È in questo senso che va compreso ciò che J. B. D'Onorio sottolinea nel suo libro sul governo della Chiesa: “[la Chiesa] si distingue dallo Stato per la specificità intrinseca del suo fine e dispone per ciò di mezzi essenzialmente spirituali il cui uso non corrisponde alla natura ed ai mezzi della società civile”¹.

La sovranità della Chiesa ha una forte connotazione spirituale², sebbene si trovi allo stesso livello della sovranità degli Stati, ed è esercitata dall'autorità suprema della Chiesa cattolica romana: la Sede Apostolica del Vescovo di Roma, comunemente chiamata “Santa Sede”³. Questa sovranità non è mai stata veramente messa in questione nell'ambito della comunità internazionale, neanche tra il 1870 e il 1929. Essa è stata esplicitamente riconosciuta nel primo articolo dei concordati stabiliti tra la Santa Sede e la Polonia (1925), e tra la Santa Sede e la Lituania (1927), ben prima della conclusione del Trattato del Laterano, l'11 febbraio 1929. Dopo questo periodo, molte organizzazioni internazionali, sia a livello governativo che non, hanno riconosciuto che l'atteggiamento della Sede Apostolica è sempre stato quello di voler collaborare

generosamente nell'ambito di tutti questi organismi, dove la sua presenza avrebbe potuto portare una certa utilità.

Storia della presenza della Santa Sede nel Comitato Internazionale di Medicina e di Farmacia Militare

In una riunione dell'*Association of Military Surgeons of the USA* del 1920, il Comandante W.S. Bainbridge ed il Generale Medico J. Voncken hanno parlato apertamente di un progetto che avrebbe dovuto portare alla convocazione di un Congresso internazionale, che avrebbe permesso ai medici militari di scambiarsi le proprie esperienze ed idee sulle atrocità della Prima Guerra Mondiale. Questo progetto trovò l'appoggio necessario del governo belga. Il *primo Congresso si tenne a Bruxelles*, e riunì circa 500 medici e farmacisti militari dei paesi alleati, associati e neutrali nella Grande Guerra. Si discusse non solo del trattamento delle diverse ferite ed affezioni dovute ai nuovi mezzi di distruzione utilizzati, ma anche dell'organizzazione dei servizi sanitari in seno alle diverse armate. Questo Congresso riscosse un tale successo che si decise di organizzarne altri nel futuro e di formare un Comitato Permanente, composto da un delegato ufficiale dei paesi fondatori, e cioè: Brasile, Spagna, Stati Uniti d'America, Francia, Gran Bretagna, Italia, Svizzera e Belgio. In quest'ultimo paese venne fissato il segretariato generale dell'organizzazione, e più precisamente nella città di Liegi⁴.

La Santa Sede ha aderito a questa organizzazione soltanto a partire dal 1949, quando

*Mons. Victor L. Heylen*⁵ venne nominato primo delegato ufficiale della Santa Sede presso il Comitato Internazionale dei Medici e Farmacisti Militari. Egli avrebbe conservato questa funzione fino al 1981, anno in cui morì. Il 24 novembre dello stesso anno, il *Canonico Adolphe Vander Perre*⁶ venne nominato suo successore ed attualmente è sempre il rappresentante ufficiale della Sede Apostolica⁷. L'importanza delle attività di questa organizzazione fu nel frattempo solennemente confermata in data 21 maggio 1952 dal riconoscimento ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come ente internazionale specializzato in materie medico-militari. Ciò dimostra che la presenza della Santa Sede nel Comitato Internazionale è giustificata: è uno strumento importante per perseguire uno scopo strettamente umanitario.

L'appartenenza della Santa Sede al Comitato Internazionale dal punto di vista della Chiesa

Senza voler entrare nei dettagli storici dell'appartenenza della Sede Apostolica alle diverse organizzazioni internazionali, bisogna anzitutto spiegare perché la Chiesa continui, attualmente, a voler essere presente sulla scena internazionale. Nel percorso ecclesiale di questa ultima metà del secolo, *l'impatto del Concilio Vaticano II*⁸ non può essere sottovalutato. Ciò non vale solo per quanto riguarda gli affari interni della Chiesa, ma anche per tutto ciò che riguarda i rapporti della Chiesa con il mondo. Il posto della Chiesa nel mondo attuale è stato d'altronde l'oggetto di

uno dei documenti-chiave di questa alta assemblea dei vescovi del mondo intero, dal titolo *Gaudium et Spes*, la cui prima frase è:

“Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d’oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono anche le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo, e nulla vi è di genuinamente umano che non trovi eco nel loro cuore.” (*Gaudium et Spes*, n. 1).

Ciò che colpisce in questo enunciato è l’intensità del legame vitale che esiste tra la famiglia umana e quella cristiana. Tutto ciò ci ricorda quanto affermava lo scrittore romano Terenzio: “Homo sum, humani nil a me alienum puto”.

L’universalità della missione della Chiesa nel mondo è stata ugualmente sottolineata dalla costituzione del Vaticano II, già citato, basata sul fatto che questa stessa Chiesa *non ha alcun rapporto di esclusività con una qualsiasi cultura particolare*, ma che è perfettamente in grado di entrare in comunione con le civiltà di tutti i tempi, il che dà luogo ad un perfezionamento reciproco della Chiesa e della comunità politica¹⁰:

“[...] la Chiesa, inviata a tutti i popoli di qualsiasi tempo e di qualsiasi luogo, non si lega in modo esclusivo e indissolubile a nessuna stirpe o nazione, a nessun particolare modo di vivere, a nessuna consuetudine antica o recente. Fedele alla propria tradizione e nello stesso tempo cosciente della sua missione universale, può entrare in comunione con le diverse forme di cultura e tale comunione arricchisce sia la Chiesa stessa sia le varie culture” (*Gaudium et Spes* n. 58 § 3).

Del resto, dopo il Concilio, è stata sviluppata la dottrina dell’*acculturazione*, che ha come scopo essenziale il fatto che la fede possa essere vissuta da una certa comunità culturale in un modo tale che la fede cristiana si integri senza problemi nei suoi usi e costumi, senza pertanto perdere

la sua capacità critica nei confronti di questi ultimi.

Affinché vi sia una certa armonia tra cultura e fede cristiana, bisogna tener conto di alcune priorità, come ricorda vigorosamente lo stesso documento conciliare:

“[...] la Chiesa ricorda a tutti che la cultura deve mirare alla perfezione integrale della persona umana, al bene della comunità e di tutta la società umana.” (*Gaudium et Spes*, n. 59 § 1).

L’interesse mostrato dalla Chiesa per le *iniziative di ordine umanitario* è perciò chiaramente definito. Bisogna anche notare che il bene della comunità e/o del genere umano non si realizzerà se lo sviluppo integrale della persona non sarà seriamente preso in considerazione da tutti gli enti responsabili.

Per poter difendere più efficacemente questo punto di vista, *la Chiesa desidera essere presente* (a volte come membro effettivo, ma anche talvolta come semplice osservatore) *in un buon numero di organizzazioni internazionali*, come hanno augurato vivamente i Padri conciliari:

“Poiché gli uomini non possono tollerare tanti disordini, avviene che il mondo, anche senza guerra, resta tuttavia continuamente in balia di rivalità e di violenze. Inoltre, poiché questi stessi mali si riscontrano nei rapporti tra le nazioni, per vincerli e per prevenirli, è assolutamente necessario che le istituzioni internazionali sviluppino e consolidino la loro cooperazione e coordinazione, e che si stimoli senza stanchezza la creazione di organismi idonei a promuovere la pace”. (*Gaudium et Spes* n. 83).

Il perseguimento della pace sarà effettivamente una delle principali priorità dell’attività della Santa Sede sulla scena internazionale e la sua collaborazione nell’ambito di tutti gli organismi a livello internazionale ne sarà una delle conseguenze più eloquenti.

Uno dei campi privilegiati per la lotta coordinata di tutti gli uomini di buona volontà per una società più giusta e più pacifica è *il mondo della*

*salute*¹¹. Ciò ci conduce direttamente all’organizzazione che qui ci interessa: il Comitato Internazionale di Medicina Militare. Questo Comitato è perciò uno dei primi esempi della sollecitudine che va ben oltre i confini nazionali per il miglioramento delle condizioni di vita di tutta la comunità umana, espressa in questi termini dalla Costituzione pastorale:

“[...] le istituzioni della comunità internazionale devono, ciascuna per la loro parte, provvedere ai diversi bisogni degli uomini, tanto nel campo della vita sociale, cui appartengono l’alimentazione, la salute, l’educazione, il lavoro, quanto in alcune circostanze particolari, che possono sorgere qua e là” (*Gaudium et Spes*, n. 84 § 2).

Ed è per questo evidente come la Chiesa abbia voluto ben presto partecipare alle attività di questo Comitato attraverso l’invio di un *delegato permanente*, al fine di:

“risvegliare ed incitare gli uomini alla cooperazione vicendevole; e ciò, sia mediante le sue istituzioni pubbliche, sia con la piena e leale collaborazione di tutti i cristiani, animata dall’unico desiderio di servire a tutti” (*Gaudium et Spes*, n° 89 § 1).

Se la Santa Sede ha tenuto a partecipare appieno alle attività del Comitato Internazionale così come ai lavori dei diversi Congressi che hanno avuto luogo dopo la sua accettazione in qualità di membro nel 1949, è soprattutto a causa dell’importanza che riveste, sin dalla sua origine, questa organizzazione nel campo dell’aiuto umanitario. In occasione dell’ultimo Congresso tenutosi a Beijing nell’ottobre del 1996, diversi membri hanno chiesto che nel futuro questo aspetto umanitario possa completare l’approccio medico-tecnico, che sino ad ora era in una posizione preponderante negli interventi accademici. È perciò sempre più giustificato, rispetto agli ultimi anni, il fatto che diversi eserciti si siano impegnati per delle azioni umanitarie in qualità di “cashi blu” al servizio delle po-

polazioni civili, vittime delle atrocità causate da guerre civili o da situazioni simili. La Chiesa è certa di poter dare un apporto specifico in questo campo, in quanto si considera "esperta in umanità", secondo la famosa espressione coniata dal Santo Padre Paolo VI, nella sua enciclica del 1967, *Populorum Progressio* (n. 13) sulla giustizia nel mondo.

La funzione del delegato ufficiale della Santa Sede

Bisogna anzitutto sapere che ci sono diversi tipi di rappresentanti della Santa Sede: ci sono rappresentanti che sono membri del Corpo Diplomatico ed altri invece che non lo sono; ci sono rappresentanti presso uno Stato ed altri presso un'istituzione internazionale; ci sono infine rappresentanti presso un'organizzazione internazionale governativa ed altri presso un'organizzazione internazionale non-governativa. Il Comitato Internazionale di Medicina Militare, essendo un'organizzazione governativa internazionale, ha come delegati degli *specialisti anche senza uno status diplomatico*. È anche il caso del rappresentante pontificio nell'ambito di questa organizzazione. Quest'ultimo è chiaramente distinto, nel Codice di Diritto Canonico, dal legato pontificio, che rappresenta il Papa in modo stabile presso le Chiese locali di una certa nazione o presso degli Stati e Autorità pubbliche presso cui è inviato¹².

Il rappresentante ufficiale della Santa Sede deve, come tutti i delegati, *assicurare le relazioni* tra la direzione del Comitato Internazionale ed anche con le autorità della Sede Apostolica, cioè la Segreteria di Stato¹³ ed il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute¹⁴, senza dimenticare che deve altresì fungere da intermediario tra il Comitato Internazionale e la Santa Sede. Al fine di intensificare i contatti tra queste due entità, ci si è accordati per intensificare la collaborazione e, più

in particolare, per mettere in atto una maggiore reciprocità di pubblicazioni¹⁵. Questo articolo ne è la prima, seppur modesta, realizzazione.

Abate L. DE MAERE
Dottore in Diritto Canonico

Note

¹ D'ONORIO, J.B., *Le Pape et le gouvernement de l'Eglise*, Fleurus-Tardy, Paris, 1992, p. 41.

² Padre J.M.F. Castaño, che è stato mio professore all'Università dei PP. Domenicani a Roma, afferma in un articolo: "I rapporti della Chiesa con gli enti di diritto internazionale - Stati ed enti ad instar nationum - ha come soggetto *tutta la Chiesa*, sebbene, e ciò è chiaro, tali relazioni si stabiliscano attraverso l'aspetto giuridico della Chiesa stessa. Potremmo dire che *la Chiesa intera è il soggetto di 'diritto internazionale'*, mentre l'aspetto giuridico essenziale ha la connotazione di veicolo di connessione" (Nueva perspectiva de la Iglesia como sujeto de 'Personalidad Internacional', *Angelicum*, 1970/2, p. 155).

³ Bisogna distinguere tra Vaticano e Santa Sede. Dopo il 1870, la Chiesa cattolica non aveva più alcun appoggio temporale per esercitare la sua missione spirituale e soltanto nel 1929 il Trattato Lateranense tra la Sede Apostolica e l'Italia ha stabilito il riconoscimento da parte di questo Stato della sovranità della Città del Vaticano. La Santa Sede, da parte sua, non è direttamente legata all'esistenza di un determinato territorio e significa unicamente l'autorità suprema esercitata sulla Chiesa di Roma dal Papa e dai suoi collaboratori nei diversi dicasteri della Curia romana, alla cui testa si trova la Segreteria di Stato; la seconda sezione di questa si occupa giustamente dei rapporti con gli Stati. È sempre presso la Sede Apostolica che è accreditato il Corpo Diplomatico, in quanto la Città del Vaticano non intrattiene rapporti diplomatici con i soggetti di diritto internazionale. Bisogna sottolineare che la maggioranza degli Stati attuali ha allacciato rapporti a livello diplomatico con la Santa Sede o desidera farlo. Rimandiamo infine al Prof. P. Ciprotti che afferma: "ormai la dottrina prevalente riconosce alla Santa Sede la sovranità nel campo internazionale, e anzi considera impersonata nella Santa Sede la soggettività internazionale della Chiesa cattolica, indipendentemente dalla sovranità territoriale che la Santa Sede ha sul territorio della Città del Vaticano" (Funzione, figura e valore della Santa Sede, *Concilium* (IT) 1970/6, p. 86).

⁴ L'informazione sulle origini del Comitato Internazionale si trova in una *Notice Historique* fornita dalla stessa organizzazione.

⁵ Professore ordinario della facoltà di teologia di Louvain (1906-1981).

⁶ Professore emerito della facoltà di teologia di Louvain-la-Neuve e già Presidente del Collegio per l'America Latina (COPAL) a Louvain.

⁷ Fino ad oggi il delegato ufficiale della Santa Sede è sempre stato un ecclesiastico belga, dato che il segretariato generale dell'organizzazione ha sede a Liegi, in Belgio.

⁸ Questo Concilio, tenutosi dal 1962 al 1965, è stato il 21° concilio ecumenico, in rapporto alla Chiesa intera.

⁹ *Heautontimorumenos* 77.

¹⁰ Bisogna tener conto di ciò che dice la *Costituzione pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo* in un altro passo riguardante questa relazione: "La comunità politica e la Chiesa sono indipendenti e autonome l'una dall'altra nel proprio campo. Tutte e due, anche se a titolo diverso, sono a servizio della vocazione personale e sociale delle stesse persone umane" (*Gaudium et Spes* 76 § 3).

¹¹ L'interesse della Chiesa per l'uomo sofferente si concretizza secondo una concezione ben precisa della persona umana e del suo destino. La medicina e le cure terapeutiche non riguardano unicamente il bene e la salute del corpo, ma l'intera persona. La malattia e la sofferenza non la colpiscono soltanto nel suo aspetto corporale, ma nella sua totalità, nel suo insieme somatico-spirituale (cfr. Giovanni Paolo II, *Motu Proprio Dolentium Hominum* dell'11 febbraio 1985, n° 2).

¹² *Codice di Diritto Canonico*, can. 363 §§ 1-2. (Si tratta unicamente del Codice per la Chiesa latina, dato che il Codice dei Canonici delle Chiese Orientali non parla di questa materia, il che implica un tacito rinvio al Codice latino). Il documento pontificio dal titolo *Sollicitudo Ominium Ecclesiarum* (1969) del Papa Paolo VI dà delle regole solo per la prima categoria, e cioè i legati (nunzi e delegati apostolici) ed i loro collaboratori.

¹³ È la sua seconda Sezione che ha tra l'altro il compito di rappresentare la Santa Sede presso gli Organismi internazionali ed i Congressi su questioni di carattere pubblico. Essa si prende cura delle nomine dei delegati (o osservatori) presso gli organizzazioni internazionali che la Sede Apostolica desidera frequentare (cfr. *Costituzione apostolica Pastor Bonus*, art. 46).

¹⁴ Questo dicastero (equivalente ad un ministero) - eretto nel 1985 dall'attuale Pontefice, dapprima come una Commissione dipendente dal Pontificio Consiglio per i Laici, ma dopo l'ultima riforma della Curia romana è divenuto un organismo autonomo della Santa Sede - esprime la sollecitudine della Chiesa per i malati, sostenendo coloro che assicurano il servizio ai malati ed ai sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia al quale si affidano risponda sempre meglio alle nuove esigenze. Questo Pontificio Consiglio segue attentamente le novità nel campo legislativo e scientifico riguardanti la salute (cfr. *Costituzione apostolica Pastor Bonus*, art. 152-153). Ha pubblicato nel 1995 una *Carta degli Operatori Sanitari*, trattando alcune questioni morali riguardanti la procreazione (prima parte), la vita (seconda parte) e la morte (terza parte). Si presenta come un vademecum nel campo della bioetica in generale.

¹⁵ Si tratta, per la Santa Sede, della rivista *Dolentium Hominum*, pubblicata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e, per il Comitato Internazionale, della *Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées*.

*Attività del
Pontificio Consiglio*



*VII Giornata Mondiale
del Malato
Santuario Nostra Signora
di Harissa in Libano
8-11 febbraio 1999*

Cronaca della VII Giornata Mondiale del Malato

SANTUARIO DI NOSTRA SIGNORA DI HARISSA IN LIBANO
8 - 11 FEBBRAIO 1999

La VII Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata nel Santuario di Nostra Signora di Harissa in Libano. La scelta del santuario mariano di Harissa in Libano non è stata casuale. "Il Libano - come ha ricordato il Santo Padre nel Messaggio per questa Giornata, è più che un Paese; è un messaggio e un modello per l'Oriente e per l'Occidente". Inoltre, nell'anno 1999, nell'ambito della preparazione al grande Giubileo del 2000, dedicato alla speciale riflessione su Dio Padre che è amore, "quale luogo della terra, ha aggiunto il Papa nel medesimo Messaggio, meglio del Libano, potrebbe essere simbolo di unità tra i cristiani e di incontro di tutti gli uomini nella comunione dell'amore?"

Il Santo Padre ha nominato due suoi Inviati Speciali alle celebrazioni per la VII Giornata Mondiale del Malato: S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, alla celebrazione di apertura ed altre attività connesse dall'8 all'11 febbraio 1999, e S. Em. Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del medesimo Pontificio Consiglio, alla celebrazione di chiusura della Giornata dell'11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes.

Della Delegazione pontificia facevano parte il Rev.do Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu, il Rev.do Don Krzysztof Nykiel, Officiali del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, nonché il Prof. Avv. Raimond El-Hachem, Segretario Generale della Caritas libanese e Docente di Diritto Ecclesiastico nell'Università Santo Spirito di Kaslik (Beirut), e il Prof. José Karam, Presidente Nazionale dei Medici Cattolici libanesi.

La caratteristica saliente della celebrazione della VII Giornata mondiale del Malato è

stato l'impegno congiunto del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano e della Commissione Episcopale della Pastorale dei servizi della salute. Questa convergente collaborazione ha reso possibile non soltanto un'ideale preparazione e celebrazione della Giornata, ma anche una sua singolare forza sensibilizzatrice verso aree sempre più vaste sia di fedeli che di istituzioni religiose e laiche impegnate nel campo della salute e della sofferenza.

La preparazione remota della Giornata

Annunciata e indetta dal Messaggio del Santo Padre, la celebrazione della Giornata, è stata oggetto di numerosi iniziative preparatorie. Va ricordato che questo Pontificio Consiglio ha curato, tramite vescovi incaricati per la pastorale sanitaria, una capillare diffusione sul piano internazionale del Messaggio del Papa, nonché la preparazione del Manifesto ufficiale della Giornata e diversi sussidi. Anche la Radio Vaticana ha trasmesso in diretta le principali iniziative legate alla celebrazione.

Il 6 gennaio 1999, a Beirut, presso il Centro Cattolico di Informazione ha avuto luogo la presentazione alla stampa del Messaggio del Santo Padre e del programma della VII Giornata. In seguito hanno avuto luogo molteplici manifestazioni, prossime alla celebrazione della Giornata, che hanno visto coinvolte tutte le comunità delle Chiese orientali cattoliche, e che hanno avuto come tema: "Dio è il Padre. La carità è la virtù teologica che deve essere vissuta", e come obiettivo *L'incontro delle Religioni monoteistiche*.

Dal 10 al 16 gennaio si è celebrata la settimana per i mala-

ti, promossa dalla Chiesa Greco-Melkita.

Dal 17 al 23 gennaio: settimana per gli handicappati, promossa dalla Chiesa Armena.

Dal 24 al 30 gennaio: settimana per i bambini malati, curata dalla Chiesa Caldea.

Dal 31 gennaio al 6 febbraio: settimana per i malati di AIDS e di Droga, guidata dalla Chiesa Maronita.

Dal 7 al 12 febbraio: settimana per i malati, animata dalla Chiesa dei Latini.

In queste manifestazioni settimanali venivano coinvolti gli ospedali e i centri di cura, le parrocchie, nonché diverse scuole. Hanno avuto luogo diverse tavole rotonde sui temi riguardanti la salute, la bioetica, la dignità dell'uomo e il valore salvifico della sofferenza umana, sulle caratteristiche dell'Ospedale cattolico. Non sono mancati la fervida preghiera per i malati e con i malati, assieme ai loro familiari e operatori sanitari, nonché i gesti di carità concreta in forma di riduzione della spesa per la degenza ospedaliera.

La Celebrazione della VII Giornata mondiale del Malato

Momenti salienti della celebrazione che hanno contrassegnato le giornate dell'8, 9, 10 febbraio, culminando nella celebrazione solenne conclusiva della Giornata Mondiale del Malato dell'11 febbraio, memoria della Beata Vergine di Lourdes, sono stati: la Cerimonia di inaugurazione e una tavola rotonda sul tema: rispetto della vita (8 febbraio), Festa di San Marone: la celebrazione dell'Eucaristia in rito maronita e un dibattito sulla identità e sulla gestione degli Ospedali cattolici (9 febbraio), l'Incontro dei Vescovi responsabili della Pastorale sanitaria dell'Asia (10 febbraio), la cele-

brazione solenne del giorno 11.

La celebrazione della VII Giornata Mondiale del Malato si è inaugurata nel primo pomeriggio di Lunedì 8 febbraio nell'auditorium dedicato a Giovanni Paolo II, nell'Università «Saint-Esprit de Kaslik». Erano presenti circa 500 persone. Oltre alla Delegazione pontificia guidata da S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Inviato Speciale del Santo Padre, S. Em. il Card. Mar Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca di Antiochia dei Maroniti e Presidente dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano, S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, Nunzio Apostolico in Libano, Vescovi incaricati per la Pastorale sanitaria giunti dalle Filippine, dall'India, dall'Indonesia e un rappresentante dallo Sri Lanka, autorità civili e militari; i Presidenti e rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche Internazionali del mondo della salute: Medici, Farmacisti e Infermieri, cappellani ospedalieri, Religiosi/e ed infermieri/e, studentesse delle facoltà di medicina, nonché una folta rappresentanza degli operatori sanitari provenienti dall'Italia e dalla Spagna.

All'inizio della cerimonia d'inaugurazione della Giornata, S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha letto la lettera di nomina ad Inviato Speciale del Papa dell'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del medesimo Pontificio Consiglio, poi il saluto del Rettore dell'Università, Padre Joseph Mouannes, che ha sottolineato la vocazione ecumenica della città di Beirut che apre il suo cuore e le sue braccia a tutti i popoli. Inoltre il saluto del Prof. José Karam, Presidente Nazionale dei Medici cattolici libanesi, che ha invitato quanti operano nel campo sanitario a dare al malato ragioni per vivere e ragioni per sperare. Nel suo discorso il Cardinale Mar Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca di Antiochia dei Maroniti e Presidente dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano ha rivolto un grato e riconoscente pensiero a Sua Santità Giovanni Paolo II per aver scelto Beirut come "città

simbolo dell'unione tra i cristiani e dell'incontro di tutti nella comunione dell'amore" per la celebrazione della VII Giornata Mondiale del Malato. Dopo il Patriarca hanno parlato: S.E. Mons. Paule-Émile Saadé, Presidente della Commissione Episcopale della Pastorale dei servizi della salute, il Dott. Karam Karam, il Ministro della sanità pubblica, il Dott. Michel Moussa, il Ministro degli Affari sociali e infine l'Arcivescovo J. Lozano, Inviato Speciale del Papa, che ha sottolineato come il Santo Padre scegliendo il Libano per la celebrazione della Giornata ha voluto che fosse il centro dal quale deve partire per tutta l'Asia un messaggio sul senso più profondo della vita. Nell'anno dedicato ad una attenta riflessione su Dio Padre ha aggiunto l'Inviato Speciale, il Santo Padre propone la malattia come strada che ci conduce verso il Padre nell'unità dell'azione caritativa. L'«ecumenismo delle opere» deve farci sentire tutti uniti di fronte alla sofferenza e al dolore di ogni uomo.

Dopo la cerimonia d'inaugurazione ha avuto luogo una *Tavola rotonda* sul tema: *Rispetto della vita*, moderata dall'On.le Nailla René Mouawad. Vi hanno preso parte rappresentanti delle comunità cristiane: S.E. Mons. Guy Boulos Noujaim per i cattolici, S.E. Mons. Elias Korbane per gli Ortodossi, il Pastore Habib Badr per i protestanti, e le comunità musulmane: M.le Juge Bachir Bilani per i sunniti, Cheikh Mouhamad Yazbek per gli sciiti, Cheikh Bahjat Gaith per i drusi. Al di là di alcune divergenze di fondo – ha sottolineato l'On.le N. Mouawad a conclusione del dibattito – vi è un denominatore comune che riassume i risvolti negativi e positivi di un dramma, di una passione e di un amore per l'essere umano e per la vita.

In tarda serata si è svolta nella chiesa di Sant'Elia nel villaggio di Antélias della «Re'gion Metn» vicino a Beirut una veglia di preghiera, animata dai giovani della città. Vi hanno preso parte S.E. Mons. J. Lozano, Inviato Speciale del Santo Padre e Presidente del Pontificio Consiglio

per la Pastorale della Salute, che è stato accompagnato dal Segretario del Dicastero S. E. Mons. José L. Redrado, O.H. e dal Presidente della Commissione Episcopale della Pastorale dei servizi della salute, S.E. Mons. Boulos Emile Saadé.

Il 9 febbraio: giorno di festa, a Beirut e in tutto il Libano, in occasione della solennità liturgica di San Marone, Patrono della Chiesa maronita. Nella mattinata, alla chiesa della sede del Patriarcato a Berké, il Card. Sfeir, Patriarca di Antiochia dei Maroniti ha presieduto la solenne celebrazione eucaristica in rito maronita. Hanno concelebrato: l'Arcivescovo J. Lozano Barragan, S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., alcuni Vescovi della Chiesa libanese, i Membri della Missione pontificia, nonché numerosi sacerdoti. Al termine della solenne concelebrazione nella sede del Patriarcato, il Card. Sfeir ha salutato sia la Delegazione pontificia che i partecipanti giunti dall'Italia, dalla Spagna, dal Belgio, dalla Polonia, dal Messico, dall'India, dalle Filippine, dall'Indonesia, dallo Sri Lanka, dalla Repubblica Democratica del Congo.

Nella tarda mattinata dedicata alla riflessione, sempre nell'università cattolica «Saint Esprit de Kaslik», hanno avuto luogo due interventi riguardanti gli Ospedali Cattolici. Il Presidente l'Arcivescovo J. Lozano ha parlato sulla "identità" dell'ospedale cattolico, che fa parte della chiesa stessa e deve rispondere all'appello per la quale Cristo l'ha fondata. La sua identità più profonda trova le sue radici nella vocazione con la quale Cristo l'ha chiamata. È una vocazione alla santità attraverso il difficile cammino della Croce che ha come punto di arrivo il mistero della Risurrezione. In assenza di P. Pier Luigi Marchesi, O.H., la sua relazione è stata letta dalla Dott.ssa libanese Maya El Hachem, medico all'ospedale romano del "Bambino Gesù", che si è soffermata sul tema: "moralità e amministrazione dell'ospedale cattolico".

Nel pomeriggio dello stesso giorno, si è tenuta una *Tavola rotonda* dedicata al dibattito e allo scambio delle esperienze e

delle testimonianze del servizio accanto a chi soffre.

Nella tarda serata, gli operatori sanitari partecipanti alla Giornata si sono recati alla Chiesa dedicata al Sacro Cuore, situata a Nord della capitale, per prendere parte alla veglia di preghiera, alla quale hanno preso parte l'Inviato Speciale del Papa S.E. Mons J. Lozano, S.E. Mons. Redrado, O.H. Segretario del Pontificio Consiglio, S.E. Mons. Saadé, Presidente della Commissione episcopale della Pastorale dei servizi della salute, nonché numerosi sacerdoti.

Il 10 febbraio ha avuto luogo un *Incontro* dei Vescovi Responsabili della Pastorale Sanitaria dell'Asia sul tema: "Programmazione e organizzazione della Pastorale sanitaria a livello nazionale, diocesano e parrocchiale". Sono intervenuti, oltre al Presidente del Dicastero S.E. Mons. J. Lozano, S.E. Mons. Saadé, i Vescovi giunti dall'India, dalle Filippine, dall'Indonesia, nonché un rappresentante del Vescovo dallo Sri Lanka.

Rilevata la diversità di situazioni tra le chiese del continente asiatico, S.E. Mons. Lozano ha voluto ricordare che gli Organismi Nazionali, diocesani e parrocchiali della Pastorale Sanitaria possono avere, proporzionalmente, la stessa finalità e natura del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute.

Nella tarda serata alle ore 21.00 a Beirut è giunto l'Inviato Speciale del Santo Padre per la celebrazione di chiusura della VII Giornata Mondiale del Malato S.Em. il Card. Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Il Porporato è stato accolto in aeroporto dal Nunzio Apostolico in Libano S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, dall'Arcivescovo J. Lozano, da S.E. Mons. Redrado O.H., e da S.E. Paul-Emile Saadé.

La mattina dell'11 febbraio, S.Em. il Card. Fiorenzo Angelini, accompagnato da S.E. Mons. J. Lozano, S.E. Mons. J. Redrado, O.H., S.E. Mons. Saadé, ha visitato i quattro più importanti ospedali cattolici: San Giorgio a Ajaltoun, San Giuseppe a Beirut, San Carlo e Sacro Cuore a Baabdah, confortando i malati e portan-

do a tutti la benedizione del Santo Padre. Sempre nella mattinata di Giovedì del giorno 11, il Card. F. Angelini ha reso omaggio al Presidente della Repubblica del Libano il Dr. Emile Lahoud. Oltre all'indirizzo di saluto c'è stato uno scambio di doni.

Il momento celebrativo più significativo è stata la solenne concelebrazione eucaristica, *di mercoledì 11 febbraio*, memoria della Beata Vergine di Lourdes, presieduta dall'Inviato Speciale del Santo Padre alla celebrazione di chiusura della Giornata, il Card. Fiorenzo Angelini. Concelebbranti: S.E. Mons. J. Lozano Barragán, S.E. Mons. José L. Redrado, O.H., S.E. Mons. Paul-Emile Saadé, i Vescovi giunti dalle Filippine, dall'India, dall'Indonesia, il rappresentante del Vescovo dello Sri Lanka, altri Vescovi cattolici libanesi di rito maronita, melchita, armeno, caldeo e latino. Nel presbiterio erano presenti: il Card. Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca di Antiochia dei Maroniti, S.B. Raphael I Bidawid, Patriarca di Babilonia dei Caldei e S.E. Mons. Antonio Maria Vegliò, Nunzio Apostolico in Libano. Presenti anche le autorità libanesi civili e militari.

Solenne e composta è stata la Concelebrazione eucaristica alla quale hanno partecipato migliaia di pellegrini, tra i quali numerosi malati insieme con i loro accompagnatori.

Il Card. Fiorenzo Angelini, nella sua omelia, dopo aver espresso la sua profonda gratitudine al Santo Padre che ha voluto designarlo come Suo Inviato Speciale alla celebrazione di chiusura della VII Giornata Mondiale del Malato, ha ricordato il significato e le finalità della Giornata, e si è soffermato sul mistero della sofferenza umana, sul suo valore salvifico, sulla risposta al problema del dolore data da Cristo attraverso l'amore. Il Santo Padre, pellegrino in ogni parte del mondo come Gesù – ha aggiunto il Porporato – annuncia il Regno di Dio piegandosi sui sofferenti e sui malati per condividere con loro il peso della sua personale sofferenza; per questo è esempio per tutti i Buoni Samaritani d'oggi. L'imminente Anno Santo "non potrà non suscitare

una ricerca crescente di unità tra gli uomini per la costruzione della civiltà dell'amore". La prova, il test qualificante di questa civiltà, è dato dalla capacità e dall'impegno nel campo vastissimo della sanità e della salute. La celebrazione della Giornata si è conclusa con la solenne Benedizione di tutti i partecipanti e in particolare dei malati.

Il giorno 12 febbraio, il gruppo del Pontificio Consiglio con a capo il Presidente l'Arcivescovo J. Lozano Barragán, ha visitato l'ospedale cattolico di «Notre Dame des Secours» a Ibeil, nonché ha celebrato l'Eucarestia nel maestoso monastero maronita di San Charbel ad Annaya.

Conclusione

1. Occorre sottolineare la buona preparazione della Giornata e il buon svolgimento di essa.

2. Vivendo le giornate di riflessione, di studio e di preghiera, si è potuto constatare ed ammirare l'apertura, l'ospitalità e l'accoglienza da parte della chiesa libanese.

3. Si può constatare il positivo sviluppo della Pastorale Sanitaria in Libano.

4. Diversi gruppi hanno partecipato con un'immediata integrazione nello svolgimento delle Giornate

5. Resta della Giornata sicuramente lo spirito della celebrazione che porterà ad una maggiore attenzione verso i malati e i sofferenti attraverso l'«ecumenismo delle opere» al fine di costruire la pace e l'unità tra i cristiani.

6. Il Messaggio del Santo Padre resta come invito rivolto a tutti, specialmente ai malati di ogni età e condizione, alle vittime di infermità di ogni genere e di calamità e tragedie, ad abbandonarsi nelle braccia paterne di Dio; è anche un invito ad essere sempre custodi e servitori della vita, per fare del bene a chi soffre e fare del bene con la propria sofferenza per un cammino di esperienza della carità, al fine di costruire la civiltà dell'amore.

Don KRZYSZTOF NYKIEL
*Ufficiale del Pontificio Consiglio
 per la Pastorale della Salute*

Lettere di Giovanni Paolo II per la nomina a Inviati Speciali alle celebrazioni per la VII Giornata del Malato svoltasi in Libano presso il santuario di Harissa

Il Santo Padre ha nominato il Cardinale Fiorenzo Angelini, Presidente emerito del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e Monsignor Javier Lozano Barragán, Arcivescovo-Vescovo emerito di Zacatecas e Presidente del medesimo Pontificio Consiglio, suoi Inviati Speciali alle Celebrazioni per la VII Giornata Mondiale del Malato che si sono svolte in Libano, presso il Santuario di Harissa, dall'8 all'11 febbraio. Le Missioni guidate dal Cardinale Angelini e dall'Arcivescovo Lozano Barragán erano composte dal Rev. Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu e dal Rev. Don Krzysztof Nykiel, Officiali del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute; dal Prof. Avv. Raimondi El-Hachem, Segretario Generale della Caritas libanese e Docente di Diritto Ecclesiastico all'Università Santo Spirito di Beirut; dal Prof. José Karam, Presidente Nazionale dei Medici Cattolici libanesi.

Pubblichiamo le lettere di nomina inviate dal Santo Padre al Cardinale Angelini e all'Arcivescovo Lozano Barragán.

49

Al Venerabile Fratello
Fiorenzo Angelini,
Cardinale di Santa Romana Chiesa
Presidente emerito del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute

Nel mio quotidiano sacro ministero, non c'è mai stato un momento in cui io non abbia testimoniato la mia particolare sollecitudine pastorale verso tutti coloro che soffrono, ed in cui non sia stato vicino agli ammalati di tutto il mondo. Per questo, come Vostra Eminenza sa bene, quattordici anni fa, con lettera Motu Proprio *Dolentium Hominum*, ho creato la Pontificia Commissione per la Pastorale della Salute. Volsi affidarne per primo la direzione a Lei, Venerabile Fratello, in quanto tra gli arcivescovi si distingueva per le Sue notevoli conoscenze in questo campo e per la Sua particolare attitudine; in seguito, Le chiesi di continuare lo stesso servizio quando la Commissione divenne Pontificio Consiglio.

È dunque facile comprendere con quale attenzione seguirò il Congresso mondiale che riunisce scienziati ed esperti in occasione della settimana "Giornata Mondiale del Malato" e che ho voluto si svolgesse dall'8 all'11 febbraio prossimo, nel Libano, paese a me particolarmente caro. Con gioia ho preso conoscenza dei temi che vi saranno trattati, nonché dei colloqui che avranno luogo tra le diverse confessioni religiose.

Seguirò certamente i vostri lavori come se fossi tra di voi; ma desidero che, in una riunione così importante, la mia persona sia resa presente in maniera più effettiva con un rappresentante di grande autorità. So a buon diritto che Ella, Venerabile Fratello, è la persona ideale. Per questo motivo, con la presente let-

Al Venerabile Fratello
Javier Lozano Barragán
Arcivescovo-Vescovo emerito di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Non è praticamente passata una sola giornata del mio Pontificato, senza che io abbia manifestato con attenzione la mia sollecitudine per quanti sono segnati dalla sofferenza, e un amore attento e particolare per i fratelli e le sorelle ammalati di tutto il mondo. Per questo, quattordici anni fa, con lettera Motu Proprio *Dolentium Hominum*, ho creato il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, al quale non ho mai cessato di riversare tutta la mia attenzione, e due anni fa, Venerabile Fratello, ho deciso, in tutta fiducia, di affidargliene la Presidenza.

È dunque facile comprendere con quale attenzione mi interessi al Congresso mondiale che si riunirà in occasione della settimana "Giornata Mondiale del Malato" che si svolgerà nel carissimo paese del Libano, dall'8 all'11 febbraio prossimo. È con grande gioia che ho preso conoscenza dei diversi temi che saranno trattati, nonché dei colloqui che avranno luogo tra le diverse confessioni religiose che vi prenderanno parte.

Anche se seguirò i vostri lavori da lontano con il pensiero, desidero inviare a questi lavori un pastore d'esperienza che, nominato dalla mia autorità, mi rappresenterà personalmente. So a buon diritto che Vostra Eccellenza è interprete del mio pensiero ed eccellente consigliere, per questo La nomino MIO INVIATO SPECIALE per l'apertura di questa settimana "Giornata Mondiale del

tera La nomino MIO INVIATO SPECIALE per le solennità che chiuderanno la settimana "Giornata Mondiale del Malato", l'11 febbraio prossimo ad Harissa, in Libano.

Ella presiederà dunque in mia vece e saluterà in mio nome tutte le persone presenti; incoraggerà i lavori del Congresso con il mio sostegno e la mia Benedizione Apostolica. Attraverso di essa, chiedo che dall'alto discenda la luce su di Lei e il sostegno per tutti coloro che sono votati alla salute nel mondo, affinché tutti i malati sentano che Cristo è presente in mezzo a loro e che la sua Chiesa condivide le loro sofferenze come una madre.

*Vaticano, 30 gennaio 1999,
21° di Pontificato.*

GIOVANNI PAOLO II

Malato", che avrà luogo l'8 febbraio prossimo ad Harissa, in Libano.

Ella sarà dunque presente in mia vece e saluterà anche tutte le persone presenti in mio nome; porterà i miei incoraggiamenti alle diverse assemblee del Congresso; affinché queste ottengano un risultato fruttuoso ed efficace, trasmetterà a ciascuno dei partecipanti la mia Benedizione Apostolica. Essa discenda anche su di Lei, Venerabile Fratello, come pure su tutti coloro che si riuniranno, e ai quali Ci uniamo volentieri; e speriamo che essa porti ai malati un aiuto profondo e fruttuoso in Cristo Pastore divino.

*Vaticano, 30 gennaio 1999,
21° di Pontificato.*

GIOVANNI PAOLO II



Giovanni Paolo II è vicino a tutti coloro che soffrono

Nel pomeriggio di martedì 11 febbraio 1999, festa della Beata Vergine di Lourdes, S.E. il Cardinale Camillo Ruini, Vicario di Roma, ha presieduto in nome di Sua Santità Giovanni Paolo II, una concelebrazione eucaristica nella Basilica Vaticana. Al termine della Santa Messa, Giovanni Paolo II ha rivolto un saluto ai malati presenti.

Carissimi fratelli e sorelle,

con gioia mi unisco a voi al termine di questa celebrazione in onore della Beata Vergine di Lourdes. Questo appuntamento con voi ammalati mi sta molto a cuore. L'iniziativa ha ormai una lunga storia: risale a quarant'anni fa, quando uno zelante parroco di Roma iniziò una celebrazione lourdiana per gli infermi. Dall'inizio del mio pontificato, or sono vent'anni, ho voluto personalmente presiedere questa Liturgia nella Basilica Vaticana, sempre con la collaborazione

dell'Opera Romana Pellegrinaggi e dell'UNITALSI. È un suggestivo momento di preghiera, che unisce spiritualmente gli ammalati del mondo intero, specialmente da quando, sette anni fa, l'11 febbraio è diventato Giornata Mondiale del Malato e si celebra di volta in volta in un importante santuario mariano: oggi in quello libanese di Harissa, presso Beyrouth.

Carissimi, nel pellegrinaggio verso il Grande Giubileo del Duemila, siamo "in cammino verso il Padre", come ha ricordato il congresso teologico-pastorale che si conclude con questa Santa Messa. Sulla via che conduce a Dio, ci precede Maria Santissima: ci precede nella fede e nella speranza. A Lei affido ciascuno di voi invocandone il conforto nella prova. Vi assicuro il mio quotidiano ricordo nella preghiera e con affetto imparto a voi, qui presenti, ed a quanti sono spiritualmente uniti con noi, una speciale Benedizione Apostolica.

51

Omelia del Cardinale Fiorenzo Angelini

GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO, GRANDE CELEBRAZIONE EUCARISTICA NELLA BASILICA NOTRE-DAME DI HARISSA IN LIBANO

Fratelli e sorelle carissimi,

voglio innanzitutto esprimere la mia profonda gratitudine al Santo Padre Giovanni Paolo II che ha voluto designarmi per presiedere, come Suo inviato speciale, questa solenne celebrazione conclusiva delle molteplici iniziative che hanno preceduto questa settimana Giornata Mondiale del Malato.

Come ha ricordato il Santo Padre Giovanni Paolo II nel suo Messaggio per questa Giornata, "...la terre qui abrite ce sanctuaire est le Liban, qui représente davantage qu'un

pays; il est un message et un modèle pour l'Orient et l'Occident"¹.

Ecco perché è sommamente significativo che il Santo Padre, alla vigilia del grande Giubileo dell'anno Duemila, abbia scelto questo luogo per la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato.

Il grande Giubileo dell'Anno Duemila, attraverso un "cammino di autentica conversione al Vangelo" non potrà non suscitare una ricerca crescente di unità tra gli uomini per la costruzione della civiltà dell' amore².

La vostra terra, fratelli e sorelle carissimi, secondo le forti parole del Papa, "est non seulement un lieu de coexistence entre les communautés catholiques de diverses traditions et entre les diverses communautés chrétiennes, mais également le carrefour de multiples religions". Ecco allora che proprio il Libano "peut tout à fait servir de laboratoire pour construire ensemble un avenir de convivialité et de collaboration, en vue du développement humain et morale des peuples"³.

E lo è, il Libano, particolar-

mente nel nostro tempo, avendo conosciuto questo stupendo Paese dolorose prove, senza mai perdere la coscienza della sua altissima missione di civiltà.

Le settimane di incontri e di preghiera che hanno preceduto questa Giornata Mondiale del Malato, l'importante Congresso che l'ha preparata affrontando i più gravi problemi di medicina e morale, le iniziative organizzate a favore dei malati e degli operatori sanitari, hanno confermato che il cammino di autentica conversione al Vangelo che deve caratterizzare la vigilia del Grande Giubileo, ha la sua qualificante espressione nel servizio a chi soffre e nella valorizzazione sanante del mistero della sofferenza umana, assunta da Cristo per la nostra redenzione.

Se l'uomo che soffre è "via speciale della Chiesa"⁴, questa terra libanese, così vicina ai luoghi dove Gesù fu per tutti Buon Samaritano, è insieme memoria e stimolo a riconoscere nell'attenzione a chi soffre nello spirito e nel corpo la strada maestra verso una civiltà dell'amore, della comprensione reciproca, dell'incontro tra tutti gli uomini, quale sia la loro condizione culturale, sociale, religiosa.

La sofferenza, infatti, mentre tutti accomuna, tutti invita a cercare la medesima salvezza.

La civiltà di un Paese, come pure il cammino in avanti dell'umanità, non si misura sulla ricchezza dei popoli, sulla loro potenza economica e militare. La prova, il *test* qualificante di questa civiltà è dato dalla capacità e dall'impegno nel campo vastissimo della sanità e della salute. È proprio questo impegno che rende possibile, anzi necessario, gettare un ponte di unità tra tutti i popoli, poiché di tutti è la necessità e l'urgenza di combattere la malattia, di assistere chi ne è provato, di gettare le premesse per la salute per tutti.

Non si farà mai abbastanza per i malati. Il servizio ad essi può e deve essere la piattaforma di lancio del vero progresso umano, civile e religioso, poiché i luoghi di ricovero e di cura sono la palestra delle più alte espressioni di solidarietà e di

amore per il prossimo.

In questo giorno, tuttavia, il mio pensiero e il mio augurio partecipe va innanzitutto ai *malati*, agli *operatori sanitari*, alle forze del *Volontariato* e alle *autorità* responsabili della cosa pubblica.

Nel sofferente e nel malato ogni essere umano può incontrare Cristo, poiché Egli stesso ci ha invitati a riconoscerlo in chi soffre: "*Ero infermo e mi avete visitato*" (Mt 25, 36).

Tutte le mille forme della sofferenza umana provocate dalle malattie, dalle violenze subite, dalla povertà, dall'abbandono, dalla discriminazione, trovano il loro riscontro nel Volto sofferente di Cristo, nato nella povertà, oggetto di incomprendimento e ingratitudine, flagellato, coronato di spine, deriso, crocifisso come un malfattore.

Nessuna sofferenza fu estranea a Gesù, Figlio di Dio fatto uomo.

Carissimi ammalati, riconoscetevi in Cristo affinché tutti abbiano a riconoscere Cristo in voi.

In questo anno, che per volontà del Sommo Pontefice, è dedicato ad una speciale riflessione sulla divina Persona del Padre, non sentitevi mai abbandonati. Egli che sostiene il fragile filo d'erba, che fa piovere sui giusti e sugli ingiusti, che conosce tutte le nostre necessità, non può privarvi della sua amorevole assistenza.

E come Cristo, nella sua vita terrena, ebbe sempre accanto a sé la sua santissima Madre, anche voi sappiate di averla accanto nella vostra sofferenza che, offerta a Dio, salva il mondo, poiché la sofferenza "vissuta in comunione con Cristo, appartiene all'essenza stessa della redenzione"⁵.

Voi, operatori sanitari – medici, farmacisti, infermieri, cappellani, religiosi e religiose, amministratori, volontari – che consacrate la vostra vita e professione al servizio dei sofferenti e dei malati, siete chiamati ad essere testimonianza del Vangelo autenticamente vissuto.

Nella figura del Buon Samaritano è la "chiave per la piena comprensione del comandamento dell'amore del prossi-

mo"⁶.

Nessuno come voi avvicina l'uomo nella piena realtà della sua condizione, poiché la malattia e il dolore sono la più vera e compiuta radiografia della condizione umana.

Coltivate la vostra formazione umana, morale e spirituale alla scuola della sofferenza. Siano i malati i vostri maestri; soltanto così potrete scoprirli fratelli.

La vostra professione e missione vi colloca all'avanguardia del cammino in avanti della civiltà. A sostenere, tuttavia, il vostro quotidiano impegno e la vostra professionalità siano la generosità e la disponibilità.

Certamente le istituzioni sanitarie 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" sia essa fisica, morale o spirituale⁷.

Il mio saluto e incitamento, perciò, va anche ai tanti *Volontari* che, singolarmente o attraverso benemerite associazioni, si affiancano agli operatori sanitari, impegnandosi particolarmente nell'opera di prevenzione, di educazione sanitaria, di individuazione delle sofferenze più nascoste e ignorate.

Questo nostro incontro è occasione per esprimere un profondo ringraziamento alle comunità cristiane cattoliche, ortodosse e protestanti che, nel servizio ai sofferenti, attuano quell'*ecumenismo* delle opere che è premessa irrinunciabile di unità nella fede.

Ed eguale sentimento voglio esprimere alle comunità musulmane di confessione sunnita, sciita e drusa sostenute dal medesimo spirito di servizio.

Il servizio a chi soffre, sebbene parte integrante della missione della Chiesa, non è esclusivo di essa né delle sole confessioni religiose, anche se i luoghi di ricovero e di cura sono il tempio più frequentato del mondo.

Il mio pressante invito, perciò, va anche alle *autorità e ai responsabili della cosa pubblica*.

Considerino con convinta fermezza i problemi della sa-

nità e della salute come oggetto prioritario di una autentica giustizia sociale. Nessuna legge è veramente al servizio dell'uomo se ad ispirarla non sono il rispetto, la salvaguardia e la promozione della vita umana dal concepimento al suo naturale tramonto.

Promozione e difesa della vita sono la misura del cammino in avanti della civiltà. Il contrario è negazione di civiltà.

Il mondo può trovare nell'impegno a servire chi soffre la via maestra del dialogo, del superamento delle differenze etniche, religiose, politiche e sociali. Nulla come la sofferenza unisce gli esseri umani e nulla come il servizio alla sofferenza può accelerarne l'incontro.

La Giornata Mondiale del Malato non è una celebrazione festiva, né si esaurisce nello spazio di un giorno. Essa è insieme traguardo e punto di partenza dell'affermazione di un modo nuovo di guardare ai problemi dell'umanità.

Come non esiste un giorno a se stante per la malattia, così non avrebbe senso la celebrazione di una Giornata del Malato avulsa da una impostazione del credere e dell'operare che non investa l'intero arco del nostro vivere.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II che, sette anni fa, volle istituire questa Giornata Mondiale del Malato, con il suo magistero, ministero, ma soprattutto con il suo altissimo ed eroico esempio, ne incarna il significato e le finalità.

Invitando i malati ad affiancare con l'offerta della loro sofferenza il Suo mandato pastorale, il Santo Padre ne ha offerto per primo l'esempio.

Pellegrino in ogni parte del mondo, come Gesù il Papa annuncia il Regno di Dio piegandosi innanzitutto sui sofferenti e i malati per condividere con loro il peso della sua personale sofferenza.

La vostra terra, fratelli e sorelle del Libano, è insieme esempio e banco di prova di questa nuova speranza.

Non solo materialmente, ma anche simbolicamente, Notre-Dame de Harissa è oggi il faro di approdo di questa nuova speranza.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II mi ha incaricato di impartire a voi tutti la Sua paterna Apostolica Benedizione.

Voglio accompagnare questa Benedizione Apostolica con le sue stesse parole:

“Che la grazia di Cristo vi riempia di carità! Gli sforzi di ciascuno per amore del Signore e della sua Chiesa porteran-

no frutti abbondanti alla vita ecclesiale e all'intera società libanese. Allora il Libano, la santa montagna, che ha visto sorgere la Luce delle nazioni, il Principe della Pace, potrà rifiorire in pienezza; esso risponderà alla sua vocazione di essere luce per i popoli della regione e segno della pace che viene da Dio”⁸.

S.Em. Card. FIORENZO
ANGELINI
Presidente Emerito
del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute

Note

¹ Roma, 7 settembre 1989, *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XII/2, p. 176.

² GIOVANNI PAOLO II, Lett. Apost. *Tertio Millennio Adveniente*, n. 50-52.

³ GIOVANNI PAOLO II, Exhort. apost. post-synodale *Une esperance nouvelle pour le Liban*, n. 93.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, Lettera apost. *Salvifici doloris*, 3.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, Lettera istitutiva della Giornata Mondiale del Malato (13 maggio 1992), 2. In *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, XV/1, 1410.

⁶ GIOVANNI PAOLO II, Lettera encicl. *Veritatis splendor*, n. 14.

⁷ GIOVANNI PAOLO II, Lett. apost. *Salvifici doloris*, 29.

⁸ GIOVANNI PAOLO II, Exhort. apost. post-synod. *cit.*, n. 125.

SALUTO DEL CARD. FIORENZO ANGELINI, PRESIDENTE EMERITO DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, IN OCCASIONE DELLA VISITA AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA DEL LIBANO, GENERALE EMILE LAHOUD

Signor Presidente, anche a nome del Santo Padre Giovanni Paolo II, già ospite di questa nobilissima terra libanese, il mio deferente saluto ed ogni più cordiale augurio.

Forse nessuna celebrazione religiosa, come la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, è forte richiamo alla giustizia, alla pace, alla concordia.

L'impegno verso coloro che soffrono è risposta di giu-

stizia e di carità: una risposta che richiede l'incontro di tutti per il bene di tutti.

La fede religiosa che oggi vede tutti incontrarsi nel desiderio e nella volontà concreta di promuovere, difendere e salvaguardare il bene inestimabile della salute, sia premezza ed auspicio di unità e di incontro tra i popoli e di una rinnovata speranza per la nazione libanese.

La Giornata Mondiale del

Malato è Giornata della vita, oggi messa a dura prova da tante difficoltà e sofferenze, che anche questo stupendo Paese ha dolorosamente conosciuto.

Nell'esprimerLe il mio più profondo ringraziamento per la Sua presenza, formulo a Lei, Signor Presidente, alla Sua famiglia, all'intera nazione libanese l'augurio di pace e prosperità.

Cerimonia di Inaugurazione delle Celebrazioni della VII Giornata Mondiale del Malato, tenutasi presso l'auditorium dell'Università Santo Spirito di Kaslik - Beirut, 8 Febbraio 1999

Discorsi delle Personalità intervenute

ALLOCUZIONE DI SUA BEATITUDINE IL PATRIARCA DEI MARONITI IL CARDINALE NASSRALLAH PIERRE SFEIR

È un grande onore per tutti noi che il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute del Vaticano abbia scelto il nostro piccolo paese, il Libano, per celebrare la settima Giornata Mondiale del Malato, con l'approvazione, la benedizione e l'incoraggiamento di Sua Santità Giovanni Paolo II, di cui tutti conosciamo l'amore e la considerazione per il nostro paese. Questi sentimenti si manifestano chiaramente nel suo messaggio di oggi: "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?".

Il Libano è forse il più piccolo paese asiatico ad accogliere i Presidenti delle Commissioni Cattoliche per la Sanità, che celebrano con noi quest'oggi la Giornata Mondiale del Malato. Questo piccolo paese è stato denominato Sanatorio dell'Oriente per la bellezza della natura, il clima sano e diversificato, il cielo puro, l'acqua generosa delle fonti che nascono e ci sorprendono ai piedi di una montagna o in fondo ad una profonda vallata, e per le quattro stagioni distinte di cui Dio l'ha dotato anche se noi temiamo che la vita moderna ne sciupi un poco la bellezza.

Dio inoltre ha dotato i Libanesi, qualunque sia la loro religione ed inclinazione, di una grande pazienza per gli studi, di una grande capacità d'assimilazione e di una tendenza ad approfondire le scienze mediche. In questo modo il nostro paese, più di qualunque altro Stato della regione, ha

riunito il maggior numero di medici delle diverse specializzazioni.

Ciò ha portato alcuni di loro a restare in Europa o a recarsi negli Stati Uniti dove si sono formati con successo nelle facoltà di medicina e si sono distinti nelle loro specializzazioni.

Un certo numero di questi medici si sono ugualmente diffusi nei paesi arabi vicini dove dirigono i maggiori ospedali.

Il malato in Libano riceve le cure e l'attenzione che si aspetta. Coloro che lo curano, se sono credenti impegnati, in particolare suore, sono consapevoli che attraverso il dolore e la capacità di sacrificio il malato condivide la passione di Cristo, godendo come contropartita di una grande tranquillità di spirito, di una coscienza in pace e di sangue freddo in fronte all'ultimo destino. La sofferenza diventa allora Balsamo e la morte, la via della Felicità eter-

na che consiste nel contemplare il volto di Dio dell'eternità.

Il mistero della passione è quello di Cristo sacrificatosi per noi sulla croce e ne diventa così il mistero dell'amore. È d'altronde ciò che Gesù spiega nel Vangelo quando dice: "Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici" (Gv 15, 13).

Dunque, se Gesù Cristo si è sacrificato per noi per amore nostro, noi non possiamo che restituirgli amore con amore. Se la malattia e i suoi dolori atroci si impossessano di noi, noi dobbiamo saperli trasformare con Gesù Cristo in capacità di sacrificio affinché questi mali non siano vani e perché ne veniamo largamente ricompensati e glorificati.

In questo quadro non possiamo fare altro che essere d'accordo con le parole di San Paolo: "siamo eredi di Dio, coeredi di Cristo, se veramente partecipiamo alle sue sofferenze per partecipare anche alla sua gloria." (Rm 8, 17).

Teniamo a dirvi quanto siamo onorati di essere membri del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute. Ripetiamo i nostri ringraziamenti a Sua Santità e a Sua Eccellenza il Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute per aver scelto il Libano per celebrare la Giornata Mondiale del Malato.

Auguriamo a tutte le persone invitate un buon soggiorno nel nostro paese. Auguriamo anche ai partecipanti alla conferenza che precede la cerimonia un pieno successo.

Il Signore vi benedica.



Eccellenze,
Signore e Signori,

sotto le braccia aperte della statua benevola della Beata Vergine Maria, Nostra Signora del Libano, qui ad Harissa, e in nome del Presidente e dei membri dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi cattolici in Libano, apriamo le nostre braccia per accogliere S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Delegato speciale di Sua Santità Giovanni Paolo II, nonché i membri del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute del Vaticano, i Presidenti delle Commissioni Episcopali della Pastorale della Salute in Asia e tutti i partecipanti giunti dall'Europa e dall'Asia.

Accogliamo anche le loro Eccellenze i Ministri, i Vescovi, gli Sceicchi e gli operatori sanitari che prendono parte a questo incontro.

A tutti diciamo: siate i benvenuti in Libano.

Il Libano, questo piccolo bel paese che possiede un patrimonio culturale prestigioso e una storia molto antica, costituisce il punto di incontro tra le culture e le religioni d'Oriente e d'Occidente, e fra tre continenti: l'Asia, l'Europa e l'Africa.

“Esso è la culla di una cultura antica e uno dei fari del Mediterraneo. Nessuno può ignorare il nome di Byblos, che richiama le origini della scrittura” e che ha dato il nome alla Bibbia; né il nome di Beyrouth, la Madre delle leggi; né i cedri eterni di Dio, e il patrimonio di Tyr, di Sidone e di Baalbek.

“Le radici storiche del Libano sono di natura religiosa”¹. “La terra libanese, 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”².

Il Libano, come dice il Santo Padre, “rappresenta più di un paese; esso è un messaggio e un modello per l'oriente e l'occidente”³.

L'occasione che ci vede qui riuniti quest'oggi è la Giornata Mondiale del Malato, istituita da Sua Santità Giovanni Paolo II per far comprendere che il servizio dei malati e dei sofferenti, la difesa della vita e il rispetto della dignità della persona costituiscono parte integrante della missione della Chiesa. La Chiesa insiste sull'aspetto di redenzione della sofferenza che, vissuta dal credente in unione con Cristo, diventa atto di salvezza. La Chiesa inoltre persegue nei suoi insegnamenti e nelle sue attività la missione salvifica di Cristo che ha portato su di sé le nostre sofferenze e le nostre pene “per dividerle ed assumerle, conferendo loro un valore salvifico”⁴.

L'incontro continentale asiatico, che si svolge oggi in Libano, è un incontro spirituale in cui si rivela la missione della Chiesa Madre che accoglie sotto le sue ali tutti gli uomini, in particolare gli ammalati e i sofferenti. Esso si iscrive nel quadro della promozione e della difesa della vita e della dignità della persona umana in un tempo in cui si sviluppano le tecnologie della bio-medicina e si moltiplicano interventi pericolosi sulla vita umana, come la legalizzazione dell'aborto, l'eutanasia, l'inseminazione artificiale, la clonazione umana, ecc.

La Chiesa considera tutti questi atti contrari alla volontà di Dio, unico Signore della vita. Essa, essendo per il progresso della scienza e della tecnologia, non insorge contro queste tecnologie in quanto tali, ma contro la loro cosiddetta neutralità morale, in quanto tutto ciò che è possibile tecnicamente non può essere considerato come tale eticamente. E questo incontro voluto dal Papa in Libano vuole mostrare il bisogno di collaborazione e di unità attraverso l'ecumenismo delle opere e l'apertura al “dia-

logo interreligioso in un luogo come il Libano, dove credenze religiose diverse hanno in comune un certo numero di valori umani e spirituali incontestabili”⁵. Vuole inoltre far comprendere che anche i malati e i sofferenti sono figli di Dio e partecipano alle sofferenze redentrici di Cristo.

Alla vigilia del Grande Giubileo dell'Anno 2000 e alle soglie del terzo millennio, il Papa invita la Chiesa universale ad una riflessione più attenta sulla grande verità: “Dio è amore”. La paternità di Dio comprende tutti i popoli di ogni religione e razza, e il suo amore li riunisce e li unisce. Esiste nel mondo una potenza unificatrice più forte di quella infinita di Dio Padre? Questo amore di Dio ci è stato rivelato da Cristo in persona che ha incarnato questa misericordia di Dio Padre nella sua vita e nella vita degli uomini. Questo ci ha permesso di vedere Dio in ogni uomo malato che soffre o che è minacciato nella propria vita e dignità umana.

Grazie all'amore di Dio, il malato non è più una persona esclusa e non rispettata, ma diventa immagine vivente di Gesù Cristo tra di noi. Così la Chiesa ha compreso il mistero della Misericordia di Dio, l'ha vissuto lungo tutta la sua storia e continua a viverlo.

Ci auguriamo che la celebrazione della VII Giornata Mondiale del Malato in Libano costituisca lo stimolo per una nuova visione dell'uomo, del suo valore, della sua dignità e per la conservazione della vita e della sua santità mediante l'intercessione di Maria, madre di Misericordia divina e Nostra Signora del Libano.

Note Bibliografiche

¹ Esortazione Apostolica “Una Speranza Nuova per il Libano”, n. 1

² GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la VII Giornata Mondiale del Malato, n. 2.

³ Roma, 7 settembre 1989.

⁴ Messaggio per la VI Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 1998, n. 2.

⁵ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la VII Giornata Mondiale del Malato, n. 3.

Signore e Signori,

ho l'onore di rappresentare nella manifestazione che si svolge oggi, il Presidente della Repubblica, Generale Emile Lahoud, che mi ha incaricato di trasmettervi i suoi saluti e i suoi auguri di ogni successo per questa celebrazione che gode della benedizione di Sua Santità Giovanni Paolo II, il quale ha scelto personalmente il Libano tra tutti i paesi dell'Asia, come luogo per la celebrazione della settima Giornata Mondiale del Malato.

Ringrazio la Commissione Episcopale per la Pastorale dei Servizi Medici del Consiglio dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano, per tutto quanto ha fatto affinché questo eccezionale evento sia coronato da successo.

Il fatto che il Santo Padre abbia scelto come scenario di questa manifestazione il Libano delle famiglie spirituali, il Libano della vita unica per tutte le confessioni, il Libano-messaggio, come lui stesso l'ha definito, costituisce un'iniziativa importante. In questo modo, Egli consacra ciò che le religioni celesti hanno consacrato al malato.

In effetti, Cristo dice nel Vangelo: "Ero malato e mi avete visitato", e Luca testimonia: "Tutta la folla cercava di toccarlo, perché da lui usciva una forza che sanava tutti". La guarigione del paralitico e del lebbroso costituisce l'esempio migliore della cura che Gesù aveva del malato, qualsiasi malattia avesse.

Anche il Corano si occupa del malato. Infatti leggiamo nella Surata "An-Nur": "non si farà una colpa ad un cieco, né ad uno zoppo, né ad un malato". Anche la Surata "Al-Baqara" evoca lo stesso soggetto e nella Surata "Al-Tawbah" leggiamo che non verrà fatta colpa ai malati e ai poveri.

Questo interesse da parte delle religioni celesti fu riportato dal Papa durante la Giornata Mondiale del Malato del

lo scorso anno allorché dichiarò: "voi che soffrite nell'anima e nel corpo, non cedete alla tentazione e non considerate il dolore come un'esperienza negativa, poiché il malato trova un senso alle sue sofferenze personali nel Cristo sofferente".

Il Santo Padre ha definito l'amore "senso salutare della sofferenza di quanti soffrono e risposta a tutte le loro domande". Egli si è rivolto anche a coloro che curano i malati affinché, "essendo dediti alle persone sofferenti" trasformino il loro servizio in "un contributo prezioso all'evangelizzazione".

Per questo Giovanni Paolo II si rivolge alle autorità civili che si occupano di sanità esortandole all'"umanizzazione della medicina e dei servizi sanitari", e "ad una visione sovrannaturale nei confronti dell'uomo, una visione dell'intimo del malato, immagine di Dio e del Figlio di Dio".

Siamo lieti di vedere che gli orientamenti del Santo Padre sono oggi riflessi in Libano, terra dei messaggi sacri, terra della tolleranza e dell'umanizzazione dell'uomo, terra della libertà garantita dalla legge, libertà di coscienza, libertà d'espressione, libertà di parola e d'azione; il Libano è così pronto per il Grande Giubileo

del terzo millennio.

L'11 febbraio si celebra l'anniversario dell'apparizione della Vergine a Lourdes. In Libano esistono molte chiese che portano il suo nome. La celebrazione della settima Giornata Mondiale del Malato si svolge nella grande basilica di Notre-Dame del Libano benedetta dal Papa durante la sua visita di due anni fa. Si completa in questo modo il collegamento tra la Beata Vergine di Lourdes e Nostra Signora del Libano sulla terra di un paese in cui il Papa ha visto "più che un paese sulla terra", ha visto "un messaggio". Egli oggi realizza la sua visione scegliendo il nostro paese-messaggio come centro del messaggio umano più nobile: la cura del malato.

Il malato gode della cura e dell'attenzione del Presidente, il Generale Emile Lahoud che, da quando ha assunto questo incarico, non smette di accordare ai cittadini libanesi tutte le cure necessarie, dall'alleggerimento degli oneri della vita quotidiana, fino alle garanzie che assicurano loro una vita degna, in particolare per ciò che riguarda la questione della salute a cui questo mandato cerca di prestare tutta l'attenzione necessaria.

Tra le priorità del Presidente, nel quadro della sua politica di trasparenza, integrità ed imparzialità, troviamo: far regnare la giustizia, dare ad ognuno ciò di cui ha diritto e accordare priorità alla competenza affinché tutte le fasce sociali siano capaci di comunicare ed ogni cittadino sia un partner per il suo concittadino con diritti e doveri.

Nel settore della sanità, il Presidente cerca di rivolgere una attenzione privilegiata alle fasce deboli della società, quelle dei poveri e dei malati, affinché godano di cure sanitarie adeguate e di attenzione umana. Questo è l'approccio che perseguiamo oggi nel Ministero della Sanità attivando tutti quei mezzi atti ad assicu-



rare al cittadino un riferimento degno dal punto di vista della sanità, che sia all'altezza della dignità del cittadino e dell'uomo. La malattia così non sarà più un incubo terribile ma avrà un riferimento presso il nostro Ministero, riferimento che garantisce le cure con l'aiuto di medici specialisti, e la guarigione con l'aiuto e la volontà di Dio. Seguendo la via indicataci dall'Esortazione Apostolica che si occupa della salute, noi a nostra volta cerchiamo, a livello di presidenza, di governo e in particolare di ministero della sanità, di svolgere i nostri compiti nei confronti dei poveri affinché il Libano possa condurre una vita degna e pertanto godere dei servizi

ospedalieri e delle cure necessarie alla sua salute.

In questo modo interpretiamo il fatto che la celebrazione della settima Giornata Mondiale del Malato, si svolga sulla nostra terra e che attiri verso di essa onorevoli invitati da tutti i paesi asiatici, venuti per partecipare insieme a questa manifestazione spirituale, umana e scientifica.

È ciò verso cui ci guida il Papa quando considera la cura che ha la chiesa per i malati e sofferenti come "una via ecumenica che facilita il dialogo interreligioso", e quando chiama gli operatori sanitari "ad essere i guardiani e i servitori della vita umana". Perché la religione del malato è l'uomo, e curarlo è il dovere che l'uo-

mo ha verso Dio.

È ciò a cui noi nel governo tendiamo secondo le direttive del Presidente e la nostra partecipazione oggi a questa celebrazione mondiale sottolinea l'importanza che rivolgiamo al servizio per i cittadini libanesi.

Auguro ancora una volta il benvenuto ai nostri invitati dei paesi asiatici, e saluto la Commissione Episcopale che ha organizzato questa celebrazione con molti sforzi e cure.

Lo stato è al servizio del cittadino per alleviare le sue preoccupazioni e le sue pene. Sappiate che esso vi sostiene nella vostra opera a favore della dignità del cittadino e dell'uomo in Libano.

Viva il Libano!

DISCORSO DEL DOTT. MICHEL MOUSSA MINISTRO PER GLI AFFARI SOCIALI IN LIBANO

Alla vigilia del Giubileo dell'Anno 2000, Sua Santità Giovanni Paolo II ci ha voluti onorare scegliendo il Libano per celebrare la settima Giornata Mondiale del Malato. Questa scelta è ben giustificata per diversi motivi: primo, come ha specificato il Santo Padre nella sua lettera dell'8 dicembre 1998, il Libano "è un messaggio e un modello per l'oriente e l'occidente". In effetti, è un paese che costituisce un alto luogo di convivialità e di civilizzazione per le religioni monoteiste. Secondo, al di là delle considerazioni politiche e malgrado tutte le prove che ha dovuto sopportare, il popolo libanese si è sempre distinto per il senso della famiglia e la solidarietà familiare. Questa particolarità sociale lo pone al primo posto tra i paesi caratterizzati da solidarietà e aiuto reciproco. Terzo, il potere politico, lungi dall'essere assente, cerca oggi, attraverso la sua nuova politica, di essere il più vicino possibile a coloro che soffrono. In questo modo, nel nostro caro paese si trova-

no riunite tutte le condizioni perché il messaggio di Sua Santità vi trovi conforto. Siamo fieri quest'anno, e all'alba del Terzo Millennio, di essere l'esempio attraverso il quale la solidarietà sociale si diffonderà in tutto il mondo.

Sappiamo bene che, malgrado i progressi della scienza e tutto il beneficio che ne risulta, la sofferenza e l'angoscia che infligge la malattia a

chi ne è colpito e al suo ambiente possono perturbare la dinamica familiare e l'inserimento sociale. Il Ministero per gli Affari Sociali, garante dello sviluppo sociale, non può restare indifferente di fronte a questo dolore; pertanto la sua politica e la sua missione si iscrivono pienamente nel quadro dell'aiuto e della condivisione. I numerosi programmi già esistenti diretti alle classi sociali meno favorite, saranno rafforzati per alleviare le loro sofferenze e rendere all'uomo la propria dignità e il proprio ruolo attivo nella società. Citiamo, tra gli altri, la creazione in diverse regioni del paese di 190 centri d'accoglienza, la Commissione Nazionale per gli Handicapati e il progetto di legge afferente, i molteplici progetti d'azione congiunti con le organizzazioni non governative, le associazioni professionali e familiari, e i numerosi poteri locali, il cui scopo è quello di portare aiuto ai cittadini e in particolare ai malati, agli orfani e agli studenti poveri. In questo modo il Ministero



mette in atto tutti gli sforzi indispensabili per "far del bene con la sofferenza e far del bene a chi soffre".

Vorrei ringraziare in particolare Sua Eminenza il Cardinale Mar Nasrallah Pierre Sfeir, Patriarca Maronita di tutto l'Oriente e Presidente dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano, figura importante della nostra nazione, per gli sforzi da lui compiuti per la coesio-

ne nazionale e sociale e per l'organizzazione di queste giornate. Colgo l'occasione per trasmettergli i miei auguri più fervidi per la festa del Santo Maron.

Vorrei ringraziare altresì tutti coloro che operano da lontano o da vicino per la riuscita di queste giornate e in particolare coloro che ci hanno raggiunto dai paesi asiatici. Siate i benvenuti nella nostra cara patria.

Vorrei terminare questo intervento citando un grande drammaturgo francese, Paul Claudel: "Dio non è venuto per eliminare la sofferenza o per spiegarla, Egli è venuto per riempirla della sua presenza".

Su questa nota di speranza, vi presento i miei migliori auguri di successo per queste giornate. Possano esse trasmettere l'ideale libanese attraverso le generazioni future.

ALLOCUZIONE DI S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRÁGAN PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

58

In qualità di inviato speciale di Sua Santità Giovanni Paolo II, ho l'insigne onore, in nome del Santo Padre, di inaugurare queste giornate di studio, riflessione e preghiera che costituiscono parte integrante della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato.

Come abbiamo appena ascoltato dalla lettura del documento ufficiale del Santo Padre, non trascorre un solo giorno senza che il Sommo Pontefice non manifesti un'attenzione e una sollecitudine particolari verso i nostri fratelli e sorelle malati di tutto il mondo; questa sollecitudine si è concretizzata, quattordici anni fa, con la creazione del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute.

Anche se a Roma, lontano da noi, il Santo Padre segue tutti i nostri lavori: Egli ha voluto essere presente tra di voi in modo del tutto particolare, inviando me, suo servitore. Egli invia le sue benedizioni e i suoi saluti più sentiti ai venerabili Patriarchi e agli altri vescovi del Libano, melchiti, armeni, caldei, maroniti e latini, e in particolare a Sua Eminenza il Cardinale Mar Narsallah Pierre Sfeir, Patriarca Maronita di tutto l'Oriente e Presidente dell'Assemblea dei Patriarchi e Vescovi Cattolici del Libano, nonché a S.E. Mons. Paul

Emile Saade, Presidente della Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute in Libano.

In questo modo il Santo Padre vuole essere presente alle nostre riflessioni e riunioni di questa Giornata Mondiale del Malato, ed imparte di cuore la sua benedizione apostolica, per il bene di tutti i malati, con la grazia di Cristo Buon Pastore.

Saluto altresì cordialmente i nostri fratelli di confessione ebraica ed islamica che hanno vissuto per lungo tempo con i cristiani in questo paese ed hanno saputo instaurare un dialogo tra le religioni, non soltanto sul piano dottrinale e nel corso di incontri occasionali, ma nella vita stessa. Il Libano, crocevia di molteplici culture ed esempio per tutti di coesistenza e di unità, ha contribuito, grazie alla tolleranza e al reciproco rispetto, al benessere civile e sociale.

Vorrei anche rivolgere i miei rispettosi saluti alle loro Eccellenze i Ministri della Sanità e degli Affari Sociali del Libano, che ci fanno l'onore di essere presenti, ed ai quali chiedo di voler trasmettere i miei migliori saluti a Sua Eccellenza il Presidente della Repubblica del Libano, come pure alle altre autorità del paese.

Il Santo Padre ha voluto

che il Libano fosse il centro da cui far partire per tutta l'Asia il Messaggio sul senso più profondo della vita. Di qui il ricordo alla sofferenza in questa settimana Giornata Mondiale del Malato. In questo anno che precede il Grande Giubileo, il Papa propone il malato come via che conduce al Padre nell'unità d'azione caritatevole.

Questa Giornata, che cade nell'ultimo anno di preparazione al Grande Giubileo, ci richiama alla carità, alla conversione e all'unità che, come nella figura del Buon Samaritano, si riassumono nel malato e nelle attenzioni a chi che soffre.

Quest'oggi, come ci ricorda il Papa, sarà la Giornata dell'"ecumenismo delle opere": ci sentiamo tutti uniti di fronte alla sofferenza, al dolore e alla sua risoluzione nel Cristo morto e resuscitato. Come ho già ricordato, questa Giornata Mondiale del Malato penetra nell'intimità dei nostri rapporti con Dio Padre. La paternità di Dio verso coloro che soffrono è garanzia di salvezza, unica speranza di salvezza. Il Papa invita tutti i malati ad abbandonarsi nelle mani misericordiose del Padre.

Lungo questo cammino verso il Padre, Cristo ci appare come la strada da percorrere; gli operatori sanitari sono

invitati quest'oggi a compiere ciò che Cristo stesso compì per i malati e a mostrarci Cristo come unica soluzione al problema del dolore che riguarda tutti noi.

Tutta la comunità ecclesiale rappresentata dalla Chiesa pellegrina in Libano è invitata a testimoniare, mediante la carità attiva nei confronti dei malati, il pellegrinaggio autentico verso il Padre. Le comunità cristiane – cattolica, ortodossa e protestante – sono le destinatarie di un appello all'unità attraverso l'attenzione al malato, inteso come Cristo che soffre e chiede aiuto e sostegno nell'unità delle nostre azioni. Questo appello riguarda anche i nostri fratelli musulmani e soprattutto le comunità sunnite, sciite e druse, attraverso le loro esperienze caratterizzate dal rispetto della vita umana.

Voglia Dio nostro Signore accogliere la nostra Giornata

come una richiesta della grazia dell'unità e come una preghiera affinché siamo più efficaci nelle nostre attenzioni a coloro che soffrono e sono nel bisogno.

La Chiesa in Libano merita il nostro più profondo ringraziamento, in quanto è divenuta luogo di incontro di tutta la Chiesa presente in Asia. Abbiamo invitato i Vescovi di tutto il continente ad unirsi ai nostri fratelli libanesi nella grande celebrazione di questa Giornata che si celebra quest'oggi nel mondo intero. Per questo sono arrivati dai quattro angoli della terra rappresentanti di diverse Chiese particolari per unirsi direttamente ai loro fratelli libanesi. Siano tutti benvenuti. Profittiamo della proverbiale e meravigliosa ospitalità libanese, tutti uniti nella carità del Padre il quale, attraverso lo Spirito Santo, ci riunisce in Cristo Nostro Signore.

Siamo raccolti sotto il manto materno di Nostra Signora di Harissa, patrona del Libano. Ella sia la nostra guida nel cammino verso la casa del Padre e, come dice il Santo Padre nel suo Messaggio per questa Giornata, ci conduca verso il nuovo millennio, la nuova era di rinovata fiducia nell'uomo che solo nell'amore potrà trovare il senso della propria vita e del proprio destino.

Ancora una volta rivolgo i miei più sentiti ringraziamenti all'assemblea dei Patriarchi e dei Vescovi Cattolici del Libano e a tutte le comunità religiose di questo paese benedetto da Dio e a tutto il popolo libanese. Do il benvenuto a coloro che sono venuti da lontano per unirsi a noi in occasione di questa grande celebrazione. "Dio, nostro Padre, e Gesù Cristo, nostro Signore, diano a voi grazia e pace" (1 Cor 1, 3).



Giornata di Riflessione sull'Ospedale Cattolico Auditorium dell'Università Santo Spirito di Kaslik - Beirut, 9 Febbraio 1999

INTERVENTO DI S.E. MONS. JAVIER LOZANO

PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Contributi per l'identità di un Ospedale Cattolico

Lavorare con gli ospedali cattolici è una questione di primaria importanza per la pastorale degli operatori sanitari. Nel passato, il nostro Ufficio ha pubblicato un Indice di centri sanitari cattolici nel mondo, che assommano a 21.757. Gli interrogativi si fanno sempre più pressanti: gli ospedali o i centri sanitari riportati nell'Indice sono tutti veramente cattolici? ce ne sono altri realmente cattolici che non sono qui segnalati? quale azione dovrebbe realizzare con loro il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute?

Cercheremo di rispondere a queste e ad altre domande dopo aver spiegato cosa intendiamo per centro sanitario ed ospedale cattolico.

Prima di tutto, diciamo che qui ci interessano in particolare gli ospedali cattolici, ma anche quei centri sanitari minori come dispensari e cliniche che non possiamo definire propriamente nosocomi. In seguito parleremo dell'ospedale cattolico in generale; sotto questa accezione vogliamo intendere ogni centro sanitario, di qualunque dimensione, per non ripetere sempre la distinzione tra gli uni e gli altri; naturalmente non tutto quanto verrà detto a proposito delle condizioni dell'uno o dell'altro centro si potrà sempre intendere letteralmente per tutti i centri sanitari. Tutto va inteso nel senso più ampio di ospedale e, in proporzione, degli altri centri sanitari.

L'accento non verrà posto sul termine ospedale, ma su quello di cattolico; ci chiederemo di cosa c'è bisogno per-

ché un tale centro possa dirsi realmente cattolico.

Per iniziare indicheremo due condizioni affinché un centro sanitario possa chiamarsi cattolico: che accetti il magistero della Chiesa al riguardo e che sia riconosciuto come tale dalla competente autorità ecclesiastica (Can. 216, 300 e 312 del C.I.C.).

Caratteristiche di un ospedale cattolico

Massimo Petrini, nel suo articolo *Ospedale cattolico* pubblicato nel "Dizionario di teologia pastorale sanitaria", indica quattro criteri perché un ospedale sia cattolico: opzione preferenziale per i poveri; attenzione alla persona nella sua globalità; impegno dell'intera comunità ecclesiale; espressione della comunità ecclesiale. Il documento della consulta nazionale della Conferenza Episcopale Italiana per la Pastorale della Salute, *La pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, configura l'identità dell'ospedale cattolico secondo le seguenti caratteristiche: assistenza integrale al malato, difesa e promozione della vita nascente, formazione cristiana e professionale del personale, presenza profetica nelle nuove aree della medicina, qualità ed efficacia del ministero dell'accompagnamento spirituale, salvaguardia dell'umanesimo nella sua pratica, promozione di una cultura cristiana sanitaria e sana trasparenza amministrativa¹.

Secondo Eduardo Schillebeckx, un ospedale cattolico è

quello in cui si esercita la carità attraverso la medicina organizzata².

S.E. Mons. José L. Redrado afferma che un ospedale cattolico è un ospedale competente dal punto di vista tecnico, integrato in una rete sanitaria con una pianificazione e un coordinamento adeguati, dove il malato è trattato come persona, umanamente e integralmente, compresa la dimensione religiosa, aperto alla società e riconosciuto come tale dall'autorità ecclesiastica. Egli afferma che la Commissione per gli ospedali della Chiesa cattolica in Spagna ha indicato le seguenti note: attenzione prioritaria al malato, diritto di questi a decidere liberamente, rispetto della sua interiorità, diritto a morire in pace, diritto alla libertà religiosa, realizzazione piena del personale sanitario, preoccupazione per gli emarginati e rispetto per la vita umana³.

La Conferenza Episcopale degli Stati Uniti indica le seguenti caratteristiche, che sono quelle che seguiremo maggiormente in questo lavoro, e cioè: essere animati dal Vangelo, avere molto rispetto per i pazienti e per le loro famiglie, prendersi cura in particolare degli emarginati, promuovere la ricerca medica e la collaborazione con gli altri centri sanitari che accettano i principi cattolici, trattare in modo giusto ed equo i suoi impiegati, seguire quanto indicato dal CIC, avere operatori pastorali particolarmente preparati, lavorare in collaborazione con le parrocchie locali, privilegiare l'amministrazione dei

sacramenti, in particolare dell'Eucaristia, promuovere l'amministrazione del sacramento della Penitenza, preparare i ministri dell'Eucaristia, curare in special modo l'Unzione dei malati, e facilitare l'assunzione del Viatico⁴. Cercheremo di racchiudere tutte queste caratteristiche nelle riflessioni che seguono.

I. ECCLESIALITÀ DI UN OSPEDALE CATTOLICO

1. Elementi basilari

Per concludere, possiamo affermare che, perché un ospedale possa dirsi cattolico, è necessario anzitutto che la sua motivazione primaria sia quella di sviluppare, nella sua istituzione, l'esercizio della carità cristiana verso gli ammalati. In ogni ospedale troviamo tre elementi indispensabili, e cioè: 1) *il servizio agli ammalati*; 2) *le relazioni istituzionalizzate tra coloro che prestano questi servizi e gli stessi ammalati, che deve essere qualcosa di molto speciale*; 3) *la direzione dell'ospedale stesso*. Quando questi tre elementi – servizi, relazioni istituzionali, direzione – si basano su una concezione cristiana, e cioè sul messaggio evangelico e la carità cristiana, allora l'ospedale può dirsi cristiano; quando poi il messaggio evangelico e la carità cristiana sono quelli praticati, vissuti e insegnati dalla Chiesa cattolica, allora avremo un ospedale cattolico⁵.

2. Missione ecclesiale e ospedale cattolico

Di fatto, l'ospedale cattolico fonda la sua identità nella missione ricevuta da Cristo nella Chiesa di curare i malati (Lc 9, 1-2). Nel corso della storia, la Chiesa ha esplicitato questa missione in diversi modi, a seconda delle differenti circostanze e luoghi. All'inizio si trattava quasi di un suo servizio esclusivo e privato; col passare del tempo la Chiesa stessa contribuì a far sì che questo servizio venisse inteso

come una cosa dovuta per giustizia ai cittadini; di fatto in molti paesi fu assunto come tale da diversi Stati. La Chiesa si compiace del fatto che sia stato a partire dalla carità che il mondo attuale in varie nazioni abbia compreso che questi doveri sono doveri di giustizia, giacché la carità non annulla la giustizia, ma la presuppone. A partire da questa pratica ecclesiale, molti Stati hanno cominciato ad intendere queste prestazioni istituzionali come una umanizzazione del malato⁶.

3. Lo Spirito Santo e l'ospedale cattolico

Tuttavia, dobbiamo ricordare che la Chiesa ha fondato e fonda ancora gli ospedali non solo come mera umanizzazione del malato, ma per carità verso di lui. Nel passato ed ancora oggi essa è motivata nel servizio agli ammalati dall'Amore nei confronti di Dio infuso in Lei dallo Spirito Santo. Naturalmente l'Amore per il Signore implica l'amore per il prossimo, ma solo in secondo luogo; prima viene sempre l'amore a Dio, lo stesso Spirito Santo. È lo Spirito Santo che ha ispirato nel passato e continua ad ispirare oggi la Chiesa a fondare e a dirigere ospedali. Essa lo fa per carità e per giustizia, in quanto la carità comprende ed implica la giustizia, superandola⁷.

4. Chiamata ecclesiale e ospedale cattolico

Approfondendo quanto abbiamo detto, troviamo che questa azione di carità è centrata nell'essenza della Chiesa. In effetti, la sua motivazione si iscrive nella stessa chiamata ecclesiale che riunisce la Chiesa e la fa essere tale. Lo Spirito Santo fa capire alla Chiesa che Cristo è presente in particolare nei malati e, tra questi, nei più poveri e meno protetti; esso chiama la comunità ecclesiale ad estendere il proprio raggio d'azione e ad accrescere i suoi legami comunitari con queste persone, di modo che la missione ec-

clesiale si realizzi specialmente tra questi poveri affinché giunga loro la parola di Dio che li unisce e li salva, dando loro la salute integrale, cioè la salute del corpo e dell'anima, che riguarda tutta la persona. La Parola di Dio che unisce è l'essenza della Chiesa. Così la costruzione e la gestione degli ospedali rientra nella costituzione permanente della Chiesa, in particolare intendendola a partire dal sacramento dell'Eucaristia, fondamento a sua volta della Chiesa.

5. Vescovo, Eucarestia e ospedale cattolico

In effetti, l'ospedale cattolico viene compreso quando si comprende l'essenza stessa della Chiesa che si realizza nella chiamata che la costituisce; siccome questa chiamata oggi è realizzata pienamente dal vescovo nell'Eucaristia, non è possibile comprendere un ospedale cattolico senza una connessione con lui e, in concreto, con la celebrazione eucaristica, in quanto è lì che lo Spirito unisce l'azione irripetibile di Cristo di curare gli ammalati nella storia attuale, in cui essi vengono curati come segno dell'avvento del Regno di Dio. Vescovo, Eucarestia e ospedale sono fundamentalmente collegati fra di loro. Per questo anticamente assieme alla cattedrale, si trovava l'ospedale del Vescovo che ricopriva la funzione di cassa di risonanza dell'appello eucaristico che dalla sua cattedra partiva per convocare gli uomini di tutti i tempi e quindi per fare la Chiesa⁸.

Il Vescovo quindi, come pastore, si trova in una posizione unica per animare nei fedeli la grande responsabilità nel ministero sanante della Chiesa; come maestro, egli assicura l'identità morale e religiosa della sua azione apostolica e, come sacerdote, la realizza nel mistero stesso che celebra. In questo modo egli si inserisce nella tradizione apostolica del ministero di guarigione dei malati, con la sua personalità viva realizza la successione apostolica, rende presente Cristo, unico appello di salvezza,

nel malato e costituisce l'ospedale cattolico⁹.

Le forme ed i modi di realizzare questa tradizione presentano molte varianti che nascono dal mistero eucaristico reso attuale dallo Spirito e dai suoi doni. Tra questi doni emergono le meraviglie dei progressi della scienza e della tecnica medica e l'efficacia dell'organizzazione e dell'amministrazione. La manipolabilità della natura umana, nei limiti che costruiscono l'uomo e non lo distruggono, è un dono che si presenta attualmente per risolvere tanti problemi che prima neanche si ponevano. A partire da questi canali tratteremo ora alcune linee pratiche per poter parlare di un ospedale cattolico oggi.

6. Pastorale sacramentale e ospedale cattolico

La prima linea da sottolineare nella costituzione di un ospedale cattolico è la linea pastorale. In un ospedale cattolico, deve occupare un posto particolare l'Eucaristia e, pertanto, la pastorale sacramentale, priva di ogni ritualismo e in pienezza di potenziale evangelizzatore. Il cappellano dell'ospedale, come rappresentante del Vescovo, deve sapere che dall'Eucaristia scaturisce l'intera essenza dell'ospedale cattolico come effetto della Carità dello Spirito Santo. È l'Amore gratuito di Dio a fondare l'ospedale cattolico e sua realizzazione è l'Eucaristia. Dall'Eucaristia derivano a loro volta gli altri sacramenti per gli infermi, che sono la presenza del Mistero sanante di Dio che chiama il malato alla salute piena.

7. Il cappellano dell'ospedale cattolico

È ovvio che, per essere cappellano di un ospedale cattolico, è necessaria l'approvazione del Vescovo, di cui il cappellano è rappresentante. Anche gli altri operatori pastorali hanno bisogno di questa approvazione ed inoltre di una preparazione del tutto particolare. Il viatico, l'unzione degli

infermi, la penitenza, il battesimo e la cresima d'urgenza, nonché il matrimonio, esigono una colorazione del tutto speciale come chiamate particolari nella Chiesa che, nell'ambiente ospedaliero, si fanno sentire in modo diverso rispetto alla vita parrocchiale, ma che devono essere sempre connesse con essa¹⁰.

8. La Sacra Scrittura

La Sacra Scrittura, in questo contesto, è la spiegazione cosciente della chiamata che Dio fa in Cristo nell'ambito ospedaliero e che si comprende nelle circostanze particolari del paziente mediante il dono dello Spirito Santo. Deve essere prospettata come Vangelo, cioè come la buona novella di Dio che salva, di Dio che dà la salute. È richiesta una catechesi adeguata e personalizzata, secondo le circostanze degli stessi malati. Si deve fare attenzione alla personalità integrale del malato con tutte le sue dimensioni, come persona fisica, psichica, sociale, spirituale e trascendente, creata ad immagine di Dio, redenta da Cristo e chiamata all'eternità. Così si fa la Chiesa nell'ospedale e a partire dall'ospedale.

II. ASPETTI PREMINENTI DELL'OSPEDALE CATTOLICO

Partendo da questa dignità del malato, come figlio privi-



legiato di Dio, cerchiamo di elencare alcune caratteristiche dell'ospedale cattolico secondo i seguenti aspetti: umanesimo, preparazione, vita nascente, fase terminale della vita, economia, cooperazione con altri ospedali.

1. Umanesimo

Come prima esigenza della carità verso il malato, si richiede che gli operatori sanitari, cappellani, medici, infermieri ed infermiere, farmacisti, altro personale paramedico e amministratori dell'ospedale, trattino il malato come una persona umana, con una particolare attenzione alla sua condizione di malato. Per contrastare la spersonalizzazione a cui si assiste spesso nel ramo della salute pubblica, si esige in modo particolare da parte della Chiesa un'attenzione al malato più personalizzata possibile. Gli operatori sanitari devono personalizzare il modo di trattare il malato. Mai considerarlo un numero o uno dei tanti casi. Si tratta di una persona con problemi particolari che si aggravano molto di più che nella vita sana, proprio a causa della malattia e dell'ambiente estraneo e tante volte ostile in cui si trova. La carità che motiva l'azione ospedaliera, deve far sì che ci sia un'empatia totale con il malato, di modo che si eserciti il ministero della compassione in senso letterale, patire con il malato, identificarsi con lui, perché non si lasci vincere dalla sua malattia, ma per staccarlo da essa. L'esempio del Buon Samaritano è il modello da seguire. Il modo di trattare il malato da parte dell'operatore sanitario è la chiamata che Dio fa a questa persona nella situazione dolorosa in cui si trova. L'operatore sanitario esercita un vero ministero, quello di manifestare a questa persona in particolare la chiamata piena di affetto del Signore che lo accoglie nella comunità, che lo fa Chiesa, all'interno della famiglia dell'ospedale.

A motivo di questa chiamata che si riceve e si accoglie, la medicina non si esaurisce

nella sua presentazione scientifica e tecnica, non si disumanizza, bensì si occupa della persona come tale; predilige i più bisognosi e offre una visione di totalità non limitandosi alle cure fisiche imposte dalla malattia, ma includendole nelle sue dimensioni psicologiche, spirituali e religiose, con una visione ampia che dia il senso cristiano della sofferenza e della cultura della vita e che riunisca tutti gli operatori sanitari in un tutt'uno di cui fanno parte sacerdoti, religiosi e laici i quali, ognuno con la propria funzione, partecipano alla stessa missione essenziale di costruire la Chiesa facendo appello ad ogni malato nella sua personalità più profonda. Questa missione si realizza anche con i familiari del malato garantendo così, nella totalità, un clima in cui il malato si senta accettato e tutelato nei suoi diritti¹¹.

Un diritto molto importante è il diritto del malato ad essere informato tanto sulla sua malattia, quanto sul trattamento da impartire, in quanto si deve ottenere il suo consenso nel caso in cui sia cosciente e in grado di darlo; al contrario, sarà un diritto che eserciteranno i suoi familiari nel modo che riterranno più adeguato. Si contribuirà così a creare un'autentica cultura sanitaria, affinché viva nel modo migliore questa forma di esistenza nell'ambito ospedaliero. Una sufficiente informazione deve riguardare non soltanto l'informazione medica, ma anche quella morale; il paziente deve essere cosciente del suo obbligo di proteggere la propria integrità fisica e funzionale¹².

Il trapianto di organi non deve assolutamente danneggiare in maniera sostanziale il donatore e non deve mai essere compiuto per motivi economici. Il paziente deve sapere che non deve essere oggetto di esperimenti medici o genetici; nel caso in cui si tratti di esperimenti terapeutici, non deve ammetterli a meno che non esista una ragione proporzionalmente grave e si abbia una positiva probabilità di riuscita; non è obbligato a sottoporsi a cure che non garantiscano un ragionevole successo, o che

impongano rischi sproporzionati o spese eccessive per lui, la sua famiglia o per la comunità; deve essere sempre rispettata la sua privacy e vanno riportati tutti i casi di abuso¹³.

In ogni ospedale cattolico deve esistere un Comitato d'Etica in cui si possano discutere i problemi pertinenti, che mettano in grado l'ospedale di essere cristianamente presente nei conflitti più critici della medicina, e faciliti l'andamento delle relazioni tanto tra tutto il personale sanitario, quanto tra questo e i malati¹⁴.

2. Preparazione

La carità, motivazione principale di un ospedale cattolico, esige che i servizi prestati siano i migliori e della migliore competenza possibile. Pertanto, è richiesta una preparazione degli operatori sanitari affinché siano competenti nel senso pieno della parola. Il ministero della salute deve essere esercitato utilizzando la scienza e la tecnica medica, che è assolutamente necessario pertanto dominare. Per questo la preparazione deve essere costante, particolarmente da parte del personale medico e infermieristico. L'eccellenza professionale è un requisito che deve essere connesso con l'ospedale cattolico. Come abbiamo detto, il ministero della guarigione deve trovare un canale adeguato. Pertanto è necessaria una formazione permanente, in quan-



to oggi le scienze e in particolare la scienza e la tecnica medica progrediscono sempre più a motivo dei continui studi, ricerche e scoperte¹⁵.

3. Vita nascente

Un ospedale cattolico deve, per sua stessa natura, dare una testimonianza pratica della vita. È uno strumento fondamentale per instaurare la cultura della vita fin dall'inizio. Principio basilare è che la vita è un dono di Dio. L'uomo riceve la vita da Dio, egli non è altro che un amministratore che deve dare la vita così come Dio ha stabilito. Egli ha voluto che la vita sia trasmessa nell'atto intenso dell'amore coniugale di una coppia nel matrimonio unico e indissolubile; pertanto la vita deve essere trasmessa soltanto all'interno di questo atto peculiare d'amore. Ogni trasmissione o quanto connesso con la trasmissione della vita che avversi questo principio, sarà estraneo all'ospedale cattolico. Continuando con il nostro filo conduttore, cioè che gli operatori sanitari realizzano nell'ospedale cattolico la chiamata che convoca, che fa la Chiesa, è ovvio che, essendo questa convocazione per la vita, qualunque pratica di morte contraddice nel modo più assoluto la missione dell'ospedale cattolico.

Di conseguenza, in un ospedale cattolico non deve essere permesso che nell'atto matrimoniale l'aspetto unitivo venga separato da quello procreativo; non deve essere permessa la fecondazione in vitro, la distruzione di embrioni o la sua produzione deliberata in quantità tale che non si possa lecitamente impiantare; la fecondazione eterologa ed omologa devono essere permesse solo in caso di necessità e quando non siano disgiunte dalla procreazione nell'atto coniugale; non si deve permettere la clonazione umana né l'affitto di placente; nel trattamento della sterilità devono essere presentate alla donna altre forme di rimedio al suo problema, ad esempio l'adozione; nei trattamenti

prenatali e ostetrici si deve rispettare al massimo la vita di chi sta per nascere; la diagnosi prenatale è permessa da un punto di vista terapeutico e sempre che non sia diretta ad un procedimento abortivo; gli esperimenti genetici non sono permessi a meno che non rivestano carattere terapeutico riconosciuto e siano proporzionalmente adeguati ai risultati positivi che si prevede di ottenere; è evidente che non si accettano pratiche anticoncezionali né la sterilizzazione direttamente voluta e procurata; la consultazione genetica è accettata in quanto diretta a promuovere la paternità responsabile¹⁶.

Abbiamo indicato solo alcuni dei punti più importanti che per ora appaiono nel campo della vita nascente, benché siamo coscienti del fatto che, trattandosi di uno dei campi in cui attualmente si realizzano i maggiori progressi, le questioni morali suscitate sono ogni volta più ampie; si va imponendo al riguardo la necessità di costituire Comitati di Bioetica in ogni ospedale cattolico o almeno in ogni gruppo affine, per poterli aiutare nelle problematiche tanto difficili poste ogni giorno nel campo della biogenetica.

4. Vita nella fase terminale

In particolare, un ospedale cattolico deve prendersi cura della vita nella sua fase terminale benché, strettamente parlando, non sia l'ultima tappa, ma solo l'ultima fase della sua realizzazione in questa terra.

L'ospedale cattolico deve dare una testimonianza molto forte della resurrezione in un modo che sia contrassegnato dalla virtù della speranza. Deve rendere fortemente coscienti i pazienti terminali e i loro familiari della realtà fondamentale e decisiva della resurrezione. È questa la ragion d'essere di un ospedale cattolico, al contrario la sua caratteristica sarebbe la disillusione e la frustrazione. Un ospedale cattolico è un luogo di vita e non di morte, la morte fisica è soltanto il termine vitale di un periodo dell'esistenza. È

il giorno della ricompensa, il giorno della pienezza. È a partire da questo clima di fede che l'ospedale cattolico si distingue fortemente da quei centri sanitari non cattolici in cui la morte viene nascosta più che si può.

Nell'ospedale cattolico, invece, la morte non viene nascosta, ma mostrata non come una sconfitta bensì come il culmine di tutte le tappe della vita terrena, come la maturazione dell'esistenza terrena, come l'inizio di qualcosa che sta per venire: "Quelle cose che occhio non vide, né orecchio udì, né mai entrarono in cuore di uomo" (*1 Cor 2, 9*). L'ospedale non deve essere presentato come una parola di tristezza, bensì come un inizio pieno di allegria. Nel mondo secolaristico in cui viviamo, è questa la testimonianza che deve dare un ribaltamento di centottanta gradi alla vita stessa dell'ospedale. La salute è proporzionata alla fase della vita dell'esistenza terrena e questa culmina nella morte stessa, che secondo la fede della Chiesa e la chiamata ecclesiale che la Chiesa stessa fa nell'ospedale, afferma che "La vita cambia, non si lascia e, terminato il compito terreno, si costruisce un'abitazione eterna in cielo" (*Prefazio dei defunti*). Per questo, per un ospedale cattolico non ci sono dei morti ma dei "defunti" che, secondo l'etimologia della parola "defungere", hanno terminato di svolgere la loro funzione nel mondo.

Di conseguenza, l'ospedale



cattolico deve proteggere la vita nella sua fase terminale; pertanto deve preparare il paziente a defungere dandogli il necessario sostegno spirituale; deve usare i mezzi adeguati per prolungare la vita affinché termini di svolgere la sua funzione quando sarà necessario; tali mezzi offrono una ragionevole speranza del beneficio e pertanto si esige che non impongano un peso eccessivo al paziente o significhino una spesa eccessiva per la famiglia o la comunità. La nutrizione e l'idratazione non devono essere sospese indebitamente; l'eutanasia deve essere sempre proibita; i pazienti devono essere il più possibile alleviati dal dolore e coscienti; hanno diritto a conoscere la gravità del loro stato e l'imminenza della loro morte, affinché concludano i loro doveri in questa vita. La morte viene determinata dall'autorità medica competente quando cessano le funzioni respiratorie, cardiache e cerebrali. Nella missione che ad ognuno compete, si incoraggia la donazione di organi o di tessuti dopo la morte; nel caso della morte di bambini, si potrà procedere solo dietro consenso dei genitori o tutori; in un ospedale cattolico non si dovranno mai usare i tessuti fetali in senso stretto, cioè direttamente e volontariamente procurato¹⁷.

5. Economia

In alcuni luoghi l'ospedale cattolico è colpito da due forze contrarie. La prima è la diminuzione del numero dei religiosi, insieme all'aumento del senso di responsabilità laica per il lavoro nella Chiesa. La seconda è il cambiamento drammatico nelle sovvenzioni da parte del Governo e delle compagnie di assicurazione. Il risultato è stato che diversi ospedali una volta di proprietà di un solo istituto religioso, si sono uniti per rendere maggiormente efficiente il loro processo di acquisto e di direzione. Ancor più, questi sistemi e singoli istituti hanno cominciato ad essere diretti da laici, uomini e donne, e spesso

gli stessi istituti religiosi si sono uniti per patrocinare uno o più centri sanitari e hanno trasferito la loro responsabilità ad una persona giuridica diversa configurando in pieno una direzione laica.

Un altro movimento significativo è stato più di natura filosofica: l'obiettivo principale dell'ospedale non è più la cura della malattia, ma si è ampliato per includere il mantenimento della salute, individuale e collettiva. La meta da raggiungere è una persona e una società in salute. Da qui sorgono nuove sfide alla Pastorale della Salute che esigono che si rafforzi l'identità del ministero, la sua direzione, le sue strutture, la sua comprensione e l'impegno della cura della salute come un bene sociale o pubblico.

L'identità degli operatori di Pastorale Sanitaria si complica quando si deve lavorare con il Governo o con gli operatori economici e si entra nel campo dell'offerta e della domanda. D'altra parte, i laici che cominciano a dirigere queste organizzazioni che prima erano religiose, non sono stati nutriti nei valori tradizionali della fede cattolica ed ora non basta impartire loro solo alcune direttive. È necessaria una vita che si identifichi con Cristo sanante e che da qui delinea la nuova identità cattolica¹⁸.

Come abbiamo visto, il problema economico emerge in modo particolare. Si tratta di un punto importante che deve distinguere un ospedale cattolico. Nella problematica enunciata possiamo dire che un ospedale cattolico non è un "business" in cui il criterio ultimo del suo funzionamento è il profitto, afferrando tutti i possibili vantaggi. Per questo un ospedale cattolico non può essere un'impresa da realizzare costituendola economicamente a base azionaria. Un'impresa a base di azioni è un'impresa configurata per ottenere il profitto maggiore da ripartire tra gli azionisti.

Questo non vuol dire che un ospedale cattolico debba essere gratuito¹⁹; piuttosto si deve configurare un ospedale in cui la norma sia la *comunicazione cristiana dei beni*. Ciò vuol

dire che il paziente comunica con l'ospedale alcuni suoi propri beni e l'ospedale comunica con il paziente alcuni dei propri, ognuno nella misura delle proprie possibilità. Un paziente con possibilità economiche, coprirà tutte le spese che sorgono in ospedale; uno con mezzi minori lo farà secondo le possibilità che le sue finanze ridotte gli permettono. Inoltre i pazienti più ricchi saranno esortati a versare un po' più del proprio denaro a beneficio di coloro che non possono pagare neanche le spese indispensabili dell'ospedale.

Quando un ospedale cattolico è sovvenzionato dallo Stato, la questione economica non grava su di esso ma viene amministrato secondo le leggi sanitarie esistenti al riguardo. In questo caso, la comunicazione cristiana dei beni sarà lo spirito che prevarrà nelle relazioni paziente-ospedale, poiché in ogni caso le quote pagate allo Stato dall'avente diritto, rappresentano la comunicazione dei beni da parte del paziente all'ospedale che, a sua volta e lungi da un atteggiamento burocratico, freddo ed irresponsabile, darà tutta l'attenzione richiesta con spirito d'amore e di servizio al paziente, e non solo per ottenere il profitto maggiore da parte dello Stato. Si deve in particolare far sì che non si giunga ad una depersonalizzazione del paziente trattandolo come un numero fra i tanti ma che, come abbiamo già detto, nei suoi riguardi si attui tutta la personalizzazione pos-



sibile; si deve anche fare attenzione a che venga evitata la corruzione, che i servizi prestatati siano i migliori e che, nella loro acquisizione, non ci si lasci guidare dal profitto bensì dalla qualità. Ciò vale tanto per i medicinali, quanto per gli apparati medici e per l'insieme dei servizi prestatati nell'ospedale.

6. Cooperazione

I confini del campo della medicina, come pure di quello della salute, si ampliano ogni giorno di più. Le istituzioni che vi si dedicano sperimentano sempre più la necessità di un collegamento tra di loro, in particolare quando si tratta di entrare in una rete nazionale e a volte internazionale di dispensatori di servizi sanitari. In queste circostanze, si presenta il problema della cooperazione di un ospedale cattolico con un ospedale o un centro sanitario non cattolico; a volte questa cooperazione appare necessaria, altre volte utile o conveniente.

Nella cooperazione di un ospedale cattolico con un altro che non lo sia, molto spesso il problema si presenta nel campo morale. Ci sono centri sanitari le cui pratiche non sono compatibili con la posizione della Chiesa, particolarmente nei riguardi della vita nella sua fase iniziale e terminale. Per rispondere a queste necessità di cooperazione, vale ciò che la dottrina cattolica afferma riguardo alla cooperazione in una azione moralmente sveniente.

In primo luogo va escluso ogni scandalo, anche quando si tratta di cooperare in un'azione solo apparentemente cattiva, pur se accettabile in sé. Se da questa cooperazione nasce uno scandalo grave, la cooperazione non è lecita.

Va quindi affermato che qualunque ospedale o centro sanitario cattolico non deve cooperare in nessuna azione moralmente inaccettabile. Qualunque cooperazione formale a questa azione rende l'istituzione cattolica colpevole della stessa azione riprovevole a cui coopera.

Nel caso in cui la cooperazione sia obbligata, bisogna fare in modo che essa sia materiale e non formale e secondo le norme indicate al riguardo dalla morale cattolica: che la cooperazione sia assolutamente necessaria, che esista una causa proporzionalmente grave per cooperare, che sia esclusa qualunque azione riprovevole, ecc.²⁰

Per concludere, possiamo affermare che l'ospedale cattolico fa parte della Chiesa e, come tale, rientra nella chiamata con la quale Cristo fonda la sua Chiesa. La sua identità più profonda è radicata in questa chiamata mediante cui Cristo lo costituisce. È un appello alla salute e alla vita anche se sulla strada difficile della croce, ma che non cela la meta, cioè la resurrezione. Curare gli ammalati è un segno del Regno di Dio, in quanto è un preambolo della vita in abbondanza che costituisce la felicità che Cristo ci dà, e che ci serve a comprendere e a rispondere a questa chiamata che ci costituisce come Chiesa.

Speriamo che questa eccellenza riflessa nell'insieme degli aspetti che ci avvicinano all'ospedale cattolico ci aiuti a vivere e ad approfondire più efficacemente ciò che è richiesto per un vero ospedale cattolico.

Note

¹ Cfr. "Camillianum", *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, 800-804.

² Cfr. *El trabajo sanitario y el Catolicismo*, in *El hospital católico*, Labor hospitalaria (188/XV), 105-100.

³ Cfr. *Palabras de Bienvenida*, in *Labor hospitalaria*, *ibid.*, 70-71.

⁴ Cfr. NCCB, *Ethical and religious directives for Catholic healthcare services*, in *Medicina e Morale*, 1996/2, 340-384.

⁵ Cfr. SETIÉN JOSÉ MARIA, *Dimensión eclesiológica y principio de subsidiariedad que subyace*, in *El hospital católico*, Labor hospitalaria (188/XV) 1983, 93.

⁶ Cfr. PETRINI MASSIMO, *Ospedale cattolico*, in "Camillianum", op. cit., 800-801.

⁷ Cfr. E. SCHILLEBECKX, op. cit., in *El hospital católico*, Labor hospitalaria (188/XV), 105-110.

⁸ Cfr. PETRINI MASSIMO, op. cit.

⁹ La Conferenza Episcopale degli Stati Uniti d'America, nel suo documento *Ethical and religious directives for Catholic health care services* (Medicina e morale 1996/2 340-384), specifica in modo chiaro i tre ministeri del vescovo nell'ospedale. Il Vescovo, in quanto pastore, si trova in una posizione unica per animare nei fedeli la grande responsabilità nel ministero sanante della Chiesa. Come maestro, assicura l'identità morale e religiosa di questo ministero. Come sacerdote, provvede alla cura dei malati. Tali responsabilità, dicono i Vescovi, richiedono una progressiva comunicazione tra il Vescovo e gli operatori sanitari, specialmente ora che assistiamo ad un cambiamento così grande nel campo della medicina, offrendo un insegnamento autorizzato nei campi morale e pastorale, fornendo così guida e direzione, benché non si abbiano le risposte a tutti i dilemmi che si presentano ...

¹⁰ La Conferenza Episcopale degli Stati Uniti dice, a tale riguardo, che un ospedale cattolico deve lavorare in collaborazione con le parrocchie locali, privilegiare l'amministrazione dei sacramenti, in particolare dell'Eucaristia, provvedere all'amministrazione del sacramento della Penitenza; inoltre si devono preparare i

ministri dell'eucaristia secondo le prescrizioni della Chiesa, si deve avere una cura speciale nell'amministrazione dell'Unzione dei Malati, tutti i cattolici hanno diritto a ricevere il Viatico quando le circostanze lo richiedano, si deve provvedere a tutto ciò che si riferisce al Battesimo d'urgenza e come, in questo caso, il sacerdote debba amministrare il sacramento della Confermazione (*Ethical and religious ...* 340-384).

¹¹ Massimo Petri, nell'articolo citato, menziona la posizione di P. Gemelli a questo riguardo, e come qui egli trovi una delle caratteristiche più forti dell'ospedale cattolico.

¹² La *Carta degli Operatori Sanitari*, del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, è molto esplicita nell'elencare questi diritti, specialmente al momento della morte del paziente (cfr. *Carta degli Operatori Pastorali ...* CD. Vaticano 1995, pp. 107-109. Cfr. anche NCCB, *Ethical ...*, 340-384).

¹³ *Carta degli Operatori ...*, 66-73.

¹⁴ Cfr. Comisión de hospitales de la Iglesia católica, *Configuración del hospital católico*, in *Labor hospitalaria* (188/XV) 1983, 72-77.

¹⁵ Cfr. NCCB, op. cit.

¹⁶ Per un approfondimento, cfr. *Carta degli Operatori Sanitari ...*, pp. 23-48, e NCCB, op. cit.

¹⁷ La citata *Carta degli Operatori Sanitari* dedica a questo punto tutta la sua terza parte dal titolo *Il Morire*, cfr. pp. 95-124. Anche i Vescovi degli Stati Uniti trattano questo punto, cfr. NCCB, op. cit.

¹⁸ Cfr. MICHAEL PLACE, *Report of the Catholic health association of the United States*, Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Simposio del 25-26 settembre 1998.

¹⁹ Così Schillebeckx parla della necessità di praticare la giustizia retributiva verso tutti coloro che lavorano in un ospedale cattolico, cfr. *El hospital católico*, op. cit. In questo stesso senso si pronuncia la Comisión de hospitales de la Iglesia católica, cfr. *Labor hospitalaria*, *Configuración del hospital católico ...* 72-77.

²⁰ Così dicono i Vescovi della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti nella dichiarazione citata, *Ethical and religious directives ...*, op. cit.



Etica e gestione di un ospedale cattolico

Introduzione

Nella varietà delle competenze rappresentate attorno a questo tavolo si può vedere la complessità dei problemi che agitano l'intero mondo della sanità.

Per il mio breve intervento ho scelto di sottoporre all'attenzione degli illustri professionisti presenti la necessità, quando si tratta di sanità, di concludere, forse, la fase delle analisi dettagliate.

Ormai sappiamo tutto sui costi della sanità, sul suo impatto sul Welfare, sui disagi dei cittadini del mondo intero. Occorre, ora, avere una visione d'insieme e disegnare strategie locali per passare dalle teorie analitiche astratte alle realizzazioni concrete che migliorino la sanità a favore delle persone malate.

Nel binomio salute e sanità è rappresentato, a mio parere, proprio il nesso che corre tra i bisogni concreti della persona malata e i problemi strutturali dei sistemi sanitari.

In tutte le nostre riflessioni non può mancare, infatti, il riferimento sostanziale al bisogno di salute che fonda e invoca il ricorso alle strutture ed al sistema sanitario.

Da tutte le parti ci viene detto che il servizio sanitario, e non solo nei Paesi industrializzati, ha incominciato a confrontarsi con i vari sistemi economico-sociali esistenti. In particolare, a causa del contenimento dei costi e nell'intento di incrementare l'efficienza dello Stato, ci si è trovati a dover ripensare l'intera organizzazione sanitaria.

Dal Nord al Sud della Terra corre un'unica parola d'ordine: «Razionalizzare la spesa sociale». Questo vuol dire, senza mezzi termini, cambiamento radicale della gestione amministrativa, dell'organizzazione ed erogazione dei servizi, della distribuzione delle risorse umane e finanziarie.

Da qui nascono alcuni problemi che sottopongo rapidamente alla Vostra attenzione:

Ripensare la qualità della vita, misurare i costi, rispettare la giustizia.

Garantire l'accessibilità dei servizi a tutti i cittadini: l'informazione.

1. Misurare i costi e rispettare la giustizia

Non vi sembri eccessivo, in questo nostro incontro, richiamare l'insegnamento in materia di economia di Papa Giovanni Paolo II.

Nell'Enciclica *Centesimus Annus* del 1991, il Santo Padre riafferma l'importanza dell'internazionalità nell'economia di mercato. Attraverso l'accesso al mercato internazionale è possibile consentire lo sviluppo a tutte le economie nazionali, soprattutto valorizzando le risorse umane insieme a quelle naturali.

Il Papa non trova contrario all'insegnamento tradizionale della Chiesa il fatto che il libero mercato venga riconosciuto come lo strumento più efficace a collocare le risorse e rispondere efficacemente ai bisogni. Riferendo quel pensiero alle nostre problematiche, riconosciamo che l'ingresso del mercato nella sanità può costituire un valido aiuto per evitare sprechi ed indirizzare la spesa. Ma proprio per la sanità va fatto un discorso complementare che deve unire le esigenze di controllo della spesa con il rispetto dei bisogni di tutte le persone malate.

Infatti, opportunamente, il S. Padre distingue il ruolo del libero mercato in rapporto alle diverse aree dei bisogni e dice: «Ciò, tuttavia, vale solo per quei bisogni che sono "solvibili", che dispongono di un potere d'acquisto, e per quelle risorse che sono "vendibili", per le quali, cioè, è possibile stabi-

lire un prezzo adeguato.

Ma esistono numerosi bisogni umani che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano» (C.A. 34).

Il bisogno di salute, che viene configurato in certe Costituzioni addirittura come ambiguo diritto alla salute, è chiaramente un bisogno non monetizzabile. Per tale ragione sarebbe l'ora di scindere il costo reale per le prestazioni dal plus-valore dell'assistenza al malato, che andrebbe valutata in termini di qualità globale e – perché no – anche "pagata in sovraggiunta".

L'impresa sanitaria, infatti, non può essere ridotta a semplice azienda basata sul profitto, anche se il profitto indica il buon andamento di un'azienda sanitaria.

Nel caso specifico il profitto, ci suggerisce il Papa, non può essere l'unico indice per giudicare l'efficienza di un'azienda.

«Scopo dell'impresa infatti – conferma il Papa – non è semplicemente la produzione del profitto, bensì l'esistenza stessa dell'impresa come comunità di uomini che, in diverso modo, perseguono il soddisfacimento dei loro fondamentali bisogni e costituiscono un particolare gruppo al servizio dell'intera società» (C.A. 35)

In altri termini, la contabilizzazione dei costi deve includere il costo di quel bene incommensurabile che è la dedizione dei professionisti che, ripeto deve essere pagata come un servizio di qualità che non sarebbe tale senza la dedizione degli operatori sanitari.

In tutti i Paesi del mondo, i problemi sanitari hanno posto al centro la questione della misurabilità della qualità di vita.

Infatti, per gli economisti, anche la spesa sanitaria deve

adeguarsi a criteri di efficienza-efficacia tipici del sistema produttivo industriale.

Ciò presuppone che vi siano uomini la cui vita valga di più e altri la cui vita valga meno e quindi persone di cuore e altre no.

Per i cristiani questo è inaccettabile, proprio perché, per noi, il fondamento dell'etica consiste nel considerare ugualmente importanti tutti gli esseri umani la cui vita ed interessi devono essere trattati equamente senza distinzioni di sorta. Pensiamo alle disastrose conseguenze cui andremmo incontro se considerassimo, come qualche legislatore propone, meno importante la qualità di vita di un anziano o di un disabile psichico, o riducessimo all'utilitarismo i criteri per l'attribuzione degli aiuti ai popoli in via di sviluppo.

Non si possono, per semplici ragioni economiche, escludere dai criteri di decisione quelli riguardanti:

- il valore della vita;

- il principio dell'equità nelle cure;

- il rispetto dei diritti civili.

Tentando di applicare alla sanità il concetto di qualità di vita di A. Sen qui possiamo soltanto accennare alla complessità di concetti che questo acuto economista, di origine indiana, mette in giuoco parlando dell'attenzione che il governo collettivo dovrebbe porre proprio sul livello di benessere e qualità di vita cui aspirano i cittadini.

Cercando di capire a fondo le ragioni per le quali una persona possa essere soddisfatta del proprio stato, A. Sen afferma:

“Vi sono molti modi fondamentalmente diversi di considerare la qualità della vita e un certo numero di essi possiede una certa plausibilità immediata. Si potrebbe essere agiati senza stare bene. Si potrebbe stare bene senza essere in grado di condurre la vita che si era desiderata. Si potrebbe avere la vita che si era desiderata senza essere felici. Si potrebbe essere felici senza avere molta libertà. Si potrebbe avere molta libertà senza avere molto. E così via”. (A. Sen, *Il tenore di vita tra benessere e libertà*, Venezia, 1993).

Vediamo che da questa pro-

spettiva possiamo opporre all'utilitarismo ingenuo una concezione molto problematica.

In questa, l'autodeterminazione individuale che passa anche attraverso il giuoco delle “preferenze” diventa un percorso costellato di ostacoli. Tale percorso diviene un fatto culturale complesso con cui possono interferire tutta una serie di condizioni “inabilitanti” spesso solo parzialmente sormontabili (si pensi alla malattia, all'handicap fisico e mentale, alla vecchiaia).

Alla rassicurante prospettiva utilitaristica, secondo cui l'uomo è così com'è, viene opposta un'idea inquietante: “l'uomo è quel che gli viene permesso di essere”.

Il problema eticamente rilevante della giustizia sociale così come interessa la bioetica, non è soltanto quello di assicurare a tutti un ammontare di risorse sufficiente a soddisfare le proprie preferenze e aspirazioni *date*, quanto piuttosto quello di *assicurare a tutti opportunità sufficienti a realizzare un pieno e compiuto progetto di sviluppo delle proprie aspirazioni e potenzialità*.

La risorsa veramente scarsa è quella che si potrebbe definire “opportunità di sviluppo umano”; è il mancato rispetto dello sviluppo dell'uomo a creare le condizioni materiali per l'ingiustizia.

L'ingiustizia di chi soffre la privazione di beni o di salute non costituisce per la bioetica una ragione per essere privato delle cure necessarie a cogliere la propria “opportunità” di vivere.

Non pare ci possa essere di grande aiuto l'indicatore di Sviluppo Umano elaborato dal programma per lo sviluppo dell'ONU (Undp), perché i valori da esso considerati non ci sembrano sufficienti a garantire il rispetto della persona umana nelle più svariate situazioni esistenziali e condizioni di vita.

Per l'ONU lo sviluppo di una popolazione risulta dalla valutazione di quattro fattori: prodotto interno lordo pro-capite, tasso di alfabetizzazione e scolarizzazione media, speranza di vita.

Il termine “speranza di vita” non è sinonimo di qualità di vita, ma tende ad introdurre una

certa dipendenza materiale e misurabile tra l'attesa di vita, le condizioni di salute, la dipendenza permanente da aiuti esterni. In questa prospettiva risulterebbe un peso mantenere quelle persone inabili che a diverso titolo, sarebbero incapaci di produrre reddito.

Da un punto di vista personalista la cura globale della persona umana non riconosce come valore la parzialità del calcolo economico basato sull'analisi del rapporto costo-efficacia e propone un recupero del ruolo del ricercatore biomedico, del medico e dell'infermiere come difensori della vita e garanti dei diritti di ogni persona umana.

2. Il rispetto della persona e il valore della vita umana

Seguendo un certo filo storico, vorrei ricordare la grande lezione del Concilio Ec. Vat. II, che nella Costituzione Pastorale sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, *Gaudium et Spes*, disegnò un grande quadro di riferimento per la vita del credente impegnato nel mondo.

A quell'insegnamento si deve sempre ritornare se si vuole attualizzare la dottrina della Chiesa sul rispetto della persona umana e sull'accordo tra amore umano e dignità della vita. (G.S., 51)

Ricordiamo esemplarmente un passaggio:

“Inoltre tutto ciò che è contro la vita stessa, come ogni specie di omicidio, il genocidio, l'aborto, l'eutanasia e lo stesso suicidio volontario; tutto ciò che viola l'integrità della persona umana, come le mutilazioni, le torture inflitte al corpo e alla mente, le costrizioni psicologiche; tutto ciò che offende la dignità umana, come le condizioni di vita subumana, le incarcerazioni arbitrarie, le deportazioni, la schiavitù, la prostituzione, il mercato delle donne e dei giovani, o ancora le ignominiose condizioni di lavoro, con le quali i lavoratori sono trattati come semplici strumenti di guadagno, e non come persone libere e responsabili: tutte queste cose, e altre simili, sono certamente vergognose. Mentre guastano la civiltà umana, disonorano coloro

che così si comportano più ancora che quelli che le subiscono e ledono grandemente l'onore del Creatore" (G.S., 27).

Ma nel contesto più attuale della globalizzazione dei mercati europei e mondiali, mi sembra di grande interesse il richiamo con cui l'Enciclica *Centesimus Annus* lega i delitti contro l'uomo all'ateismo. Il Papa afferma che la soggettività sociale non può essere mai disgiunta dalla soggettività personale che garantisce l'autonomia dell'individuo dinanzi alle istituzioni.

L'ateismo, dice il papa, aveva annullato la persona e ridotto l'uomo ad un prodotto di ingranaggi sociali (C.A., 13).

Dalla rottura tra Dio e l'uomo nasce la perdita del rispetto per la dignità della vita umana e forse quel relativismo etico attaccato e respinto dalla più recente Enciclica *Evangelium Vitae*.

Da questi frammenti del Magistero confrontati con quello che viviamo tutti i giorni, si nota come il concetto di persona è diventato oggetto di contese.

Malgrado le apparenze quel concetto, così condivisibile a prima vista, viene interpretato in modo sempre più riduzionistico.

Scienza e società in convulsa evoluzione, proiettate verso traguardi sempre più sorprendenti, in possesso di tecnologie efficaci, si scoprono estranei ai lacci della morale e cercano alibi per una più ampia e incontrollata libertà di azione.

In tale situazione di rispetto formale per la persona e allo stesso tempo di frenesia libertaria, la concezione cristiana della persona, costituisce un ostacolo proprio a causa della sua assolutezza, che di qualunque "individuo umano" fa qualcosa di praticamente "intangibile".

Nell'Enciclica *Evangelium Vitae* si mette in discussione proprio la cultura di morte che come una struttura di peccato "condiziona" le scelte valoriali e operative nella vita umana.

Contrariamente al passato, questo documento punta il dito contro le minacce alla vita che vengono sia dalla situazione di violenza generatrice di omicidi e uccisioni di deboli, sia dalla

"iniqua distribuzione delle ricchezze". Mai come ora il Magistero ha inteso equilibrare l'affermazione dei principi ideali con il richiamo alle contraddizioni pratiche che i credenti stessi devono tentare di superare.

Alla "misericordia" il Papa – come Suor Teresa di Calcutta – attribuisce un enorme responsabilità per quanto riguarda il disprezzo della vita. Perché il valore della vita umana si eclissa tanto più quanto più crescono i conflitti razziali, le guerre tribali, lo scandaloso commercio di armi, la criminale diffusione della droga. Tutti definiti come veri e propri attentati alla dignità della vita.

Ed ecco il testo del papa nella sua stringente logica:

"Come s'è potuta determinare una simile situazione? Occorre prendere in considerazione molteplici fattori. Sullo sfondo c'è una profonda crisi della cultura che ingenera scetticismo sui fondamenti stessi del sapere e dell'etica e rende sempre più difficile cogliere con chiarezza il senso dell'uomo, dei suoi diritti e dei suoi doveri. A ciò si aggiungono le più diverse difficoltà esistenziali e relazionali, aggravate dalla realtà in una società complessa, in cui le persone, le coppie, le famiglie rimangono spesso sole con i loro problemi. Non mancano situazioni di particolare povertà, angustia o esasperazione, in cui la fatica della sopravvivenza, il dolore ai limiti della sopportabilità, le violenze subite, specialmente quelle che investono le donne, rendono le scelte di difesa e di promozione della vita esigenti a volte fino all'eroismo.

Tutto ciò spiega, almeno in parte, come il valore della vita possa oggi subire una specie di "eclissi", per quanto la coscienza non cessi di additarlo quale valore sacro e intangibile, come dimostra il fatto stesso che si tende a coprire alcuni delitti contro la vita nascente o terminale con locuzioni di tipo sanitario, che distolgono lo sguardo dal fatto che è in gioco il diritto all'esistenza di una concreta persona umana". (E.V., 11)

Su questo sfondo nasce la bioetica che vuole valutare nelle loro implicanze etiche il fenomeno dell'aborto, la pratica

della contraccezione, le tecniche più sofisticate di riproduzione artificiale, il rifiuto delle cure o l'accanimento terapeutico sulle persone anziane o inguaribili.

La bioetica di ispirazione cristiana è un'invocazione al rispetto delle dignità dell'uomo, soprattutto perché la vita umana è un dono di Dio.

Ed è in questo collegamento tra il "senso di Dio" e il significato della vita che si deve insistere per fondare la bioetica.

Al di là delle sottili discussioni scientifico-filosofiche, che hanno un loro valore, quello che conta è ridefinire la natura trascendente della vita umana che è insieme misteriosa manifestazione della creatività di Dio e prodigioso accumulo di energia organizzata.

Ricordiamolo come fa il Papa, con le parole del Concilio Vat. II: "La creatura senza il Creatore svanisce. Anzi, l'oblio di Dio priva di luce la creatura stessa" (G.S., 36). L'uomo, chiuso nel ristretto orizzonte della sua fisicità, si riduce in qualche modo ad una cosa e non coglie più il carattere trascendente del suo esistere come uomo. Così la vita che nasce o che muore non ci interpella più sul significato del nostro essere, ma si impone come evento da trattare solo medicalmente per risolvere più efficacemente un certo problema sanitario.

Il valore della vita umana deve essere ricercato e affermato proprio per riportare l'uomo al suo destino di creatura di Dio contro il materialismo pratico che genera individualismo, utilitarismo ed edonismo.

La relazione con Dio dà un senso diverso alla corporeità, alla sessualità, alla salute e alla malattia.

Perché la vita possa essere vissuta come impegno etico e non soltanto come evento naturale "casuale" o come frutto della manipolazione degli uomini.

"È nell'intimo della coscienza morale – afferma il Papa – che l'eclissi del senso di Dio e dell'uomo, con tutte le sue molteplici e funeste conseguenze sulla vita, si consuma. È in questione, anzitutto, la coscienza di ciascuna persona, che nella sua irripetibilità si trova sola di fronte a Dio". (E.V., 24)

La vita umana assume così valore e consistenza originalissimi che non possono essere traditi senza tradire la nostra fede stessa in Dio.

Ristabilire questo legame è compito dei cristiani per il terzo millennio.

3. Ruolo del manager cattolico e leadership

Per essere testimoni efficaci, gli ospedali cattolici devono essere affidati ad una leadership coerente e competente.

Quali sono i ruoli degli amministratori? La risposta non è semplice.

Certo vi sono dei criteri per disegnare la mappa dei ruoli che non coincide con gli organigrammi, perché essi al massimo indicano la posizione di questo o quel livello gerarchico. Uno di tali criteri consiste nel comprendere *qualità e quantità dei bisogni sanitari*, il livello di competenza e maturità del personale, la natura della tecnologia disponibile e di quella inseribile nei nostri ospedali; ma importante altresì è comprendere quanto, di *personale* (il fattore P) nel singolo ruolo è utile all'esercizio del medesimo e quanto invece dannoso. Sappiamo infatti che ognuno di noi "interpreta" un ruolo e ciò è inevitabile; ma è necessario, perché lo stile personale risulti positivo, che di quando in quando *la struttura direttiva metta in discussione* anche questa interpretazione, in modo da rendere gli attori rispettosi *sia della parte che della propria natura ed inclinazione*.

Di una cosa sono sicuro: noi non potremo recitare bene la nostra parte se non metteremo in atto dei sistemi correttivi, e periodici, del nostro modo di procedere, al fine di rimodellare attività, atteggiamenti, stili d'esercizio del potere, nel rispetto *dei doveri di competenza e del diritto di mutare* – a fin di bene e in piena trasparenza organizzativa – il nostro quotidiano operare.

Si parla molto di leadership al giorno d'oggi. Essa, è tanto più necessaria quanto più complesso si fa il sistema in cui operiamo. È la stessa società che ha bisogno di leader.

Ma leader si diviene solo dopo aver acquistato una visione complessiva dei nostri Centri e sviluppato un'attitudine alla *comprensione* di ciò che avviene, di ciò che serve, di ciò che è essenziale per i nostri collaboratori (che dobbiamo guidare e sostenere) e per i malati (che dobbiamo curare per dar loro salute e salvezza).

Pertanto non si diviene leader, e forse neanche Manager, rimanendo chiusi e corazzati nelle nicchie operative, pronti a colpire – di spada o di fioretto – coloro che tentano di avvicinarsi al nostro posto di comando e nemmeno sparando dall'alto ordini senza senso.

Invece si diviene leader se la molecola dell'organizzazione – accanto a quella inserita nel farmaco "personalità" del dirigente – è studiata, applicata, migliorata. Ciò obbliga gli amministrativi non solo ai conti economici e finanziari, ma anche a quelli con la qualità dell'organizzazione. Perché anche l'organizzazione ammalata, degenera, muore... a meno che non incontri "dottori" attenti a metterla sul lettino per diagnosi tempestive e veritiere e per le terapie del caso.

Come comprendere lo stato di salute dei ruoli direttivi nei nostri ospedali?

Come definire i ruoli auspicabili per ogni singolo Centro e in un determinato momento storico e sociale?

Come passare dai ruoli esistenti – ove carenti o inadeguati – a quelli possibili ed *auspicabili*?

Da chi debbono partire le iniziative necessarie alla identificazione dei nuovi ruoli e delle nuove funzioni all'interno del vecchio ruolo?

Esiste l'intenzione, e la convinzione, all'interno dei nostri Centri di ospitare anche la rotazione dei ruoli direttivi?

Ci sono le condizioni per evitare la nostalgia del presente, o del passato e per avvicinarci tutti insieme nella medesima direzione?

Per quanto possa servire la mia esperienza, debbo dirvi che non c'è arricchimento e/o allargamento di ruolo senza fatica e sofferenza, della persona e della organizzazione.

Nasce a fatica il dirigente, anche nei nostri Centri.

Una conquista è dunque l'assunzione di un nuovo ruolo che, lo ripeto, nessuno ci può regalare.

C'è tuttavia un amico prezioso che vi può sostenere nel lungo ed affascinante viaggio nella complessa gerarchia dei nostri ospedali. Esso ha un nome semplice: la *vostra coscienza* di cittadini, di professionisti, di intelligenti osservatori della realtà sociale e sanitaria, di *cattolici impegnati ogni giorno nel 'sanitario'*. Essa, la coscienza, conosce bene le nostre ignoranze e la nostra immaturità, ma non si abbatte per questo in quanto i limiti umani ci appartengono.

La nostra coscienza, conosce anche le pesanti debolezze di chi soffre, di quanti hanno la "pelle troppo sottile" per cui sono incapaci di resistere agli urti della vita esterna ed interna. E perciò essa – la nostra coscienza – ispirata anche da secoli di impegno umano e spirituale dei religiosi, sa che una vera città della terapeutica è una realtà che ci sfida e ci sprona: siamo importatori di una personalità e di una funzione.

Ma divenire persone e professionisti di sanità e di amministrazione nei nostri Centri non è possibile senza una coscienza e vigile attenzione alla nostra formazione permanente: quella formazione che sviluppa non solo le nostre doti manageriali e tecniche, ma anche quelle umane: il coraggio, la creatività, la collaborazione, l'umanità.

Purtroppo le doti umane non ricevono molta attenzione neanche nei nostri Centri. Sono considerati, i talenti personali, come ininfluenti o addirittura controproducenti nella vita lavorativa e nei percorsi di carriera.

Lo sapete che i dirigenti di tutto il mondo dedicano anni di studio per acquisire doti tecniche e manageriali e pochissimo tempo per coltivare quelle umane, presenti in ogni essere e indispensabili per una vita civile, umana, solidale?

Ma se così stanno le cose, niente paura.

Oggi esistono metodi collaudati anche per crescere come persone. A condizione di essere coscienti che formarsi – dare forma e vita ai nostri talenti –

significa mettersi in discussione, imparare a pensare e a sentire, significa saper esprimere pensieri e riconoscere i nostri sentimenti, in modo da capire prima di agire.

Le riforme sanitarie, la comparsa di nuovi bisogni, le vicende future dell'ospedale cattolico, la ricerca di benessere dei nostri collaboratori, le crisi economiche e morali, tutto ciò che succederà nel prossimo futuro, potrà rappresentare un'occasione favorevole per *nuovi progetti* miranti alla qualità totale del nostri Centri.

Questi non sono né immutabili né amministrabili solo dai cattolici.

Essi sono per i bisognosi del nostro tempo e di quello futuro, perciò soggetti al divenire, alla ricerca, al mutamento.

Il più grande peccato che noi possiamo commettere è non fare ciò che invece è possibile fare.

Il "possibile" si scontra sempre con l'"esistente": questo è molto più rassicurante di quello.

Perciò il "possibile" richiede un impegno in più, la sopportazione di critiche e confusione, l'assunzione di forti carichi di responsabilità e di utopia.

L'utopia non è l'opposto della concretezza, anzi è la concretezza del domani, quella non prevista e non pensata anche da dirigenti e superiori. Essa non trascura passato e presente ma li reinterpreta per disporli meglio al futuro e al possibile. Personalmente ho sposato l'utopia da molti anni, sorella della vera ospitalità e non me ne pento. L'ospitalità cattolica del futuro avrà bisogno di ruoli adeguati, ben interpretati da persone capaci di idee, progetti ed entusiasmo e non solo di prestazioni manageriali.

Tocca anche a voi amministrativi, custodi magari gelosi dell'archivio ospedaliero, inventare e custodire quello delle idee, dei progetti, e delle persone generose.

L'archivio delle idee si costruisce con paziente attenzione a tutte le idee. Per raccogliere le idee bisogna riunirsi, a tutti i livelli, perché il vento delle idee soffi ovunque e non solo nelle stanze della direzione.

Possiamo anche domandar-

ci: è possibile, in sanità, insegnare l'etica?

La risposta nasce da un certo sentimento di scetticismo specie per quell'operatore che pretende di operare tecnicamente o amministrativamente senza mai un contatto con la complessità e con il contenuto umano della sua area di incidenza e di riflesso.

Non si può certo, specie in sanità, accettare l'affermazione di moda che dice: più etica uguale più profitto.

Noi affermiamo che l'etica è essenziale per chi vuole operare in sanità ma se costui opera senza l'anima dell'ospitalità cammina decisamente verso la disumanizzazione della medicina e dei Centri assistenziali.

Da tutto ciò ancora una volta emerge con prepotenza l'esigenza fondamentale di un certo tipo di formazione di base e la necessità irrinunciabile della formazione permanente.

Non voglio fare qui una disquisizione su quale formazione in generale sia migliore e sul modo di organizzarla.

Certo è che, se vogliamo parlare di etica senza un progetto formativo concreto, continuato, partecipativo e vivo, corriamo il rischio di vivere una vita solo nella dimensione del tramonto.

La finalità formativa assume un'importanza superiore a quella che potrebbe essere attribuita ai diversi codici deontologici e di autoregolamentazione. O meglio, questi saranno efficaci, solo se i destinatari saranno capaci di interiorizzare i valori morali da essi richiamati.

Come? Attraverso opportunità formative che accompagnino l'esperienza professionale.

L'obiettivo è acquistare la capacità di ragionare eticamente soprattutto in quei casi che sfuggono inevitabilmente alla regolamentazione.

Per risolvere il problema bisognerebbe immergersi nelle problematiche morali specifiche di ogni professione e attività.

Un'operazione che però potrebbe generare un equivoco: far ritenere che vi siano diverse etiche speciali - l'etica dell'imprenditore, del sindacalista, del medico, dell'avvocato, e così via con principi, valori e norme morali del tutto diffe-

renti, riguardo ai quali alla fine avrebbero diritto di esprimersi solo i diretti interessati.

È ragionevole supporre, invece, che nonostante si possa ammettere la legittimità di alcune attenzioni e sottolineature morali proprie di ciascuna professione e attività, vi siano delle costanti e dei valori comuni; come pure è immaginabile l'esistenza di dilemmi etici molto simili, che ciascuno per la sua parte e per il compito che gli spetta è chiamato a vagliare criticamente.

Per questo motivo si può ipotizzare che la formazione morale abbia il medesimo fondamento e che un eventuale insegnamento di etica, e in specie di etica applicata, possa crescere su un terreno comune.

Formazione etica dunque e formazione morale fatte crescere su un terreno comune per formare una vera sensibilità e *vibrazione della propria coscienza*.

Una coscienza morale matura è in grado di valutare con molta attenzione quelle che possono essere le possibili conseguenze delle proprie scelte. In altri termini, per usare la celeberrima distinzione di Max Weber, non è sufficiente agire secondo l'etica della convinzione, ossia secondo principi universali, ritenuti giusti in sé, a prescindere dalle loro conseguenze: all'etica della convinzione deve accompagnarsi l'etica della responsabilità, in base alla quale il soggetto agente giudica, con senso appunto di responsabilità, riguardo agli effetti del proprio agire. La formazione morale non potrà quindi che ricercare un equilibrio tra etica della convinzione ed etica della responsabilità. Come infatti ricorda Weber, le due etiche non sono "antitetiche ma si completano a vicenda, e solo congiunte formano il vero uomo".

In altri termini, una personalità matura, un "vero uomo", sa ragionare eticamente adottando principi universali e coerenti ma è capace anche, di fronte al dilemma etico e di fronte al conflitto tra valori ugualmente meritevoli di considerazione, di scegliere trovando la migliore sintesi di valore possibile. Una formazione che miri all'acquisizione e all'interioriz-

zazione dei principi fondamentali e che contemporaneamente abiliti a ragionare eticamente nella concretezza delle situazioni di vita, non può certo essere accusata di astrattismo o di genericità. Permetterà piuttosto di allontanare rischi dell'indottrinamento e di moralismi falsi che alla fine distruggono la coscienza.

Senza questo lavoro sarà difficile servire e promuovere la vita *come* noi vogliamo.

4. Alla ricerca di linee-guida

Non vorrei che le mie parole venissero lette come un attacco alla sanità del mondo industrializzato. Devo però dire con franchezza che il sistema sanitario mondiale, così come è ridotto, è esso stesso un problema. Prima di tutto perché si è venuto sempre più isolando dal resto della società, avendo affidato il proprio successo alle prestazioni spettacolari di illustri medici e chiudendosi in una specie di labirinto dove possono entrare solo gli iniziati. Contro questa chiusura deve intervenire una nuova cultura umanizzante della medicina e una nuova formazione dei professionisti.

L'impresa sanitaria deve rendersi credibile agli occhi di tutti non più come impresa "dei sanitari" ma come strumento decisivo per la promozione della salute attraverso programmi di educazione sanitaria, miglioramento della qualità dei servizi, attenzione alle persone più deboli.

Tutto questo comporta un nuovo modello informativo che impegni le istituzioni sanitarie a rendersi più vicine alla gente, a tutti gli utenti potenziali. Occorre ravvicinare la sanità ai cittadini, spiegando a tutti in un linguaggio accessibile cosa si può ottenere dal servizio sanitario del proprio Paese.

L'accessibilità dei servizi sanitari non è soltanto una questione di barriere architettoniche, ma soprattutto di cultura del servizio.

Se le persone non sono aiutate a riconoscere quali sono e come funzionano le istituzioni sanitarie, non possono neppure orientare le loro domande ed avere risposte adeguate.

Interviene in questo delicato passaggio il nuovo ruolo che può e deve svolgere il volontariato cattolico ospedaliero.

La timidezza che ha animato i primi passi di tale movimento deve essere messa da parte per fare posto invece ad una programmatica attività di collegamento, nel doppio senso, tra cittadini e istituzioni sanitarie.

Uscendo dalla situazione di supplenza che spesso ha ritagliato per sé, il volontariato deve dirigere i suoi passi verso la costruzione di una società civile più equa e solidale, garantendo ai cittadini la possibilità di trovare soddisfazione ai propri bisogni come esercizio di un diritto.

Professionisti sanitari e volontari ospedalieri cattolici devono assumere il compito di ridisegnare un nuovo patto di solidarietà tra istituzioni e cittadini, se non si vuole rischiare di distruggere l'unità della società umana.

Concludendo non posso tacere su quello che deve essere, in questo futuro prossimo, il ruolo degli ospedali cattolici: "cattolici" cioè *universali* per loro vocazione.

I nostri devono trovare il modo per esprimere l'unicità e originalità della loro vocazione. Un ospedale cattolico, ispirato dalla carità di Dio per l'uomo, deve poi riconoscere quello stile di comunione che curando i corpi si preoccupa della salvezza delle persone, per costruire la comunità dei salvati.

Da qui dobbiamo essere incoraggiati a trovare delle linee comuni di azione che, riprendendo alcune riflessioni sull'identità cattolica sviluppate in altri settori, vorrei sintetizzare come segue: la cattolicità di una struttura fa perno, in maniera critica, sull'impegno del suo personale a concepire l'assistenza sanitaria come ministero. *In questa prospettiva sono vitali tre fattori: la cura della qualità, la ricerca della giustizia sociale e l'attenzione ai poveri.*

– La qualità dell'assistenza medica fornita nelle strutture cattoliche non può essere inferiore a quella assicurata dalle corrispondenti istituzioni non cattoliche o laiche. Tuttavia, una struttura cattolica assiste l'intera persona – corpo, mente

e spirito. Una tale assistenza sanitaria globale richiede che ci si dedichi non solo alla qualità scientifica dell'assistenza medica che si presta, ma al modo in cui la si presta.

Per quanto non vi sia niente di esclusivamente cattolico nell'attenzione alla qualità, un'opinione diffusa distingue le strutture cristiane da quelle secolari in virtù di questo tratto personale.

– La credibilità della proclamazione del Vangelo da parte della Chiesa è scalfata alla base quando la sua vita interna, che include quella delle sue strutture di assistenza sanitaria, non rispecchia la giustizia che essa predica. Bisogna che le strutture cattoliche siano attente alle domande di giustizia sociale quando prendono decisioni sui servizi da offrire e sull'allocatione delle risorse. Queste decisioni dovrebbero essere prese alla luce dei reali bisogni di assistenza sanitaria delle comunità che le strutture cattoliche servono, piuttosto che alla luce di considerazioni meramente finanziarie. L'insegnamento sociale della Chiesa deve improntare in queste strutture anche i rapporti di lavoro con impiegati e datori di lavoro.

– Nel prossimo futuro le pressioni del mercato potranno impedire alle strutture cattoliche di incrementare sostanzialmente la quota di assistenza da fornire agli indigenti. Nondimeno, esse possono rispettare la dignità dei pazienti poveri che assisteranno, riservando loro la stessa qualità di cura e la stessa attenzione personale che prestano ai più ricchi. Possono anche invocare, con forza, politiche pubbliche che assicurano equità nell'accesso dei poveri al sistema dell'assistenza sanitaria seguendo gli inviti presanti del Santo Padre.

Le decisioni sulle localizzazioni delle strutture, sui tipi di servizio da fornire o da sospendere, e sul genere di attrezzature da acquistare, dovrebbero essere prese alla luce del loro impatto sui poveri. (Cfr. in particolare J. Baul in *Concilium* N. 5, 1994, pagg. 115-119)

Forse non è una ricetta, ma è un modo decisivo di porre il problema della coerenza morale che il Vangelo chiede a tutti gli operatori sanitari.

Incontro dei Vescovi Responsabili della Pastorale Sanitaria dell'Asia sul Tema: “ Programmazione e Organizzazione della Pastorale Sanitaria a livello nazionale, diocesano e parrocchiale”.

Auditorium dell'Università Santo Spirito di Kaslik - Beirut , 10 Febbraio 1999

INTERVENTO DI S.E. MONS. JAVIER LOZANO
PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Organismi episcopali nazionali, diocesani e parrocchiali per la Pastorale della Salute

73

Grazie a Dio, in quasi tutte le Conferenze Episcopali della Chiesa cattolica esiste un Vescovo incaricato della Pastorale della Salute e, in diversi luoghi, questa è molto efficace. In numerose diocesi e parrocchie si realizza un lavoro molto soddisfacente.

Tuttavia, in alcune parti non sembrerebbero delineate con chiarezza le finalità e l'operatività degli Organismi incaricati della pastorale della salute in seno alle Conferenze Episcopali, che si chiamino Segretariati, Commissioni, Dipartimenti, ecc.; sarebbero graditi suggerimenti al riguardo. Lo stesso dicasi per l'organizzazione della Pastorale della Salute in ogni diocesi e in ogni parrocchia.

Vogliamo presentare qui alcune idee che potrebbero servire per strutturare un tale Organismo. Si tratta di orientamenti che si basano sulla natura stessa del Pontificio Consiglio, descritta dalla Costituzione Apostolica *Pastor Bonus* nei numeri 152-153. Li offriamo a tutti come una collaborazione da parte di questo Dicastero per facilitare il lavoro da realizzare nella Chiesa nell'ambito della Pastorale della Salute. Procederemo con un'analogia: ciò che il Papa dice del Pontificio Consiglio può essere applicato, per quanto possibile, alla

costituzione di un Organismo nazionale per la Pastorale degli Operatori Sanitari e, nelle debite proporzioni, alla realtà di una diocesi e di una parrocchia.

Poiché la linea che seguiremo per tracciare le finalità e l'operatività dell'Organismo di Pastorale della Salute nelle Conferenze Episcopali, nelle diocesi e nelle parrocchie, è quella che il Santo Padre Giovanni Paolo II ha contrassegnato per le finalità e l'operatività di questo Dicastero, presentiamo qui di seguito i due articoli della citata Costituzione *Pastor Bonus*, nn. 152-153. Ne offriremo una sorta di commento, adattandone il contenuto al disegno di un possibile Organismo di Pastorale della Salute nella Conferenza Episcopale e agli altri livelli.

Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, nn. 152-153: Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Art. 152 – Il Consiglio manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze.

Art. 153 – § 1. Spetta al Consiglio far conoscere la dottrina della Chiesa circa gli

aspetti spirituali e morali della malattia e il significato del dolore umano.

§ 2. Esso offre la sua collaborazione alle chiese locali, perché gli operatori sanitari possano ricevere l'assistenza spirituale nell'esplicare la loro attività secondo la dottrina cristiana, e perché inoltre a coloro che svolgono l'azione pastorale in questo settore non manchino i sussidi adeguati nel compimento del proprio lavoro.

§ 3. Favorisce l'attività teorica e pratica, che in questo campo svolgono in vari modi sia le organizzazioni cattoliche internazionali, sia le altre istituzioni.

§ 4. Segue attentamente le novità in campo legislativo e scientifico che riguardano la salute, al precipuo fine che se ne tenga opportunamente conto nell'opera pastorale della Chiesa.

FINALITÀ E OPERATIVITÀ DI UN ORGANISMO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Per evitare ripetizioni, parleremo in particolare dell'Organismo episcopale nazionale per la Pastorale della Salute, ma tenendo presente che quanto diremo si possa

applicare, come già detto, nelle dovute proporzioni tanto ad una diocesi in particolare, come anche ad una parrocchia.

In primo luogo dobbiamo definire in modo chiaro la natura di un Organismo episcopale nazionale per la pastorale della salute a partire dalla sua finalità; diciamo che esso manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi in quanto si rivolge agli operatori sanitari, si occupa della loro azione pastorale, sa che questa è motivata dalla misericordia e desidera che questa misericordia risponda sempre meglio alle nuove esigenze.

Per incrementare l'apostolato della misericordia degli operatori sanitari, è necessario che la loro azione sia adeguata tanto al lavoro pastorale da loro effettuato quanto alle circostanze in cui esso si svolge. Oggi in particolare, tali circostanze stanno cambiando, poiché ci sono tante novità nel campo della salute, del dolore e della sofferenza, della malattia e della morte. L'Organismo per la Pastorale della Salute ha quindi come destinatari gli operatori sanitari e, volendo sintetizzare l'azione che deve svolgere, diciamo che la sua finalità è la seguente: *manifestare la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati e sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze.*

Si pone pertanto la domanda di come procedere in pratica. Possiamo rispondere secondo l'articolo 153 della summenzionata Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, a partire da quattro capitoli d'azione che intitoleremo: Dottrina, Collaborazione, Promozione e Accompagnamento.

I. DOTTRINA

L'Organismo per la Pastorale della Salute ha anzitutto un compito dottrinale, deve far conoscere cioè il senso cristiano della salute, della

malattia e del dolore umano, secondo i nuovi tempi che stiamo vivendo.

1. La salute

Cominciamo dalla salute. Nel mondo sanitario attuale sta avvenendo un ribaltamento: l'oggetto primario della sua attenzione non è più la malattia in quanto tale, bensì la salute. Di fatto va acquistando terreno la medicina preventiva di fronte a quella curativa. Per questo, per cominciare, è necessario prendere posizione di fronte alla salute. È stato detto che essa è il silenzio degli organi, ma in realtà cos'è la salute?

Sembrirebbe che la salute sia una cosa talmente chiara da non necessitare descrizione; la si sente e basta. Dobbiamo tuttavia partire da una precisazione del suo concetto. Possiamo dire che per salute intendiamo *un processo armonico di benessere fisico, psichico, sociale e spirituale, e non solo l'assenza di malattie, che permette all'uomo di svolgere la missione a cui Dio lo ha destinato, secondo la tappa della vita in cui si trova.*

Da questa descrizione, vediamo che la salute non è qualcosa di stabile tale da costituire uno stato, ma qualcosa di dinamico come un processo; pertanto possiamo parlare di poca o di molta salute. Si tratta di un processo armonico, i cui quattro elementi fondamentali sono in reciproco rapporto tra di loro e in

fluiscono l'uno sull'altro in modo tale da essere non sezioni chiuse, bensì vasi comunicanti. Dal concetto di salute non si esclude la malattia stessa, in quanto questa può coincidere con la salute giacché si tratta di un processo che va più o meno avanti e dà come risultato il benessere che, in quanto tale, non esclude necessariamente il dolore ma lo avvolge come integrante della vita dell'uomo. In ogni caso, parleremo di maggiore o minore salute.

Parliamo ora dei quattro aspetti della salute: salute fisica, salute psichica, salute sociale e salute spirituale. La nostra riflessione si centra di preferenza nella salute spirituale; ciò non significa che escludiamo gli altri tre aspetti, ma la salute spirituale li racchiude¹, dà armonia salutare agli aspetti fisici, psichici e sociali, di cui l'operatore sanitario deve tener conto, benché non tocchino direttamente lui ma altri professionisti della salute.

Fondamentale secondo il concetto cristiano di salute, la persona umana può avere il benessere fisico, psichico, sociale e spirituale necessari per realizzare la missione affidatagli da Dio e che cambia secondo le varie tappe della vita. Il processo di salute di un giovane o di un adulto non è lo stesso, in senso assoluto, di quello di una persona della terza o quarta età. Può, però, essere lo stesso in senso relativo, cioè in rapporto alle capacità per la missione che Dio gli ha assegnato e che compie in una o in un'altra tappa della sua esistenza. Ad ognuna di queste può avere il benessere sufficiente tale da fargli svolgere il suo compito.

Il lavoro degli operatori sanitari deve quindi essere diretto a far sì che ogni persona abbia la salute sufficiente per realizzare la propria missione nella tappa vitale in cui si trova.

2. Senso del dolore

Per quanto riguarda il dolore umano², mancanza di dolo-



re e salute non sono la stessa cosa; tuttavia, alla mancanza di salute di solito si accompagna il dolore. Il modo con cui il dolore non interrompe il processo di salute è la sua concezione e realizzazione spirituale, secondo la sua realtà cristiana. Il dolore deve essere inteso e vissuto a partire dal dolore di Cristo. Cristo redime con il dolore e ci libera definitivamente da esso. Sappiamo che è questo il senso della sua morte e resurrezione redentrice.

La cosa ammirevole del dolore di Cristo è che assume su di lui tutti i nostri dolori e toglie loro l'etichetta di male per trasformarli in fonte di bene. Cristo soffre in sé i nostri dolori e, nella sua sofferenza, i nostri dolori diventano redentori, in quanto partecipano al dolore di Cristo. Il dolore così non toglie la felicità, non turba l'armonia fisica, psichica e sociale, ma, a partire dalla sua spiritualità, la consolida, le dà senso nella vera spiritualità che consiste nell'amore oblativo di Cristo per il Padre e i fratelli. In questo senso il Papa ci spiega il dolore nella *Salvificis Doloris* (25-27).

L'Organismo per la pastorale della salute illumina con il dolore di Cristo il concetto reale di salute e gli dà una prospettiva che non troviamo nelle attuali concezioni secolariste.

Ciò non vuol dire che si cerchi il dolore di per se stesso; esso è in sé un male e il male non si cerca, ma si accetta il dolore oblativo di Cristo verso Dio e i fratelli, e, in Cristo, l'amore oblativo di noi stessi; e da questa oblazione risulta buono per vincere la morte e anche il dolore. Il nostro atteggiamento è un atteggiamento di lotta contro il dolore stesso, è mettere in pratica l'atteggiamento del Buon Samaritano e seguire la linea che Cristo ci espone nel giudizio finale: "... ero malato e mi avete visitato ..." (Mt 25, 36).

L'illuminazione nella fede che deve dare l'Organismo nazionale per la Pastorale della Salute è una illuminazione specificatamente cri-

stiana. In molte parti, come abbiamo già detto, si riscontra un atteggiamento pienamente secolarista, si nasconde il dolore più che si può, come si fa con la morte. Troviamo nel dolore il nucleo del messaggio cristiano: il senso della Pasqua di Cristo come centro della nostra fede e quindi della Pastorale della Salute.

3. Adeguatezza ai nuovi tempi

Nel mondo attuale si nota ovunque una preoccupazione totale per la salute, ed è giusto. Il frutto di tutti gli sforzi, dello sviluppo, della globalizzazione, della mondializzazione attuale; il frutto di tutta la politica, della socialità, il frutto di tutta la cultura ha sempre al centro la vita e pertanto la salute. La missione dell'Organismo della Pastorale della Salute è quello di ridimensionare quest'ansia di salute nel mondo attuale; questa non va negata, è basilare ed essenziale all'uomo, è un desiderio giusto, legittimo e inoltre si identifica con la propria vita, ma gli va data la giusta prospettiva a partire da un concetto cristiano di salute e dolore.

L'azione pastorale dell'operatore sanitario deve adeguarsi ai nuovi tempi, in cui esistono innumerevoli problemi che richiedono una soluzione adeguata; pensiamo ad esempio a ciò che comporta la globalizzazione e agli effetti che presenta nella pasto-

rale della salute. Esamineremo qui solo tre dei problemi attuali di importanza immediata per l'operatore pastorale della salute: la socializzazione della salute, le questioni di bioetica e l'educazione alla salute.

3.1. La socializzazione della salute

Ci sono paesi in cui lo Stato non è ancora in grado di curare la salute dei suoi cittadini, e quindi la professionalizzazione della medicina e delle cure che si prestano alla popolazione viene realizzata in ambito privato; ciò significa un accesso ristretto a coloro che godono di un certo benessere economico, lasciando ai poveri la medicina tradizionale o alternativa. In questo campo la Chiesa ha sviluppato e continua a sviluppare un'azione intensa con le sue istituzioni sanitarie in cui, come è logico, si privilegiano i più poveri.

Ci sono invece altri paesi in cui si è iniziato o è già avanzato il sistema di sicurezza sociale che copre una parte o l'intera popolazione.

I servizi sanitari statali, specialmente in tempo di globalizzazione, vanno sempre più regolamentandosi, anche per quanto riguarda la permanenza degli ammalati nei centri sanitari. Il concetto di lunga degenza è sempre più riformulato, in quando ci si occupa del malato soltanto nelle fasi acute della malattia e lo si invia a casa per le cure ordinarie. In questi casi, c'è il pericolo di favorire l'eutanasia.

L'azione dell'operatore pastorale della salute cambia secondo il quadro di attenzione sociale al malato che gli si presenta; ci sono paesi in cui la sua azione più importante sarà quella di fornire le cure sanitarie primarie ai malati nelle loro case o in ospedali privati o cattolici; in altri, sarà più opportuno organizzare nel migliore dei modi l'assistenza dei malati nei centri sanitari statali; in altri ancora, si privilegerà l'assistenza domiciliare ai malati dopo la dimissione dai centri sanitari, ecc.



3.2. *Questioni di bioetica*

È un altro dei punti di attualità di cui deve occuparsi l'Organismo per la Pastorale della Salute. Nella Lettera Apostolica *Evangelium Vitae* del Santo Padre Giovanni Paolo II, come pure nell'Istruzione *Donum Vitae* della Congregazione per la Dottrina della Fede, troviamo gli elementi chiave per una illuminazione in questo campo. Il Catechismo della Chiesa Cattolica delinea con chiarezza la posizione della Chiesa. Al riguardo, il nostro Pontificio Consiglio ha pubblicato la "Carta degli Operatori Sanitari" in cui tratta le questioni che si presentano in questo campo nelle sue diverse parti: Nascere, Vivere e Morire. Particolare rilievo assumono i problemi imposti dall'ingegneria genetica, dalla terapia genetica, dalla clonazione e dall'eutanasia.

Per quanto riguarda l'origine della vita, il principio basilare continua ad essere quello che la vita umana è un dono di Dio e come tale va trattato. Il modo con cui Dio vuole che questo dono venga trasmesso, è nella forma più alta d'amore, cioè l'amore matrimoniale dei coniugi in seno ad una famiglia. Tutto ciò che contraddice questo principio non è accettabile, dal punto di vista morale.

Per l'eutanasia vale lo stesso principio, la vita è un dono di Dio, pertanto non spetta all'uomo toglierla ad un altro uomo innocente. Bisogna accettare il diritto a una morte degna, senza accanimento terapeutico, è vero, ma allo stesso tempo, usando tutti i mezzi proporzionalmente adatti per mantenere la vita che Dio ci ha dato.

3.3. *Educazione alla salute*

Oggi la prevenzione e le cure primarie sono all'ordine del giorno. La pastorale della salute dovrà assumere questa missione.

Si deve anche educare all'accompagnamento del malato, la terapia della consolazione è un elemento essenziale nell'azione pastorale, in-

cluso il *counselling* personalizzato.

Si deve educare all'umanizzazione e alla qualità di vita, alla cosiddetta QALYS (*quality adjusted life years system*), la qualità di vita in relazione agli anni vissuti. Intendiamo la "Qalys" in questo senso: nella soluzione al problema della qualità di vita si deve considerare non soltanto la quantità di anni che si vivono, bensì la loro qualità, e questa qualità si misura non solo mediante le risorse economiche esistenti, ma anche mediante quelle familiari, sociali, ambientali, spirituali ecc., che rendono la vita utile per se stessi e per gli altri, una vita che compia effettivamente la missione assegnata da Dio.

Si deve presentare l'evangelizzazione di questo settore con la scoperta di nuovi metodi e nuove espressioni che, nella Pastorale della Salute, abbiano una originalità propria.

Si deve educare per sapere quale debba essere il rapporto medico-paziente e quale il consenso informato, come elementi indispensabili di una medicina di qualità e di una pastorale della salute integrata nell'ambiente sanitario.

II. COLLABORAZIONE

L'Organismo nazionale di Pastorale della Salute dovrà



collaborare con le Chiese particolari, le diocesi, nell'assistenza spirituale agli operatori sanitari, offrendo loro i relativi sussidi.

Quali sono i principali operatori sanitari? Come collettività, ricordiamo le parrocchie e gli ospedali cattolici, e in particolare i cappellani, le religiose, i medici, le infermiere e infermieri, il personale paramedico, i farmacisti, i volontari, le autorità sanitarie e le associazioni di malati.

1. Parrocchie

Perché sia effettivamente concreta, la Pastorale della Salute deve essere collocata all'interno della parrocchia stessa. Ciò che abbiamo detto sulla dottrina, la collaborazione, la promozione e l'accompagnamento della Pastorale della Salute, deve essere realizzato nella dovuta proporzione da ogni parroco.

I malati e, in particolare, gli anziani, vivono molto spesso nel proprio domicilio ed è lì che gli operatori della Pastorale della Salute devono cercarli per esercitare l'apostolato della misericordia. La pastorale parrocchiale non sarà completa se non terrà conto di questo campo tanto importante e decisivo. Ciò va realizzato dai parroci con l'ausilio dei cappellani affinché si possa sviluppare nel migliore dei modi una reciproca collaborazione. La pastorale sanitaria deve essere integrata nella pastorale d'insieme rivolta tanto ai malati quanto alle persone sane.

2. Ospedali cattolici

Sarebbe opportuno che ogni Organismo di Pastorale della Salute a livello nazionale, controlli l'"Index" del nostro Dicastero per sapere se quelli che vi vengono elencati come ospedali cattolici possono realmente fregiarsi di questo titolo, se ce ne sono altri, se alcuni vanno cancellati, ecc.

Il criterio per sapere se un ospedale può dirsi cattolico o no, è che vi si prolunghi o

meno il ministero sanante di Cristo nel mondo di oggi, accettando il Magistero della Chiesa nella pastorale globale della salute e che sia riconosciuto come tale da parte dell'autorità ecclesiastica competente (cf. Can. 300). Esso deve cioè accettare il Magistero della Chiesa, tanto nelle questioni di salute propriamente dette, in particolare per quanto riguarda l'inizio e il termine della vita, come pure nei problemi economici.

Per quanto riguarda la questione economica, vorrei dire che il centro sanitario che si dice cattolico non è un'attività di lucro, ma un vero centro in cui si applica il messaggio evangelico anche nella comunicazione cristiana dei beni, nella forma che si ritiene più opportuna; bisogna tener conto della necessità di ogni ospedale di sussistere economicamente, ma anche che un ospedale del genere deve essere un ospedale aperto ai poveri e ai bisognosi.

In alcuni paesi, l'ospedale cattolico è colpito dal fenomeno della diminuzione del personale religioso e da una nuova forma di sostentamento dovuto alle erogazioni del governo e delle compagnie di assicurazione. Vari ospedali hanno dovuto unirsi e perfino creare una nuova personalità giuridica diretta da laici e non da religiosi, anzi in alcuni casi la direzione è caduta nelle mani di non cattolici. In questi casi, sempre più frequenti, bisogna far sì che l'ospedale cattolico non perda la sua identità, influenzando efficacemente nell'accettazione completa del Magistero della Chiesa.

È chiaro che, perché un ospedale possa dirsi cattolico, non è sufficiente che appartenga a dei cattolici, o ad un ordine o congregazione religiosa, bensì è necessario conoscerne l'atteggiamento secondo la linea menzionata. Al contrario, un ospedale privato o statale, che riconosce e accetta la direzione del Magistero della Chiesa, può essere riconosciuto dall'autorità competente come ospedale cattolico.

3. Cappellani di ospedali

La figura del cappellano di ospedale o di un qualsiasi centro sanitario, va acquisendo sempre più importanza; mentre prima il cappellano si dedicava solo alla pastorale sacramentale dei malati, ora dà anche il senso cristiano della salute e della malattia e si occupa di tutta la problematica che ne deriva, allo stesso livello e nello stesso campo degli altri operatori sanitari: medici, infermieri, amministratori di ospedali, farmacisti, ecc. È richiesta una formazione particolare per svolgere efficacemente questo ministero nella Chiesa. Tuttavia, non si deve trascurare la pastorale sacramentale, che è il culmine dell'evangelizzazione nel campo della salute e della malattia. I sacramenti possono essere preparati in modo speciale nelle Istituzioni sanitarie. L'eucaristia deve essere il centro attorno al quale gira tutta la pastorale sanitaria.

Nella linea delle cappellanie d'ospedale, con una certa analogia, si sono sviluppate alcune équipes di attenzione pastorale sanitaria formate da diaconi, religiose o laici, insieme o da soli. Le loro competenze nella pastorale sanitaria sono diverse, secondo la dottrina della Chiesa. Ad ogni modo, il loro rapporto con il sacerdote incaricato della pastorale sanitaria di detto centro o con il parroco della par-

rocchia a cui appartiene l'ospedale, deve essere molto stretto.

4. Religiose

In alcuni luoghi si osserva il fenomeno dell'abbandono degli ospedali retti da ordini o congregazioni religiose. Come abbiamo visto, le circostanze stanno cambiando, il lavoro dei religiosi e delle religiose diventa sempre più difficile in ambito ospedaliero e, in alcuni paesi, le vocazioni per questa pastorale diminuiscono. Tuttavia, ora c'è maggiormente bisogno che il religioso o la religiosa siano presenti in questi luoghi, sia perché si va recuperando la visione spirituale nel campo della salute, e sia perché si va accentuando sempre più la secolarizzazione del mondo della medicina. Dobbiamo pregare perché ci siano sempre più vocazioni di consacrati alla Pastorale della Salute. Il Pontificio Consiglio sta adoperandosi affinché venga costituita l'Unione di Donne Consacrate alla Pastorale della Salute.

5. Medici

I medici cattolici si sono costituiti in una organizzazione a livello internazionale e nazionale. Noi dobbiamo aiutarli a rafforzare la loro unione. Essi sono agenti determinanti dell'azione pastorale nel mondo della salute, devono riconoscere ampiamente l'etica medica e il loro lavoro deve andare al di là di una semplice professione. La loro missione è quella di essere araldi della cultura della vita di fronte alle correnti devastatrici della cultura della morte, in particolare per ciò che riguarda i problemi medici posti dall'ingegneria genetica e dall'eutanasia.

Il problema economico si presenta molto forte; a questo riguardo bisogna evangelizzare questo ramo dei professionisti sanitari attraverso la comunicazione cristiana dei beni, intendendo il medico cattolico più che come un



semplice professionista, come uno che esercita il ministero pastorale della salute, secondo ciò che ci dice la Carta degli operatori sanitari edita dal nostro Dicastero.

6. Infermieri ed infermiere

Bisogna intensificare e promuovere in ogni paese l'Associazione Internazionale cattolica di infermieri e assistenti medico-sociali. L'importanza degli infermieri nella Pastorale della Salute è molto grande, in particolare oggi che assistiamo ad un abbandono degli ospedali da parte delle religiose, e sono quindi loro che devono farsi carico dell'assistenza pastorale diretta del malato nel trattamento di tutti i giorni. Questo trattamento diretto li pone nelle circostanze più atte per poter esercitare la misericordia nei confronti degli ammalati. La formazione etica e professionale degli infermieri cattolici è di grande importanza e va promossa da parte dei diversi Organismi di Pastorale della Salute nelle Conferenze Episcopali.

7. Farmacisti

Esiste anche la Federazione Internazionale dei Farmacisti cattolici che va acquistando sempre più importanza. Il farmacista cattolico ha un grande ruolo da svolgere nel fornire le medicine adeguate. Si sottolinea il suo ruolo nel controllo della droga, in particolare per quanto riguarda le sostanze psicotropiche, i precursori chimici e le droghe sintetiche.

Un altro punto molto importante si riferisce alla comunicazione cristiana dei beni, ai loro rapporti economici con il paziente e con i laboratori, alla dispensazione di medicinali e alla loro mancanza, alla fornitura dei cosiddetti medicinali essenziali o generici, ecc. Questo è un altro campo in cui l'Organismo episcopale nazionale di Pastorale della Salute ha un posto privilegiato.

8. Volontariato

In molti paesi è stato promosso ampiamente il volontariato cristiano nella Pastorale della Salute. Anticamente si parlava ad esempio delle Dame di San Vincenzo che forse sono presenti ancor'oggi in molti paesi. Ora sorgono molti altri operatori di Pastorale della Salute in numerose parti del mondo, con l'appellativo di volontariato sanitario cristiano. Si tratta di veri apostoli della pastorale della misericordia con i malati. È un altro spazio in cui devono essere presenti gli Organismi episcopali di Pastorale della Salute.

9. Autorità sanitarie

Per quanto riguarda le autorità sanitarie, è necessario riferirsi in ogni paese al Ministero della Sanità; ove opportuno, e possibile, la Chiesa deve avere un rappresentante che coordini l'azione pastorale o almeno che i rapporti tra l'Organismo nazionale di Pastorale della Salute e detto Ministero siano tali da fornire l'inculturazione del messaggio del Vangelo nelle gestioni politiche sanitarie.

10. Associazioni di malati

Gli organismi di pastorale della salute dovrebbero collaborare ampiamente nella promozione, orientamento e, se è



possibile, nel coordinamento delle associazioni di malati. In alcuni luoghi queste Associazioni operano con una mistica di offerta delle sofferenze degli associati con il Cristo redentore. Alcuni le offrono specialmente per le missioni. Si dovrà potenziare e fortificare queste unioni, dove già esistono, e promuoverle dove non ci sono.

Sussidiarietà

La funzione dell'Organismo Episcopale nazionale per la Pastorale della Salute è quella di servire ed aiutare le diverse Diocesi, e quindi i diversi Vescovi. Non è pertanto sua funzione supplire i pastori nei loro obblighi nelle diverse diocesi, bensì aiutarli. Possiamo quindi dire che il suo lavoro è sussidiario e i sussidi che fornisce sono quelli di promuovere, coordinare ed orientare il lavoro pastorale della salute in ogni diocesi.

Può anche servire da ponte tra una diocesi ed un'altra di una stessa Conferenza Episcopale, oppure con altre Conferenze, in particolare attraverso il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

III. PROMOZIONE

È compito dell'Organismo per la Pastorale della Salute favorire le organizzazioni cattoliche nazionali per la Pastorale della Salute nelle loro attività tanto teoriche quanto pratiche.

Queste organizzazioni cattoliche possono essere molto varie e di diverso tipo. Menzioniamo in particolare le Fondazioni e i Santuari, le Facoltà di Medicina nelle Università cattoliche e le Organizzazioni quali la Croce Rossa, la Caritas, ecc.

1. Fondazioni e Santuari

È molto importante favorire il rapporto con quelle Fondazioni che possono aiutare finanziariamente o patrocinare il lavoro da svolgere, e con i Santuari, in special modo

mariani, che hanno un rapporto speciale con i malati e che possono aiutare spiritualmente ed economicamente.

2. Facoltà di Medicina

È opportuno che l'Organismo nazionale di Pastorale della Salute abbia una funzione di orientamento delle Facoltà di Medicina cattoliche del proprio paese. Attualmente, in molte Facoltà si dimentica l'etica medica, in particolare modo nei complicati campi della bioetica; entra qui in gioco l'Organismo promuovendo l'orientamento cattolico di queste facoltà ed orientandole, su richiesta del Vescovo da cui dipende l'Università, di concerto con lui o con l'Ordine o la Congregazione religiosa corrispondente. Questa stessa funzione di orientamento è richiesta per i Comitati di bioetica che attualmente si vanno moltiplicando.

3. Organizzazioni varie

Organizzazioni come la Croce Rossa, ad esempio, devono sapere che godono dell'appoggio dell'Organismo nazionale di Pastorale della Salute. Lo stesso dicasi per le altre organizzazioni che promuovono direttamente o dirigono centri e istituzioni sanitari, quali la Caritas, o alcune Fondazioni speciali.

Favorire queste istituzioni consisterà nel promuovere, coordinare ove possibile, e orientare secondo il Magistero ecclesiale, non solo le Facoltà di Medicina ma anche le altre istituzioni. Questo orientamento potrà avvenire stimolando un dialogo tra loro e l'Organismo.

IV. ACCOMPAGNAMENTO

È compito dell'Organismo per la Pastorale della Salute seguire le novità legislative e scientifiche, per illuminarle a partire dall'azione pastorale della Chiesa nel campo sanitario.

1. Aspetti giuridici

Le novità non sono altro che novità, pertanto bisogna stare attenti a ciò che è nuovo nel campo medico della salute; l'area è molto vasta, tanto nel campo giuridico quanto in quello scientifico. È necessario pertanto promuovere un dialogo con gli esperti in entrambi i campi.

L'azione dell'Organismo deve quindi rivolgersi alle Facoltà di Diritto nelle Università, in particolare in quelle cattoliche, per formare la coscienza giuridica dei futuri avvocati nel campo medico. Si richiede qui anche un dialogo politico, con coloro che elaborano queste leggi. La presenza dell'Organismo in questo difficile campo risulta necessaria; qui entra la sua azione nei mass-media per formare l'opinione pubblica a questo riguardo.

2. Aspetti scientifici

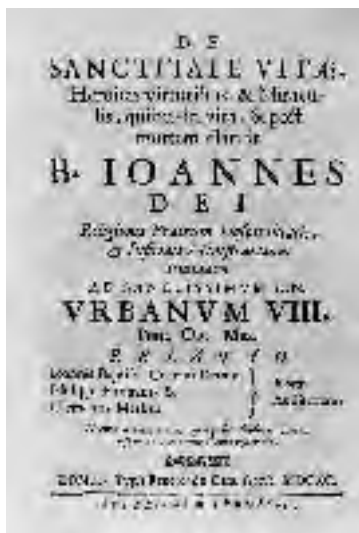
Abbiamo già parlato delle scienze mediche trattando il tema del loro rapporto con le Facoltà di Medicina; ora insistiamo nel dialogo con le società mediche e con i centri di ricerca nel campo della medicina per cercare di illuminare i diversi problemi che nascono in questo ambito. È necessaria naturalmente la presenza di esperti nell'Organismo nazionale di Pastorale della Salute, tanto a livello di medicina pratica quanto di ricercatori. Tutto ciò viene svolto

sussidiariamente in relazione all'azione degli altri Vescovi, a cui tocca vegliare su questo dialogo a livello delle proprie diocesi.

Una particolare attenzione richiedono i centri di bioetica per quanto riguarda le loro ricerche, i risultati offerti al grande pubblico, la direzione o l'orientamento secondo cui vengono offerti; di qui prende origine ciò che si dice riguardo all'aspetto giuridico delle varie proposte di legge, ad es. sulla clonazione. Occupano un posto particolare gli esperimenti realizzati nei laboratori, i problemi suscitati dai medicinali, in particolare da quelli nuovi nell'ambito dei laboratori; il problema già citato delle medicine essenziali che tanto favorirebbero il terzo mondo e che non vengono prodotte per motivi economici: quelle tristemente note con il nome di medicine orfane, perché non vengono più prodotte nel primo mondo, che è l'esportatore per il terzo mondo, e che sono quelle di cui questo necessita maggiormente.

3. Socializzazione della salute

Un altro problema di cui abbiamo già parlato riguarda la socializzazione dei servizi sanitari: l'Organismo dovrà stare attento all'attuazione concreta di questa socializzazione in ogni paese; dovrà preoccuparsi di porre rimedio ai problemi burocratici della socializzazione ed aprire la porta ad una maggiore efficienza che, per quanto possibile, eviti la burocrazia. Ci sono paesi in cui si sta tornando ad una certa privatizzazione delle cure sanitarie, passando da un'attenzione generalizzata ai centri statali, alla convenzione di centri privati per la salute. In ogni caso, l'esperienza di ogni singolo paese potrà essere molto importante perché, attraverso questo Pontificio Consiglio, possa essere messa a disposizione di tutti, e servire da orientamento nell'azione pastorale di altri Organismi episcopali nazionali della Pastorale della Salute.



4. Malattie emergenti

In questo campo non dobbiamo dimenticare le malattie emergenti che richiedono una speciale attenzione da parte di questi organismi. In ogni paese bisognerà stare al corrente di quali sono le emergenze propriamente dette. In alcune parti si tratterà del paludismo, in altre dell'AIDS, in altre ancora della droga, la lebbra, la tubercolosi, il cancro, il tabagismo, ecc. In questo campo saranno benvenuti gli orientamenti pastorali dell'Organismo per aiutare le relative Conferenze Episcopali.

CONCLUSIONE

Abbiamo cercato di presentare alcune idee per delineare le finalità e l'operatività dell'Organismo per la Pastorale della Salute di una Conferenza Episcopale e, nelle dovute proporzioni, di una diocesi e delle sue parrocchie. Come abbiamo detto, si tratta di fare un adeguamento della natura, delle finalità e dell'operatività del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, a diversi livelli. Come la funzione di questo Dicastero è realizzare la comunione ecclesiale nel ramo della Pastorale della Salute, così l'obiettivo di ogni Organismo episcopale nazionale per la Pastorale della Salute è quello di favorire questa comunione in detto campo da parte delle

Chiese particolari, come un servizio pastorale sussidiario alle diocesi; quello delle diocesi è di promuovere, orientare e coordinare il loro organismo diocesano corrispondente alla Pastorale della Salute, mentre quello delle parrocchie è di realizzarlo.

Come abbiamo visto, abbiamo cercato di fare una semplice analogia del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute con l'Organismo episcopale nazionale per la Pastorale della Salute e gli altri livelli, con le applicazioni pertinenti. Sono suggerimenti o orientamenti per le Conferenze Episcopali, ognuna delle quali dovrà trovare la maniera pratica per strutturare il proprio organismo, mentre ogni diocesi metterà in atto ciò che riterrà più opportuno.

In questo modo il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute intende prestare un servizio di comunione ecclesiale nel suo ramo, affinché gli operatori sanitari, tanto a livello nazionale come a quello diocesano e parrocchiale, possano ricevere l'assistenza spirituale richiesta per svolgere la loro attività secondo la dottrina cristiana e affinché non manchino dei sussidi adeguati per lo svolgimento del proprio lavoro (cfr. Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, 153,2).

Grande è la misericordia degli operatori pastorali verso i loro fratelli ammalati; vogliamo incrementarla ade-

guandola alle esigenze attuali, spiegando la dottrina della Chiesa, collaborando con le Chiese particolari, favorendo l'attività teorica e pratica delle diverse organizzazioni e seguendo attentamente le novità giuridiche e scientifiche nel campo della salute nelle loro risonanze pastorali. Come abbiamo detto, queste sono le linee che ci vengono offerte dalla *Pastor Bonus*.

Affidiamo il lavoro dell'organizzazione delle Commissioni episcopali, diocesane e parrocchiali per la Pastorale della Salute alla Santissima Vergine *Salus Infirmorum*, affinché ci sostenga, ci conforti e ci animi continuamente a svolgere sempre meglio il lavoro affidatoci per costruire il Regno di Dio nel mondo di oggi, a partire dal campo della Pastorale della Salute.

Note

¹ Intendiamo l'aspetto spirituale come un progetto unitario di vita, che pertanto unifica tutti gli altri aspetti dell'uomo - fisico, mentale, e sociale - e si riferisce a lui complessivamente.

² Alcuni distinguono il dolore dalla sofferenza e intendono il dolore solo nel campo fisico; qui, al termine di dolore, includiamo anche come sinonimo la sofferenza. Quindi intendiamo il dolore o la sofferenza tanto sul piano fisico, quanto su quello mentale, sociale e spirituale.

