



DOLENTIUM HOMINUM

N. 45 – anno XV – N. 3, 2000

**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
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JESÚS
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

CORRISPONDENTI

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

TRADUTTORI

CHALON DR.A COLETTE
FARINA SIG.A ANTONELLA
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 - Spedito il 15 gennaio 2001

Sommario

2

- 4 **Messaggio del Santo Padre
per la IX Giornata Mondiale del Malato
Sydney, 11 febbraio 2001**

GIUBILEO DEGLI AMMALATI
E DEGLI OPERATORI DELLA SANITÀ
VIII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO,
9-11 FEBBRAIO 2000

- 10 **Quella preghiera sofferta e gioiosa
di tanti infermi in carrozzella**
P. Gianfranco Grieco

- 12 **Indirizzo d'omaggio**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 13 **Giovanni Paolo II stringe al suo cuore
i testimoni del Vangelo della sofferenza**
Giovanni Paolo II

- 15 **Con migliaia di ammalati
attraverso la Porta Santa a San Paolo**
Dott. Alessandro Iapino

- 17 **Omelia nella Basilica di San Paolo fuori le mura**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

*"L'OPERATORE SANITARIO
E LE SFIDE DEL TERZO MILLENNIO",
9 FEBBRAIO 2000*

- 20 **Saluto al Congresso congiunto
dei professionisti della salute**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 21 **Organismi episcopali nazionali, diocesani
e parrocchiali per la pastorale della salute**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 24 **Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute
1985-2000**
S.E. Mons. José Luis Redrado

- 26 **Le sfide dei medici cattolici
per il nuovo Millennio**
Prof. Gian Luigi Gigli

- 31 **Identità del medico cattolico**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 38 **Identità dell'infermiere cattolico**
P. Joseph Joblin

- 44 **Infermieri Cattolici: le sfide per il Terzo Millennio**
Sig.ra An Verlinde

- 52 **L'identità del farmacista cattolico
alle soglie del Terzo Millennio**
P. Felice Ruffini

- 59 **Le sfide del farmacista per il Terzo Millennio**
Prof. Alain Lejeune

- 63 **La celebrazione della VIII Giornata Mondiale
del Malato nel mondo**
Dott.ssa Alessandra Ciattini

*"GIORNATA SEMINARIALE SUL MORBO DI HANSEN
REALTÀ E PROSPETTIVE"
15 GENNAIO 2000*

- 70 **Saluto d'apertura del Presidente dell'AIFO**
Dott. Enzo Zecchini

- 71 **Saluto di Mons. Lozano**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 72 **Saluto del Ministro della Sanità**
On. Rosy Bindi

- 74 **L'Associazione Raoul Follereau del Benin**
Prof. Henry Valere T. Kiniffo

- 76 **Povertà e salute**
Dott.ssa Maria Neira

- 78 **Lebbra: passato, presente e futuro**
Prof. Cairn Smith

- 82 **La creazione dell'ILEP**
Sig. André Recipon

- 84 **Raoul Follereau,
un testimone straordinario del XX secolo,
uno sguardo d'amore sugli altri**
Sig. Jos Hilger

- 88 **La figura di Padre Damien**
Sig. André de Schutter

- 90 **Una testimonianza**
P. Carlo Torriani

- 91 **Un'esperienza dall'Africa**
Dott. Leonida Compostella

- 94 **La necessità di una riabilitazione
per i malati di lebbra**
*Dott. Enrico Pupulin
Dott. Sunil Deepak*

- 97 **Il cronista e i malati di lebbra**
Prof. Igor Man

- 101 **La lebbra, parola come sinonimo di emarginazione**
Dott. Claudio Ragaini

*SEMINARIO DI STUDIO
"I SACRAMENTI NELLA PASTORALE DELLA SALUTE"
2-3 GIUGNO 2000*

- 104 **Introduzione ai lavori**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 105 **I Sacramenti nella Pastorale della Salute**
Prof. Sergio Belardinelli

- 108 **I Sacramenti: approcci antropologici**
Prof. Denis Bijou-Duval

- 112 **Un sacramento per la sofferenza:
la fede in Dio e la speranza di vita**
Prof. Sergio Ubbiali

- 116 **Segni di salvezza
I Sacramenti nella Pastorale della Salute**
Prof. Mons. Sergio Lanza

- 129 **Conclusioni**

*"MEDICINA E DIRITTI UMANI"
ROMA, 3-7 LUGLIO 2000*

- 132 **Preghiera del Santo Padre in occasione
del Congresso dei Medici Cattolici**
Giovanni Paolo II

- 133 **Di fronte alla legislazione favorevole
ai crimini dell'aborto e dell'eutanasia
il medico si avvalga dell'obiezione di coscienza**
Giovanni Paolo II

- 135 **Saluto**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

- 136 **Saluto del Presidente della FIAMC**
Prof. Gian Luigi Gigli

- 137 **Il saluto dell'AMCI**
Prof. Domenico Di Virgilio

- 138 **Anno 2000 - Attività del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute**
Don Krzysztof Nykiel

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"La Biblioteca Privata di Pio IX al Laterano"
di Colapinto, Grimaldi, Bettini
Edizioni P.U.L. - Mursia, 1997*



*“Vi affido a Maria,
Madre della Chiesa...”*

Messaggio del Santo Padre per la “Giornata Mondiale del Malato” Sydney, 11 febbraio 2001

1. Arricchita dalla grazia del Grande Giubileo e dalla contemplazione del mistero del Verbo incarnato, nel quale il dolore umano trova “il suo supremo e più sicuro punto di riferimento” (*Salvifici doloris*, 31), la Comunità cristiana si appresta a vivere, l’11 febbraio 2001, la IX Giornata Mondiale del Malato. È la Cattedrale di Sydney, in Australia, il luogo designato per celebrare una così significativa ricorrenza. La scelta del continente australiano con la sua ricchezza culturale ed etnica pone in luce lo stretto vincolo della comunione ecclesiale: essa supera le distanze, favorendo l’incontro tra identità culturali diverse, fecondate dall’unico annuncio liberante della salvezza.

La Cattedrale di Sydney è dedicata alla Vergine Maria, Madre della Chiesa. Questo sottolinea la dimensione mariana della Giornata Mondiale del Malato, che da nove anni ormai si rinnova nel giorno della memoria della Madonna di Lourdes. Maria, come Madre amorosa, farà sentire, ancora una volta, la sua protezione non soltanto verso i malati del continente australiano, ma anche verso quelli di tutto il mondo, come pure verso quanti mettono al loro servizio la propria competenza professionale e spesso l’intera esistenza.

La Giornata sarà inoltre, come in passato, un’occasione di preghiera e di sostegno per le innumerevoli Istituzioni dedite alla cura dei sofferenti. Sarà motivo d’incoraggiamento per tanti sacerdoti, religiosi, religiose e laici credenti, che a nome della Chiesa cercano di rispondere alle attese delle persone ammalate, privilegiando i più deboli e lottando perché venga sconfitta la cultura della morte e trionfi ovunque la cultura della vita (cfr *Evangelium vitae*, 100). Avendo condiviso anch’io, in questi anni, a più riprese l’esperienza della malattia, ho compreso sempre più chiaramente il suo valore per il mio ministero petrino e per la vita stessa della Chiesa. Nell’esprimere affettuosa solidarietà a coloro che soffrono, li invito a contemplare con fede il mistero di Cristo, crocifisso e risorto, per arrivare a scoprire nelle proprie vicende dolorose l’amorevole disegno di Dio. Solo guardando a Gesù “Uomo dei dolori, che ben conosce il patire” (*Is 53,3*), è possibile trovare serenità e fiducia.

2. In questa Giornata Mondiale del Malato, che ha per tema *La nuova evangelizzazione e la dignità dell'uomo sofferente*, la Chiesa intende porre l'accento sulla necessità di evangelizzare in modo rinnovato questa sfera dell'esperienza umana, per favorirne l'orientamento al benessere integrale della persona e al progresso di tutte le persone in ogni parte del mondo.

L'efficace trattamento delle varie patologie, l'impegno per l'ulteriore ricerca e l'investimento di risorse adeguate costituiscono obiettivi lusinghieri perseguiti con successo in vaste aree del Pianeta. Pur plaudendo agli sforzi compiuti, non si può tuttavia ignorare che non tutti gli uomini godono delle stesse opportunità. Rivolgo, pertanto, un pressante appello perché ci si adoperi per favorire il necessario sviluppo dei servizi sanitari nei Paesi, ancora numerosi, che si trovano nell'impossibilità di offrire ai loro abitanti decorose condizioni di vita e un'idonea tutela della salute. Auspico, inoltre, che le innumerevoli potenzialità della moderna medicina vengano poste al servizio effettivo dell'uomo ed applicate nel pieno rispetto della sua dignità.

Nel corso di questi duemila anni di storia, la Chiesa ha sempre cercato di sostenere il progresso terapeutico in vista di un sempre più qualificato aiuto ai malati. Nelle diverse situazioni essa è intervenuta con ogni mezzo a sua disposizione perché fossero rispettati i diritti della persona e fosse perseguito sempre l'autentico benessere dell'uomo (cfr *Populorum progressio*, 34). Anche oggi, il Magistero, fedele ai principi del Vangelo, non cessa di proporre i criteri morali che possono orientare gli uomini della medicina nell'approfondimento degli aspetti della ricerca non ancora sufficientemente chiariti, senza violare le esigenze che scaturiscono da un autentico umanesimo.

3. Ogni giorno mi reco idealmente in pellegrinaggio negli ospedali e nei luoghi di cura, dove vivono persone di ogni età e di ogni ceto sociale. Vorrei soprattutto sostare al fianco dei degenti, dei familiari e del personale sanitario. Sono luoghi che costituiscono come dei santuari, nei quali le persone partecipano al mistero pasquale di Cristo. Anche il più distratto è lì portato a porsi domande sulla propria esistenza e sul suo significato, sul perché del male, della sofferenza e della morte (cfr *Gaudium et spes*, 10). Ecco perché è importante che mai manchi in tali strutture una presenza qualificata e significativa dei credenti.

Come non rivolgere allora un pressante appello ai professionisti della medicina e dell'assistenza, affinché imparino da Cristo, medico delle anime e dei corpi, ad esse-

re per i fratelli autentici “buoni Samaritani”? In particolare, come non auspicare che quanti si dedicano alla ricerca operino senza sosta per individuare i mezzi idonei a promuovere la salute integrale dell’essere umano ed a combattere le conseguenze dei mali? Come non augurare, inoltre, a coloro che si dedicano direttamente alla cura dei malati di essere sempre attenti alle necessità di chi soffre, coniugando nell’esercizio della loro professione competenza e umanità?

Gli ospedali, i centri per ammalati o per anziani, ed ogni casa dove sono accolte persone sofferenti, costituiscono ambiti privilegiati della nuova evangelizzazione, che deve impegnarsi per far sì che proprio lì risuoni il messaggio del Vangelo, apportatore di speranza. Solo Gesù, il divino Samaritano, è per ogni essere umano in cerca di pace e di salvezza la risposta pienamente appagante alle attese più profonde. È Cristo il Salvatore di ogni uomo e di tutto l’uomo. Per questo la Chiesa non si stanca di annunciarLo, perché il mondo della malattia e la ricerca della salute siano vivificati dalla sua luce.

È dunque importante che all’inizio del terzo millennio cristiano sia dato rinnovato impulso all’evangelizzazione del mondo della sanità come luogo particolarmente indicato per diventare un prezioso laboratorio della civiltà dell’amore.

4. In questi anni, è andato crescendo l’interesse per la ricerca scientifica in campo medico e per la modernizzazione delle strutture sanitarie. Non si può che guardare con favore a tale tendenza, ma va ribadita al tempo stesso la necessità che essa sia sempre guidata dalla preoccupazione di recare un effettivo servizio al malato, sostenendolo efficacemente nella lotta contro la malattia. In questa prospettiva, si parla sempre più di assistenza “olistica”, cioè attenta alle necessità biologiche, psicologiche, sociali e spirituali del malato e di quanti lo circondano. Segnatamente, in materia di farmaci, terapie e interventi chirurgici, è necessario che la sperimentazione clinica avvenga nell’assoluto rispetto della persona e nella chiara consapevolezza dei rischi, e conseguentemente dei limiti, che essa comporta. In questo campo i professionisti cristiani sono chiamati a testimoniare le loro convinzioni etiche, lasciandosi costantemente illuminare dalla fede.

La Chiesa apprezza lo sforzo di chi, impegnandosi con dedizione e professionalità nella ricerca e nell’assistenza, contribuisce ad elevare la qualità del servizio stesso che viene offerto agli ammalati.

5. L'equa distribuzione dei beni, voluta dal Creatore, costituisce un imperativo urgente anche nel settore della salute: deve finalmente cessare la perdurante ingiustizia che, soprattutto nei Paesi poveri, priva gran parte della popolazione delle cure indispensabili alla salute. È questo un grave scandalo, di fronte al quale i Responsabili delle Nazioni non possono non sentirsi impegnati a porre in essere ogni sforzo, perché a quanti hanno penuria di mezzi materiali sia data la possibilità di accedere almeno alle cure sanitarie di base. Promuovere la "salute per tutti" è un dovere primario per ogni membro della Comunità internazionale; per i cristiani, poi, è un impegno intimamente connesso con la testimonianza della loro fede. Essi sanno di dover proclamare in maniera concreta il Vangelo della Vita, promuovendone il rispetto e rifiutando ogni forma di attentato contro di essa, dall'aborto all'eutanasia. In questo contesto, si situa pure la riflessione sull'uso delle risorse disponibili: la loro limitatezza esige la fissazione di chiari criteri morali atti ad illuminare le decisioni dei pazienti o dei loro tutori dinanzi a trattamenti straordinari, costosi e rischiosi. In ogni caso si dovrà evitare di indulgere a forme di accanimento terapeutico (cfr *Evangelium vitae*, 65).

Vorrei qui rendere merito a quanti, individui e strutture e, specialmente, Istituzioni religiose, svolgono un generoso servizio in questo settore, rispondendo con coraggio alle necessità urgenti di persone e popolazioni in Regioni o Paesi di grande povertà. La Chiesa esprime loro un rinnovato apprezzamento per l'apporto che continuano ad offrire in questo vasto e delicato campo apostolico. Vorrei esortare, in particolare, i membri delle Famiglie religiose impegnate nella pastorale della salute, affinché sappiano rispondere con audacia alle sfide del terzo millennio, seguendo le orme dei loro Fondatori. Di fronte ai nuovi drammi ed alle malattie che hanno sostituito le pestilenze del passato, è urgente l'opera di "buoni Samaritani" capaci di prestare ai malati le cure necessarie, non facendo mancare loro, al tempo stesso, il sostegno spirituale per vivere nella fede la loro difficile situazione.

6. Un particolare affettuoso pensiero va alla grande schiera di Religiosi e Religiose, che in ospedali ed in centri sanitari "di frontiera", insieme ad un numero sempre crescente di laici e di laiche, stanno scrivendo pagine stupende di carità evangelica. Spesso lavorano fra impressionanti conflitti bellici e rischiano ogni giorno la vita per salvare quella dei fratelli. Non pochi sono purtroppo coloro che muoiono a causa del loro servizio al Vangelo della Vita.

Desidero altresì ricordare le numerose Organizzazioni non Governative, sorte in questi ultimi tempi per venire in soccorso dei meno favoriti nel campo della salute. Esse possono contare sull'apporto di volontari "sul campo", come pure sulla generosità di una larga fascia di persone che sostengono economicamente la loro azione. Tutti incoraggio a proseguire in questa benemerita opera, che in molte nazioni sta producendo una significativa sensibilizzazione delle coscienze.

Mi rivolgo infine a voi, cari malati e generosi professionisti della salute. Questa Giornata Mondiale del Malato si svolge a pochi giorni dalla conclusione dell'Anno Giubilare. Essa costituisce, pertanto, un rinnovato invito a contemplare il volto di Cristo, fattosi Uomo duemila anni or sono per redimere l'uomo. Cari Fratelli e Sorelle, proclamate e testimoniate con generosa disponibilità il Vangelo della vita e della speranza. Annunciate che Cristo è conforto di quanti vivono nelle angustie e nelle difficoltà; è forza per chi attraversa momenti di stanchezza e di vulnerabilità; è sostegno per chi opera appassionatamente al fine di assicurare a tutti migliori condizioni di vita e di salute.

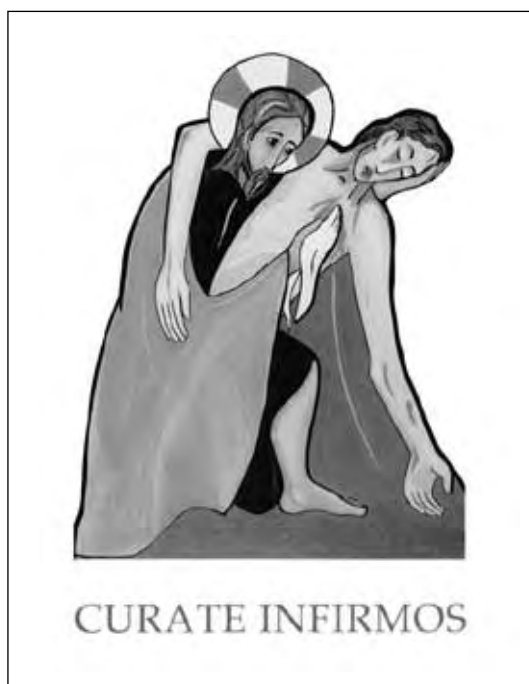
Vi affido a Maria, Madre della Chiesa, a cui, come all'inizio ricordavo, è dedicata la Cattedrale di Sydney, centro ideale della IX Giornata Mondiale del Malato. La Vergine della Consolazione faccia sentire la sua materna protezione a tutti i suoi figli nella prova; aiuti voi a testimoniare al mondo la tenerezza di Dio e vi renda icone viventi del Figlio suo.

Con questi auspici, imparto a voi ed a quanti vi stanno a cuore una speciale Benedizione Apostolica.

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

Da Castel Gandolfo, 22 Agosto 2000

***Giubileo
degli Ammalati
e degli Operatori
della Sanità***



***VIII Giornata Mondiale
del Malato
Roma, 9-11 Febbraio 2000***

Quella preghiera sofferta e gioiosa di tanti infermi in carrozzella*

10

11 febbraio 2000 in Piazza San Pietro: un abbraccio cosmico del mondo della sofferenza nel giorno del Giubileo dei malati e degli operatori sanitari. Festa liturgica di Maria Vergine di Lourdes. Tra la grotta di Massabielle con la Signora bianco vestita, con le carrozzelle, le barelle, le lettighe e con i tanti malati stesi sul letto del dolore, mai come oggi rinnovavano un incontro di comunione. Anime e cuore, vicini e lontani legati a quel filo di amore e di speranza che è la fede nella croce di Cristo che ha redento il mondo.

Piazza San Pietro era come una grande ed immensa corsia all'aperto. 2.400 malati in carrozzella e 1.700 deambulanti ai piedi del sagrato nei reparti dei santi Pietro e Paolo. Familiari, medici, paramedici, infermieri, accompagnatori e volontari. Corpi feriti; corpi carichi di dolore. Ma, sui loro volti, era tanta la gioia e la cristiana speranza.

Dall'altare, il Papa salutava così l'assemblea: «Il Signore Gesù ha rivelato la presenza del regno di Dio in mezzo agli uomini con i segni prodigiosi che accompagnavano la sua parola. Maria, sua madre, canta ancora con noi le meraviglie del Padre perché ha guardato l'umiltà della sua ancella. La Chiesa intera esulta – continuava il Santo Padre – per il dono dello spirito effuso su ciascuno dei suoi figli attraverso i sacramenti. Anche noi, raccolti per rendere grazie al Signore insieme con i nostri fratelli e sorelle ammalati, sperimentiamo la bellezza della grazia che rifulge nella nostra debolezza. Per celebrare degnamente questa solenne azione di grazie, chiediamo perdono dei nostri peccati».

La statua della bianca Signora di Lourdes

Accanto all'altare la bianca statua della Madonna di Lourdes. Cinquanta i concelebranti con la casula bianca, tra i quali il Card. Etchegaray, Presidente del Comitato del Grande Giubileo dell'anno 2000 con il segretario Arcivescovo Sepe; il Presidente del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute Arcivescovo Lozano Barragán e quarantasette arcivescovi e vescovi incaricati delle conferenze episcopali per la pastorale sanitaria. Concelebravano anche trecentoventi sa-

cerdoti impegnati in tutto il mondo nella pastorale sanitaria.

Erano i cantori della Cappella Sistina, diretta dal maestro Giuseppe Liberto, a cantare le invocazioni, dopo una breve pausa di silenzio: «Signore, luce splendente nelle tenebre, che illumini ogni uomo, abbi pietà di noi». «Kyrie, eleison» – rispondeva l'assemblea in gregoriano. «Cristo, Figlio primogenito del Padre, nato da donna, nato sotto la legge per riscattare l'uomo da ogni schiavitù». «Christie, eleison» – rispondeva ancora l'assemblea. «Signore, irradiazione della gloria divina, che purifichi l'uomo dal peccato, abbi pietà di noi». «Kyrie, eleison» – concludeva l'assemblea.

Giovanni Paolo II intonava poi il «Gloria» e subito dopo recitava l'orazione collettta: «Concedi ai tuoi fedeli, Signore Dio nostro, di godere sempre la salute del corpo e dello spirito e per la gloriosa intercessione di Maria Santissima, sempre vergine, salvaci dai mali che ora ci rattristano e guidaci alla gioia senza fine».

In lingua spagnola Renzo Paccini proclamava un passo tratto dal profeta Isaia: «Io farò scorrere verso di lei, come un fiume, la prosperità». Dopo il salmo responsoriale cantato da Michel Galeotti, An Verlinde, in lingua inglese, leggeva un brano tratto dalla lettera di san Giacomo apostolo: «Chi tra voi è nel dolore, preghi; chi è nella gioia salmeggi. Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato». Sotto gli occhi di tutti si compiva il precetto e si realizzava il prodigio.

Il diacono Dino Mulassano cantava il Vangelo mariano di Luca: la visita di Maria a santa Elisabetta ed il «Magnificat» della Vergine di Nazareth: «Grandi cose ha fatto in me l'Onnipotente e Santo è il suo nome».

Seguiva la liturgia dell'unzione con la preghiera litanica e l'imposizione delle mani. «Fratelli – diceva il Papa – rivolgiamo al Signore la preghiera della fede per i nostri fratelli infermi e per tutti coloro che li curano e li assistono». Era il diacono ministrante don Stefano Maffei ad invitare l'assemblea ad invocare: «Ascoltaci o Signore». Il diacono poi



elevava al cielo le intenzioni: «Perché il Signore benedica gli infermi; doni loro forza e salute; lenisca le loro sofferenze; li liberi dal peccato e da ogni tentazione». Si allargavano le intenzioni: «Perché tutti i malati sentano il conforto della sua grazia; perché la sua benedizione accompagni quanti assistono gli infermi; perché questi infermi mediante la sacra unzione con l'imposizione delle mani ottengano vita e salvezza».

Liturgia dell'unzione e imposizione delle mani

Il Santo Padre imponeva le mani sul capo di dieci infermi, mentre altri otto concelebranti su altri centonovanta infermi disposti ai lati del sagrato. Seguiva la preghiera del «Rendimento di grazie sull'olio», la «Sacra unzione» sulla fronte e sulle mani dei malati: «Per questa santa unzione e per la sua piissima misericordia, ti aiuti il Signore con la grazia dello Spirito Santo. E, liberandoti dai peccati, ti salvi e nella sua bontà ti sollevi». Durante la «liturgia dell'unzione» il Santo Padre era coadiuvato, tra gli altri, dall'Arcivescovo Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute; Mons. Crescenzo Sepe, Arcivescovo,

segretario generale del Comitato del Grande Giubileo dell'anno 2000; Mons. Alessandro Plotti, Arcivescovo di Pisa, Presidente dell'Unitalsi; Mons. José Luis Redrado Marchite, O.H. segretario del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute; Fr. Pascual Piles Ferrando, Superiore generale dell'ordine ospedaliero di S. Giovanni di Dio (Fatebenefratelli); P. Angelo Brusco, Superiore generale dei Chierici Regolari ministri degli infermi (Camilliani); P. Felice Ruffini, M.I. sottosegretario del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute.

La preghiera al Padre per intercessione di Maria

Alla preghiera dei fedeli, in lingua portoghese, suor Laurinda Faria, Consigliera generale delle suore ospedaliere del Sacro Cuore così pregava: «O Padre, il cui unico Figlio ha preso su di sé la povertà e la debolezza di tutti gli uomini, fa' che la tua Chiesa sappia chinarsi su ogni uomo piagato nel corpo e nello spirito e versarvi l'olio della consolazione e il vino della speranza».

In arabo, la dottoressa Maya El-Hachen, responsabile del modulo di dermatologia pediatrica dell'ospedale Bambino Gesù, pregava: «Tu che in ogni tempo suscitavi uomini e donne che per vocazione e professione dedicavano la vita al servizio dei malati nelle case e negli ospedali, fa' che nel loro quotidiano impegno si ispirino all'esempio di Cristo, Maestro e Signore».

In polacco, il prof. Henryk Chmielewski, direttore della clinica neurologica all'accademia militare di medicina di Łódź, elevava questa invocazione: «Tu che nella passione del tuo Figlio ci hai rivelato il valore cristiano del patire, fa' che non manchi ad ogni infermo il conforto della parola e dei sacramenti della fede».

Muhindo Mughanda in lingua swahili pregava con questa intenzione: «Tu che conosci i tempi e i momenti della nostra vita, fa' che, quando saremo visitati dalla prova e dal dolore, possiamo sperimentare la solidarietà di chi, per tua grazia, gode buona salute».

In francese, il prof. Alain Lejeune, presidente della Federazione Internazionale dei farmacisti cattolici, così pregava: «Tu che in quest'anno giubilare ci inviti a riscoprire il nostro volto di fratelli e sorelle intorno all'unica mensa del Corpo e Sangue del tuo Figlio, affretta il giorno in cui sarà asciugata ogni lacrima e potremo finalmente sederci a tavola con te nella pace ritrovata».

Il Santo Padre così concludeva: «Dio no-

stro Padre, che alla scuola del Cristo tuo Figlio ci hai rivelato la speranza che germoglia dalla croce, ascolta le nostre suppliche e donaci di accogliere con gioia la parola di vita e di metterla in pratica con impegno sull'esempio di Maria, la madre del tuo Figlio».

Sedici le persone – ammalati e personale sanitario – che si presentavano davanti al Papa per l'offerta dei doni. Tra gli altri, sono stati presentati tre progetti di strutture sanitarie per alcuni Paesi del Terzo Mondo, un cero e un cesto di fiori.

Da Czestochowa a Fatima

Lourdes, Czestochowa, Yamoussoukro, Guadalupe, Fatima, Harissa in Libano: questi i santuari mariani dove si è celebrata negli anni scorsi la Giornata mondiale del malato. Piazza San Pietro oggi, nell'anno del Grande Giubileo del 2000. Continua la storia della sofferenza. Continua l'eroismo dei figli e delle figlie della Chiesa che si immolano sull'altare della sofferenza con eroismo e con una dedizione senza limiti.

Attorno all'altare erano presenti i Cardinali Schwery, Vescovo emerito di Sion, Vincenzo Fagiolo e Dino Monduzzi; l'Arcivescovo Rizzato, elemosiniere di Sua Santità; i Vescovi James Michael Harvey, prefetto della Casa

pontificia e Stanislaw Dziwisz, prefetto aggiunto; l'Arcivescovo Remigio Ragonesi; Mons. Umberto Tramma, Vescovo emerito di Nola; il Vescovo maronita El-Hachem; i membri, gli ufficiali ed i consultori del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari.

In posti riservati erano il ministro della sanità del Governo italiano, on.le Rosy Bindi e altre autorità. Sul sagrato in mezzo ai fratelli ammalati, era anche presente Kirk Kilgour, campione di pallavolo, da 24 anni su una sedia a rotelle. Servivano all'altare i Chierici Regolari ministri degli infermi (Camilliani), dell'ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio (Fatebenefratelli) del Pontificio Collegio Urbano.

Accompagnava il canto liturgico anche la Corale san Vito dei Normanni (Brindisi).

Sulla Loggia del Maggiordomato erano millecinquecento i fedeli giunti in pellegrinaggio giubilare da Massa Carrara.

Terminata la celebrazione il Santo Padre saliva sulla jeep e scendeva in Piazza per salutare, confortare e benedire i malati.

Sui loro sguardi pieni di luce brillava la gioia ed il sole di primavera.

P. GIANFRANCO GRIECO

* cfr. L'Osservatore Romano del 12 febbraio 2000.

Indirizzo d'omaggio

Beatissimo Padre,

si trovano oggi in Piazza San Pietro ammalati ed operatori della sanità che provengono dai cinque continenti, per celebrare con Vostra Santità la Giornata giubilare dell'infermo e degli operatori sanitari.

Si sono preparati compiendo lunghi pellegrinaggi: sono partiti dai loro luoghi di origine, con tutte le sofferenze che derivano dall'affrontare lunghi trasferimenti. Ieri hanno celebrato l'Eucaristia in San Paolo fuori le mura ed oggi i malati e gli operatori della sanità si trovano in questa piazza, affinché Vostra Santità li conduca verso la pienissima indulgenza, facendo trovare loro Cristo, centro della storia, nella sofferenza e nel dolore, ma anche nella salute della resurrezione.

La presenza di questi malati e di questi professionisti della salute vuole essere un cantico di solidarietà e di speranza nella salvezza della resurrezione. Vogliono inoltre,

mediante l'indulgenza, incrementare la loro comunione ed essere testimoni di Cristo, unica Via, Verità e Vita, come risposta ai tanti interrogativi che suscita lo stato di infermità, tanto ad essi quanto a tutto il mondo.

La presenza di Vostra Santità è il massimo rafforzamento di questa comunione, attraverso la nostra unione col successore di Pietro, fonte di unità e di fermezza in tutta la Chiesa. Desideriamo vivamente che Vostra Santità ci conduca, con tutta la forza dell'Anno Giubilare, in questa Eucaristia, all'unica risposta che il mondo può incontrare di fronte ai problemi della cultura della morte, in una piena apertura alla cultura della vita.

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

Giovanni Paolo II stringe al suo cuore i testimoni del Vangelo della sofferenza

L'OMELIA DEL SANTO PADRE DURANTE LA CELEBRAZIONE EUCARISTICA
IN PIAZZA SAN PIETRO, 11 FEBBRAIO 2000

1. «Verrà a visitarci dall'alto un sole che sorge» (Lc 1, 78). Con queste parole Zaccaria preannunciava l'ormai prossima venuta del Messia nel mondo.

Nella pagina evangelica poc'anzi proclamata abbiamo rivissuto l'episodio della visitazione: la visitazione di Maria alla cugina Elisabetta, la visitazione di Gesù a Giovanni, la visitazione di Dio all'uomo.

Carissimi fratelli e sorelle infermi, che siete oggi convenuti in questa piazza per celebrare il vostro Giubileo, anche l'evento che stiamo vivendo è *espressione di una peculiare visitazione di Dio*. Con questa consapevolezza vi accolgo e vi saluto cordialmente. Voi siete nel cuore del successore di Pietro, che condivide ogni vostra preoccupazione ed ansia: siate i benvenuti! Con intima partecipazione celebro oggi il Grande Giubileo dell'anno duemila insieme con voi e con gli operatori sanitari, i familiari, i volontari che vi stanno accanto con premurosa dedizione.

Saluto l'Arcivescovo Mons. Javier Lozano Barrágan, Presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, con i suoi collaboratori, che hanno curato l'organizzazione di questo incontro giubilare. Saluto i signori Cardinali ed i Vescovi presenti, come pure i presuli ed i sacerdoti che hanno accompagnato gruppi di malati all'odierna celebrazione. Saluto il signor ministro della sanità del Governo italiano e le altre autorità intervenute. Un saluto riconoscente va, infine, ai numerosissimi professionisti e volontari, che si sono resi disponibili per essere al servizio degli ammalati durante questi giorni.

2. «Verrà a visitarci dall'alto un sole che sorge». Sì! Dio oggi ci ha visitato. In ogni situazione Egli è con noi. Ma *il Giubileo è esperienza d'una visitazione quanto mai singolare*. Facendosi uomo, il Figlio di Dio è venuto a visitare ogni persona e si è fatto per ciascuno «la porta»: porta della vita, porta della salvezza. L'uomo deve entrare attraverso questa porta se vuol trovare salvezza. Ciascuno è invitato a varcare questa soglia.

Oggi siete invitati a varcarla specialmente voi, cari infermi e sofferenti, convenuti in

Piazza San Pietro da Roma, dall'Italia e dal mondo intero. Siete invitati anche voi che, collegati attraverso uno speciale ponte televisivo, vi unite a noi nella preghiera dal santuario di Czestochowa in Polonia: a voi giunga il mio saluto cordiale, che estendo volentieri a quanti mediante la televisione e la radio seguono la nostra celebrazione in Italia e all'estero.

Carissimi fratelli e sorelle, alcuni di voi sono da anni inchiodati in un letto di dolore: prego Dio perché l'odierno incontro sia per loro di straordinario sollievo fisico e spirituale! Desidero che questa toccante celebrazione offra a tutti, sani e malati, l'opportunità di meditare sul valore salvifico della sofferenza.

3. Il dolore e la malattia fanno parte del mistero dell'uomo sulla terra. Certo, è giusto lottare contro la malattia, perché la salute è un dono di Dio. Ma è importante anche saper leggere il disegno di Dio quando la sofferenza bussa alla nostra porta. *La «chiave» di tale lettura è costituita dalla croce di Cri-*





sto. Il Verbo incarnato si è fatto incontro alla nostra debolezza assumendola su di sé nel mistero della croce. Da allora ogni sofferenza ha acquistato *una possibilità di senso*, che la rende singolarmente preziosa. Da duemila anni, dal giorno della passione, la croce brilla come somma manifestazione dell'amore che Dio ha per noi. Chi sa accoglierla nella sua vita sperimenta come il dolore, illuminato dalla fede, diventi fonte di speranza e di salvezza.

Cari ammalati, chiamati in questo momento a sostenere una croce più pesante, Cristo sia la porta per voi. Cristo sia anche la porta per voi, cari accompagnatori, che vi prendete cura di loro. Come il buon Samaritano, ogni credente deve offrire amore a chi vive nella sofferenza. Non è consentito «passare oltre» di fronte a chi è provato dalla malattia. Occorre piuttosto fermarsi, chinarsi sulla sua infermità e dividerla generosamente, alleviandone i pesi e le difficoltà.

4. San Giacomo scrive: «Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio,

nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati, gli saranno perdonati» (Gc 5, 14-15). Rivivremo in modo singolare quest'esortazione dell'apostolo quando, tra poco, alcuni di voi, cari malati, riceveranno il sacramento dell'unzione degli infermi. Esso, ridonando vigore spirituale e fisico, pone ben in evidenza che Cristo è per la persona sofferente *la porta che conduce alla vita*.

Cari ammalati, è questo il momento culminante del vostro Giubileo! Varcando la soglia della Porta Santa, unitevi a tutti coloro che, in ogni parte del mondo, l'hanno già varcata ed a quanti la varcheranno durante l'anno giubilare. Passare attraverso la Porta Santa sia segno del vostro ingresso spirituale nel mistero di Cristo, il Redentore crocifisso e risorto, che per amore «si è caricato delle nostre sofferenze e ha portato i nostri dolori» (Is 53, 4).

5. La Chiesa entra nel nuovo millennio stringendo al suo cuore il Vangelo della sofferenza, che è annuncio di redenzione e di salvezza. Fratelli e sorelle ammalati, voi siete testimoni singolari di questo Vangelo. Il terzo millennio attende dai cristiani sofferenti questa testimonianza. La attende anche da voi, operatori della pastorale sanitaria, che con ruoli diversi svolgete accanto ai malati una missione tanto significativa ed apprezzata, apprezzatissima.

Si chini su ciascuno di voi la Vergine Immacolata, che a Lourdes è venuta a visitarci, come oggi ricordiamo con gioia e riconoscenza. Nella grotta di Massabielle Ella affidò a santa Bernardetta un messaggio che porta al cuore del Vangelo: alla conversione e alla penitenza, alla preghiera e al fiducioso abbandono nelle mani di Dio.

Con Maria, la Vergine della visitazione, eleviamo anche noi al Signore il «*Magnificat*», che è il canto della speranza di tutti i poveri, i malati, i sofferenti del mondo, i quali esultano di gioia perché sanno che Dio è accanto a loro come Salvatore.

Allora insieme alla Vergine Santissima vogliamo proclamare: «L'anima mia magnifica il Signore» e volgere i nostri passi verso la vera porta giubilare: *Gesù Cristo, che è lo stesso ieri, oggi e per sempre!*

Con migliaia di ammalati attraverso la Porta Santa a san Paolo*

10 FEBBRAIO 2000: LA SANTA MESSA PRESIEDUTA
DALL'ARCIVESCOVO LOZANO BARRAGÁN

Un lungo, profondo e interminabile fiume di pellegrini si è riversato, nel pomeriggio di giovedì, all'interno della Basilica di san Paolo fuori le Mura. Ad attraversare la Porta Santa non erano, però, pellegrini «comuni», ma le «persone privilegiate» di quest'Anno Santo: i sofferenti, gli ammalati, con i loro accompagnatori, familiari o volontari.

Ecco i pellegrini privilegiati: così, infatti, li ha chiamati nei giorni scorsi l'Arcivescovo Crescenzo Sepe, segretario generale del Comitato del Grande Giubileo dell'anno 2000, durante la conferenza stampa di presentazione del Giubileo dei malati e degli operatori sanitari, le cui celebrazioni sono state inaugurate proprio giovedì pomeriggio da quel fiume di persone intervenute alla solenne Messa in Basilica.

Quel fiume di sofferenza e di amore

Anche a celebrazione iniziata, il flusso di pellegrini – in piedi, in carrozzina o sui lettini – non dava cenno di interrompersi, riversando all'interno, nelle navate, quasi un oceano di sofferenza e di dolore, ma anche, e soprattutto, di amore e di fede.

Di quest'amore e di questa fede ha parlato nell'omelia l'Arcivescovo Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari (per la pastorale della salute), che ha presieduto la concelebrazione eucaristica. Con lui hanno concelebrato il segretario del medesimo Pontificio Consiglio, il Vescovo José Luis Redrado Marchite e altri 23 arcivescovi e vescovi, oltre a più di cento sacerdoti provenienti da diverse parti dell'Italia e del mondo.

«Cristo è il centro di convergenza di tutti e a lui dobbiamo venire tutti insieme – ha detto l'Arcivescovo Lozano Barragán – Lui è il centro che ci dà unità e comunione: il centro della storia di tutta l'umanità e della storia di ciascuno di noi. Per arrivare a Cristo abbiamo però bisogno di due atti: l'atto di fede e l'atto d'amore, che sono come i piedi con i quali camminiamo verso questa centralità del Signore Gesù».

La fede degli ammalati e dei loro familia-

ri. La carità di chi li accompagna. «Accompagnare loro è come aiutare uno della famiglia. È una semplice e doverosa risposta a qualcuno che ti chiama, che ti chiede una mano». Ci dice questo Giusi, 25 anni, venuta da Salerno con l'Unitalsi.

Gente semplice, gente serena

Col suo stesso treno sono venuti Eleonora e Antonio, moglie e marito, con il figlio Antonio, colpito da encefalite ad appena quindici mesi.

Ora ha 32 anni. Siede in mezzo a loro su una panca in fondo alla Basilica.

È gente semplice, provata dalla vita eppure serena: «È la fede che ci ha portati qui» ci dice la signora Eleonora, con un'espressione candida e sincera che vale fiumi di parole.

La fede e la devozione di questa folla venuta da tutto il mondo è testimoniata, oltre che dal loro contegno, dai loro sguardi, so-





prattutto dal loro desiderio di riconciliarsi col Signore.

Per tutta la Santa Messa, lungo le navate laterali della Basilica, accanto ai confessionali ma anche negli angoli della chiesa, erano visibili gruppi cospicui di persone in attesa di confessarsi.

Perdono e indulgenza, non altro, sono venuti a supplicare questi pellegrini, come ha sottolineato nell'omelia l'Arcivescovo Lozano Barragán, il quale ha invece chiesto loro di unire la loro sofferenza a quella di Cristo e di offrire con Lui, in comunione con Maria, con i santi e con il Papa, il loro dolore e la loro preghiera per la salvezza dell'umanità: «perché il Cristo brilli di nuova luce in questo nuovo millennio», «perché scompaia l'ateismo pratico che invade con la secolarizzazione i nostri paesi».

«Il passaggio della Porta Santa – ha detto ancora l'arcivescovo – sia per voi passaggio dal buio alla luce, dall'odio all'amore, dall'ingiustizia alla giustizia, dalla tristezza all'allegria».

Non c'era infatti tristezza nei volti di quelle migliaia di persone. Sofferenza sì ma non tristezza. Piuttosto tanta luce, tanta speranza, tanto amore, tanta dolcezza.

La storia di Francesca

Abbiamo conosciuto Francesca, in piedi accanto ad un giovane in carrozzina: i gesti con cui lo accudiva erano così affettuosi che li abbiamo scambiati per mamma e figlio.

Francesca è invece una «dama di carità», da 16 anni, e ha accompagnato a Roma Antonio, 18 anni, affetto da tetraparesi spastica dalla nascita.

Vengono da Sibari, in Calabria: «È da due anni che giriamo con l'Unitalsi – ci dice Francesca –. Per lui è importante, perché prima non usciva mai di casa. Ora sta diventando più sicuro».

«Sono venuto per fede e anche per curiosità – confida Antonio, che frequenta il liceo classico –. È importante confrontarsi con gli altri che hanno i tuoi stessi problemi, sia da un punto di vista umano che religioso. Sono contento: ho passato la Porta Santa, ho trovato perfino alcuni amici».

Gli chiediamo se si sente un pellegrino «privilegiato». «No – risponde, quasi scherzandosi – Mi sento come tutti gli altri! Certo, la sofferenza aumenta la tua sensibilità. Soprattutto, è bello vedere tanta gente che si adopera per gli altri».

Una lezione importante

Ma chi fa veramente qualcosa per gli altri – vorremmo dire ad Antonio – sono le persone come lui, che soffrono ma non disdegnano di distribuire sorrisi.

È una lezione importante, che hanno ricevuto anche Silvia e Francesco, rispettivamente 17 e 18 anni, che incontriamo in Basilica, con gli sguardi apparentemente spensierati. Sono venuti anche loro ad accompagnare i malati da Ancona.

«Abbiamo imparato tante cose – ci dicono improvvisamente seri –. Innanzitutto a rispettare gli altri; poi, che noi, con la nostra salute, siamo davvero fortunatissimi. La loro sofferenza ci insegna quali sono i valori veri della vita, insomma ci insegna a vivere».

Dott. ALESSANDRO IAPINO

* cfr. L'Osservatore Romano del 12 febbraio 2000.

Omelia di S.E. Mons. Lozano nella Basilica di San Paolo fuori le mura

Rivolgo il mio saluto a tutti voi, eccellentissimi vescovi, sacerdoti, professionisti del campo sanitario e malati, che siete giunti da tanti paesi del mondo per incontrare Cristo, fonte di salute, in questo Anno Giubilare.

Molti sono gli elementi che ci accompagnano e ci aiutano a incontrare Cristo durante l'Anno Giubilare; il più importante è che Cristo è il punto di convergenza di tutti gli uomini e che a Lui dobbiamo ricorrere tutti assieme. Come centro, egli è fonte di unità e comunione. La data che stiamo oggi celebrando, i duemila anni della Nascita di Cristo, ci ricorda che Cristo è il Signore della storia di tutta l'umanità e di ognuno di noi. Tutta la vita che abbiamo trascorso trova il proprio orizzonte, il proprio centro, la propria ragion d'essere in lui.

Per giungere a Cristo sono necessari due elementi: la fede e l'amore, che possiamo raffigurare come i due piedi con cui camminiamo verso questa centralità del Signore Gesù; così, pentiti per tutto ciò che ci ha allontanati da Lui, gli chiediamo perdono e indulgenza. Abbiamo bisogno anche di umiltà per riconoscere i nostri errori e i nostri peccati e chiedere al Signore che ci vengano rimessi. Esercitiemo inoltre la virtù della speranza come una cosa specificatamente cristiana: ci rifugiamo nella misericordia di Dio fiduciosi nei meriti di Cristo, attraverso i quali acquistano valore i meriti della Santissima Vergine e dei Santi; chiediamo a Dio di applicare su di noi questi meriti per ottenere il nostro pieno amore per il suo perdono.

Abbiamo una fede molto grande nella mediazione della chiesa perché le nostre povere persone bisognose di perdono e di indulgenza possano essere partecipi dei meriti di Cristo, della Santissima Vergine e dei Santi. Sappiamo che il Signore Gesù affidò ai suoi apostoli, guidati da Pietro, il potere di rimettere i peccati in suo nome, e che questo potere è stato esercitato in modo vivo nel corso di tutta la storia e lo sarà fino alla fine del mondo attraverso i Vescovi, guidati dal Papa, come successori del Collegio apostolico. Crediamo nella Chiesa che è una, santa, cattolica

e apostolica e, fiduciosi in questa apostolicità, veniamo alla Sede di Pietro perché sia il Papa stesso a farci ottenere la grazia della misericordia e del perdono totale.

È questo il significato del nostro pellegrinaggio; siamo venuti appoggiandoci sui nostri due piedi speciali, quello della fede e quello dell'amore, della carità, e dopo molta fatica, data la nostra speciale condizione, siamo giunti alla Porta Santa; l'abbiamo attraversata per significare che siamo passati dalle tenebre alla luce, dall'odio all'amore, dall'ingiustizia alla giustizia, dalla tristezza alla gioia, e siamo giunti alla tomba degli apostoli in questa Basilica di San Paolo fuori le mura per ottenere, per loro intercessione, l'indulgenza plenaria; ripeteremo questo gesto domani nella Basilica di San Pietro alla presenza del Santo Padre Giovanni Paolo II.

Siamo passati dalla tristezza alla gioia. Ci rendiamo conto che le nostre sofferenze, i nostri dolori, uniti a quelli di Cristo nella sua passione e croce gloriosa, non sono qualcosa di negativo, ma Cristo stesso li ha assunti e li ha trasformati in qualcosa di positivo, come fonte di gioia, redenzione e resurrezione. I nostri patimenti si sono trasformati, in questo pellegrinaggio dell'Anno Giubilare, in fonte





di vita. La meta del nostro pellegrinaggio ha comportato il passaggio della Porta Santa, che ha significato il passaggio dalla morte alla vita. Questa è l'indulgenza plenaria cui aspiriamo: vivere sempre in pienezza di salute pur nel dolore e nella sofferenza.

Nella Chiesa esiste ciò che chiamiamo la Comunione dei Santi. Ciò che ognuno fa di buono nella vita, in virtù dei meriti di Cristo, diventa fonte di salvezza per gli altri. Così succede grazie ai meriti della Santissima Vergine Maria, di tutti i santi e anche di tutti noi, specialmente dei malati. Viviamo in stretta comunione e unità con la chiesa, questa è la Chiesa una e santa che, nella sua universalità e cattolicità, grazie alla forza apostolica si trasforma per tutti in fonte di salvezza, naturalmente a partire da Cristo unico Salvatore.

Oggi, in questa veglia di preghiera, esorto tutti voi, in particolare i malati, ad offrire le vostre sofferenze e i vostri dolori a Cristo perché Egli li prenda su di sé; anzi egli se ne è già fatto carico e, a partire da loro, elargisce le sue grazie su tutti voi e su tutta la Chiesa.

Questi doni sono il perdono delle pene dovute per i nostri peccati, e permettono di avvicinarci amorosamente di più a Cristo e ricevere così l'indulgenza plenaria.

Abbiamo detto che i passi fondamentali da compiere perché il nostro pellegrinaggio porti frutti sono la fede e l'amore, la carità; in effetti, attraverso di loro possiamo affermare Cristo come fonte della nostra unione, comunione, orizzonte e centro. Per questo il Papa ci invita ora ad offrire le nostre sofferenze e la nostra preghiera giubilare per due intenzioni ben definite: perché Cristo sia predicato dove ancora non si conosce e perché ci sia libertà di praticare la religione cristiana in tutto il mondo. Offriamo in questo momento tutti i nostri patimenti, le nostre malattie, i nostri dolori perché Cristo risplenda con nuova luce in questo millennio che inizia, perché ovunque si realizzi una nuova Evangelizzazione, perché termini l'ateismo pratico che invade con il secolarismo tanti nostri paesi, perché tutto il mondo riconosca che non c'è altro salvatore che Gesù Cristo e perché tutti possano esercitare il proprio diritto fondamentale a credere in Lui e a comportarsi di conseguenza in tutti gli ambiti della vita. Occorre portare Cristo in ambienti tanto diversi come quello dell'economia, la politica, la cultura, l'intera società. La nostra preghiera in questo Anno Giubilare è che le nostre malattie, le nostre sofferenze e i nostri dolori diventino sorgenti da cui scaturisce la vita vera per tutta l'umanità.

La Vergine Santissima, la grande Porta Santa della storia della salvezza, ci aiuti ad attraversare questa porta per incontrare suo Figlio Gesù Cristo, medicina di tutte le nostre malattie e cura di tutti i nostri dolori. In quest'Anno Giubilare troveremo così in Cristo il Medico Divino che ci dona la felicità.

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

***Giubileo
degli Ammalati
e degli Operatori
della Sanità***

***L'operatore sanitario
e le sfide
del Terzo Millennio***



***Convegno dei Vescovi incaricati
di Pastorale della Salute
delle Conferenze Episcopali
e Convegni delle
Associazioni Cattoliche
dei Professionisti della Salute***

***9 febbraio 2000
Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano***

Saluto al Congresso congiunto dei professionisti della salute

20

Nell'ambito dei festeggiamenti del Grande Giubileo dell'Anno 2000, ho il piacere di celebrare questo Congresso che riveste grande importanza per tutti i professionisti nel campo della salute. Esprimo il mio più cordiale benvenuto a tutti voi, eccellentissimi Vescovi, sacerdoti, medici, infermieri, farmacisti, volontari; auspico che il nostro Incontro porti a tutti voi uno dei frutti più importanti per la Pastorale della Salute, come inizio di questo terzo millennio.

In questo Congresso lavoreremo nello spirito stesso del Giubileo, la cui finalità è quella di porre Cristo al centro della storia, dei tempi e del cosmo. La forma che seguiremo per una vera Pastorale della Salute sarà quella di porre Cristo al centro della medicina in tutte le sue accezioni. Di fronte alle problematiche che colpiscono oggi le diverse categorie dei professionisti della salute e che spesso sono conseguenza della globalizzazione dell'economia, proponiamo un nuovo modello di medicina, che abbia come meta, finalità e orizzonte soltanto Cristo.

È in questa linea che abbiamo tracciato il tema di questo Congresso, l'identità e le sfide nel nuovo millennio cui si trovano di fronte i responsabili della pastorale della salute, i medici, i malati, i farmacisti, quanti cioè, in un modo o nell'altro, si occupano di questo settore tanto importante nella vita di oggi.

Data la complessità del tema, i lavori verranno svolti, con l'aiuto di Dio, in due momenti: uno analitico e l'altro sintetico. Nel primo ci divideremo in gruppi affinché ogni ramo dei professionisti studi in particolare i propri problemi e apporti le soluzioni che reputa più opportune; nel secondo momento, ci riuniremo



per uno scambio delle diverse soluzioni apportate e per una visione d'insieme.

Vescovi, sacerdoti, medici, infermieri e infermiere, farmacisti, ognuno avrà un luogo distinto per studiare la materia che lo riguarda. Il metodo che seguiremo sarà molto semplice: conferenze che esporranno il problema e indicheranno le soluzioni pertinenti, e discussioni all'interno dello stesso gruppo in una sorta di forum. In ogni gruppo ci sarà un segretario che raccoglierà quanto emerso dalla discussione per poi esporlo nella seconda parte del nostro incontro; in questo modo tutta l'assemblea potrà conoscere il risultato degli studi di ogni ramo delle diverse professioni nel campo della salute e si otterrà l'auspicata visione d'insieme. Ci auguriamo di poter fare in seguito una pubblicazione adeguata di tutto il materiale che raccoglieremo, affinché resti a memoria di questo primo studio complessivo del millennio sulla Pastorale della Salute, e i risultati si possano utilizzare nella Chiesa.

Come voi stessi potrete rendervi conto, la presenza a questo Congresso è stata selettiva. Tutti voi venite a vostro nome, è vero, ma allo stesso tempo rappresentate anche gli

altri professionisti del ramo sanitario di cui fate parte. È attraverso di voi e delle vostre diverse organizzazioni che si devono far giungere i risultati di questo Congresso a tutti gli altri membri della vostra professione. Voi portate così la responsabilità di tanti altri che non hanno potuto essere presenti, pur volendolo, poiché per motivi di spazio non è stato possibile estendere l'invito a un numero maggiore di persone. La vostra presenza è quindi molto qualificata, il che vi colloca in una posizione di grande responsabilità nell'evangelizzazione della medicina dal luogo peculiare in cui vi trovate.

La Santissima Vergine, grande Porta Santa attraverso la quale Cristo venne al mondo e per la quale noi transitiamo per giungere a Lui nell'Anno Giubilare, ci accompagna in questo primo atto della nostra Giornata Giubilare del malato, affinché poniamo Cristo al centro di tutte le nostre vite, tanto a livello personale come nella stessa professione a cui apparteniamo, per offrire alla società di oggi una luce su come giungere alla piena salute in un mondo in cui viene spesso distrutta l'armonia e ferita profondamente la solidarietà, in particolare emarginando i più poveri e i malati.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN

*Arcivescovo-Vescovo di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Organismi episcopali nazionali, diocesani e parrocchiali per la pastorale della salute*

Finalità e operatività di un organismo per la pastorale della salute

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.

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, a partire da quattro capitoli d'azione che intitoleremo: *Dottrina, Collaborazione, Promozione, Accompagnamento.*

1. 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.

a. La 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 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.

b. Senso del dolore

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 redentrici.

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.

c. Adeguamento ai nuovi tempi

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 pastorale 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.

c.1. La socializzazione della salute

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.

c.2. Questioni di bioetica

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.

c.3. Educazione alla salute

Si deve educare all'umanizzazione e alla qualità di vita, alla cosiddetta "QALYS" (*quality adjusted life years system*), la qualità di vita aggiustata ai diversi anni che si vi-



vono. 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 assegnatale da Dio.

2. 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.

Questi sono i principali operatori sanitari:

a. Parrocchie

Perché sia effettivamente concreta, la pastorale degli operatori sanitari 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.

b. Ospedali cattolici

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 (cfr. 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.

c. Cappellani di ospedali

La figura del cappellano di ospedale o di un qualsiasi centro sanitario, va acquisendo sempre più importanza; men-

tre 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.



d. Religiose

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.

e. 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.

f. Infermieri ed infermiere

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. 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.

g. Farmacisti

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.

h. Volontariato

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.

i. 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.

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 for-

nisce sono quelli di promuovere, coordinare ed orientare il lavoro pastorale della salute in ogni diocesi.

3. 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.

a. 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.

b. 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. Questa stessa funzione di orientamento è richiesta per i Comitati di bioetica che attualmente si vanno moltiplicando.

c. 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:

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.

4. 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.

a. Aspetti giuridici

L'azione dell'Organismo deve rivolgersi alle Facoltà di Diritto nelle Università, in particolare in quelle cattoliche, per formare la coscienza giuridica dei futuri avvocati nel campo medico.

b. Aspetti scientifici

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.

c. 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 preoccupar-

si di porre rimedio ai problemi burocratici della socializzazione ed aprire la porta ad una maggiore efficienza che, per quanto possibile, eviti la burocrazia.

d. Malattie emergenti

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.

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 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.

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.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Arcivescovo - Vescovo di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

*Questo testo è un'estratto del testo integrale di S.E. Mons. Lozano, che è stato già pubblicato su *Dolentium Hominum* n° 41/II-1999.

Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute 1985-2000

24

1. Cosa è il Pontificio Consiglio?

1. *Una data importante.* L'11 febbraio 1985 rappresenta una data importante per la Chiesa, per gli ammalati, per gli istituti religiosi e per tutti gli operatori sanitari. Mediante il Motu Proprio *Dolentium Hominum*, Sua Santità Giovanni Paolo II istituisce la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. Tre anni più tardi, con la riforma della Curia Romana (C.A. *Pastor Bonus*, 28 giugno 1988), la Pontificia Commissione diventa Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, ottenendo l'autonomia che la Costituzione Apostolica concede a tutti i Dicasteri.

2. *Le motivazioni che hanno spinto il Papa alla sua istituzione.* La Lettera Apostolica indica, tra l'altro, le seguenti motivazioni: la sollecitudine della Chiesa per l'uomo che soffre, i grandi progressi raggiunti dalla medicina e la necessità di coordinare tutti gli organismi che si dedicano al mondo della salute, poiché l'azione individuale non è sufficiente; di qui la necessità di un lavoro congiunto, intelligente, programmato, costante e generoso.

3. *I compiti.* I principali compiti assegnati al Pontificio Consiglio sono i seguenti: stimolare, promuovere, coordinare, collaborare con le Chiese locali e seguire con attenzione i programmi sanitari e le loro ripercussioni nella Pastorale della Chiesa.

4. *L'organigramma.* Presidente: S.E. Mons. Javier Lozano Barragán; Segretario: S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.; Sotto Segretario: P. Felice Ruffini, M.I. Fanno parte del Consiglio 34 Membri, in rappresentanza dei vari dicasteri della

Curia Romana e delle istituzioni religiose sanitarie; 48 Consulitori e una Segreteria formata da diversi Officiali e da un gruppo di volontari presenti durante l'orario di lavoro.

2. Attività del Pontificio Consiglio

a. Prima tappa, 1985-1996: dodici anni di attività

Si tratta della nascita del Pontificio Consiglio, una tappa di creatività e di prima organizzazione.

La creatività è stata immensa con la presidenza del Cardinale Fiorenzo Angelini. Il Pontificio Consiglio era uno strumento nuovo, si cominciava da zero per quanto riguardava l'organismo e le sue funzioni. I punti forti di questi primi anni sono stati: la creazione della rivista *Dolentium Hominum* edita in quattro lingue; numerosi viaggi per conoscere la realtà sanitaria e pastorale nei vari paesi; partecipazione a numerosi congressi; la Conferenza Internazionale, piattaforma di cultura sanitaria e pastorale; la Giornata Mondiale del Malato; l'intenso rapporto con le Chiese locali, con l'animazione di strutture di pastorale sanitaria nelle stesse; le visite *ad limina*; i rapporti con l'OMS e con altri Organismi; la pubblicazione di libri ed opuscoli come strumenti di lavoro e di animazione; infine, l'intensa e crescente attività di Segreteria. Sono stati anni di fecondo lavoro, anni in cui potremmo dire sono state poste le fondamenta e aperte strade, anni in cui sono state raggiunte mete importanti della Pastorale della Salute nella Chiesa universale.

Il lavoro è frutto di leaders ispirati che ne sono il motore, ma anche di quanti lavorano quotidianamente svolgendo con efficacia la propria missione. Ci riferiamo a tutto il per-

sonale della Segreteria, ai membri, ai consultori, agli esperti e ai volontari. Tutti, con prestigio, efficacia ed intelligenza hanno reso possibile l'immenso lavoro della prima tappa del Pontificio Consiglio.

b. Seconda tappa, gennaio 1997...

Questa seconda tappa coincide con il cambiamento di presidenza: il Cardinale Fiorenzo Angelini viene sostituito da S.E. Mons. Javier Lozano Barragán. Il nuovo Presidente segue attentamente il lavoro che si sta realizzando.

Nei giorni dal 9 all'11 marzo 1998 si è tenuta l'Assemblea Plenaria del Dicastero, a cui hanno partecipato tutti i membri ed alcuni Consulitori. Frutto di questa IV Assemblea Plenaria è stata la nuova *pianificazione del lavoro* del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, uno strumento valido per l'attività quotidiana del Dicastero. Questo Piano di lavoro, approvato dal Santo Padre, comprende 47 programmi organizzati attorno ai ministeri della Parola, della Santificazione e della Comunione, affidati alle 18 persone che formano il Pontificio Consiglio: superiori, ufficiali e collaboratori. Per farlo conoscere meglio, il Piano di lavoro è stato pubblicato e distribuito ai Capi-Dicastero della Curia Romana e alle Conferenze Episcopali, in particolare ai Vescovi incaricati della Pastorale della Salute.

Attraverso questa nuova pianificazione del lavoro, il Pontificio Consiglio ha voluto rispondere in modo più efficace alla missione affidatagli dal Santo Padre: essere un aiuto al suo prezioso ministero petrino nel campo specifico della salute e della sanità.

Nell'elaborazione del Piano di lavoro, si è avuto come punto di riferimento il Motu Proprio istitutivo *Dolentium homi-*

num e la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus* e, per ciò che si riferisce al significato cristiano della sofferenza e della vita, la Lettera Apostolica *Salvificis Doloris* e l'Enciclica *Evangelium Vitae*.

Nel formulare le linee concrete del Piano generale di lavoro, si è tenuto particolarmente conto dei suggerimenti e delle indicazioni della Lettera Apostolica *Tertio Millennio adveniente* e della *Carta degli Operatori Sanitari*.

Partendo da queste promesse dottrinali, il Pontificio Consiglio ha elaborato il proprio Piano di lavoro secondo quattro aspetti: finalità, politiche, forme d'azione e programmi.



Finalità del Dicastero

Sulla base di quanto detto sopra, è stato fissato l'obiettivo generale del Pontificio Consiglio, con particolare riferimento al tempo del Grande Giubileo dell'Anno 2000; esso è: "Commemorare l'Incarnazione del Verbo secondo la Bolla d'Indizione del Grande Giubileo dell'Anno 2000 'Incarnationis Mysterium', per illuminare le culture sanitarie con il Vangelo; per santificare il malato e l'ambiente sanitario in generale, e per giungere alla comunione solidale della Pastorale della Salute in tutta la Chiesa".

Operatività del Dicastero

Per quanto attiene al piano pratico, per raggiungere detto fine tenendo conto dei suoi obiettivi specifici nel ministero

della Parola, che contiene 11 programmi, il Pontificio Consiglio ha fissato il seguente obiettivo: "Commemorare l'incarnazione del Verbo per illuminare con il Vangelo le culture sanitarie tramite i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Nel ministero della Santificazione, che comprende 7 programmi, l'obiettivo è stato il seguente: "La santificazione del malato e del mondo della salute in generale attraverso i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Nel ministero della Comunione, con 29 programmi da sviluppare, l'obiettivo è stato: "Ottenere l'unificazione della pastorale della salute in tutto il mondo attraverso i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Per raggiungere la finalità che il Dicastero ha fissato nel ministero della Parola, sono state messe in atto le seguenti attività: si è cercato di dare il senso della vita e della sofferenza, e il senso della natura e della sua manipolazione, spiegandoli, diffondendoli e divulgandoli a tutti, in particolare ai vescovi durante le loro visite *ad limina* o di passaggio a Roma. Al riguardo, grande è stato l'aiuto ottenuto con la celebrazione della XIV Conferenza Internazionale, con la pubblicazione della rivista *Dolentium hominum*, con la partecipazione degli Officiali del Dicastero a vari congressi e incontri, con le visite *ad limina*, ecc.

Per quanto riguarda l'evangelizzazione delle facoltà di Medicina, il Pontificio Consiglio cerca sempre di stare in contatto con le più importanti facoltà cattoliche di Medicina, di Farmacia e di Diritto, al fine di promuovere in futuro corsi specifici; gli altri programmi promossi con grande cura nel settore della Parola si riferiscono a: pubblicazioni, Organizzazione Mondiale della Salute, manuale pastorale per i tossicodipendenti, guida pastorale della salute, conferenze, Conferenza Internazionale, ricerche, centri di insegnamento, "dossiers".

I summenzionati 47 programmi sono stati realizzati

con grande attenzione da parte di tutti i componenti del Dicastero. I risultati sono stati molto soddisfacenti e confermano la sintonia della pianificazione di lavoro con l'obiettivo fissato per l'anno 2000.

Per concludere, vogliamo menzionare alcuni punti rilevanti dell'attività del Dicastero nell'anno 1999 e nella prima metà dell'anno 2000.

1. Celebrazione della Giornata Mondiale del Malato in Libano, 11 febbraio.

2. Numerosi incontri interdicasteriali a cui hanno partecipato i superiori o gli Officiali del Dicastero.

3. Partecipazione a vari Congressi e incontri: OMS, Unitalisi, Accademia per la Vita, AIDS (Argentina), Marocco, Polonia, ecc.

4. Visita al Dicastero dei vescovi *"ad limina"*.

5. Vari congressi, organizzati dal Dicastero:

* 1-2 luglio 1999 sugli Ospedali Cattolici;

* 18-20 novembre 1999, Conferenza Internazionale su "Economia e Salute";

* 22-23 novembre 1999, Simposio su "Il Cappellano cattolico in Pastorale della Salute";

* 9-11 dicembre 1999, Simposio sull'AIDS;

* 15 gennaio 2000, Simposio sulla Lebbra;

* 7-12 febbraio 2000, Giubileo dei malati e degli Operatori della Sanità;

* 28 marzo 2000, Giubileo degli Odontoiatri;

* 4 aprile 2000, Congresso Internazionale, "Curare il corpo e salvare l'anima";

* 6-7 aprile 2000, Secondo Dialogo Annuale Cattolico Pan-Americano della Salute;

* 2-3 giugno 2000, Seminario di Studio, Sacramenti nella Pastorale della Salute.

6. Attività editoriale, centrata nella pubblicazione della rivista *Dolentium hominum* in quattro lingue.

Naturalmente, dietro tutta questa attività c'è il lavoro quotidiano e sempre più intenso della Segreteria.

S.E. Mons. JOSÉ L. REDRADO,
O.H.
Segretario del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

1. Cambiamenti nella professione medica

La professione medica ha subito enormi cambiamenti nella seconda metà del XX secolo. Ciò è dovuto, in parte, alla rivoluzione imposta dall'aumento della conoscenza delle scienze biomediche e, in parte, ai grossi cambiamenti avvenuti nella società, che non potevano non sortire effetto sui medici.

a. L'aumento della conoscenza scientifica nelle scienze biomediche e il processo di iperspecializzazione

Il progresso della conoscenza scientifica nelle scienze biomediche continua a grandi passi. Ne è risultato un aumento nel numero delle riviste mediche al punto che viene data per scontata l'impossibilità di leggere l'intera produzione scientifica, anche in settori specifici; esiste quindi un proliferare di giornali che offrono estratti o versioni ridotte di interi articoli, su carta oppure *on line*. Certamente, questa non è l'unica causa del processo di iperspecializzazione che sta modificando la professione medica, ma può essere una delle più importanti, insieme all'idea che, lavorando come specialista, è possibile guadagnare di più rispetto al medico generico.

L'iperspecializzazione sta trasformando la professione medica, sostituendo l'approccio olistico, cioè l'approccio che considera la persona interamente, compresi i suoi bisogni fisici, mentali e spirituali, con una pratica basata sulla patologia organica. Questa tendenza a lunga durata influenza anche le scuole mediche, dove la medicina interna è stata frammentata in una serie di insegnamenti basati sulla patologia organica. Il processo sembra non aver fi-

ne, poiché riguarda anche le discipline scientifiche, in cui il successo accademico è spesso offerto dall'abilità del medico a specializzarsi ulteriormente in ambiti nuovi, cercando di diventare il numero uno in un piccolo campo.

C'è un detto che definisce lo specialista come il medico che conosce sempre di più su sempre meno cose, al punto di conoscere tutto su niente. Naturalmente, questo detto contiene un paradosso, ma anche una buona dose di verità.

Non sorprende che gli studenti di medicina non siano spesso in grado di considerare il paziente come un insieme di corpo, mente e anima, ma abbiano invece una visione distorta di un semplice assemblaggio di organi e tessuti. Tale visione è rafforzata dall'indubbio successo della medicina dei trapianti, che ci spinge a chiederci dove si trovi il principio di unità che regola l'assemblaggio organico.

Il tasso di incremento della conoscenza scientifica è talmente rapido che non c'è tempo per metabolizzarlo e nessuno sembra in grado di tentare l'organizzazione di nuovi ambiti di conoscenza in un quadro armonico e coerente.

b. L'invasione tecnologica della medicina

La seconda metà del XX secolo è stata anche un'epoca di invasione tecnologica della medicina. Una sfera di eventi misurabili ha sostituito la vecchia arte medica, fatta di capacità di osservazione, mani abili e saggezza. Ne è risultato che è l'accesso alla tecnologia ciò che maggiormente condiziona il successo.

La tecnologia è un elemento cruciale, che mina perfino i bilanci delle società economicamente sviluppate e discrimina

gli abitanti di diversi Paesi in termini del loro diritto ad avere accesso a standards di assistenza altamente qualitativi. Naturalmente, lo sviluppo tecnologico ha certamente creato nuove e meravigliose possibilità per diagnosi e trattamenti migliori.

Tuttavia, a parte il dilemma etico posto dalla tecnologia, come ad esempio nel campo della tecnologia riproduttiva artificiale, alcuni medici hanno inconsciamente recepito l'errato messaggio che fosse possibile risolvere la maggior parte dei problemi del paziente dipendendo semplicemente dalle macchine. Così la comunicazione con il paziente è stata considerata sempre meno importante, anche per la raccolta storica dei suoi dati e per l'esame fisico, perdendo grandi opportunità di usare la comunicazione come una terapia in sé.

L'estremo di questo approccio anonimo e impersonale del rapporto medico-paziente è dimostrato dal crescente numero di pagine web a cui i pazienti possono avere accesso per presentare le loro lamentele e ricevere suggerimenti circa procedure diagnostiche e trattamenti farmacologici. Internet è un magnifico strumento per facilitare la comunicazione tra i medici che vivono in Paesi diversi del mondo. Inoltre è un magnifico strumento per continuare l'educazione medica, con la possibilità di accedere alle biblioteche e ai giornali più importanti; l'unica limitazione è il tempo (si dice che Internet sia uno strumento per sonnambuli e disoccupati). D'altro lato, la comunicazione attraverso i computers non si può certamente considerare un sostituto all'incontro a tu per tu tra paziente e medico, nonostante il business reale esistente dietro questo tipo di operazioni.

c. L'espansione delle medicine alternative

Non sorprende, tuttavia, che un numero sempre maggiore di persone stia voltando le spalle alla medicina impersonale e cerchi una risposta alle proprie lamentele nelle cosiddette medicine alternative.

In una società che ha espulso la fede tradizionale, eredità di secoli e base della civiltà moderna, osserviamo un'invasione di sette, di maghi e un vago spiritualismo new age. Lo stesso avviene nella medicina. Sempre più persone lasciano la medicina fredda e impersonale, incapace di aver cura del paziente in tutte le sue dimensioni, e preferiscono un tipo di intervento che, nonostante ogni evidenza di reale efficacia, nondimeno mostra un carisma quasi sacro. Pranoterapia, medicina tibetana, erbe e polveri delle culture pre-colombiane, poteri curanti: approcci molto diversi, accomunati dal fatto che la terapia specifica è meno importante del contatto con il terapeuta, il quale si ritiene che sia dotato di uno speciale fluido curativo.

L'invasione delle medicine alternative dovrebbe porre importanti interrogativi ai medici, che dovrebbero chiedersi perché hanno perso il carisma e come hanno vissuto il loro rapporto con i pazienti. Molto spesso, invece, c'è solo una manifestazione di disgusto razionalistico, tipico dell'uomo di scienza chiuso nella sua torre d'avorio. Lo stesso atteggiamento viene qualche volta manifestato verso professioni nuove come, ad esempio, la chiropraterapia, o l'agopuntura, nonostante il fatto che le loro modalità di intervento siano molto più comprensibili per l'educazione medica tradizionale.

d. L'autonomia e la libertà di scelta del paziente

Continuando la nostra riflessione sui cambiamenti nel rapporto medico-paziente, altri due aspetti richiedono la nostra attenzione. Innanzitutto c'è una crescente domanda di libertà di scelta da parte dei no-

stri pazienti. Ciò non riguarda solo il caso di procedure immorali, quali l'aborto, o il caso di rifiuto delle pratiche comuni da parte di alcune minoranze, come l'emotrasfusione per i testimoni di Geova, ma anche nel caso in cui il paziente scelga modalità di trattamento non sufficientemente convalidate dalla ricerca scientifica. Questo può accadere in particolare per le patologie croniche disabilitanti, per le quali i trattamenti correnti non sono in grado di arrestare il progresso della malattia e sono causa di effetti collaterali molto seri, come nel caso di molti tipi di cancro e di sclerosi multipla.

Lo scorso anno l'Italia è stata scossa dalle dimostrazioni di pazienti oncologici e delle loro famiglie, che chiedevano la possibilità di scegliere un trattamento alternativo alla chemioterapia standardizzata. Mi riferisco al caso della cosiddetta Terapia Di Bella, che ebbe ampio risalto sui media. Questa terapia alternativa fu richiesta sulla base di casi riportati e sulla base del carisma del Dott. Di Bella, nonostante la mancanza di ogni solida evidenza scientifica di efficacia. Sotto la pressione delle dimostrazioni, il Governo fu costretto ad autorizzare il pagamento della non ortodossa terapia da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Il caso Di Bella ha mostrato, su base nazionale, che il rapporto asimmetrico del medico con il proprio paziente era terminato e che il paternalismo era stato sostituito dall'autonomia del malato.

e. Il conflitto tra medico e paziente

Questo ci porta al secondo aspetto. Se il paternalismo era certamente sbagliato, l'autonomia rischia di degenerare in conflitti frequenti. Infatti, la fiducia reciproca viene sempre più sostituita dal sospetto legittimo, in cui il paziente e il medico si considerano come potenziali nemici. Si vuole che l'intervento medico sia efficace in ogni circostanza. Le conseguenze sono l'enorme business delle assicurazioni, la trasformazione e la perversione delle

forme per il consenso informato da strumenti per l'informazione corretta in burocrazia per la protezione del medico. Nel mio Paese, in ogni ospedale è attivo un Tribunale per i Diritti del Paziente. Il nome "Tribunale" basta da solo a spiegare la mentalità sottostante.

f. L'assegnazione delle risorse

Questi sono alcuni dei cambiamenti verificatisi al livello del rapporto medico-paziente. La nostra professione, tuttavia, si trova di fronte anche a fattori esterni, il più drammatico dei quali è probabilmente la crescente enfasi sulla limitazione delle risorse.



f.1. I limiti delle risorse nelle società ricche

Bisogni e risorse sono il cuore del rapporto economico nella politica sanitaria, ma sono caratterizzati da una tensione interna che può portare ad una difficoltà di scelta, ad un'impasse. Da un lato, è chiaro che la salute ha un costo ma, dall'altro, essa è un bene senza prezzo. Per questo motivo, la pressione sulla salute può essere potenzialmente avversa per un sistema economico, poiché tende a spendere il massimo e a soddisfare il massimo dei bisogni.

Per superare l'ostacolo, le autorità sanitarie sono andate limitando il ruolo dei finanziamenti pubblici nell'assistenza sanitaria: il *welfare state* ha subito critiche ed è stato sottoposto a revisione in tutto il mondo. Tuttavia, quando il bilancio è la nostra preoccupazione maggiore, nuove questioni morali si impongono alla nostra attenzione.

Le società ricche permettono lo scandalo di avere una vasta parte della loro popolazione senza copertura dei bisogni sanitari di base. Il valore della vita umana può arrivare a dipendere dall'età, con l'accesso a procedure costose negato agli anziani. Il libero accesso ad alcune procedure diagnostiche estese può venire talmente ristretto in realtà che ogni qualvolta l'esame sia urgente, il paziente è *de facto* costretto a pagare, e quindi è discriminato secondo il *census*.

f.2. La mancanza di risorse nei Paesi in via di sviluppo

Se questo è quanto accade nei sistemi sanitari delle società post-industriali, nei Paesi in via di sviluppo continuiamo ad assistere a calamità bibliche che colpiscono le società povere, devastate dalla mortalità materna e infantile, dalla malnutrizione, da vecchie e nuove infezioni, senza risorse locali da usare per l'assistenza sanitaria e con gli aiuti esterni condizionati dall'accettazione di programmi per il controllo delle nascite, mentre le compagnie farmaceutiche non hanno interesse a produrre farmaci che possano curare le malattie dei poveri.

f.3. La medicina dei desideri

Al contrario, nelle società ricche, per coloro che possono permetterselo, si è verificata una vera e propria esplosione di un tipo di medicina basata sui desideri personali.

La chirurgia estetica, il cambiamento di sesso, la dermatologia cosmetica, strani regimi dietetici sono solo alcuni esempi di una medicina basata sui desideri. I medici accettano di essere coinvolti in procedure che hanno poco a che vedere con il sollievo delle umane sofferenze. La contraddizione diventa ancor più stridente quando i sistemi costretti a limitare i servizi sanitari offerti alla popolazione in generale continuano a destinare parte dei loro bilanci a soddisfare i desideri personali. A Roma, la qualità dell'assistenza oncologica al di fuori degli ospedali è inadeguata e i pazienti si sentono dire che le risorse sono insufficienti per migliorare il servi-

zio. Tuttavia, nella stessa città è possibile cambiare il proprio sesso a costo zero in un ospedale pubblico.

f.4. La "Evidence Based Medicine" (EBM)

Il problema della distribuzione delle risorse non esiste soltanto a livello macroeconomico, ma coinvolge anche l'attività personale del medico. Per fare un esempio, è sempre più comune sentir parlare della cosiddetta *Evidence Based Medicine*. Essa è da un lato il tentativo della comunità scientifica di fondare la professione medica su solide basi, spiegando il criterio di comportamento. Pubblicazioni, riviste dalla categoria e opinioni di esperti, dopo conferenze di discussione e accordo, portano a protocolli o a linee guida in materia di diagnosi e terapia, create da medici per altri medici. Tuttavia, le linee guida e i protocolli vengono più spesso prodotti dalle autorità sanitarie, ad esempio per dirigere la professione medica sulla base della disponibilità delle risorse. Questo porta ad una crescente pressione sui medici, con possibili limitazioni alla loro libertà diagnostica o terapeutica.

g. La fine della centralità degli ospedali

La limitazione delle risorse per i sistemi sanitari nelle società ricche sta spingendo nella direzione di un trend gigantesco che cambierà l'idea stessa di medicina occidentale, basata sulla centralità degli ospedali. L'ospedale non è più la casa dell'ospitalità, ma sta diventando soltanto il posto ove effettuare la diagnosi e il trattamento delle malattie acute che non possono essere affrontate nelle cliniche per pazienti esterni.

Le case di cura, le "residential homes", i centri per la riabilitazione sono considerati più convenienti degli ospedali per la cura della malattie croniche e disabilitanti, che quindi vengono separate dall'ospedale. Vengono sottolineati i vantaggi di portare l'assistenza medica e infermieristica direttamente a casa del paziente, di-

mentando le difficoltà sperimentate nell'assistenza di pazienti cronici da parte delle fragili famiglie di oggi, esposte alla rottura, con pochi o nessun figlio e con nessun adulto a casa. In futuro ci troveremo sempre più spesso di fronte a situazioni di persone che vivono completamente sole, ma le nostre scuole mediche continuano a prestare pochissima attenzione a programmi educativi centrati su malattie croniche disabilitanti con un forte impatto sociale.

Una particolare attenzione verrà richiesta dai centri per le cure palliative, dove solo la presenza di persone che amano la vita potrà offrire un significato alla morte di persone sole con la loro malattia.

h. Vecchiaia e denatalità

La combinazione esplosiva di vecchiaia e denatalità può provocare il collasso finanziario dei sistemi sanitari e modificare il tipo dei pazienti e i problemi clinici che il medico incontrerà nel prossimo futuro. Nonostante il generale consenso sul rischio, non solo medico, di una società vecchia e senza bambini, continua l'aggressione alla vita al suo inizio e alla fine, seguendo la tendenza iniziata nella seconda metà del XX secolo con la contraccezione di massa, con la legislazione sull'aborto in molti Paesi e con le prime leggi sull'eutanasia.

Le nostre società non sono ancora del tutto consapevoli del pericolo della mentalità anti-natalistiche. Nel nome del progresso e dei suoi interessi superiori, le pressioni a favore di un cambiamento con un'inversione dell'attuale trend culturale e sessuale, le politiche familiari, e le leggi fiscali non sono considerati "politically correct" e le pratiche anti-natalistiche continuano.

i. La manipolazione della vita umana

Infine, al passaggio del nuovo Millennio, abbiamo avuto il privilegio di assistere ad una magnifica espansione della conoscenza sulla riproduzione umana, che fa prevedere possi-

bili applicazioni future nel trattamento delle malattie genetiche, che prima non avevano alcuna possibilità di intervento. Come sempre succede con la scienza, le applicazioni delle meravigliose scoperte scientifiche possono essere trasformate, senza forti questioni morali, in strumenti di oppressione contro gli esseri umani. La conoscenza sulla riproduzione umana si trova ora di fronte ad un'espansione parallela della minaccia di manipolazioni sulla vita umana.



Si effettua già l'eliminazione di embrioni prodotti in eccesso allo scopo di incrementare la probabilità di riuscita della fecondazione in vitro. La conoscenza genetica sta aumentando il numero delle condizioni per le quali è possibile una diagnosi pre-impianto, con conseguente selezione genetica ed eliminazione degli embrioni con alterazioni genetiche. Nel caso di gemelli indesiderati, viene proposta una riduzione del numero di embrioni. È possibile che in futuro la cosiddetta fissione gemellare diventerà una routine, con lo scopo di ottenere un embrione gemellare da usare per le indagini diagnostiche e per creare una banca di tessuti omologhi.

Riassumendo, il medico, all'inizio del nuovo Millennio, sembra correre il rischio di perdere un approccio olistico e personale del paziente e di avere difficoltà a gestire il flusso delle informazioni. Egli è un medico la cui attività è sempre più dipendente dalla tecnologia e sempre più con-

dizionata dalle decisioni del Ministero della Sanità e delle Politiche sociali. Il rapporto con il paziente è reso più difficile, non solo dai problemi di comunicazione, ma anche da un latente confronto conflittuale e da un minore carisma, mentre il paziente pretende maggiore autonomia e la soddisfazione dei desideri personali, non strettamente collegati alla conservazione e al recupero della salute. Occorre una profonda revisione dei programmi educativi perché egli possa operare più facilmente in una società con troppi anziani e pochi bambini, per prepararlo a lavorare al di fuori dell'ospedale e ad avere cura delle malattie croniche e disabilitanti. I medici, all'inizio del nuovo Millennio, sembrano non essere ben attrezzati a resistere alla pressione di medicine alternative, alla pressione culturale in favore di pratiche contrarie alla vita, e ai sistemi politici che lo vorrebbero neutrale di fronte alle ineguaglianze del nostro tempo.

2. La responsabilità dei medici cattolici

Se è questo lo scenario, cosa possiamo fare come medici cattolici del Terzo Millennio per fronteggiare queste sfide: essere profeti, resistere alla tentazione del denaro e dalla mancanza di impegno, e prevenire la società e i nostri pazienti da rischi pericolosi?

a. Il livello personale

Penso che la prima risposta sia al livello di atteggiamenti personali. Non possiamo vivere semplicemente in base alla cultura e ai valori proposti dai media. Non dobbiamo cercare il conflitto di per sé, ma essere fieri della nostra diversità, convinti di essere il sale della terra e che la nostra proposta è più gioiosa e piena di vita.

Pressati tra un'idea utilitaristica della sanità, che riconosce solo alcuni diritti sanitari considerati socialmente utili, e le ideologie sanitarie che propongono pratiche mediche come una forma di culto per una sorta di nuova religione, per la

quale la morte sembra essere quasi evitabile e la salute e il fitness moderni sembrano essere dèi, non possiamo semplicemente ritirarci sulla linea di un ideale commerciale della medicina in cui il profitto (personale e istituzionale) sia il metro di cosa è giusto. Inoltre, dobbiamo porre il soggetto al centro della nostra attenzione e promuovere una rete di relazioni umane basate sulla solidarietà.

Dobbiamo manifestare il coraggio di porre ancora le domande fondamentali sulla vita, sulla sofferenza e sulla morte. La visione pagana che si situa dietro il culto della salute ha paura dalla sofferenza, della vecchiaia, della morte e perfino della nascita. A questa visione dobbiamo testimoniare la prospettiva cristiana, guardando la nascita, la malattia, la sofferenza, la cura, la guarigione e la morte come opportunità di crescita. L'esperienza dei nostri limiti (*finitzza*) ci aiuta a scoprire l'infinito e la realtà di noi stessi, infrangendo il sogno di onnipotenza e invulnerabilità.

Questi dovrebbero essere concetti elementari della nostra esperienza cristiana, ma il nostro modo di agire è di solito distante dall'ideale. Perfino parlare della possibilità di trovare redenzione spirituale attraverso la sofferenza suona strano alle orecchie moderne, comprese quelle dei medici cattolici o dei cappellani di ospedale. Un po' di tempo fa, dopo la morte in Tunisia di un leader socialista italiano accusato di corruzione, che per anni era vissuto malato e in esilio, ho avuto la grazia di ascoltare sua figlia che in televisione leggeva un passaggio di una lettera da lui scritta al Santo Padre.

Dobbiamo essere convinti che una genuina esperienza religiosa possa aiutare gli uomini e le donne della nostra epoca a mantenere insieme la salute fisica e la salute spirituale e a risolvere l'apparente conflitto tra il bisogno di salute personale e le risorse dei sistemi sanitari, poiché la salute (*salus*) e le cure sono parte del processo di salvezza (*salus*) e la salvezza non può esistere se

l'uomo non viene curato nella sua interezza.

Per questo motivo, presentare ai nostri colleghi e studenti il malato come vera immagine di Gesù (*icona Christi*) non può essere visto solo come un atteggiamento devozionale di alcune semplici anime buone, ma come il contributo più importante, autenticamente rivoluzionario, al processo di miglioramento della professione medica e delle istituzioni sanitarie.

b. La responsabilità delle Associazioni

Un secondo livello di risposta è quello delle nostre Associazioni di Medici Cattolici.

b.1. Crescita spirituale

In un tempo di pluralismo e secolarizzazione, le nostre Associazioni non possono continuare ad essere dei clubs di alcune persone di buona volontà che, di tanto in tanto, si incontrano per discutere su alcuni interessanti problemi etici o per una bella celebrazione. Esse devono diventare un luogo di crescita spirituale dove è possibile ricevere un'ispirazione cristiana alla nostra vita professionale, dal Vangelo vivente di Gesù Cristo. Il Vangelo, la Buona Novella di Gesù Cristo, può essere trovato sempre vivo nel corpo vivente della Sua Chiesa. Se le nostre Associazioni vogliono continuare ad essere fonte di ispirazione cristiana in seno ad una società contrassegnata da un ateismo pratico, è necessario che esse diventino comunità di preghiera. Esse devono diventare sempre più un forte sostegno a vivere la nostra fede. I membri delle nostre Associazioni di Medici Cattolici devono avere la possibilità di sentire uno spirito animato dalla comunione e dal servizio.

b.2. Comunione

La comunione è il fondamento della nostra credibilità. Gesù predicò che diventassimo una cosa sola, perché il mondo credesse. La comunione non è piattezza, si costruisce sulla varietà, ed è per una varietà intesa come complementarità. Uno spirito di co-

munione è necessario all'interno delle nostre Associazioni nazionali, tra le Associazioni membri della FIAMC, e tra le nostre Associazioni e chiese locali, aumentando i legami con i vescovi e con le conferenze episcopali.

b.3. Servizio

Il servizio al malato e, più in generale, ai bisognosi. Il servizio all'immagine vera di Gesù, all'*icona Christi*, come dimostrazione visibile del nostro servizio a Lui, manifestato da segni evangelici semplici ma inequivocabili, come l'attenzione e la disponibilità verso i malati, l'attenzione diagnostica e terapeutica non solo per il corpo, ma anche per l'anima, la predilezione per gli ultimi e per coloro per i quali la società non sembra avere interesse, l'attribuzione di un valore soltanto relativo al denaro e il tentativo di vivere la giustizia sociale.

b.4. La nuova evangelizzazione

La comunione e il servizio sono i requisiti per diventare agenti effettivi della nuova evangelizzazione. L'evangelizzazione è guardata con sospetto dalle società moderne ed è fuori moda perfino nella stessa Chiesa. L'assioma sottostante è che non dobbiamo imporre, niente a nessuno. Tuttavia, questo tipo di approccio è fuorviante. Non dobbiamo imporre ma abbiamo la missione di presentare la nostra fede. Sorprende, ad esempio, che nelle società europee in cui l'Islam è la seconda confessione, e a volte la prima in termini di pratica, non venga compiuto nessuno sforzo per presentare la Buona Novella cristiana. Sembriamo essere indifferenti alla fede dei nostri fratelli. Ancora una volta, non è un problema di imposizione, ma si tratta di essere convinti della bellezza della vita cristiana da proporre agli altri – per noi nel campo medico, per altri in altre realtà temporali – con i semplici strumenti della comunione e del servizio.

c. Testimonianza sociale e politica

Il terzo livello è quello della

testimonianza sociale e politica. Un atteggiamento personale e comunitario, come quello che ho cercato di descrivere, può generare una nuova cultura, che richiede di entrare in contatto con le posizioni dell'altro, convinti delle nostre posizioni, in un dialogo che deve essere competitivo perché, senza attaccare la cultura dell'altro, vuole promuovere il nostro modo di vivere. Penso in particolare alla nostra presenza nelle Università e alla presenza istituzionale delle Università cattoliche. Non ci viene chiesto di manifestare il nostro cattolicesimo servendo all'altare, ma animando gli ambiti temporali dei servizi sanitari con valori cristiani. C'è un'enorme attività da compiere per permeare i sistemi sanitari con gli ideali di solidarietà e di sussidiarietà promossi dalla dottrina sociale della Chiesa.

A questo riguardo saranno sufficienti quattro esempi.

c.1. Ospedali cattolici

Anzitutto, possiamo lavorare per trasformare alcuni ospedali cattolici riservati ai ricchi in ospedali aperti a tutti. Allo stesso tempo, dobbiamo operare per il riconoscimento e il sostegno governativo delle istituzioni non-profit, cattoliche e non, che servono i bisognosi.

c.2. Cooperazione internazionale

Secondo, possiamo promuovere la cooperazione internazionale, anzitutto come contributo alla giustizia e, poi, come espressione di carità, cioè di autentico amore cristiano. È bello che anche le organizzazioni non cristiane lavorino nel campo della cooperazione internazionale, ma devo dire che i medici cattolici non sono in grado di esprimere lo stesso livello di attività, mentre le congregazioni religiose stanno abbandonando il campo. Dietro le buone intenzioni, infatti, alcune organizzazioni lavorano con una visione riduttiva dei problemi sanitari.

c.3. Campagne educative

Terzo, possiamo prendere parte alle campagne di promozione della salute, trasforman-

dole in veri processi educativi. Le campagne per la prevenzione delle tossicodipendenze, delle malattie sessualmente trasmissibili e degli incidenti della strada sono tipici esempi di una filosofia della salute fondata sulla protezione esterna, senza alcuna richiesta di un cambiamento di stile di vita. Per questo motivo esse sono intrinsecamente amorali. Le stesse campagne, per diventare veramente educative, hanno bisogno di persone che testimonino una condotta differente e in grado di chiedere un cambiamento.

c.4. *Promozione di una cultura centrata sulla vita*

Infine, abbiamo un enorme compito socio-politico nel promuovere una legislazione in favore della vita. Oltre che cercare di cambiare la legislazione che permette l'aborto, la distruzione degli embrioni e l'eutanasia, oppure cercare di combattere l'introduzione di questo tipo di leggi in altri Paesi, dobbiamo impegnarci a promuovere le condizioni sociali in cui la vita possa essere accettata e a combattere contro quelle situazioni in cui la dignità e la santità della vita vengono umiliate. Lunedì 14 febbraio verrà solennemente celebrato qui a Roma il quinto anniversario della grande Enciclica *Evangelium Vitae*. Questa enciclica dovrebbe essere continuamente ricordata ai medici cattolici come il documento più importante del Magistero in questo campo, una specie di Magna Charta della nostra azione in favore

della vita umana. Giustamente qualcuno pensa che l'*Evangelium Vitae* debba essere catalogata come un'enciclica sociale della Chiesa più che come un documento con insegnamenti morali.

In verità, il rispetto e la promozione della vita sono la base di ogni aggregazione sociale degna di essere considerata umana. Da questo punto di vista, lavorare in favore della vita è per i medici cattolici il contributo più importante alla civiltà umana.

3. Il Giubileo

Vorrei terminare questo mio intervento facendo riferimento al Giubileo che stiamo celebrando, occasione del nostro incontro qui a Roma. Come molti fratelli dei secoli passati, siamo giunti alle tombe degli Apostoli Pietro e Paolo alla riscoperta delle origini della nostra fede, per seguire un cammino di purificazione interiore, per aprirci ad una solidarietà e ad una fraternità più grandi.

Forse più dei pellegrini del medio evo, gli uomini e le donne che vivono nel passaggio del Millennio hanno bisogno di iniziare un viaggio alla ricerca del Buono e del Vero, cercando di capire il significato più profondo della nostra umanità, qualcosa che soltanto Cristo può rivelare.

Il pellegrinaggio alle tombe degli Apostoli diventa allora immagine di un altro pellegrinaggio, quello che dura l'intera vita. Per questa ragione, il pellegrinaggio del Giubileo ci può

aiutare a riscoprire il rispetto della vita, il senso dell'umana sofferenza, la solidarietà con coloro che sono vicini a Cristo sulla croce, il significato della morte, che non è una finestra aperta sul nulla, ma la fine vera del pellegrinaggio umano sulla terra che ci farà vedere il volto di Dio.

Il compito dei medici cattolici è quello di accompagnare gli uomini di oggi lungo le stazioni più importanti del loro pellegrinaggio terreno, così che questo non diventi mai un cammino senza senso.

Abbiamo esaminato alcune delle sfide che toccano il cuore della nostra testimonianza cristiana. Come membri laici della nostra Chiesa siamo chiamati ad essere presenti in seno alla nostra professione, cercando di cambiare le strutture e i comportamenti, così che essi possano diventare una chiara immagine dell'amore sanante di Cristo. È esattamente il messaggio del Giubileo che ci chiama ad un rinnovamento della nostra vita, operando per la crescita del regno di Dio tra le realtà temporali, ad esempio nella nostra professione, nello studio, nella ricerca scientifica, nell'insegnamento.

Ciò sarà possibile soltanto se rinnoveremo la nostra fede e parteciperemo più intensamente alla vita della Chiesa, altrimenti non avremo nulla di speciale da dire ai nostri pazienti e ai nostri colleghi.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI, MD
Presidente della FIAMC
Federazione Internazionale
delle Associazioni Medici Cattolici
Italia

Identità del medico cattolico

Introduzione

Molte volte, nella pratica attuale, riscontriamo delle motivazioni per essere medico molto diverse da quelle che significherebbero essere medico cattolico. Sia il fattore economico che il prestigio contano molto. È noto che alcuni medici gua-

dagnano molto denaro e sono circondati da un alone di fama e di prestigio, e molti giovani vorrebbero essere come loro. Non è raro incontrare qualche medico che sia giunto al termine della sua carriera dopo tanti sacrifici e privazioni, e che affermi di poter acquistare adesso tutto quello che desidera. I

pazienti gli interessano solo in quanto clienti dai quali ricavare il maggior vantaggio economico possibile. Sono interessanti solo per il portafoglio, piuttosto che come persone che hanno bisogno di un aiuto medico.

Tuttavia, non tutti sono così. Ci sono medici che onorano

profondamente la professione medica e costituiscono un valido esempio per generosità e competenza. E più di uno si sono interrogati circa la propria identità, non solo come cattolici, ma come medici cattolici. La seguente riflessione vuole essere solo una bozza per rispondere a questa domanda di identità.

Si deve tenere conto che si scrive in un linguaggio incomprensibile per chi non possiede la fede. Per un medico che non ha fede in Cristo e nella Sua Chiesa, tutto quello che si afferma qui non ha senso, ma è qualcosa di assurdo che sembra destinato a persone pazze e sciocche.

È così come appare la fede in generale, giacché San Paolo diceva che l'annuncio di un Messia crocifisso risulta offensivo per i Giudei, e per i non Giudei sembra una pazzia; tuttavia, è molto più saggio di tutta la sapienza umana; e quello che in Dio può sembrare debolezza, è più forte che tutta la forza umana (*1Cor* 1, 23-25).

Voglio pensare a tutto il significato dell'identità del cristiano che come tale la consegue dal suo Battesimo, e desidero fissarmi solo sull'identità del medico cattolico in quanto medico. Prenderò come base la Carta per gli Operatori Sanitari che è stata pubblicata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, che a sua volta riferisce il pensiero del Santo Padre Giovanni Paolo II, e dall'identità tracciata dal Papa e dalla "Carta" cercherò di tracciare alcune idee circa l'interpretazione e il commento di questa identità.

La Carta degli Operatori Sanitari

Nella Carta per gli Operatori Sanitari si afferma quanto segue sul medico cattolico.

La sua professione richiede di essere custode e servitore della vita umana. Deve farlo attraverso una presenza vigile e sollecita a fianco degli infermi. L'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale, è l'incontro tra una fiducia e una coscienza, la

fiducia di un uomo segnato dalla sofferenza e dall'infermità che si affida a un altro uomo che può farsi carico della sua necessità e che lo incontra per assisterlo, curarlo e sanarlo.

Il paziente non è solo un caso clinico, ma un uomo malato verso il quale il medico dovrà adottare un atteggiamento di sincera simpatia, soffrendo con lui attraverso una partecipazione personale nelle situazioni concrete del singolo malato. Infermità e sofferenza sono fenomeni che, analizzati a fondo, vanno oltre la medicina e toccano l'essenza della condizione umana in questo mondo.

Il medico che si occupa di queste situazioni dovrà essere consapevole che è proprio qui che viene coinvolta tutta l'umanità e che a lui viene richiesta una dedizione assoluta. Questa è la missione che lo caratterizza ed è il frutto di una chiamata o vocazione che il medico ascolta, personificata nel volto sofferente ed implorante del malato affidato alle sue cure. Qui si collega la missione del medico di dare la vita, con quella dello stesso Cristo che è venuto a dare la vita e a darla in abbondanza (*Gv* 10, 10). Questa vita trascende la vita fisica sino a giungere alle altezze della Santissima Trinità; è la vita nuova ed eterna che consiste nella comunione con il Padre, verso la quale ogni uomo è chiamato gratuitamente nel Figlio, per opera dello Spirito Santo.

Il medico è come il Buon Samaritano che si mette a lato dell'infermo facendosi suo prossimo per la sua comprensione e simpatia, in una parola per la sua carità. Così il medico partecipa dell'amore di Dio come suo strumento di diffusione e, a volte, si contagia dell'amore di Dio verso l'uomo.

Questa è la carità terapeutica di Cristo, che passò facendo del bene e risanando tutti (*At* 10, 38). E, nello stesso tempo, è la carità verso Cristo rappresentato in ogni malato. Lui è colui che è curato in ogni uomo o donna, "quando ero infermo, mi avete visitato", co-

me dirà il Signore nel Giudizio finale (*Mt* 25, 31-40).

Da qui risulta evidente che l'identità del medico è l'identità ricevuta dal ministero terapeutico, dal suo ministero della vita. È un collaboratore di Dio nel recupero della salute nel corpo di un infermo. La Chiesa considera il lavoro del medico come un momento del suo ministero, e considera il servizio agli infermi parte integrante della sua missione; sa bene che il male fisico imprigiona lo spirito, così come il male dello spirito sottomette il corpo. In questo modo il medico con il suo ministero terapeutico partecipa all'azione pastorale ed evangelizzatrice della Chiesa. I sentieri sui quali deve camminare sono quelli indicati dalla dignità della persona umana e quindi dalla legge morale. Soprattutto quando si tratta di esercitare la sua attività nel campo della Biogenetica e della Biotecnologia, la Bioetica gli fornirà i suoi canali, delinelandogli i suoi principi di azione¹.

L'identità del medico

In questa posizione del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e che per le citazioni in calce è la stessa posizione del Santo Padre Giovanni Paolo II, si trova una sintesi dell'identità cristiana del medico; come ho già ricordato, mi sforzerò di riflettere su questa identità, precisando soprattutto che si tratta di un'identità ricevuta da una vocazione e da una missione che fonda un ministero del tutto particolare, il ministero della vita, il ministero della salute.

La Vocazione e la Chiesa

Iniziamo facendo riferimento al significato della vocazione nella Chiesa. Molte volte le etimologie aiutano a risalire al significato originale di parole che usiamo con frequenza e che sembrano logorate dall'uso. Una di queste è la parola *Chiesa*. Consideriamo le due etimologie, la greca e la latina. L'etimologia greca ci conduce al verbo EKKALEIN, chiamare. La Chiesa "EKKLESIA"

sarebbe il participio plurale del verbo “*ekkalein*”, cioè i chiamati.

Quindi, situandoci nella prospettiva etimologica latina, la chiesa è l'effetto della “Vocazione”; la “Vocazione”, parlando etimologicamente, è l'accezione latina sostantivata del verbo latino VOCARE, chiamare (lo stesso di “*ekkalein*”): significherebbe quindi la stessa chiamata che riunisce i chiamati, cioè che riunisce la Chiesa. La vocazione quindi fa la Chiesa.

L'unica “Vocazione” o chiamata fondamentale è quella che fa Dio con la Parola, con la quale chiama alla vita tutto ciò che esiste, e questa chiamata, questa “vocazione” primiceria è Cristo; che è la Parola di Dio per la quale tutto ciò esiste e ciascuno di noi è chiamato alla vita (cfr. *Ef* 1, 3-10; *Col* 1, 15-20). In particolare, è interessante constatare che oggi la massima forma di chiamata da parte di Dio verso tutto ciò che esiste, la massima presenza di Cristo nel mondo, ha la sua realizzazione nell'Eucarestia, cioè il memoriale, la presenza di Cristo nell'oggi della storia (cfr. *Lc* 22, 19).

In questa chiamata di Dio scopriamo tre momenti essenziali che la costituiscono e che possiamo sintetizzare con tre parole: “*ESSERE*”, “*CON*”, “*PER*”.

Questo perché siamo chiamati *per essere* (esistere), *con Dio*, *per gli altri*.

Così, per esempio, lo possiamo provare nella chiamata che Cristo fa ai suoi apostoli (*Mc* 3, 14-15), e soprattutto nella chiamata che fa alla Vergine Maria perché sia la Madre di Dio, il Messia (*Lc* 1, 26-38). Si tratta però di un paradigma che si estende a tutta la storia della Salvezza.

Queste tre parole della Vocazione ci serviranno come modello per riflettere sulla dottrina del Papa circa l'identità del medico cattolico che abbiamo esposto nella Carta del Pontificio Consiglio.

1. “Essere”

Quando parliamo di “Essere” nella Vocazione, parliamo

dell'esistenza totale. Dio parla e tutto comincia ad esistere. Dice la Genesi: “*Allora Dio disse: che sia la luce. E la luce fu*”... (*Gn* 1, 3). Quando Dio pronuncia la sua Parola, questa diventa pratica: fa quello che dice, e tutto ha una sua consistenza, un suo inizio, un fine, una sua totalità.

Quando parliamo dell'autentico medico cattolico, questi è tale per un'autentica Vocazione ricevuta da Dio stesso, dal Quale riceve tutta la sua esistenza, naturalmente senza escludere la collaborazione alla chiamata da parte del medico stesso.

Come e in cosa consiste la vocazione medica, alla quale chiama Dio? Continuiamo a



tracciare alcune linee dell'“*essere*” di questa chiamata.

1.1. La professione

Prima di tutto affermiamo che Dio chiama il medico ad una professione che non è eguale a quella di tante altre. Nella storia si riconoscono propriamente tre professioni, quella del sacerdote, quella del medico e quella del governatore o giudice. Bisogna dire che la professione è legata alla professione di fede, è qualcosa di religioso. La professione non è qualcosa di strettamente giuridico, perché il giuridico in senso positivo può realizzarsi oppure no, oppure cambiare secondo la volontà di coloro che contraggono un obbligo, ma la professione è un obbligo e una responsabilità, le quali si contraggono con Dio stesso. È una responsabilità, e “responsabilità” significa essenzialmente la capacità di rispondere; la pa-

rola “rispondere” viene dal greco “*Spenden*”, che in origine significa “un sacrificio di libagione a Dio”. La responsabilità professionale medica significa un compromesso (dalla parola greca “*syngrafein*” che significa “scrivere insieme”) che si scrive come una partita doppia tra l'uomo e Dio.

Da questa sacralità della professione medica trae origine il Giuramento d'Ippocrate, il giuramento di non fare del male al paziente, di agire sempre per il suo bene ed essere interamente per la vita in tutte le sue tappe, un giuramento che non è una promessa che si fa al paziente, ma che si fa direttamente a Dio. La vocazione del medico in questo contesto è una vocazione che nasce dall'amore di Dio, ed è Dio che il medico segue in questa professione, come il Bene sommamente amabile².

1.2. L'amore di Dio nel medico

Tuttavia, nonostante il sublime di questa posizione ippocratica, questa risulta limitata e difettosa. Parlavamo dell'amore di Dio, però quest'amore, secondo la mentalità greca classica, la mentalità di Socrate e di Platone, della quale faceva parte Ippocrate, è qualcosa di difettoso, perché presuppone la necessità, e non è mai pienezza. Di fatto, per la filosofia classica greca Dio non ama. È infinitamente amabile, però non ama, perché amare significa carenza e Dio non può difettare di nulla. L'amore è solamente proprio dell'uomo bisognoso e di colui che è interessato a soddisfarsi, non di Dio, l'Onnipotente. Nella mitologia greca l'amore nasce da Poros e Penia, nel matrimonio di Afrodite. Poros rappresenta l'espedito, la necessità, e Penia la povertà unendo la necessità con la povertà, nasce l'amore come desiderio interessato.

Questa mentalità viene completamente corretta dalla Rivelazione divina: Dio stesso è Amore. È questa la definizione più profonda di Dio. Il Suo amore non consiste nella carenza di qualcosa, ma nella massima diffusione della Sua propria

bontà, che si presenta in modo tale che Dio Padre arriva ad amare il mondo che ha creato per l'amore diffusivo di sé tanto da dare fino alla morte il suo Figlio Unigenito (Gv 3, 16).

Per questo la professione medica cristiana si incentra nell'amore, ma non nell'amore interessato e povero, ipocratico, ma in quello che imita l'amore perfetto di Dio e che ha il suo paradigma nel Buon Samaritano, che in questa maniera soffre insieme al malato, lo compatisce, e provvede a tutto ciò che è necessario per la sua guarigione. Così il Buon Samaritano viene a costituire l'esempio da imitare per il medico cristiano. Il Buon Samaritano è la figura di Cristo che ha avuto compassione di tutta l'umanità inferma e decaduta, e l'ha innalzata fino alla sua glorificazione; è l'amore infinito, ed è tanto in colui che ama come in colui che è amato, è in entrambi come pienezza. E così il Buon Samaritano è la figura che identifica il medico che ha compassione del paziente a tal punto che fa tutto quello che è nelle sue possibilità per guarirlo, per amore di pienezza³.

Parlando dell'amore che il medico deve avere verso Dio, e quindi verso i suoi pazienti, il Santo Padre Pio XII ci parla dei comandamenti della legge di Dio nell'ambito della medicina. Ci parla del primo comandamento, che esorta ad amare Dio sopra tutte le cose e del secondo che dice di amare il prossimo come se stessi, ed in questo amore consiste l'identità del medico, quando le sue relazioni con il paziente sono permeate di umanità, di comprensione, di delicatezza e di sollecitudine.

Lo stesso Papa Pio XII completa le linee dell'essere del medico indicando altri due comandamenti, soprattutto il quinto: "Non uccidere" e l'ottavo: "Non dire falsa testimonianza"⁴.

1.3. Rispetto e difesa della Vita

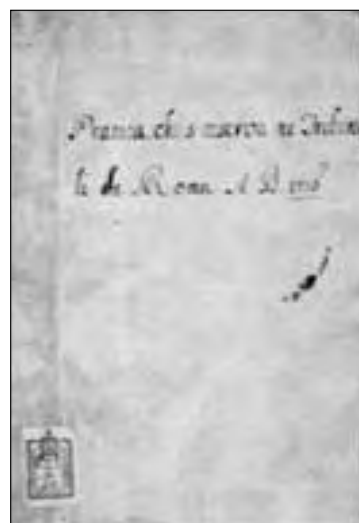
Il quinto comandamento ci ricorda come l'identità del medico cristiano consista nel fatto che per l'amore che è obbligato ad avere verso Dio e

verso il suo paziente, il medico è totalmente obbligato a difendere la vita in qualsiasi tappa si trovi, ma soprattutto nelle tappe più deboli, come sono quelle iniziali e terminali. La sua personalità si delinea da una chiara e decisa risposta negativa all'aborto e all'eutanasia. Nel quinto comandamento si comprende tutto il significato della vita umana, come un dono dato da Dio in amministrazione unica all'uomo e alla donna, e che solo dovrà avere la sua origine all'interno del matrimonio.

1.4. La formazione medica

Sempre Sua Santità Papa Pio XII, a proposito dell'ottavo comandamento ci parla del compromesso chiaro del medico verso la verità, tanto alla verità della malattia e della salute, quanto alla verità della scienza medica⁵.

L'identità del medico deriva dalla formazione che riceve, ma se ci atteniamo a quella che si riceve in molte facoltà di Medicina, possiamo constatare che è una formazione con molte carenze; in effetti, il curriculum scolastico della carriera medica consta di due parti



essenziali: la prima è quella di una conoscenza di base, e la seconda si basa su conoscenze che si ottengono dalle scienze cliniche divise in discipline oppure dall'analisi dei diversi organi del corpo umano.

È ovvio che questi insegnamenti si debbano impartire; però, a volte si constata una riduzione bio-tecnica; nell'e-

sposizione delle materie si è perso il suo valore antropocentrico e i valori etici, affettivi ed esistenziali. Il medico si comprende dai desideri del paziente e dalle esigenze di un sistema sanitario economista con indifferenza piena per le violazioni dei diritti umani, soprattutto della vita umana.

Molte volte troviamo come paradigma delle applicazioni cliniche attuali una frammentazione e una riduzione del paziente ad organi e funzioni biologiche o tecnologiche e a medicine; si pretende di giungere ad un dominio delle conoscenze specializzate frammentate, senza la prospettiva della totalità mediante conoscenze e competenze relative ad altri campi umani oltre la medicina. L'idea di salute si propone come adattamento passivo a stimoli patogeni e di natura biofisica; l'adattamento della clinica si effettua con riferimento tante volte esclusivo ai requisiti, inclusi quelli economici, del Sistema Sanitario Nazionale; si constata la perdita dei valori etici nella medicina e l'anonimato dei pazienti; si nota inoltre il poco valore assegnato agli aspetti esistenziali della professione medica, alla figura del paziente, del medico e dell'infermiera.

Di fronte a questa problematica dell'"essere" medico fin dall'inizio della formazione che si riceve, si è formulata una serie di metodi che sono stati concepiti per rendere attivo l'insegnamento, specialmente dal così detto PBL (Problem Basic Learning) e il metodo d'insegnamento orientato verso la comunità che considera il medico come una persona necessariamente competente a livello relazionale e scientifico, inserito in una realtà comunitaria, capace di collaborare con altre figure sanitarie ed amministrare le risorse a disposizione in un continuo tirocinio, come avvocato sempre della salute del paziente, capace di congiungere le conoscenze con la pratica medica, e per questo in formazione continua.

Questa classe di formazione medica darebbe una nuova comprensione alla salute e alla malattia, seguirebbe la preven-

zione e la cura dell'infermità nel contesto dell'individualità del paziente che si completa nella sua famiglia e nella società intera; svilupperebbe così un apprendistato basato più sulla curiosità e sull'investigazione continua che sulle acquisizioni passive, ridurrebbe il peso dell'informazione, favorirebbe il contatto diretto con i pazienti mediante l'analisi personalizzata dei suoi problemi e di tutto il suo curriculum.

Si dovrebbe quindi elaborare un programma che si basa sui seguenti principi. 1. Esistenza di un significato comprensivo ed ultimo del sapere medico. 2. Definizione del suo orientamento epistemologico. 3. Definizione dei valori, delle motivazioni, della maturità psicologica, della qualità delle conoscenze obiettive e delle capacità metodologiche relazionali, tecniche, applicate all'esercizio della professione. 4. Definizione dei valori, delle motivazioni e delle capacità e della qualità della formazione dei docenti. 5. Definizione degli obiettivi generali e parziali della formazione. 6. Definizione dei metodi didattici. Questi principi accettano le conoscenze epistemologiche della medicina attuale, le quali considerano la salute come una costruzione psico-biologica determinata dalla possibilità e dalla qualità delle risorse della persona e finalizzata a dare una risposta unitaria alle domande fondamentali dell'esistenza umana⁶.

1.5. La formazione permanente

L'identità del medico non si modella una volta per tutte nella sua formazione iniziale, ma si deve completare nella sua formazione permanente. Esige la preparazione molto attenta degli studenti di medicina, però a volte richiede la preparazione continua e progressiva dei professori che impartiscono qualche materia d'insegnamento medica, preparazione che mai deve mancare. Soprattutto i docenti hanno la responsabilità della promozione dei nuovi medici, che non faciliteranno mai se non

costatano in coscienza la capacità di ciascun allievo di portare a termine una missione così delicata.

In virtù dello stesso ottavo comandamento si fa obbligo a tutti i medici del segreto professionale e, come è stato già detto, di possedere una solida cultura medica che deve costantemente perfezionarsi con la formazione permanente⁷.

2. "Con"

Dicevamo che il secondo profilo della vocazione cristiana si esprime con la preposizione "con", con Dio. Ciò significa che tutta la vocazione esiste per stare con Dio nostro Signore, che è Colui che rende capace l'uomo di portare a termine una missione che senza la sua forza sarebbe inutile intraprendere.

Leggiamo nel libro dell'Esodo quello che dice Mosè a Dio sul Monte Horeb: *"E chi sono io per presentarmi davanti al Faraone e liberare gli Israeliti dall'Egitto, e Dio gli risponde: Io sarò con te..."* (Es 3, 12).

2.1. Trasparenza di Cristo medico

In questo contesto delinea i valori più profondi che devono configurare l'identità del medico cattolico. La personalità del medico cristiano si identifica così come trasparenza di Cristo medico. Cristo ha inviato i suoi Apostoli a curare ogni sofferenza e malattia, e ha detto loro: *"Io starò con Voi fino alla fine del mondo"* (Mc 16, 17; Mt 18, 20), il ministero terapeutico lo esercita in questo modo il medico, a fianco degli Apostoli, come una continuazione della missione di Cristo e come sua propria trasparenza.

Bisogna intendere questa trasparenza in tutta la sua ampiezza, il medico deve trasparire tutta la vita di Cristo perché questa è la presenza di Cristo nel medico. Perché Cristo cura ogni infermità e malattia con tutta la sua azione, presa integralmente. I miracoli di guarigione che ha operato, compresa la resurrezione dei

morti, non erano qualcosa di definitivo nella sua lotta contro il male che si trova nell'umanità, contro la sua sofferenza e morte, ma solamente un segno della realtà profonda che contiene la sua propria morte e resurrezione.

2.2. Il Dolore

Gesù ha preso su di sé tutte le sofferenze, tutti i dolori, tutte le infermità, senza eccezione alcuna, e le ha comprese nella sua propria morte come la morte del Dio fatto uomo, in modo che niente del dolore rimanesse escluso; e dalla sua morte ha fatto esplodere la stessa morte, l'ha vinta con la pienezza della sua resurrezione. Uno dei grandi interrogativi del medico è sempre il problema del dolore, ma questa domanda solo qui ha la sua risposta, quando il dolore non appare come qualcosa di negativo, ma solo come una positività che culmina, è vero, nella morte, però in una morte feconda di resurrezione.

Così il medico deve curare, facendo trasparire la morte e la resurrezione di Cristo. Per questa trasparenza è necessaria un'identificazione del medico come tale, come risanatore, con Cristo sanante. Questa identificazione oggi si compie specialmente nell'Eucaristia e negli altri sacramenti. I sacramenti sono la presenza storica di Cristo nell'oggi, nel momento concreto che attraversiamo nella vita.

2.3. La Salute

Di conseguenza il medico dovrà rendersi conto che la salute è complessiva e non si deve parlare della salute corporale come di qualcosa veramente distinto dalla salute completa che chiamiamo salute eterna, ovvero salvezza. Per questo il ministero del medico è un ministero ecclesiale che si dirige alla stessa salvezza dell'uomo dal suo corpo, ma che contiene anche gli altri aspetti.

Così abbiamo descritto la salute come *una tensione dinamica verso l'armonia fisica, psichica, sociale e spirituale, e non solo l'assenza di malattia*

che dà facoltà all'uomo di portare a termine la missione che Dio gli ha affidato, secondo la tappa della vita in cui si trova.

La missione del medico consiste, dunque, nel lavorare affinché si raggiunga questa tensione dinamica verso l'armonia integrale, così come si richiede in ogni tappa della vita di questo uomo concreto che è suo paziente, in modo che possa portare a termine la missione che Dio gli ha affidato.

Da qui l'incongruenza di ridurre la funzione medica al solo aspetto fisico-chimico della malattia, la sua funzione è integrale e, inoltre, non può essere statica, ma deve inserirsi nel dinamismo del paziente che tende verso la sua propria armonia.

In questo contesto la morte non appare come una frustrazione per il medico, ma come il suo trionfo, visto che ha seguito il suo paziente in modo che questi abbia potuto rendere i suoi talenti al massimo in ciascuna tappa della vita, e quando questa arriva al termine, cessa la sua funzione medica non in un grido di impotenza, ma nella soddisfazione di una missione compiuta, tanto da parte del paziente come dello stesso medico.

Così il medico è veramente con Cristo e la sua professione si identifica in questa comunione con Cristo stesso; e allora il medico si unisce al nostro Padre Dio come un figlio con suo padre, e il suo amore professionale si trasforma nell'azione dell'Amore di Dio in se stesso, cioè lo Spirito Santo. Per questo il medico cristiano è colui che è sempre guidato dallo Spirito Santo. Dallo Spirito Santo e con lo Spirito Santo si intuisce tutta l'intesa che deve esistere tra il medico e il paziente, tutta la dovuta umanizzazione della medicina e tutta l'esigenza verso l'attuazione e la formazione permanente, cioè l'Amore dello Spirito Santo che rende il medico una persona soprattutto aperta agli altri, che si è impegnato davanti a Dio con la sua professione di Fede e cioè nella sua professione medica. Così giungiamo a delineare ora il terzo profilo

dell'identità medica, essere per gli altri, è il "PER" della sua vocazione e della sua identità professionale.

3. "Per"

Quando Dio ha scelto Mosè, è molto chiaro che lo ha fatto per liberare il suo popolo dal potere degli Egiziani; Dio afferma: *"Sono sceso per salvarli dal potere degli Egiziani"* (Es 3, 8).

Il medico non può rinchiudersi in se stesso. Non può semplicemente pensare che ormai possiede denaro a sufficienza, che non ha più bisogno di lavorare e che pertanto può ritirarsi dalla sua professione; un vero medico è medico per tutta la vita, e se veramente ha ricevuto questa vocazione, la conserverà sempre, e la dovrà esercitare per l'umanità come una missione ricevuta per il bene di tutti, e della quale dovrà rendere conto a Dio quando Lui gli chiede: *"ero infermo e sei venuto a visitarmi"* (Mt 25, 36-43).

3.1. Apertura al paziente

Abbiamo affermato che l'amore della professione medica ricalca l'amore di Dio che è diffusivo di sé. Il medico non può imprigionare le sue conoscenze in pure teorie di laboratorio, ma deve diffonderle a favore della comunità. Ha ricevuto il dono di seguire e far crescere la vita. La sua vocazione è per la vita, mai per la morte: significherebbe offuscare la missione che Dio gli ha affidato per ciascuna persona. Al ministero religioso si unisce oggi, afferma Papa Giovanni Paolo II, il ministero terapeutico dei medici nell'affermazione della vita umana e di tutte quelle contingenze particolari nelle quali la stessa vita può essere compromessa da un proposito della volontà umana.

Nella loro più profonda identità i medici portano con sé il fatto di essere ministri della vita e mai strumenti di morte. Questa è la natura più intima della loro nobile professione. Sono chiamati ad umanizzare la medicina e i

luoghi nei quali esercitano la professione, e a far sì che le tecnologie più avanzate si usino per la vita e non per la morte; avendo sempre come modello supremo Cristo, medico delle anime e dei corpi⁸.

Il medico cattolico, afferma Papa Pio XII, deve mettere a disposizione dei malati il suo sapere, le sue forze, il suo cuore e la sua devozione. Deve comprendere che lui stesso e i suoi pazienti si incontrano sottomessi alla volontà di Dio. La medicina è un riflesso della bontà di Dio. Deve aiutare affinché il malato accetti la sua infermità, e lui stesso deve proteggersi dall'abbagliamento della tecnica e far fruttificare i doni che Dio gli ha dato, senza cedere alle pressioni per realizzare attentati contro la vita. Deve rimanere forte di fronte alle tentazioni del materialismo⁹.

Il buon medico deve possedere così le virtù dianoetiche e quelle politiche, e deve fare di esse una virtuosità, cioè un abito, in modo che sia le virtù che sono proprie delle scienze teoriche come quelle della pratica si possano incontrare come se fossero la sua seconda natura¹⁰.

3.2. Qualità fondamentali del medico

Così siamo giunti a tipificare le qualità fondamentali del medico in 5 punti: consapevolezza della responsabilità, umiltà, rispetto, amore e sincerità. La consapevolezza di responsabilità lo porta a lavorare con il malato e ad essere cosciente che è il medico colui che dà l'indicazione; l'umiltà gli dice che il medico protegge i suoi malati e non il contrario, l'umiltà lo fa riconoscere come debitore dell'infermo; il medico non può parlare dei "suoi" pazienti, ma saranno i malati a parlare del "loro" medico. Il medico deve ricevere i suoi malati come è scritto sull'architrave di un vecchio ospedale tedesco: *"recipere quasi Christum"*, come se fossero lo stesso Cristo. Il rispetto e l'amore verso il malato, del quale abbiamo già parlato, sono il fondamento della sua umiltà, si considera custode di una mis-

sione per la quale non possiede le forze necessarie, ma che riceve da coloro che lo indirizzano verso la stessa. La verità contiene in sé l'essere consapevole della grande confidenza che gli dà il malato nel rivelargli i suoi problemi; si esige la verità nella diagnostica e nella cura, non solo sul piano fisico, ma anche in quello integrale, cioè mentale, sociale, psichico, spirituale; mai si deve sperimentare sul malato se in lui si vede un pericolo sproporzionato al bene che si pretende di ottenere, che questo sia assolutamente necessario e che il malato sia d'accordo; si deve comunicare al malato lo sviluppo della sua infermità, dirgli la verità circa il proprio stato, quando e come sia più opportuno. Deve completare la sua azione con l'azione del sacerdote perché entrambe le missioni, quella del sacerdote e quella del medico, sono strettamente collegate¹¹.



3.3. Ritratto del Medico

È certamente d'attualità il "Ritratto del perfetto medico" che nella Spagna del secolo XVI, con il linguaggio fiorito di quell'epoca, descriveva Enrique Jorge Enriquez e che scriveva così: *"Il medico deve aver timore del Signore ed essere molto umile, non superbo e vanaglorioso, che sia caritatevole con i poveri, mansueto, benigno, affabile e non vendicativo. Che conservi il segreto, che non sia chiacchierone, né bisbigliatore, né lusinghiero e neppure invidioso. Che sia prudente, moderato, che non sia troppo intraprendente..., che sia contenuto e pra-*

*tichi l'onestà e il raccoglimento; che lavori per la sua arte e che abbia in odio l'ozio. Che il medico abbia molto letto e che sappia dare ragione di tutto"*¹².

Oggi parleremmo dell'eccellenza medica, cioè di quello che Aristotele chiamava il "Telèios iatrós" (perfetto medico), o Galeno l'"Aristós iatrós" (miglior medico).

3.4. Morale e Diritto

Abbiamo affermato in un principio che la professione medica è qualcosa che supera il Diritto e si inserisce nelle dimensioni della Morale, e questo è sicuro, però non possiamo prescindere dal Diritto medico. Un Diritto medico senza una Morale adeguata sarebbe un'arbitrarietà fondata su interessi inconfessabili; una Morale senza un Diritto medico rimarrebbe su principi generali senza applicazione diretta. Le norme del diritto medico devono essere sufficientemente chiare e brevi per facilitare l'azione del medico. Il principio conduttore è sempre lo stesso: *lo scopo del medico è soccorrere e guarire, e non fare il male né uccidere*.

Una citazione speciale merita anche il campo dell'Etica, il campo della Morale, nella quale il medico deve essere competente, anche se tante volte risulta non essere uno specialista; per questo si esigono i Comitati di Bioetica in ogni centro di sanità, e anche la formazione nei centri di docenti, per un dialogo aperto con gli specialisti nelle diverse discipline impegnate.

In questo modo il medico si rende conto di poter testimoniare Dio in tutti gli ambienti medici, sindacali, politici, ecc., e può essere un valido latore del dialogo ecumenico con le altre religioni, giacché la malattia non conosce barriere religiose. Così il medico apparterrà attivamente alla Chiesa come persona individuale e come gruppo¹³.

3.5. Lavoro in équipe

Per portare a termine questa missione tanto esigente, il medico non può rimanere chiuso

nella propria individualità, ma deve aprirsi in primo luogo ad altri medici e avere l'umiltà sufficiente per lavorare in collaborazione e in équipe, sia nelle questioni strettamente fisiologiche come specialmente in quelle relazionali, le quali investono campi in cui non necessariamente possiede il predominio perché sono in un certo senso al di fuori della sua competenza, come per esempio gli aspetti sociologici, antropologici, politici, i campi tecnici al di fuori della sua professione, per esempio tutto ciò che si riferisce strettamente al campo dell'informatica.

Così, all'interno di questa apertura, nel campo spagnolo della medicina si delinea quello che due Autori chiamano il decalogo del nuovo medico, e che descrivono così. 1. Lavoro in équipe multidisciplinare e con un responsabile finale unico. 2. Quanto più scientifico sia il professionista, meglio è. 3. Si rinforzeranno gli aspetti umani nell'esercizio professionale. 4. Si adatterà l'azione a protocolli diagnostici e terapeutici scientifici consentiti. 5. Avranno coscienza della spesa. Oltre ai protocolli, si utilizzeranno le norme di buona pratica. 6. Faciliterà la convivenza e la solidarietà con i colleghi di lavoro e con i malati. 7. Riterrà che tutta l'azione assistenziale possa comportare un'azione preventiva, e quindi di promozione della salute. 8. Terrà presente in ogni momento la necessità di aver cura della soddisfazione dell'utente del servizio. 9. Si rinforzeranno le Unità di Attenzione al paziente, diffondendo le lamentele e i suggerimenti che si creano tra le persone malate. 10. Sarà fondamentale applicare i principi etici alle attività professionali.¹⁴

Conclusione

Essere medico cattolico è un ministero che nasce da una vocazione nella Chiesa. È il ministero terapeutico. È legato fortemente a Dio nostro Padre, trasparendo Cristo medico, pieno dell'Amore che è lo Spirito Santo. Essere medico è un cammino per arrivare alla

pienezza dell'essere umano. Comporta una vicinanza e un'intimità speciale con Dio, talvolta significa un'apertura e una donazione totale agli altri. Questa è l'identità cattolica del medico, essere la trasparenza del Cristo sanante.

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

Note

¹ Cfr. Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, maggio 1995, pp.1-7.

² Cfr. GRACIA DIEGO, *Il Giuramento d'Ippocrate nello sviluppo della medicina*, in *Dolentium Hominum* (31) 1996, pp. 22-28.

³ Cfr. CAPPELLETTI VINCENZO, *Dove c'è amore per l'arte medica, c'è amore per l'uomo*, in *Dolentium Hominum* (31) 1996, pp. 14-22.

⁴ Cfr. PIO XII, *Discorsi ai Medici*, Orizzonte Medico, Roma 1959, pp. 46-54.

⁵ Cfr. PIO XII, *Discorsi ai medici...*, pp. 46-54.

⁶ BRERA GIUSEPPE RODOLFO, *La Formazione dei Medici del Terzo Millennio. La Scuola Medica come scuola di uomini e di umanità*, Conferenza Inaugurale dell'Anno Accademico 1998-1999. Università ambrosiana di Milano, inaugura-

zione della scuola di Medicina.

⁷ Cfr. PIO XII, *Discorso ai medici...* (oc).

⁸ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, al XV Congresso dei Medici Cattolici, AMCI, Cinquant'anni di vita per la vita, in *Orizzonti Medici* (1994), pp. 105-114.

⁹ Cfr. PIO XII, Radio Messaggio al VII Congresso Internazionale dei Medici cattolici (11.9.56), *Discorsi ai medici*, 503.

¹⁰ Cfr. GRACIA DIEGO, *Il Giuramento d'Ippocrate...*, pp. 22-28.

¹¹ Cfr. MAZZINI P., *Arzt un Seelsorge*, en LTK (1).

¹² Citato da GRACIA DIEGO, *Il Giuramento d'Ippocrate...*, p. 27.

¹³ Cfr. SALVINO LEONE, in *Orizzonte Medico* 6 (Nov-Dic. 1996), pp. 10-11.

¹⁴ ANSENJO MIGUEL ANGEL-TRILLA A., *Necesidad de nuevos profesionales para las nuevas situaciones sanitarias*, in *Todo Hospital* 149 (sett. 1988), pp. 497-499.

Identità dell'infermiere cattolico

Gli infermieri cattolici amano affermare che essi hanno un'identità propria; a motivo di ciò si trovano spesso in opposizione con il loro ambiente, che non apprezza che essi vogliano affrontare il loro compito professionale con preoccupazioni specifiche. Secondo i più indulgenti, ciò vuol dire fare propria la mentalità di altri tempi. Ma spesso è la legittimità della loro stessa pretesa ad essere messa in causa. Alcuni contestano il loro diritto a pretendere un'originalità come cattolici poiché, dicono, le esigenze del servizio professionale devono determinare il comportamento di ogni persona, a prescindere dal sesso, dalla razza o dalla fede; altri, dal canto loro, vedono nella rivendicazione di un'identità propria un atteggiamento contrario all'evoluzione del mondo, che chiede di celare le nostre differenze ed unirli per costruire una nuova società. La contestazione di cui è oggetto il personale infermieristico cattolico deve essere esaminata con lucidità e coraggio; è possibile che si debbano cambiare certi modi di pensare e di esprimerci ma, in fondo, non possiamo rinunciare ad affermare che il fatto d'essere cattolici incide sul comportamento da noi adottato nella società e nella nostra attività pro-

fessionale. Il fatto che questa specificità sia negata, ci obbliga a riflettere non soltanto sulle ragioni che ci spingono a dirci cattolici ma, ancora e soprattutto, sulle conseguenze che la rivendicazione di un'identità propria può avere sulle nostre attività professionali.

Delle società presenti, alcune non fanno più del Cristianesimo la base dell'ordine pubblico, altre sono estranee a questa visione dell'esistenza. Tutte contestano ai cristiani il diritto di comportarsi in maniera diversa dalla maggior parte di coloro che le compongono. Che si tratti delle società nate dalla civiltà occidentale o delle altre, i cattolici si sentono sociologicamente in minoranza, addirittura sono trattati come stranieri nel loro paese. Essi, però, devono rendersi conto che, dal punto di vista umano e religioso, sono in maggioranza; la loro difficoltà viene dal fatto che la religiosità dei movimenti popolari non ha ancora trovato gli strumenti per esprimersi sul piano socio-politico poiché le popolazioni non hanno preso coscienza della forza che esse rappresentano e non hanno ancora trovato le vie di una cooperazione tra le religioni. È questa la prospettiva nella quale vorrei tentare di precisare l'identità del personale infermieristico cattolico e insi-

stere sulla responsabilità del CICIAMS, che può essere rappresentativo dell'aspirazione religiosa dell'umanità.

Il mio intervento sarà diviso in tre parti. 1. La sfida dell'identità. 2. La legittimità della rivendicazione di una specificità cattolica nella società. 3. Le conseguenze che ne derivano per i professionisti sanitari cattolici. Questo punto è il più delicato poiché essi devono tener chiuso il deposito ricevuto dal passato e, allo stesso tempo, adattarsi alle nuove prospettive della società attuale.

1. La sfida

La risposta dei credenti all'opposizione che incontrano nella società deve essere adattata alle sfide proprie della loro epoca, e che oggi riguardano la crisi dei valori nella società civile e i rapporti di nuovo tipo che si instaurano tra le religioni. Non si tratta qui di analizzare queste cause in profondità, ma solamente di ricordare le sfide che deve affrontare il personale infermieristico cattolico a causa del pluralismo delle società occidentali, della crisi dei valori nelle società non occidentali e delle prospettive create dall'avvicinamento delle diverse famiglie spirituali e religiose.

a. La contestazione derivante dal pluralismo della società civile occidentale

Esiste una tensione nelle società che si rifanno al modello occidentale tra i cattolici attaccati a certi valori e i detentori di una laicità militante/stretta che esercitano un'influenza determinante sulla pubblica opinione attraverso i media che essi controllano.

Le società occidentali non si fondano più sui valori del Cristianesimo; anche se l'una o l'altra continuano a riferirvisi nei loro testi costituzionali, esse vivono tutte sotto quello che viene chiamato il regime del pluralismo. In un tale sistema lo Stato non è più garante di un'interpretazione della vita, ancora meno di una religione, ma è arbitro tra le diverse correnti di pensiero che vengono espresse. Come fa notare il cardinale Pavan, così come lo Stato non è competente per definire il Bello, non lo è neanche per dire quali sono le verità religiose a cui credere¹.

L'avvento del pluralismo incide sulla maniera con cui il personale sanitario cattolico vive la sua identità. Quando il CICIAMS venne fondato, era possibile limitare la riflessione sull'identità cattolica alle questioni relative alla competenza professionale e alle buone disposizioni nei riguardi dei malati o dei colleghi quando la società accettava di vedere nel Cristianesimo il fondamento della sua unità. L'adesione delle popolazioni agli ideali che proponeva il Cristianesimo giustificava la gerarchia di valori che la legge stabiliva in tali società; questo tipo di società stabile portava a insistere sul contenuto delle attività del personale infermieristico per ciò che riguardava la competenza professionale, le cure ai malati, l'attenzione alle famiglie e le relazioni nel servizio ospedaliero. Oggi non è più così. Nuove responsabilità sono venute ad aggiungersi all'attività del personale infermieristico. Le società che per secoli hanno vissuto sotto l'influenza esclusiva o quasi del Cristianesimo, hanno dovuto aprirsi al pluralismo; ciò vuol dire che i governanti sono obbligati a

concedere diritti uguali per tutti, qualunque sia il loro credo. Dal momento in cui i sentimenti collettivi non sono più centrati su valori spirituali trascendenti la cui l'accettazione generale assicurava l'unità delle società, questa unità deve essere cercata per altre vie: quella del "politically correct", che impone una maniera di pensare ed emargina quelli che lo rifiutano; quella del dialogo in vista di definire il contenuto del bene comune *hic et nunc*. Gli infermieri cattolici parteggiano per quest'ultimo poiché permette di costruire l'unità delle società sul rispetto delle opinioni di tutti. Questo approccio è quello adottato dal Concilio Vaticano II e dagli ultimi Pontefici. Paolo VI e Giovanni Paolo II hanno parlato della necessità di costruire una "civiltà dell'amore" da contrapporre a quella di un materialismo pratico e disumano che sembra oggi prevalere. Così, la rivendicazione di una specificità cattolica è una conseguenza della nostra antropologia sociale; questa, esaltando la libertà responsabile, non può accontentarsi della normalizzazione tentata da alcune forze di pressione.

b. La crisi dei valori nella società non occidentale

Un gran numero di società non accetta la nozione di persona oppure, situandosi nella corrente islamica, contesta il ruolo innovatore che le è riconosciuto in Occidente. I paesi asiatici, per esempio, che si rifanno al confucianesimo, all'induismo o al buddismo², fondano la loro unità su valori senza legami con la cultura cristiana. Ne deriva che i cristiani appaiono troppo spesso come stranieri nella loro comunità nazionale. Una situazione analoga esiste nei paesi islamici dove il Corano è visto come l'unico ispiratore dei comportamenti sociali, quando non è considerato legge fondamentale dello Stato.

I valori predominanti nelle società asiatiche sono quelli che inseriscono l'uomo nel gruppo sociale e ne fanno un servitore della collettività; infatti la nozione di persona e quella del suo destino sopran-

naturale sono per esse incomprensibili. L'Islam ha certo la nozione di persona, ma colloca la responsabilità dell'uomo non nelle iniziative che iscrivono il piano di Dio nella realtà, ma nell'osservanza delle regole contenute nel Corano. Il fatto che il Cristianesimo si sia aperto al pluralismo (il che non manca di porre in Occidente anche problemi d'adattamento) introduce nelle sue civiltà un elemento nuovo. Per secoli la presenza cristiana è stata considerata un'aggressione straniera; essa allarga oggi le possibilità di concertazione tra le forze spirituali nel momento in cui la globalizzazione impone una rivalutazione delle tradizioni e dei modi di pensare ricevuti dal passato; non si tratta di abbandonare le antiche tradizioni come se fossero un vestito vecchio, ma di arricchirle aprendole a nuovi aspetti dell'esperienza umana³.

Così Cristiani d'Occidente e quelli che appartengono ad altre tradizioni culturali si trovano di fronte allo stesso problema; la sfida che devono affrontare è fondamentalmente dello stesso tipo. È questa l'angolazione sotto la quale deve essere considerata l'identità del personale infermieristico cattolico in un mondo in cui le varie culture sono fondate su valori diversi dai propri.

c. La crisi derivante dalla diversità delle famiglie spirituali e religiose

L'analisi appena compiuta ha portato a parlare spesso di cristiani divenuti o che erano minoritari nella società. Questa espressione può essere



giustificata da un punto di vista quantitativo poiché essi non sono, o non sono più, sempre la maggioranza e possono avere l'impressione di essere dominati, perfino discriminati; ciò tuttavia non è esatto. Una delle caratteristiche della modernità è di liberare le forze spirituali; queste non si identificano più con un regime politico, danno meno importanza alla loro dimensione sociologica e, in questo modo, acquisiscono una più viva consapevolezza della loro missione specifica nella società, quella cioè di essere gli avvocati di una visione dell'esistenza aperta su valori superiori, per noi cristiani sulla trascendenza divina.

Ogni tradizione religiosa trae dal suo senso dell'umano divenire delle conseguenze sul comportamento morale dei suoi membri nella società. Tutte hanno in comune di non chiudere l'uomo in un spazio soltanto politico o economico; tutte hanno la vocazione a sviluppare questa dimensione spirituale presente in ogni uomo. Questa preoccupazione comune spiega perché si allaccino relazioni di buon vicinato e di dialogo, il più delle volte alla base, cioè nelle équipes professionali, tra gli uomini spirituali delle diverse tradizioni religiose⁴. Il senso della vita, il senso di una responsabilità morale che porta a riconoscere la dignità di ogni uomo, avvicinano gli uni agli altri, qualunque sia la loro religione. Esiste, a partire dal Vaticano II, una dimensione ecumenica dell'azione che deve essere ormai inclusa dagli operatori sanitari cattolici nei loro comportamenti: essi non sono i soli a preoccuparsi della vita o della dignità dei malati. Le associazioni che hanno costituito e che fanno di queste preoccupazioni il centro delle loro attività attirano i non cattolici che chiedono di entrarvi a far parte. L'infermiere cattolico e le associazioni alle quali appartiene devono essere alla base di una controcultura. Se la cultura può essere definita come un blocco integrato e gerarchizzato di valori attorno ai quali si ritrovano i membri di una società, se questa sintesi è

esclusiva degli altri e impone un "politically correct" o un pensiero unico all'interno dell'area geografica in cui domina, la controcultura sarà quella che cercherà di realizzare una nuova integrazione di valori attorno a quelli della persona.

Questa è la sfida di fronte alla quale si trova oggi il personale sanitario cattolico; come coglierla? Il pensiero corretto nel mondo infermieristico impone spesso di vivere nella contraddizione: da una parte, il discorso tenuto è universalista e generoso ma, dall'altra parte, si tace sulla logica economica che regola la professione e fa sì che i ricchi siano coloro che riservano a se stessi la possibilità di cure sofisticate; d'altra parte, si cura il malato ma si favorisce una cultura di morte.

2. Legittimità della rivendicazione di un'identità cattolica

È stato spesso denunciato il pericolo di un'indifferenza causata dal fatto che le affermazioni dottrinali presentano contorni sfocati. Il significato della parola verità ha dato luogo ad un vero e proprio equivoco. La filosofia classica, tomista e aristotelica, vede nella verità il fatto che una tesi sia conforme al Bello, al Bene, al Vero e al Giusto. Tutti i giudizi riportano a queste nozioni trascendenti i casi particolari che si devono esaminare. La verità non è soggettiva; ciò che ciascuno percepisce è una comprensione parziale di una verità oggettiva. L'esistenza è un dato sul cui significato si interrogano tutte le culture.

Il cattolico ha un'interpretazione dell'esistenza che lo distingue da tutti gli altri. Egli non la chiede a una teoria intellettuale oppure a una dottrina filosofica o a una religione che ha costruito nella sua saggezza per tentare di comprendere l'incomprensibile. Il cristiano è colui che segue Cristo; egli vede in lui un modello e lo imita, certo non copandone nella vita d'oggi le modalità di quelle di 2000 anni fa. Egli si conforma a Cristo, si imbeve dei suoi sentimenti;

cammina sulla via dove lo stesso Gesù ha camminato (1 Gv 2, 6): "Abbiate in voi, dice San Paolo, i sentimenti di Gesù Cristo". Egli si ispira dunque al suo metodo per far scoprire agli altri ciò che possono essere le relazioni professionali vissute dai credenti.

Mi torna in mente il ricordo della visita che facemmo durante il seminario africano nel dicembre del 1999 alla basilica di Yamousoukro in Costa d'Avorio, dove si trova la statua di una Vergine che è stata scolpita nel legno da un prigioniero. Costui, ci fu detto, era un musulmano; egli però riuscì a impregnarsi talmente del sentimento di Maria per eseguire il suo lavoro che, alla fine, venne alla fede e si convertì. Il processo attraverso il quale è passato questo artista ci chiarisce la maniera con cui il cristiano testimonia Cristo nella sua vita professionale. Lasciandosi conoscere da coloro che lo circondano come un infermiere o un'infermiera che sono entrati nella civiltà dell'amore, essi permettono loro di scoprire al suo contatto che si può essere del mondo e, nello stesso tempo, abitare in un altro luogo e vivere secondo una logica grazie alla quale le difficoltà e le pene della vita corrente vengono superate; essere cristiani non libera su questa terra dai mali che accompagnano la vita di ognuno, ma rende possibile liberarsene spiritualmente dominandoli adottando una prospettiva nuova che viene dall'attaccamento a quel Signore della vita che è Cristo.

Può succedere che la sequela di Cristo porti ad assumere decisioni difficili e penose; esse sono l'occasione per dimostrare che la logica nuova nella quale entra il credente non può essere ridotta a un discorso astratto, ma corrisponde alla realtà e lui vi si incarna. Questa è l'origine della controcultura di cui il cristiano e il personale infermieristico cattolico sono gli agenti; essa apprende che la sequela di Cristo non è assicurata dall'osservanza di prescrizioni come se egli avesse lasciato ai suoi discepoli un codice o un rituale da seguire. La liberazione appor-

tata da Cristo è quella della coscienza; essa la invita a sentirsi responsabile di rendere il mondo più umano con le iniziative assunte in completa buona fede. La vita cristiana è spontaneità; è risposta libera data, in piena responsabilità, all'appello di Cristo. Colui che vive queste verità desta gli altri alla libertà; li sfida a porsi in rapporto al Vangelo di Cristo nelle diverse situazioni in cui si trovano, scoprendo quali



sono i loro obblighi e giudicando la maniera di rispondervi, per il Cristiano secondo l'insegnamento della Chiesa, per il non cristiano accettando di aprirsi alle esigenze di una civiltà dell'amore. Vedere, giudicare, agire, per riprendere le parole del cardinale Cardijn, sono le colonne sulle quali si poggia ogni partecipazione alla vita della società.

La spiegazione della vita cristiana che abbiamo presentato corrisponde alla realtà della vita umana. La conoscenza non è soltanto intellettuale; essa si basa anche sull'esperienza; esiste una comunicazione mediante i gesti, e non solo i discorsi. I nostri atti rivelano i sentimenti profondi che ci animano. Una reazione spontanea nel quotidiano della professione è spesso occasione per il non credente di percepire la profondità in cui si radica una vita professionale. Colui che vuole vivere nella sua vita professionale da cristiano deve sapere che i suoi comportamenti quotidiani sono altrettanti segni che egli invia a quanti sono

vicini a lui, dei messaggi che indirizza loro.

È necessario esaminare le condizioni in cui il cattolico decide di iscrivere la sua imitazione di Cristo nella realtà; egli non combatte per una società alternativa proposta da un programma politico o da una ideologia ma, come ogni uomo, prigioniero di un insieme di condizioni che pesano su di lui, il suo scopo è quello di renderle "più umane", secondo l'espressione della *Populorum Progressio*⁵. Il cristiano afferma che i criteri da lui proposti sono i più adatti a far progredire la società in cui vive e ne dimostra la giustezza non tanto con ragionamenti che sono raramente accessibili a coloro che lavorano con lui, quanto con l'appello a quell'istinto di verità presente in ogni individuo e che lo spinge verso il Bene, il Bello, il Vero, il Giusto. Il professionista cattolico realizza i suoi obblighi e, realizzandoli, si sforza di migliorare la società nella misura delle sue possibilità.

Il cristiano affronta il confronto della propria fede con le sue esperienze della vita in condizioni difficili; queste sono nuove per lui, immerso com'è nella società pluralistica. Obbligato a riconoscere la legittimità della posizione degli altri e il valore che questa può avere, egli si chiede quale sia la giustificazione della sua fede. Gli può sembrare che questa non sia indispensabile per praticare il Bene poiché sembra che la sola ragione o la semplice ragione naturale possano supplirvi. Non vantiamo oggi il valore delle culture tradizionali? Non diamo l'impressione di metterle tutte su uno stesso piano con i comportamenti sociali ispirati dal cristianesimo? Così, si inserisce insidiosamente nella mente dei nostri contemporanei l'idea che di fronte a loro si apra un'epoca nuova in cui le religioni non dovranno più ricoprire il ruolo fondatore che hanno svolto nel passato.

Il professionista cattolico non è il solo a voler far evolvere la società o a volerla fermare sulla via su cui gli sembra trasportata. I rappresentanti di altre forze sociali han-

no la stessa ambizione. La struttura dei comportamenti degli uni e degli altri è la stessa; si tratta per entrambi di iscrivere nella realtà la loro rappresentazione dell'ordine ideale del mondo e del loro sistema interpretativo dell'esistenza. Così il cattolico incontra altre persone che, senza avere la sua fede e la sua visione del mondo, condividono la sua preoccupazione di dare priorità alla dimensione religiosa dell'esistenza. Egli deve vivere da credente in un nuovo contesto; per secoli il suo incontro con le altre visioni del mondo è stato conflittuale, spesso violento. Si pensava che la verità fosse da un lato e l'errore dall'altro. Ognuna delle parti era in buona fede condannando l'altra, ma concepiva la soluzione del conflitto soltanto immaginando la vittoria dell'uno sull'altro. "Verità al di qua dei Pirenei, errore al di là", scriveva Pascal. Una migliore conoscenza della condizione umana non permette più di sostenere oggi questa dicotomia; se ogni uomo, se ogni civiltà è alla ricerca della verità, ciò vuol dire che non la possiede interamente, ma solo in parte e non riesce a raggiungerla nella sua totalità. Tutti hanno le stesse aspirazioni a questi beni superiori trascendentali, il Vero, il Bene, il Giusto, il Bello, ma li colgono soltanto in funzione della loro finezza spirituale, del loro coraggio a concretizzarli e della loro libertà d'azione. Tutti sono prigionieri dell'eredità culturale che hanno ricevuto, dato che non sono abituati a distinguervi quella che è la sostanza essenziale dagli apporti della storia e dato che sono tentati di conferire uno stesso assoluto agli uni e agli altri.

3. L'infermiere cattolico alle prese con il quotidiano dell'esistenza

Quattro linee direttive sembrano dover influire sul comportamento del personale sanitario cattolico desideroso di praticare la propria attività professionale in uno spirito di testimonianza cristiana; due

riguardano i valori, le altre due i mezzi.

I valori

* *Il rispetto della vita.* La vita è il bene più prezioso che l'uomo possieda, ma non tutti ne danno la stessa definizione. Per il cristiano la vita è un dono ricevuto da Dio, è il mo-



mento in cui ognuno compie il suo destino personale conferendole un senso; è sacra in quanto questa facoltà non può essere tolta a nessuno poiché interferirebbe tra la sua coscienza e Dio. Di qui il rifiuto per i cristiani dell'aborto e dell'eutanasia.

La lotta per la vita ha assunto oggi una nuova ampiezza. Lo sviluppo della tecnologia permette di sognare una trasformazione profonda delle condizioni dell'esistenza umana; così un'abitudine agli esperimenti sull'uomo, alla clonazione, all'accettazione delle madri in affitto, alle inseminazioni post-mortem... è già entrata nelle professioni sanitarie di alcuni Paesi. Tali "progressi", come sostengono alcuni, sono stati facilitati dal fatto che il personale infermieristico è oggi inserito in un'équipe che è essa stessa strumento di una politica definita al suo esterno; egli si sente sollevato dalla responsabilità nei confronti di se stesso come pure della società; non iscrive più la ricerca di un fine trascendente nelle sue attività.

È in atto una lotta sul significato dell'esistenza tra la Chiesa e le correnti d'opinio-

ne dominanti della società contemporanea. Gli infermieri cattolici lo sanno: essi hanno sentito parlare diverse volte dell'opposizione assoluta della Chiesa a un certo numero di pratiche.

* Una prima questione è quella di sapere se ogni persona ha intrapreso delle iniziative per cambiare questa conoscenza in convinzione. Dietro gli affronti come quelli che hanno avuto luogo al Cairo o che si verificano giorno in numerose cliniche o laboratori, viene messa in gioco la civiltà dell'amore del cristianesimo. Non basta dire che tutti gli uomini sono fratelli, che devono aiutarsi e amarsi; bisogna spingere questa esigenza fino ai limiti più estremi vedendo in ogni attentato alla vita, per tenue che sia, una limitazione all'unione universale di tutti gli uomini voluta da Cristo.

* Una seconda questione è quella di sapere cosa facciamo per rendere il nostro ambiente più rispettoso della vita. Non siamo gli unici a considerarla qualcosa di sacro, cioè che non può essere manipolata a nostro piacimento per essere ricostruita secondo la nostra idea. Molte altre correnti di pensiero ritengono che essa abbia un valore in sé; è su questo terreno che ci ritroviamo. Il nostro atteggiamento professionale deve svelare loro che la loro stima della vita può diventare più profonda. Essi devono imparare al nostro contatto a discernere in cosa le nuove scale di valori diffuse dalla civiltà moderna favoriscono o meno lo sviluppo della vita. Il valore dell'uomo non viene da ciò che consuma; altrimenti, avrebbe valore soltanto in base a ciò che possiede o che può acquistare. Il povero, l'handicappato, il bambino che deve nascere, l'anziano... vedrebbero il loro diritto alla vita messo sempre più in questione quando il loro rispetto diventasse un disturbo per coloro che detengono il potere.

* *La dignità della persona umana.* L'esigenza del rispetto della vita non è uno slogan;

essa si ripercuote sul lavoro quotidiano del personale sanitario a cui chiede di militare perché sia tale per un numero sempre più grande di persone.

– Essa esige, tra l'altro, che essi la rispettino nella loro vita professionale non rinunciando al proprio diritto di portare un giudizio morale sulle loro condizioni di lavoro e di vivere di conseguenza. La rivendicazione di uno status per il professionista obiettore di coscienza deriva da questo principio. Come recita la Dichiarazione sulla libertà religiosa, *Dignitatis humane*, nessuno deve essere costretto ad agire contrariamente alla propria coscienza, ognuno ha il diritto di agire secondo le giuste prescrizioni della propria coscienza. Ritroviamo una posizione simile nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948.

– Il personale sanitario deve rispettare nel suo lavoro il diritto degli altri a vivere secondo la dimensione religiosa dell'esistenza: si deve interrogare sulla propria responsabilità per assicurare l'assistenza religiosa ai malati, per mettere a disposizione del numero più grande possibile di persone cure di qualità, per aiutare coloro con i quali è a contatto a sviluppare il senso della famiglia, cellula fondamentale della società; in poche parole, deve impregnarsi dell'idea che la sua missione è quella di condurre quanti incontra a meglio comprendere la loro dignità e a crescere in umanità. Il personale sanitario vi contribuisce attraverso la sua stessa attività professionale in quanto questa è un'assistenza materiale, spirituale e psicologica degli individui che è alla base della civiltà.

I mezzi

* *L'impegno nelle strutture...* Il servizio della vita richiede che si assuma parte attiva nello sviluppo di strutture sanitarie adeguate. Coloro che curano, che sia in ospedale o in privato, possono meglio di chiunque altro accorgersi di ciò che non va nei Servizi Sanitari. Essi devono segnalarlo e nel contempo adoperarsi per modificare le condizioni in cui

sono chiamati ad occuparsi dei malati.

L'identità si manifesta nel concreto delle occupazioni. Occorre saper discorrere sul rispetto della vita, sulle buone relazioni di lavoro, sull'attenzione ai più poveri... ma il personale cristiano è quello che si preoccupa di verità nel suo comportamento; egli quindi si chiederà: in questa situazione, cosa posso fare e cosa faccio per promuovere la vita, per creare le condizioni per accogliere la vita? Le istituzioni in cui lavoro sono sensibili a queste preoccupazioni? Cosa posso fare da solo o in gruppo per mantenere, difendere o cambiare le condizioni esistenti? Il personale sanitario è cattolico nella misura in cui si impegna personalmente e nella misura in cui può inscrivere maggiore benevolenza nella propria vita professionale attraverso le istituzioni.

**...in particolare attraverso le associazioni professionali.* La partecipazione attiva alla trasformazione delle cure sanitarie può apparire un po' utopistica a numerosi membri del personale sanitario. Questo obiettivo è al di sopra delle forze di un individuo isolato soprattutto quando egli non occupa una posizione di comando ed è integrato in una équipe di cure o di ricerca in cui i compiti di ognuno sono fissati senza che ci sia la possibilità di prendere parte alla definizione della politica generale di servizio.

Ciò che non è possibile per un individuo, lo diventa per co-

loro che uniscono i loro sforzi per ottenere il cambiamento delle istituzioni o delle pratiche. Non si insisterà mai abbastanza sull'importanza delle associazioni strettamente professionali in materia di sanità e sul dovere di prendervi parte. Sono queste ad interpretare i desideri e le rivendicazioni dei lavoratori della base; è al loro interno che possono essere studiate le lamentele sul cattivo funzionamento ed elaborate proposte. Esse devono ricordare che le politiche sanitarie hanno come fine lo sviluppo di ogni uomo e di tutto l'uomo; ma la filosofia della vita che esse diffondono non è – e non può essere – in un mondo pluralistico quella che anima gli uomini e le donne di religione. Isolati, essi non possono nulla; per questo si devono raggruppare in associazioni capaci di dare loro voce.

La questione della collaborazione del personale sanitario cattolico con i non cristiani che condividono una visione vicina alla loro non può essere elusa. Da diversi Paesi provengono notizie che infermieri appartenenti a religioni diverse dal cristianesimo prendono parte alle attività delle nostre associazioni. Quando si producono tali contatti, questi devono essere guardati come un'occasione in quanto accrescono le possibilità di realizzare i nostri obiettivi nei confronti dei malati e poiché fanno delle associazioni membri del CICIAMS, in questo campo, i pionieri di una controultura della vita. In questo modo può essere soddisfatto il bisogno di rappresentare le aspirazioni religiose. I contatti con i non cattolici ampliano la rappresentatività del CICIAMS sul piano professionale. Benché le sue associazioni membri non siano organizzazioni di tipo sindacale, esse devono tendere ad avere ascolto negli ambienti professionali sanitari, in cui rappresentano la volontà della maggior parte degli uomini di veder riconoscere la dimensione religiosa della loro esistenza.

La questione dell'identità del personale sanitario cattolico si pone in particolare nelle

società del XX secolo che non fanno della fede in Dio il fondamento delle loro istituzioni sociali. Nella risposta che verrà loro fornita, occorrerà che venga definita una nuova cultura cristiana quella che trenta anni fa il Concilio Vaticano II definiva attraverso la sua Costituzione sulla Chiesa nel mondo contemporaneo. Prendendo atto delle nuove condizioni in cui i cristiani si trovavano (o si sarebbero trovati) per essere testimoni di Cristo, il Concilio faceva appello a una più profonda vita interiore al fine di poter far percepire attraverso le azioni quotidiane il senso della dignità dell'uomo che ci dà il Vangelo. Questa missione sarà quella del Terzo Millennio; essa presuppone, per essere realizzata, che le associazioni cattoliche siano delle forti minoranze che agiscono in seno alle società per aiutare i loro membri ad affermare la loro fede in Gesù Cristo e a comunicarla agli altri.

P. JOSEPH JOBLIN, SJ
Consigliere ecclesiastico del CICIAMS
(Comitato Internazionale
degli Infermieri ed Assistenti
Medico-Sociali)
Francia



Note

¹ CARDINAL PAVAN, *Attualità della Pacem in terris*, in F. BIFFI, *I diritti fondamentali della persona umana e la libertà religiosa*, ed. Vaticano/Lateranense 1985, pp. 149-154.

² Il caso delle religioni tradizionali è differente in quanto ognuna di loro non costituisce la ragion d'essere degli Stati moderni.

³ PIO XII, Radio-Messaggio, Natale 1956.

⁴ DUPRE-LATOURE A., *Théologie des religions non-chrétiennes et l'Islam*, in *Studia Missionalia* 48 (1999), pp. 215-230.

⁵ *Populorum Progressio* §§ 19-21.

Infermieri cattolici: le sfide per il Terzo Millennio

1. Introduzione

Come Segretaria Generale del CICIAMS è per me un grande piacere intervenire a questo Incontro e darvi il benvenuto.

È la prima volta che il personale sanitario, e in particolare noi infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali, possiamo riunirci in questa magnifica sala del Nuovo Sinodo in Vaticano.

Do il benvenuto a Roma, in questa città magnifica, storica e cuore del cattolicesimo, a coloro che vengono da lontano per partecipare a questo importante e storico congresso.

In tutto il mondo ormai si guarda al terzo millennio e, come numerose altre associazioni internazionali cattoliche, anche i membri e i responsabili del CICIAMS hanno effettuato diverse letture dei compiti e delle sfide del *nursing* nel Terzo Millennio. Le associazioni membri del CICIAMS conoscono i loro compiti e in generale le sfide che hanno di fronte e, come ha ben detto Mons. Lozano Barragán nel corso del 16° Congresso Mondiale del CICIAMS a Taipei nel 1998, conoscono la *missione* e la *responsabilità* delle infermiere, delle ostetriche e delle assistenti medico-sociali cattoliche. Al termine del suo messaggio, Mons. Lozano ha esortato il CICIAMS a diffondersi in particolare in quei paesi in cui non è ancora presente, affinché vi aderisca il maggior numero possibile di infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali cattoliche e la cultura della vita brilli nel campo del *nursing* in tutto il mondo.

L'interrogativo è il seguente: come applicare questa magnifica idea in una strategia effettiva ed efficace, come motivare i colleghi ad unirsi e a diventare membri del CICIAMS?

Questo è nuovo per il XXI secolo? In tutto il mondo, i dispensatori di cure sanitarie fanno fronte a sfide monumentali, ma l'hanno sempre fatto come ha affermato il Dott. Shirley Dooling a Taipei nel 1998.

La salute di una nazione è fortemente legata al suo stato economico, alla sua influenza politica, alle condizioni di pace e alla qualità della vita. Il sistema delle cure sanitarie di una cultura, società o nazione è strettamente legato ai suoi valori e alla sua religione e, di conseguenza, a ogni cambiamento che potrebbe sopravvenire.

Quali sono i cambiamenti per il XXI secolo?

1. Esplosione della conoscenza e dell'informazione
2. Sviluppo della tecnologia, della comunicazione e dei viaggi
3. Impatto dell'ambiente sugli individui e sulle società
4. Cambiamento del ruolo della donna e della famiglia
5. Nuove malattie e infezioni (Megatrends 2000: J.Naisbitt e P. Aherdene, 1970).

Come possono i membri del CICIAMS far fronte a questi cambiamenti?

Come ha detto il Rev. P. Joblin, Consigliere Ecclesiastico del CICIAMS, a Taipei nel 1998, noi siamo invitati ad effettuare il passaggio dal secondo al terzo millennio come un segno delle sfide del tempo presente.

Noi membri del CICIAMS siamo invitati a riflettere sui nostri doveri e ad assicurare che ognuno di noi passi da condizioni di vita meno buone verso condizioni migliori. Siamo interpellati dal Papa ad affrontare la crisi nel settore delle cure sanitarie dovuta al progresso nel campo medico. Siamo chiamati a riesaminare i concetti tradizionali di cura e ad adottare nuovi valori nelle rispettive culture e società.

Dobbiamo affrontare le pressioni dell'opinione pubblica e non accettare le innovazioni tecniche senza interrogarsi sul loro impatto sulla vita umana. Dobbiamo affrontare la diffusione dei valori che compromettono la dignità dell'uomo. Il CICIAMS deve avere il coraggio di proclamare la propria visione cristiana dell'uomo.

Mettere tutto ciò in pratica nel *nursing* è una sfida importante.



La professione infermieristica e delle ostetriche ha assunto maggiore importanza e i progressi tecnologici e scientifici l'hanno trasformata molto rapidamente (25 anni).

Tradizionalmente, le infermiere erano le primarie assistenti del medico, ma la loro immagine e quella delle ostetriche è totalmente cambiata. Esse non si considerano più gli assistenti dei medici ma loro collaboratrici.

La tendenza attuale non può più essere arrestata. Il mondo del *nursing*/ostetriche si trova di fronte ad una enorme sfida: unire e integrare le conoscenze tecniche e le attitudini al fatto "di essere vicini", alle cure ai pazienti, all'impegno (per alcuni la vocazione), e il tutto basato sui principi cristiani.

In questi ultimi anni, le questioni economiche sono diventate sempre più importanti in Europa, come pure in Africa, in Asia, in Sudamerica e in Oceania. È evidente che gli ospedali non possono sopravvivere se non viene preso in considerazione l'aspetto economico. Tuttavia la realtà economica è applicabile solo in un certo modo; le considerazioni etiche e umane limitano l'approccio economico. Gli operatori sanitari si sono sempre trovati di fronte ad un compito enorme, che tale dovrà restare nel prossimo secolo.

Quanti fanno parte del personale sanitario sono dei privilegiati nel senso che possono mettere in pratica valori quali la solidarietà, la generosità e la spiritualità. In un mondo secolarizzato, essi devono comportarsi come dei cristiani, ora e nel futuro, attraverso un atteggiamento professionale e religioso.

L'autenticità del *nursing* sarà l'imperativo maggiore del personale sanitario in quanto essa si basa sull'autonomia del *nursing* e sulla gentilezza etica. Il personale sanitario non può restare indifferente nei confronti dei suoi simili e certamente non verso coloro che soffrono. I loro simili fanno appello alla loro vera bontà.

Questa ha un prezzo ma l'uomo diventa migliore mostrando la bontà. In questi ultimi anni, il personale sanita-

rio ha dovuto affrontare grandi difficoltà, e ciò avverrà anche in futuro, in relazione all'ambiente di lavoro, a regole sociali, leggi e interferenze da parte delle autorità, in tutti i continenti. L'autenticità del *nursing* richiede anche uno sviluppo della visione del management: diventare maggiormente coinvolti nei processi al livello diretto delle cure ai pazienti e dell'organizzazione.

2. Sfide del *nursing* in relazione al modo di vita del XXI secolo

a. Specializzazione e frammentazione del servizio delle cure sanitarie

In numerose società e culture essere in buona salute è considerato da molti come la benedizione più grande. La diminuzione delle risorse finanziarie e la crescente domanda nei riguardi delle implicazioni etiche richiede una maggiore riflessione. Come risposta a questo, constatiamo un sistema sanitario ancor più efficiente e la creazione di ogni tipo di specializzazione medica e di *nursing*. Specializzazione però implica indipendenza. Ogni specializzazione funziona con proprie strutture, un proprio modo di pensare, dei propri metodi e una propria tecnologia. Non è il più il paziente ad essere il personaggio centrale ma lo specialista.

Lo specialista diventa il fattore centrale delle cure al paziente, egli determina il modo di pensare, i metodi e la tecnologia relativi alle cure sanitarie. (Esempio: Pattern of Self Care of OREM, Integrating Nursing). Le cure prestate devono essere integrate, non soltanto nel personale sanitario, ma nella persona del paziente.

Una collaborazione interprofessionale è da sempre la caratteristica più importante del lavoro d'équipe. Il paziente è il personaggio centrale e in effetti la ragion d'essere dell'équipe.

Un terzo concetto molto importante è l'interdipendenza.

b. Posizione degli operatori sanitari/ostetriche in un'équipe multidisciplinare

I membri dell'équipe devono essere capaci di lavorare insieme a pari titolo nell'interesse del paziente, di definire gli aspetti specifici della loro professione all'incontro di tre mondi: colleghi, medici e personale ausiliare medico, e pazienti. Le differenze tra questi mondi sono numerose per quanto riguarda il potere, gli interessi, la conoscenza, l'abilità e le opinioni.

b.1. Problemi di rapporti con i medici

a. Il personale infermieristico è subordinato al medico nei campi organizzativo e professionale. Può agire a volte in modo autonomo per quanto riguarda le cure da somministrare al paziente.

b. I medici controllano le informazioni relative alle cure al paziente e al personale infermieristico. Questo deve attendere le informazioni o insistere fortemente per averle. Ciò sottolinea l'importanza della posizione del medico.

c. Il personale infermieristico è sempre "vicino al paziente". Questo approccio non si limita a certi riti e il loro campo d'azione è più facilmente accessibile.

b.2. Problemi di rapporti con i pazienti

Il paziente deve essere considerato come un "cliente regale" ed essere oggetto di cure. Esiste una certa discordanza per quanto riguarda la posizione nei confronti del paziente. Il personale infermieristico deve essere coinvolto emotivamente e socialmente con i pazienti e assisterli nelle loro cure ad ogni momento.

Il personale non può mantenere le distanze necessarie proprie di un atteggiamento professionale. Esso corre però il rischio di lasciarsi coinvolgere troppo, soffrendo di stress e col pericolo reale di un eccessivo logoramento.

b.3. Problemi di rapporti con i colleghi

Qui deve essere sottolineato il metodo del *nursing* e il mo-

do con cui esso funziona. Esistono due tipi di *nursing* differenti l'uno dall'altro: il *nursing dei compiti* e il *nursing integrato*. Nel *nursing dei compiti* ognuno conosce il proprio compito e cerca di eseguirlo al meglio delle sue capacità. Nel *nursing integrato* ognuno agisce come un esperto autonomo e, dopo consultazione, coordina le cure necessarie da prestare al paziente.

Avviene a volte che il personale infermieristico non sia abbastanza coinvolto nei riguardi degli altri, o che la coesione del gruppo sia troppo forte. Qui il ruolo del capogruppo è d'importanza primaria. Il metodo della *leadership*, imperniato sul gruppo, è un fattore favorevole all'impegno del personale sanitario.

c. Cambiamento del concetto di "cure umane"

Cosa è la cura? Nei nostri tempi, la cura è un concetto ma anche una pratica. La cura qualifica il rapporto tra paziente e donatore. È un mezzo per entrare in relazione tra di noi in determinate circostanze.

Di conseguenza, l'approccio della "cura" in termini di un prodotto di mercato e del "paziente" in termini di cliente o consumatore rientra nella questione. La cura è una pratica differente se paragonata al commercio. Ricevere delle cure è diverso dall'acquistare una macchina. La cura è un processo complicato. I bisogni del paziente sono centrali in questo processo e il paziente vi partecipa attivamente. Lo scopo non è il profitto o un prodotto ma la diminuzione della sofferenza e, se possibile, il recupero della salute. Ciò significa che nel prestare delle cure oggi ci sono caratteristiche nuove e cambiamenti.

c.1. L'ambivalenza fondamentale

Da un lato possiamo considerare le cure ai bisognosi come un valore essenziale, vitale e morale, indispensabile in una società umana. Dall'altro, dal XVIII secolo, in cui in Europa le cure furono anzitutto una pratica benevola e poi

una carità ben organizzata ed ora una cura professionale, questo genere di cure ha un aspetto fondamentalmente negativo nel senso che il paziente è in una posizione di minor rispetto di sé e della sua dignità. Come vincere questa ambiguità?

c.2. Anzitutto i cambiamenti senza le cure sanitarie umane

a. In numerosi paesi europei (ad esempio il Belgio e l'Olanda), il paziente decide egli stesso il tipo di cure e ad un prezzo convenuto. I pazienti e la loro famiglia, specialmente nel campo geriatrico, acquistano le cure in istituti e cliniche di loro scelta.

La specializzazione e la professionalizzazione di ogni tipo di prestatori di cure fanno sì che un gran numero di questi possano collaborare alla pianificazione e alla valutazione del tipo di cure prestato. Il passo verso questo tipo di contratto di cure è presto fatto.

b. Cambiare l'impresa delle cure in Europa

In Europa gli ospedali, le istituzioni, i centri sanitari, ecc., funzionano secondo meccanismi di mercato. Il prestatore di cure risponde alla domanda e ai bisogni del paziente, benché questi sia al centro di tale approccio.

c. Cambiare le nozioni di cura

Il vocabolario morale del personale sanitario è cambiato. Le nozioni religiose, come ad esempio amore-carità-riconoscenza, non ne fanno più parte. Tali nozioni sono individualizzate e fanno parte della motivazione professionale del personale infermieristico. Le nozioni politiche sono cambiate: cosa ne è della qualità e della solidarietà? Questo vocabolario morale e queste nozioni non sono più applicabili in politica. Ciò colpisce l'atteggiamento del personale infermieristico nei riguardi dei pazienti. La sottomissione del paziente e la sua gratitudine sono scomparse. Le norme e i valori di oggi sono una questione complicata, la risoluzione sta nel "fare dell'etica". In questo modo, per molte infermiere, ostetriche e assistenti

medico-sociali è applicabile il *leit-motif* del NVKVV (membro del CICIAMS), ad esempio la differenza tra vocazione e professione.

La professione esige che si faccia un lavoro pagato al meglio possibile, la vocazione è di fare il proprio lavoro basato sull'amore-carità e la fede nella Santa Bibbia.

Si può dire che il *leit-motif* del NVKVV sia basato sulla visione del Premio Nobel Madre Teresa, con questa differenza: tutti i membri del CICIAMS sono dei professionisti. È evidente che la nozione d'amore-carità-fede non è in contraddizione con le cure professionali ma forma la base dei valori fondamentali e degli atteggiamenti del personale sanitario cattolico.

Prima di chiudere questo capitolo con delle possibilità e proposte di sfida per la dispensazione umana delle cure, vorrei tornare sull'ambiguità citata sopra: cure e diminuzione del rispetto di sé e della dignità del paziente. Per chiarire questa ambiguità dobbiamo distinguere tra due dimensioni di cura: le cure in quanto attività e le cure in quanto ascolto del senso dell'essere umano. Il personale sanitario presta cure



umane, come dice il titolo di questo intervento. Le cure in quanto attività sono comparse negli ultimi secoli in Europa. In molte culture le cure sono una parte olistica e integrata della vita, spesso collegata ad attività sacre. La cura è una questione di famiglia, quindi

di tutti i membri della famiglia e delle persone sacre. Mi riferisco qui a quasi tutte le società africane, e ai precedenti sistemi di cure nel mondo occidentale, in America Latina e anche in Asia. Dallo scorso secolo, i sistemi sanitari nel mondo occidentale definiscono le cure come un'attività, e la dispensazione delle cure è un'attività pagata.

Il settore sociale, in cui rientrano le cure, occupa il terzo posto nel mondo occidentale. Cifre e tendenze indicano che esso salirà al secondo all'inizio del prossimo millennio.

Studi effettuati in Olanda mostrano che l'11% della popolazione di quel paese lavora nel settore sanitario, il quale rappresenta il 10% del prodotto nazionale. In Olanda e in Belgio, Paesi vicini con una cultura simile, il 60% delle cure viene dispensato dalle donne. Di tutte le donne tra i 30 e i 60 anni, una su tre dispensa cure. Queste cifre includono il personale sanitario professionale e volontario: il 20% di loro riceve una specie di salario che dipende dalle condizioni di lavoro, dalla regolamentazione del sistema sociale, ecc.

Possiamo concludere che in occidente le cure in quanto attività sono accettate come quadro di riferimento.

Che ne è delle cure come ascolto del significato della vita umana? Esse affondano le proprie radici nella tradizione. In effetti si tratta dell'elaborazione della dimensione ontologia delle cure, il che significa:

a) l'esistenza umana è un'esistenza incarnata;

b) l'esistenza incarnata si manifesta attorno ai due poli di vitalità-passione, forza, energia di fronte alla fragilità-dipendenza-vulnerabilità. Tutto ciò caratterizza l'esistenza umana;

c) le cure in quanto ascolto sono il modo reciproco di rispondere, dialogare e comunicare. Esse sono fondamentalmente un processo sociale in quanto è basato sull'interesse superiore dell'altro.

Possiamo affermare che Madre Teresa, la più povera dei poveri, aveva ben compreso questa base fondamentale delle cure, nel senso di un interes-

se permanente verso l'altro.

Come possiamo noi, professionisti delle cure sanitarie di tutto il mondo, interpretare la dimensione delle cure in quanto ascolto nel concetto di cure in quanto attività?

1. Scopi dell'attività sanitaria

Spesso il personale infermieristico orienta le proprie attività verso la dipendenza, la vulnerabilità, la malattia o la povertà. Gli operatori sanitari cattolici associano le cure alle attività delle persone per dare un senso alla loro esistenza, alla loro malattia e alla loro povertà. Con Madre Teresa mi riferisco alla lettera pastorale *Salvificis Doloris* di S.S. Giovanni Paolo II.

2. La responsabilità dei pazienti

Nel ricevere le cure, i pazienti possono esprimere il senso dell'indipendenza e del non governo degli altri e possono interpretare la malattia, l'handicap, l'età e perfino la morte come facenti parte della vita. La dignità e la responsabilità dei pazienti dovrebbero essere incorporate nella dispensazione delle cure.

3. Opzione possibile

Cure etiche elaborate dal filosofo Friedrich Nietzsche.

4. Piccola salute

Un essere umano resiste alla malattia, all'handicap, alla sofferenza e alla morte. Tutta l'energia è diretta ad evitare questi attacchi alla vita.

5. Grande salute

Questo atteggiamento non valorizza la sofferenza ma permette di esserne controllato. Dominare la paura della sofferenza stabilisce la condizione di verificare il valore della vita in tutte le sue espressioni. Ciò che, parlando da un punto di vista medico, è un handicap può, in questa prospettiva, portare ad una grande salute.

Quando questa concezione della salute sarà accettata nella pratica medica e del *nursing*, allora ci sarà posto per un approccio che leghi il senso delle cure al senso della vita.

Per concludere questo capi-

tolo sulle cure umane: tutto il personale infermieristico deve trovare la propria identità professionale, e il suo profilo deve essere l'idea cattolica. Mi riferisco a ciò che ha detto S.S. Paolo VI e più tardi Giovanni Paolo II: una civiltà dell'amore.

Facendo riferimento alle organizzazioni sanitarie cattoliche, quali il CICIAMS, una missione straordinaria è la forza del professionalità basata sui principi cristiani. Le organizzazioni professionali cattoliche offrono alla dimensione religiosa la possibilità d'avere un posto valido e di essere integrate nell'insieme delle cure sanitarie.

3. Emancipazione della professione

a. Il personale sanitario deve sviluppare la propria identità professionale.

Un modello di cure sanitarie, quale il *nursing integrato*, offre possibilità che conducono all'emancipazione della professione come pure alla demarcazione del proprio territorio in relazione agli altri operatori sanitari.

a) il modello che difende il paziente in relazione alle cure offerte è una risposta alla frammentazione del sistema sanitario;

b) nel suo ruolo di mediatore, il personale infermieristico è il braccio destro dei medici e l'avvocato del paziente;

c) è necessario che il personale sanitario compia negoziazioni, cioè valuti il proprio lavoro e quello degli altri;

d) i leader del personale infermieristico devono combinare due stili di *leadership*: uno stile orientato verso il lavoro che tende al rendimento dei membri dell'équipe, e alla loro efficacia e limiti d'autonomia; uno stile orientato verso la persona che sottolinea una relazione reciproca. Il personale infermieristico e le ostetriche devono aiutare il paziente a restare il più possibile indipendente. Le cure sanitarie richiedono che il personale si identifichi con la prospettiva del paziente. Ciò



implica l'identificarsi con ciò che aiuta il paziente nella vita che avrà scelto.

b. Formazione del personale sanitario, delle ostetriche e degli assistenti medico-sociali

La formazione deve produrre personale esperto e pienamente qualificato.

Non bisognerà soltanto acquisire la conoscenza, l'abilità e le attitudini nella propria professione, ma anche i principi di base del contenuto professionale degli altri operatori sanitari. Una consapevolezza della propria identità professionale, degli strumenti di lavoro adeguati, contribuirà all'autonomia e all'emancipazione della professione.

Gli operatori sanitari devono imparare ad essere flessibili allo scopo di gestire le offerte di impiego sempre diverse, ed essere il più possibile efficaci in tutte le circostanze. Nel corso della loro formazione e delle loro attività giornaliere, essi si trovano a dover affrontare problemi di bioetica a tutti i livelli: morte del cervello, trapianto di organi, AIDS, ecc. È tempo che essi sviluppino i propri standard etici conformemente alla propria cultura.

Le infermiere, le ostetriche e gli assistenti medico-sociali devono imparare ad ascoltare la persona umana. Ciò è possibile soltanto se faranno tutti attenzione, in modo sistematico, alle questioni religiose. Non ci si può aspettare che tutti siano in grado di tenere una conversazione religiosa, ma di trova-

re un'apertura attraverso la quale esprimere le questioni religiose. La formazione del *nursing* e delle ostetriche deve offrire riferimenti olistici in cui tutti i pazienti di ogni dimensione, compresa quella religiosa, possano essere aiutati.

Il personale sanitario sente a volte che questo non è il suo ruolo e mostra poco entusiasmo ad esprimere pienamente la propria vocazione. Cristo ha detto "la messe è molta ma gli operai sono pochi"; la sua risposta è sempre valida oggi: "Preghiamo il Signore perché mandi operai alla sua messe".

Suggerimenti per l'educazione e la formazione delle infermiere, delle ostetriche e degli assistenti medico-sociali

Come ha detto Martin Luther King, il difensore dei diritti civili: "Il progresso sociale non arriva mai sulla strada dell'inevitabile".

Come stabilire un piano che metterà in atto cure sanitarie adatte al Terzo Millennio?

Il settore delle cure sanitarie deve assicurare una leadership che ci permetterà di modellare la nostra visione di un miglior sistema di cure. Come ha detto il Prof. P. Maraldo (USA), ciò di cui abbiamo bisogno, e di cui hanno bisogno anche le nazioni, è una rivoluzione tranquilla delle cure sanitarie in tutto il mondo, concepita ed attuata dal personale infermieristico. Noi abbiamo molto da offrire ai sistemi sanitari. Infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali devono partecipare a tutti i livelli del settore delle cure sanitarie.

La rivoluzione deve essere tranquilla, poiché esistono già numerose teorie e modelli che possono rivoluzionare questo settore. Da tempo si dispensano cure sanitarie ai poveri, prima da parte di religiosi e poi del personale infermieristico.

Noi dobbiamo offrire una strategia politicamente solida e attuabile per mettere in atto una rivoluzione tranquilla; il Prof. Maraldo suggerisce che, per raggiungere questo scopo, si debba seguire la seguente

strategia composta di quattro punti:

1. Come personale infermieristico del mondo, noi dobbiamo anzitutto invocare ciò che Thailard de Chardin chiamava il "Vangelo dello sforzo umano". Dobbiamo sviluppare in coloro che credono in Cristo, e in quanti non vi credono, una piena consapevolezza dell'universo che ci circonda e, più in particolare, del nostro potere di influenzare il loro sviluppo mediante la nostra azione. La nostra passione spirituale collettiva secondo la quale deve prevalere un mondo in buona salute, deve essere nutrita e resa sistematica.

2. Il personale infermieristico di tutto il mondo ha la responsabilità di cercare con forza uno status professionale e posti di indipendenza, di autorità e di responsabilità che l'accompagnino. Posti di management superiore, di funzionari esecutivi, e di governo faranno progredire i paradigmi e i modelli del *nursing*.

È altresì raccomandato che ogni nazione intraprenda una rivalutazione delle risorse investite nel personale infermieristico. Gli Stati devono investire risorse nell'educazione e nel rafforzamento della leadership del *nursing* e delle ostetriche. I leader devono avere una conoscenza dell'economia della salute e dello sviluppo delle politiche sanitarie per poter contribuire alla soluzione del problema delle risorse umane nel loro paese, e assumere un ruolo di consultazione e di management al più alto livello del governo e del settore privato. Una collaborazione regionale in seno ai leader del *nursing* (in particolare nei paesi in via di sviluppo in cui i gruppi di leader sono piccoli e relativamente isolati) è una strategia efficace ed effettiva allo sviluppo dei leader del *nursing* in questi paesi.

Un miglioramento delle opportunità d'educazione come pure una compensazione, un riconoscimento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico e delle ostetriche è importante per mantenere un'équipe di infermieri in tutto il mondo.

Programmi di educazione in tutti i paesi devono preparare

gli studenti a lavorare e a supervisionare gli "aiutanti del *nursing*" che si occupano di cure formali, tradizionali e informali quali assistenti, guaritori, erboristi, famiglie e amici.

L'educazione di base del *nursing* deve preparare dei generici. Un'educazione avanzata sotto forma di specializzazione clinica a livello *post-basic* data dai programmi tradizionali e da un'educazione "a distanza" è fondamentale per gli educatori e i professionisti.

3. Deve esserci una continua educazione superiore per il personale infermieristico. Si tratta di un strumento di progresso per i gruppi minoritari, l'educazione è vitale per l'avanzamento del *nursing*.

Le nostre nazioni ci chiedono sempre più personale infermieristico capace di fornire un servizio di cure complesse. Ne risulta che l'educazione del *nursing* ha raggiunto un punto critico. L'educazione deve essere indirizzata verso gli studenti, più che verso un piano sanitario internazionale; il personale infermieristico di ogni nazione deve aprire la strada perché la prevenzione delle malattie sia una priorità.

Essenziale è una politica internazionale di prevenzione della malattia diretta a combattere l'abuso di droghe, di alcol, la gravidanza nelle adolescenti, la mortalità infantile, ecc. Una tale politica nazionale di prevenzione avrebbe un impatto sui programmi di tasse e di benefici per i cittadini oltre che sulla struttura finanziaria del sistema delle cure sanitarie.

Non soltanto una politica nazionale di prevenzione realizzerebbe ciò che è evidente, ma migliorerebbe le cure e il benessere della nazione e avrebbe come beneficio la riduzione dei costi delle cure sanitarie.

4. Come ha detto Br. I. Perkins (Kentucky, USA), per secoli noi, come personale infermieristico, abbiamo provato la nostra competenza e il nostro impegno a prestare cure ovunque ci fossero malati, in ospedale, a casa, nelle scuole, nelle strade, sui campi di battaglia, nei metro, e nei nostri centri. Non possiamo tuttavia

fare una riforma sistematica da soli. Possiamo educare gli altri, in particolare i nostri colleghi e mostrare loro la via per l'umanizzazione delle cure come un processo e un cambiamento attraverso il quale una forma nuova e radicale di cure sanitarie possa essere apprezzata da tutti.

Nell'educare gli altri all'umanizzazione delle cure sanitarie, è importante comprendere cosa sono le cure sanitarie. Nel contesto di un nuovo paradigma, le cure sanitarie sono un supporto emotivo positivo, e una risposta alle condizioni e alle situazioni di un'altra persona, una risposta che deve affermare il nostro impegno al loro benessere, la nostra inquietudine, la nostra sensibilità, devozione e pazienza. Al centro delle cure, come afferma Callahan (1990), deve esserci l'impegno di non girare mai lo sguardo, di abbandonare o di disinteressarsi di coloro che soffrono, degli handicappati o dei ritardati mentali, degli alienati o dei malati di AIDS.

La nostra missione, come personale infermieristico, educatori, ricercatori e amministratori, è l'umanizzazione del sistema delle cure sanitarie attraverso l'umanizzazione dei nostri valori giudeo-cristiani di giustizia, compassione, qualità, gestione e collaborazione con coloro che curiamo, i nostri pazienti, le nostre famiglie e comunità. In questo processo, diventeremo una nazione di personale curante dedito ad alleviare le sofferenze di tutti i nostri fratelli e sorelle ovunque essi siano. Ciò non fa parte della nostra vocazione di cristiani? Per applicare le riforme necessarie e svolgere la nostra missione dobbiamo aiutarci, in particolare aiutare i nostri colleghi, i membri delle altre professioni sanitarie, avere il coraggio di vedere nel volto di un bambino congenitalmente deforme la cui madre fa uso di crack, nel volto di un giovane nero alcolizzato e che non trova lavoro, di un omosessuale malato di AIDS, di un donna senza casa e mentalmente handicappata che dorme nei tunnel del metro, di un agricoltore stagionale, di un anziano fragi-

le e solo, di vedere nei loro volti il volto di Cristo.

Come ha detto S.E. Mons. Lozano Barragán, le infermiere cattoliche, le ostetriche e le assistenti medico-sociali devono essere formate perché possano sviluppare la loro fede nel loro ambiente e in particolare nell'etica del *nursing*.

Le infermiere cattoliche devono comprendere che la loro fede le porta a proteggere i principi di base della loro professione, cominciando con:

- il principio della beneficenza: aiutare sempre il paziente;

- il principio del non fare il male: non nuocere mai al paziente;

- il principio di autonomia: lasciare che il paziente decida il più possibile;

- il principio di sincerità: il paziente deve essere informato onestamente;

- il principio sacro della vita: la vita umana deve essere sempre difesa;

- il principio della giustizia: tutte le persone devono essere trattate in modo uguale e ricevere ciò a cui hanno diritto.

Le infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali fanno fronte al compito sublime di proclamare la cultura della vita. Esse devono mostrare che la vita e le cure sono un dono di Dio, che noi dobbiamo prestare in quanto tale.

4. CICIAMS:

Organizzazione cattolica delle infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali

Origine e storia

1928

Nel 1928, in occasione di una riunione internazionale a Bali, i Presidenti delle Associazioni Cattoliche di diversi paesi decisero di creare un'organizzazione professionale cattolica internazionale.

1933

Nel 1933 ebbe luogo a Lourdes il primo Congresso che raggruppava infermiere di dieci paesi. In quell'occasione, fu fondato il "Comitato di studio delle associazioni di infermiere cattoliche", di cui furono approvati gli statuti ed eletto un Comitato.

1933-39
Dal 1933 al 1939, il Comitato internazionale estese il proprio lavoro in diversi continenti e riunì un numero considerevole di Associazioni cattoliche di *nursing*.

1946
Nel 1946, il Comitato riprese le sue attività e si diffuse rapidamente nella maggior parte dei paesi. Di fronte allo sviluppo complesso della medicina preventiva e sociale e alla comparsa in ogni paese di persone qualificate nel settore medico-sociale, a fianco di quelli impegnati nel *nursing*, il comitato assunse il nome di “Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e Assistenti Medico-Sociali – CICIAMS”.

- Obiettivi del CICIAMS*
1. Incoraggiare, in tutti i paesi, l'organizzazione e lo sviluppo di Associazioni professionali cattoliche capaci di dare un sostegno morale e spirituale alle infermiere cattoliche (e infermiere della pubblica sanità) ed aiutarle a perfezionare la loro tecnica.
 2. Coordinare gli sforzi delle Associazioni professionali cattoliche nel rispetto della loro autonomia al fine di studiare e di rappresentare il pensiero cristiano nella professione in generale.
 3. Partecipare allo sviluppo generale della professione del *nursing* e promuovere le misure sanitarie e di benessere sociale secondo le linee del progresso scientifico seguendo i principi cristiani, assicurando in questo modo la salute e il benessere al quale ogni essere umano ha diritto, rispettando allo stesso tempo le convinzioni religiose di ogni individuo.

Il CICIAMS è diretto da:
Consiglio Generale
Il Consiglio Generale è composto dei Presidenti o Delegati ufficiali delle Associazioni membri.
Consiglio d'Amministrazione
Il Consiglio d'Amministrazione è eletto dal Consiglio Generale.
Segretariato Internazionale
Gli affari correnti sono assicurati da un Segretariato Internazionale.

RETE DEL CICIAMS	
NAZIONI UNITE/DIP Agenzie: UNICEF OMS DIP ECOSOC OIL	CONFERENZA INTERNAZIONALE DELLE OIC VECCHIO MEMBRO DEL COMITATO DI CONTINUITÀ
CONSIGLIO PER L'EUROPA	PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE PONTIFICIO CONSIGLIO PER I LAICI PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA COR UNUM

STRUTTURE DEL CICIAMS
CONSIGLIO GENERALE STATUTARIO
CONSIGLIO ESECUTIVO
ESECUTIVI PRESIDENTE INTERNAZIONALE PRIMO VICE-PRESIDENTE INTERNAZIONALE SEGRETARIO GENERALE TESORIERE PRESIDENTI REGIONALI
CONSIGLIO ESECUTIVO GIORNALIERO SEGRETARIATO GENERALE
SEGRETARIATI REGIONALI
ELEZIONE DEI DELEGATI PRESSO: OMS NAZIONI UNITE/DIP UNICEF ECOSOC OIL CONFERENZA INTERNAZIONALE DELLE OIC
COMITATI DEL CICIAMS COMITATO TECNICO COMITATO DELLE FINANZE COMITATO DEGLI STATUTI COMITATO DELLE OSTETRICHE COMITATO EDITORIALE

- Attività del CICIAMS**
- Congressi*
Congressi Internazionali vengono organizzati ogni quattro anni. Congressi regionali sono organizzati per studiare più specificamente i problemi sanitari relativi ad ogni regione.
- Studio*
Viene effettuato da parte del Comitato tecnico e di diverse Commissioni al fine di redigere rapporti e documenti per i membri e organizzazioni internazionali.
- Pubblicazione*
Il CICIAMS pubblica la Rivista “CICIAMS NOUVELLES-NEW-NOTICIAS-NACHRICHTEN” e altre lettere circolari.
- Partecipazione*
I delegati del CICIAMS partecipano a numerose riunioni e lavori di diverse organizzazioni internazionali alle quali è associato.
- Fondo di solidarietà*
Aiuta a costituire e a partecipare alle attività delle Associazioni.

zioni di Infermiere cattoliche nei paesi in via di sviluppo.

Guide in materia d'etica

Vengono pubblicati testi studiati e preparati dal Comitato tecnico con l'assistenza di esperti.

Segretariato regionali sono costituiti in

AFRICA
Regione francofona
Regione anglofona
ASIA
EUROPA
AMERICA DEL NORD

Relazioni ufficiali del CICIAMS

Il CICIAMS intrattiene relazioni ufficiali con le seguenti Organizzazioni Intergovernative:

OMS

Statuto consultativo con l'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1954;

ECOSOC

Registro del Consiglio Economico e Sociale dal 1954;

OIL

Sulla lista dell'Organizzazione Mondiale del Lavoro dal 1956;

UNICEF

Registro del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia dal 1956;

CONSIGLIO PER L'EUROPA

Statuto consultativo Cat. II per le questioni sociali e sanitarie dal 1956.

Il CICIAMS è membro della Conferenza Internazionale delle Organizzazioni Cattoliche (CIOIC) e intrattiene contatti regolari con numerose Organizzazioni Internazionali.

Attività future

Per far fronte alle sfide dell'anno 2000, è necessario reagire fin d'ora ai problemi incontrati dal personale infermieristico.

a) Il personale infermieristi-

co deve reagire ed è importante che comprenda la propria identità professionale e che l'idea cattolica sia evidenziata per le infermiere, le ostetriche e le assistenti medico-sociali.

Per cominciare possiamo fare riferimento alle parole di S.S. Paolo VI e poi Giovanni Paolo II: "la civiltà dell'amore".

b) La reazione collettiva può essere assicurata dalle organizzazioni professionali cattoliche, in questo caso dal CICIAMS.

Più che mai, le organizzazioni professionali cattoliche hanno una missione straordinaria come forza motrice e/o pilota della professionalità dei membri di questa professione, tutto ciò basato sui principi cristiani.

Durante il XV Congresso Mondiale del CICIAMS, nel settembre 1994, tutti gli oratori misero fortemente l'accento sul fatto che, mediante una coesione dei gruppi e l'azione collettiva, le idee dovevano essere maggiormente affermate attraverso le attività professionali del personale infermieristico, delle ostetriche e degli assistenti medico-sociali.

Il personale infermieristico cattolico, le ostetriche e le assistenti medico-sociali non sono differenti dagli altri colleghi per quanto riguarda la professionalità. La qualità delle cure e il *nursing* differiscono secondo la società e la cultura; nei paesi industrializzati il *nursing* e la professione delle ostetriche sono di altissima qualità. Le organizzazioni professionali cattoliche offrono alla dimensione religiosa la possibilità di avere un posto valido e di integrarsi nell'insieme delle cure sanitarie.

Benché sembri difficile motivare i colleghi a divenire membri di un'organizzazione professionale cattolica, la necessità di unirsi è più grande che mai a causa dell'aumento del laicismo e della perdita dei valori di base.

I membri di un'organizzazione professionale cattolica trovano la forza di continuare nell'organizzazione, ma anche la forza di aiutare gli altri.

Questa è l'essenza del *nursing* e della professione delle ostetriche.

È evidente che tutti i membri del CICIAMS si rendono

conto del fatto che l'organizzazione fa parte della Chiesa. Il forte legame tradizionale esistente tra il CICIAMS, la Chiesa e il Vaticano deve essere mantenuto e perfino rafforzato. La sfida del CICIAMS è quella di differenziarsi dalle altre organizzazioni professionali non-confessionali sulla base dei principi cattolici.

La nostra vocazione come organizzazione professionale cattolica è basata sull'evidenza della fede e sull'attaccamento alla Chiesa. È questo che afferma il significato del CICIAMS nel mondo, ora e in futuro.

Le organizzazioni del personale infermieristico raggruppate in seno al CICIAMS sono un catalizzatore d'energia a livello locale, regionale e mondiale. Essi sono:

– *luoghi d'incontro*: aperti a quanti si preoccupano dell'umanizzazione delle professioni delle cure sanitarie. È necessario condividere con altri le preoccupazioni e le reazioni al fine di creare una coscienza comune in relazione ai problemi della vita professionale e di contribuire iniziando e promuovendo movimenti d'opinione che possono cambiare il nostro mondo professionale.

– *Luoghi di riflessione*: l'amicizia è importante, è la base di ogni gruppo solido, ma non è sufficiente. Il personale infermieristico cattolico ha bisogno di riflettere insieme sui problemi che si incontrano nell'esercizio della loro professione, poiché non basta lo scambio di commenti superficiali. Facendo fronte ai cambiamenti proposti o imposti, dobbiamo ricordarci che un servizio di cure veramente umano deve includere i poveri e il reinserimento sociale delle vittime di malattia legate ai problemi di droga, alle rotture familiari, ecc. e che sono rifiutati dalla società. Le Associazioni del CICIAMS devono sapere come e quando parlare di questi problemi. A questo scopo esse troveranno nella dottrina sociale della Chiesa gli insegnamenti sui quali basare il loro impegno e le ragioni alle spalle dell'atteggiamento che ci si aspetta da loro;

– *luoghi di preghiera*: ogni

associazione ha a questo riguardo la propria tradizione che corrisponde all'ambiente in cui si è sviluppata. Ciò deve essere mantenuto in quanto è essenziale che i membri del CICIAMS acquisiscano con Dio la familiarità che conviene loro. Si tratta di un punto essenziale. Per questo noi abbiamo un senso di Dio per cui numerosi malati con i quali siamo in contatto scopriranno il senso trascendente del senso della loro vita, confrontando la loro malattia e un giorno la loro morte mobilitando tutte le loro energie spirituali e accettando la verità della loro condizione umana, sentendosi oggetto di un amore infinito e per questo ricchi di un valore infinito.

– *Luogo di solidarietà*: noi diciamo che i cristiani sono uniti con quanti sono materialmente, psicologicamente e spiritualmente più poveri. La solidarietà è il segno della nostra fede che noi diamo al mondo; è la nostra carta d'i-

dentità. La nostra solidarietà si esprime facendo attenzione alle vittime della vita, ai tossicodipendenti, o alle vittime dell'AIDS. Noi ci preoccupiamo di quanti non hanno accesso alle cure.

La nostra solidarietà va verso le famiglie per renderle più forti o ricostituirle, in quanto la nostra esperienza religiosa ci dice che esse sono la struttura di base della società; le associamo dunque il più possibile alle terapie che siamo qui per prestare.

Al momento di superare la soglia del Terzo Millennio, le associazioni membri del CICIAMS devono misurare la sfida che le attende. Come membri della società civile, esse condividono le sue speranze ma sanno che il cammino scelto non è sempre adeguato. La loro fede in Cristo dà loro la misura delle trasformazioni che avvengono nella società; esse non propongono di imporre un modello da trasporre come tale nella realtà,

ma presentano un catalogo di valori verso i quali dovrebbe tendere ogni società: la dignità umana, il rispetto della libertà di coscienza, cure per tutti, solidarietà, una solidarietà che unisca il tessuto umano che molto spesso è distrutto dalle politiche sanitarie, tutti sono segni dell'integrazione della massa umana nella vita economica e sociale.

Gli occhi centrati su Dio, fonte di pietà e di salvezza per tutti, il personale infermieristico cattolico si avvicinerà al Terzo Millennio consapevole della sua missione.

Il vangelo dice che l'amore, l'affetto e le cure hanno un effetto di guarigione. Forse questo è sentito dalle infermiere, ostetriche e assistenti medico-sociali alle quali dà il coraggio di continuare.

Signora AN VERLINDE
Segretaria Generale CICIAMS
Comitato Internazionale
degli Infermieri
ed Assistenti Medico-Sociali,
Belgio

L'identità del farmacista cattolico alle soglie del Terzo Millennio

Il tema che dovremo insieme vedere e approfondire non chiede discussione o ricerca intorno ad un particolare problema insorto in recenti tempi nell'ambito dell'attività svolta, ma attinge profondamente all'esistenza di ciascuno come *Uomo Professionista* in qualificato e delicato settore della società umana, con la libera scelta di vivere innestato nel Cristo (cfr. *Gal 3, 27*) in progressione quotidiana nel conformarsi a Lui sempre e dovunque (cfr. *Rm 8, 29*).

Credo che quanti siamo qui, lo siamo perché convinti che "il Grande Giubileo non consiste in una serie di adempimenti da espletare, ma in una grande esperienza da vi-

vere. Le iniziative esteriori hanno senso nella misura in cui sono espressione di un impegno più profondo, che tocca il cuore delle persone"¹.

Giovanni Paolo II insistentemente ed in modo inequivocabile ha indicato la meta di questo straordinario evento storico e spirituale che stiamo vivendo: "Tutto dovrà mirare all'obiettivo prioritario del Giubileo che è il *rinvigorismento della fede e della testimonianza dei cristiani...* suscitare un desiderio forte di *conversione e di rinnovamento personale...*"².

I farmacisti cattolici, celebrando il "Grande Giubileo" e l'"VIII Giornata Mondiale del Malato" in comunione con i

malati e con quanti si dedicano al mondo della salute e della sanità, trovano nel messaggio del Santo Padre ben tracciato il sentiero sul quale muoversi, ben convinti della provvidenziale occasione che "...vedrà la comunità cristiana impegnata a rivisitare la realtà della malattia e della sofferenza nella prospettiva del *mistero dell'Incarnazione del Figlio di Dio*, per trarne da tale evento straordinario *nuova luce* su queste fondamentali esperienze umane"³.

Il nostro Incontro, quindi, non sarà esplorazione dei "non si può... è vietato...", ecc..., ma una ricerca e un confronto con la *Storia della Salvezza*, irruzione di Dio che

“ha mandato il suo Unigenito Figlio nel mondo perché noi avessimo la vita per Lui” (1 Gv 4, 9).

Seguiremo questi passaggi: – significato di essere *Cattolico*;

– promozione e difesa della vita;

– Buon Samaritano.

Prima di procedere mi preme evidenziare la “presenza” del *farmacista* nella Sacra Scrittura e la “stima” che la Chiesa ha della sua Professione.

Nella Sacra Scrittura

Nel libro del Siracide si legge che “Il Signore ha creato medicamenti dalla terra, l'uomo assennato non li disprezza... Dio ha dato agli uomini la scienza perché potessero gloriarsi delle sue meraviglie. Con esse il medico cura ed elimina il dolore e il farmacista prepara le miscele... Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani. Anch'essi – (medici e farmacisti) – pregano il Signore perché li guidi felicemente ad alleviare la malattia e a risanarla, perché il malato torni alla vita” (*Sir* 8, 4.6-7.13-14).

Stima della Chiesa

In merito alla “stima della Chiesa”, particolarmente importante, mi piace riportare un pensiero di Pio XII, di venerata memoria, che disse, dopo aver citato alcuni versi di Virgilio: “Voi appartenete a quella davvero benemerita categoria di cittadini che, consacrando il tempo, l'intelligenza, le forze e tutti se stessi a sollevare le miserie umane, guariscono con la terapia le malattie in atto ed allontanano, con saggia e metodica profilassi, quelle che minacciano la salute. Compito oneroso il vostro, per le attenzioni che esige e la responsabilità che impone. E tuttavia la vostra solerte attività, remota com'è dagli occhi e dal plauso del pubblico, confinata nei recessi di un laboratorio, muto e fedele testimone della vostra improba fatica, è come velata dal silenzio. A voi mancano quelle consolazioni che raddolciscono l'o-

pera così spesso penosa dei medici e degli infermieri quando vedono sollevati i loro pazienti ed infermi”⁴. E dopo aver detto del Cristo Redentore essere “medico di tutta l'umanità”, affermò “a voi farmacisti ha commesso in particolare lo studio teorico e pratico della cura dei corpi”.

Stima riconfermata dai Pontefici fino ai giorni nostri, in particolare è bello ricordare che Giovanni Paolo II ritene i farmacisti “evangelizzatori, proprio perché la vostra professione presuppone fiducia nella vostra arte e nella vostra umanità”⁵.

Essere Cattolico

Nella ricerca delle Parole rivolte dai Papi ai Farmacisti in questi ultimi cinquanta anni, frequentemente ci siamo imbattuti nel richiamo di “*essere Cattolico*” nell'espletamento del servizio professionale.

Particolarmente incalzante Giovanni Paolo II:

“Le forme di aggressione nei confronti della vita umana e della sua dignità divengono sempre più numerose, in particolare attraverso l'uso di medicine, mentre queste non devono essere mai adoperate contro la vita, direttamente o surrettiziamente. È per questo che il *farmacista cattolico* ha il dovere – in accordo, d'altronde, con i principi immutabili dell'etica naturale propria alla coscienza dell'uomo – di essere un consigliere attento per coloro che acquistano i rimedi... Per il *farmacista cattolico* l'insegnamento della Chiesa sul rispetto della vita e della dignità della persona umana, sin dal suo concepimento fino ai suoi ultimi momenti, è di natura etica e morale. Non può essere sottoposto alle variazioni di opinioni o applicato secondo opzioni fluttuanti”⁶.

Ma ci può essere una “*scienza medica cristiana*?”, si domandava Pio XII. E rispondeva di “sì” in senso lato, in quanto “non tanto la scienza in se stessa, quanto i suoi rappresentanti e cultori in cui vive, si svolge e manifesta”⁷. E contrastando

l'opinione di quanti la vogliono legata alle sole proprie leggi immanenti, faceva osservare che i destinatari e gli oggetti di qualunque scienza non sono nel vuoto, “ma fanno parte del mondo universale degli esseri; sono in permanente contatto con gli oggetti delle altre scienze, e in particolar modo stanno sotto la legge dell'immanente e trascendente finalità, che li lega in un tutto ordinato”⁸.

Ecco, questo è il crocevia angosciante di questo tempo che ci traghetta da un fine Millennio all'inizio del nuovo: il dramma della separazione tra fede e ragione, che Giovanni Paolo II affronta nella *Fides et ratio*, denunciandone il baratro nefasto che si prospetta per l'umanità⁹.

È opportuno rileggere qui un passo che ci tocca nell'attività professionale: “Nell'ambito della ricerca scientifica si è venuta imponendo una mentalità positivista che non soltanto si è allontanata da ogni riferimento alla *visione cristiana del mondo*, ma ha anche, e soprattutto, lasciato cadere ogni richiamo alla visione metafisica e morale. La conseguenza di ciò è che certi scienziati, privi di ogni riferimento etico, rischiano di non avere più al centro del loro interesse la persona e la globalità della sua vita. Di più: alcuni di essi, consapevoli delle potenzialità insite nel progresso tecnologico, sembrano cedere, oltre alla logica del mercato, alla tentazione di un potere demiurgico sulla natura e sullo stesso essere umano”¹⁰.

Il farmacista cattolico è nel pieno della sfida, e si troverà coinvolto ancora in più drammatiche situazioni per la sua coscienza nel nuovo Millennio.

Innestati nel Cristo, si può con San Paolo affermare: “Tutto spero in Colui che mi dà la forza” (*Fil* 4, 13). La forza in base alla quale si può affrontare e vivere coerentemente tali situazioni non è insita in noi stessi, ma si trova al di sopra di noi. L'uomo tecnologico non sa e non riesce ad accettare una simile visione, perché tutto vuole esaminare e dimostrare *scientificamente*,

ed incorre nella tentazione di sentirsi il vero signore di questo mondo.

San Paolo, invece, francamente riconosce la sua radicale dipendenza da Dio e fa riferimento a Lui in modo assoluto. Questo sprigiona una nuova forza derivante dalla forza primigenia divina dalla creazione presente nell'universo. Anche ai suoi giorni c'era una sfida del modo di concepire la vita se scrive: "Non conformatevi alla mentalità di questo secolo, ma trasformatevi rinnovando la vostra mente, per discernere la volontà di Dio, ciò che è buono, a Lui gradito e perfetto" (Rm 12, 2).

Il farmacista cattolico che, imitando San Paolo, pone la sua forza in quella del Cristo, affronterà coraggiosamente e con coerenza, senza apprensione, le sfide del *Terzo Millennio*. Nell'era della tecnica, e della paura ancestrale di chissà quali disastrose incognite ci riservi il prossimo futuro, il cristiano, aperto nei confronti del mondo, e traendo forza da Dio, adempie fedelmente la missione creatrice avuta in affidamento da Dio.

Il farmacista cattolico può a ben ragione ritenersi "aiutante di Dio" nell'opera di sollievo e di ricostruzione dell'*Uomo malato*¹¹.

Incorporati nella Chiesa mediante il Battesimo, i *farmacisti cattolici*, come tutti i cristiani, "sono tenuti a professare pubblicamente la fede ricevuta da Dio mediante la Chiesa" (LG, n. 11), e fortificati dal Sacramento della Confermazione con una forte presenza dello Spirito Santo, "sono più strettamente obbligati a diffondere e a difendere con la parola e con l'opera la fede come veri testimoni di Cristo" (*ibidem*).

Sotto la guida del Magistero della Chiesa i *farmacisti cattolici* devono accogliere "non la parola degli uomini ma, qual è in realtà, la Parola di Dio (cfr. 1 Ts 2, 13)" (LG, n. 12), rimanendo incorporati in Essa non solo con il corpo ma con il cuore (cfr. *ibidem*, n. 14).

Essere *farmacista cattolico* non esige un percorso irto di paletti e di cartelli negativi,

ma un *rinvigorismento di fede, un rinnovamento personale* – anche una *conversione*, se necessaria – per testimoniare al mondo di credere in Gesù il Salvatore che ha assicurato: "Se rimanete fedeli alla mia parola, sarete davvero miei discepoli; conoscerete la verità, e la verità vi farà liberi" (Gv 8, 31-32).

Difesa e promozione della vita

Sul fronte della difesa e degli attentati alla vita, il ruolo del farmacista non è marginale, ma co-primario con altri ugualmente dedicati a questo bene esistenziale dell'Uomo, dove il confronto non è tranquillo perché "il mondo della sanità è un luogo di lotta per l'uomo, dove la tecnologia tende a prendere sempre più spazio e non sempre a salvaguardia dei diritti della persona. La sofferenza, la malattia, la morte sono eventi 'umani' fondamentali, e la preoccupazione primaria di tutti deve essere quella di collaborare a vicenda per risolverne i problemi in modo umano.

Aiutare l'ammalato a superare con dignità la propria prova è certamente il servizio che l'umanità aspetta dalla scienza, dalla tecnologia e dalla farmacologia. Ma ciò non sarà possibile senza una visione chiara del rispetto assoluto verso l'essere umano, che trascende da solo il valore di tutte le realtà materiali. È questo il punto costante di riferimento, da non perdere mai di vista, se si vogliono evitare conseguenze che degenerano nella tragedia dei grandi mali sociali, oggetto del vostro impegno di studio.

Nella concezione cristiana l'uomo, creato a immagine di Dio, è l'espressione più alta della vita dell'universo. Egli è finalizzato a Dio, e l'universo finalizzato all'uomo. Come il Creatore di tutte le cose ha immesso nei segreti della natura forze nascoste da scoprire per trarne i mezzi di protezione e di sviluppo della vita, così ha scritto anche nella stessa natura umana i principi delle norme universali di

comportamento, che non sono lasciate all'interpretazione dell'arbitrio soggettivo né alle variazioni della mentalità corrente"¹².

Nove anni prima della *Evangelium Vitae*, Giovanni Paolo II così esprimeva il pensiero e la posizione della Chiesa in merito all'assunto di questa nostra parte. Dalle sue Parole ne traiamo le seguenti linee:

– il mondo della sanità è un luogo di lotta per l'uomo;

– i diritti della persona e la sua dignità vengono attentati dalla tecnologia;

– l'Uomo creato a immagine di Dio trascende tutte le realtà materiali;

– Dio ha scritto nella natura umana i principi di comportamento che non sono soggetti ad arbitrarie interpretazioni sotto la spinta della fluttuante mentalità corrente, e nel segreto della natura ha anche iscritto i rimedi per la sua salute (cfr. *Sir* 38, 4).

Questa è la realtà delle sfide che si pongono al farmacista cattolico. L'invito a riscoprire nuova luce su queste fondamentali esperienze umane nell'anno del Grande Giubileo nella prospettiva del Mistero dell'Incarnazione del Figlio di Dio¹³, esige un coerente comportamento.

Nuova luce che la *Evangelium Vitae* con argomentazioni di fede e di ragione diffonde ampiamente. È un documento che ogni *Cattolico* operante nell'ambito della Salute e della Sanità dovrebbe possedere e studiarne i contenuti. Ne tracciamo alcuni riferimenti.

La vita è sacra e inviolabile

Qualsiasi uomo aperto alla verità e al bene, se sinceramente si pone in ascolto di esse, può con la luce della ragione giungere ai principi inalienabili iscritti nella natura dell'Uomo. San Paolo ci dice che "Quando i pagani, che non hanno la legge, per natura agiscono secondo la legge, essi, pur non avendo la legge, sono legge a se stessi; essi dimostrano che quanto la legge esige è scritto nei loro cuori come risulta dalla testimo-

nianza della loro coscienza e dai loro stessi ragionamenti, che ora li accusano ora li difendono” (Rm 2, 14-15).

Ora, uno dei valori intoccabili che l’Uomo da sempre ha sentito, è quello che la vita è sacra, e che il diritto a questo bene primario è il fondamento di ogni convivenza e della stessa comunità politica.

Per il credente in Cristo questo fondamentale pilastro dell’umana società viene elevato a verità sacra nel Mistero dell’Incarnazione del Verbo di Dio, che inonda – come afferma il Concilio Vaticano II – di “vera luce il mistero dell’Uomo... svela anche pienamente l’uomo all’uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione... con l’Incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo ad ogni uomo” (GS, n. 22).

L’evento storico della nostra salvezza ha rivelato l’amore infinito di Dio che “ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito” (Gv 3, 16). In Lui la vita di ogni Persona umana è elevata ad un valore incomparabile e intoccabile (cfr. EV, n. 2).

La vita dell’uomo scaturita dall’Onnipotenza di Dio – “Facciamo l’Uomo a nostra immagine, a nostra somiglianza” (Gn 1, 26) – trova la sacralità e l’invulnerabilità in Lui. Quando la vita di Abele fu violata da Caino, Dio ne chiese conto e condannò: “Che hai fatto? La voce del sangue di tuo fratello grida a me dal suolo! Ora sii maledetto lungi da quel suolo che per opera della tua mano ha bevuto

to il sangue di tuo fratello...” (Gn 4, 10-11).

E dopo il diluvio a Noè Dio conferma la sua signoria assoluta: “Domanderò conto della vita dell’uomo all’uomo, a ognuno di suo fratello” (Gn 9, 5), e il fondamento è in Dio “Perché ad immagine di Dio Egli ha fatto l’uomo” (Gn 9, 6). Dio è il Signore assoluto: “Sono io che do la morte e faccio vivere” (Dt 32, 39)¹⁴.

Nel mistero dell’Incarnazione l’invulnerabilità fin dall’inizio

Nell’irripetibile occasione storica di celebrare i 2000 anni dell’Incarnazione del Verbo di Dio, l’esaltazione della sacralità della vita ancora non nata avviene nell’incontro tra Elisabetta e Maria di Nazareth: “...Ecco appena la voce del tuo saluto è giunta ai miei orecchi, il bambino ha esultato di gioia nel mio grembo...” (Lc 1, 44).

Sono argomenti di Fede, di accettazione della Parola rivelata da Dio, che possono rendere il dialogo ancora più incommunicabile con chi è sull’altra sponda. Ci si scontra con chi proclama una “libertà individuale” da riconoscere e proteggere come vero e proprio diritto, signore assoluto della propria vita e dell’altro nascente, considerato come ingiusto aggressore.

Ma la “ragione” non si interroga sull’assurda contraddizione della società umana che alla fine del Millennio appena concluso, mentre si van-

ta di aver proclamato solennemente i diritti inviolabili della Persona, e pubblicamente il valore della vita, attiva iniziative e promulga legislazioni a livello mondiale di promozione della salute e difesa della vita, codifica l’eliminazione della persona umana agli inizi della sua esistenza, e giustifica e protegge chi aiuta a realizzare l’eutanasia?

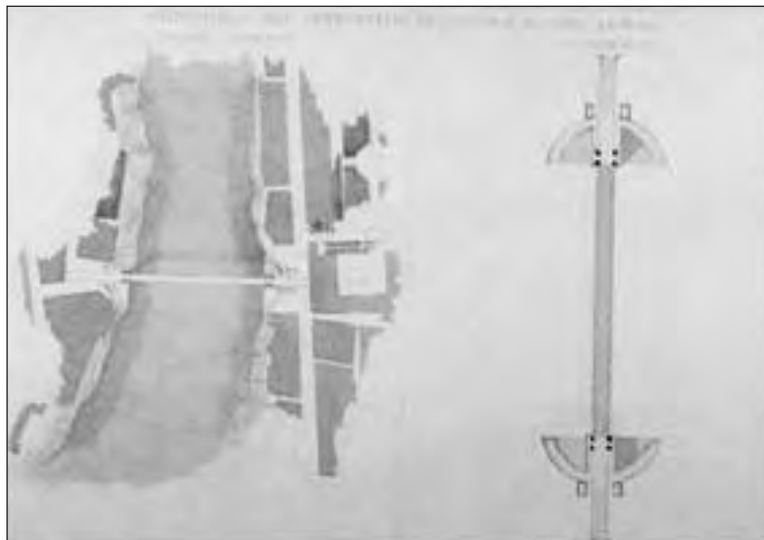
Come si può illudere chi vuol affidarsi alla sola ragione, imbevuta di atteggiamento prometeico, di impadronirsi della vita e della morte decidendo di esse, quando quotidianamente accumula sconfitte e sente il peso di una morte priva di alcuna prospettiva di senso e di speranza?

Anche con la sola ragione si può riconoscere che nell’uomo c’è una legge naturale (cfr. Rm 2, 14-15) che convince la comunità politica degli uomini che il fondamento del vivere in pace, senza ingiustizie e sperequazioni, trova il suo fondamento inattaccabile solo nel riconoscere ed affermare il diritto all’invulnerabilità della vita di ogni suo singolo membro¹⁵.

“Circondati dalle voci più contrastanti, mentre molti rigettano la sana dottrina intorno alla vita dell’uomo, sentiamo rivolta anche a noi la supplica rivolta da Paolo a Timoteo: ‘Annunzia la parola, insisti in ogni occasione opportuna e non opportuna, ammonisci, rimprovera, esorta con ogni magnanimità e dottrina’ (2 Tm 4, 2)... non dobbiamo temere l’ostilità e l’impopolarità, rifiutando ogni compromesso ed ambiguità, che ci conformerebbero alla mentalità di questo mondo (cfr. Rm 12, 2). Dobbiamo essere nel mondo ma non del mondo (cfr. Gv 15, 19; 17, 16), con la forza che ci viene da Cristo, che con la sua morte e risurrezione ha vinto il mondo (cfr. Gv 16, 33)¹⁶”.

Buon Samaritano

Uno degli obiettivi che il Santo Padre indica per questo *Grande Giubileo* è la riscoperta e la rinnovata testimonianza “di solidale accoglienza



za del prossimo, specialmente quello più bisognoso”¹⁷.

Nel Messaggio per questa *Giornata* ci ha scritto: “A quanti sono impegnati, professionalmente o per scelta volontaria, nel mondo della salute, rivolgo un caldo invito a fissare lo sguardo sul *Divino Samaritano*, perché il loro servizio possa diventare prefigurazione della salvezza definitiva e annuncio dei nuovi cieli e della nuova terra “nei quali avrà stabile dimora la giustizia” (2 Pt 3, 13)... L’esempio di *Cristo, Buon Samaritano*, deve ispirare l’atteggiamento del credente inducendolo a farsi “prossimo” ai fratelli e alle sorelle che soffrono mediante il rispetto, la comprensione, l’accettazione, la tenerezza, la compassione, la gratuità...”¹⁸.

L’arco di impegno professionale del farmacista è ampio, e passa per i vari stadi della ricerca, della messa a punto e della fabbricazione, per giungere tramite la distribuzione sul territorio la *farmacia* dell’Ospedale e dell’esercizio privato. Quest’ultima *reale e personale punto di contatto* con il malato.

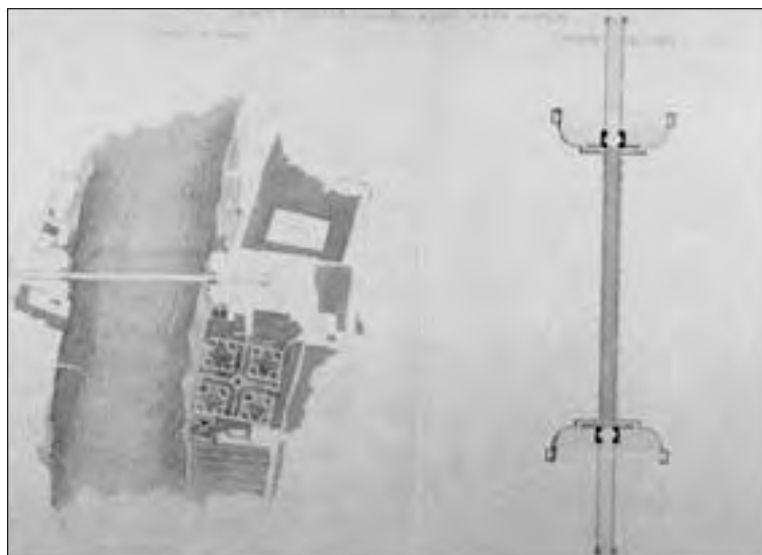
Vorrei qui richiamare la nostra riflessione alla *farmacia* che è nelle vie e nelle piazze delle nostre città, senza per questo voler sminuire l’importanza di quelle collocate nelle strutture sanitarie pubbliche e del privato, perché ritengo che qui soprattutto il messaggio del *Buon Samaritano* trovi la sua massima e privilegiata applicazione.

Non è una cosa nuova che dico, ma mi preme evidenziare che la vista di una *farmacia* genera un moto di tranquillità nell’animo, e assicura esserci un *qualcuno* al quale potersi affidare in caso di necessità. È come un’ancora di salvezza pronta per eventuali impreviste necessità per la salute. Un sicuro punto di riferimento nel quartiere e per il forestiero che a qualsiasi titolo si trovi in terra non sua.

Nei piccoli centri, poi, dove le strutture ospedaliere sono lontane dall’abitato, le farmacie sono un Presidio Sanitario di Emergenza “salva vita”. Dato per scontato che in que-

ste *farmacie* la professionalità del farmacista sia competente e alta, è auspicabile che si dedichi anche ad una “formazione permanente”.

“...il farmacista è e deve essere il professionista della salute. Essendo egli a contatto continuo con i cittadini, può e deve fungere da educatore, da informatore e da promotore di una *coscienza sanitaria* con l’opportuno consiglio professionale sul consumo dei preparati medicinali. E di qui voi capite quali formidabili responsabilità e quali immensi problemi morali comporta la vostra opera, affinché la far-



macia assolva con lealtà e nobiltà di intenti la sua *delicata missione*”¹⁹.

Su queste qualità indicate dal Santo Padre, le qualità di *Buon Samaritano* non sono solo anch’esse auspicabili, ma sono “conditio sine qua non”. E non solo per i credenti, ma anche per coloro che si dicono *laici*, per coloro che si affidano alla “ragione pura”.

Il personaggio che viene coinvolto nella Parabola da Cristo Gesù è un eretico del suo tempo dal quale ci si poteva attendere normalmente odio, e non certamente l’ossequio alla legge della carità. Qui il Maestro Divino ha voluto esaltare la legge della *compassione e della solidarietà* iscritta nella natura dell’uomo, e il suo atto lo ha elevato a *parametro universale dell’amore del prossimo* (cfr. Lc 10, 29-37).

Per il *farmacista cattolico* Giovanni Paolo II indica un orizzonte più largo e dalle dimensioni più elevate:

“Il vostro lavoro, tuttavia, non si limita a dispensare prodotti destinati al benessere psico-fisico. Quali operatori cattolici, che agiscono nell’ambito della sanità, voi siete chiamati a svolgere un importante ruolo umano, sociale ed etico. Attraverso il contatto con quanti ricorrono alla vostra competenza, voi avete modo di diventare anche consiglieri e persino evangelizzatori, proprio perché la vostra professione presuppone fidu-

cia nella vostra arte e nella vostra umanità. Il conforto morale e psicologico che potete offrire a chi soffre è grande, se esso è frutto di una maturità umana e di una ricchezza di valori derivanti dai principi immutabili dell’etica naturale ed evangelica. Alla vostra professione avete modo di aggiungere così una dimensione di autentica solidarietà cristiana, avendo presente l’immagine del *Buon Samaritano*, che non offre soltanto un aiuto immediato, ma accetta la prospettiva di prendersi cura anche in seguito del fratello (cfr. Lc 10, 29-37).

Carissimi farmacisti! La professione da voi esercitata esige profonde qualità umane, etiche e spirituali; domanda saggezza e prudenza unite a un vivo senso di onestà e di probità. Il vostro posto di lavoro non è il terminale di una

catena di produzione, dove approda la competizione mercantile di complessi industriali. Esso deve essere piuttosto un luogo dove la sofferenza trova rimedio per il corpo e comprensione per le ferite dell'anima"²⁰.

Avere presente "l'immagine del Buon Samaritano" è riferirsi a Cristo che è l'Amore del Padre Incarnato nella nostra storia. L'Amore è la legge fondamentale della Chiesa e del Cristiano. Per questo esso è nella Chiesa, e per la Chiesa è sempre attuale, sempre richiesto, sempre incompiuto, sempre sottoposto all'incontro-scontro con le nuove sfide del mondo. Essere cristiano significa *essere vivo nell'amore di Cristo*, e non ci può essere che una vita, quella d'Amore. Senza l'Amore non ci si può sviluppare in modo conforme al Cristo Gesù.

In un "mondo che va sempre più verso l'unificazione" (*Gaudium et Spes*, n. 24) l'amore per il prossimo è di grande importanza per lo sviluppo della pace e della giustizia, e per la tutela dei diritti della persona umana (cfr. *ibidem*, nn. 25-32), ed è via sicura per "ritrovarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé" (*ibidem*, n. 24).

"Buon Samaritano è ogni uomo che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque esso sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità. Questa è come l'aprirsi di una certa interiore disposizione del cuore, che ha anche la sua espressione emotiva. Buon Samaritano è ogni uomo sensibile alla sofferenza altrui, l'uomo che "che si commuove" per la disgrazia del prossimo...

Il Buon Samaritano della parabola di Cristo non si ferma alla sola consolazione e compassione. Queste diventano per lui uno stimolo alle azioni che mirano a portare aiuto all'uomo ferito. Buon Samaritano è, dunque, in definitiva, *colui che porta aiuto nella sofferenza*, di qualunque natura essa sia. Aiuto, in quanto possibile, efficace.

In esso egli mette il suo cuore, ma non risparmia neanche i mezzi naturali. Si può di-

re che *dà se stesso*, il suo proprio "io", aprendo questo "io" all'altro. Tocchiamo qui uno dei punti-chiave di tutta l'antropologia cristiana"²¹.

Qui la nostra riflessione deve abbracciare tutto il settore farmaceutico, dall'industria al punto di consegna della medicina al destinatario, cioè al malato.

Nello stesso giorno della divulgazione del Messaggio del Santo Padre per questa *Gior-nata del 2000*, i mezzi di comunicazione diedero risalto solo ad un aspetto, contenuto nel paragrafo 4: "...Penso in particolare alle gravi disuguaglianze sociali nell'accesso alle risorse sanitarie, quali ancora oggi si riscontrano in vaste aree del Pianeta, soprattutto nei *Paesi del Sud* del mondo. Tale ingiusta sperequazione investe, con crescente drammaticità, il settore dei diritti fondamentali della persona: intere popolazioni non hanno la possibilità di usufruire neppure dei *medicinali di prima e urgente necessità*, mentre altrove ci si abbandona all'abuso e allo spreco di *farmaci anche costosi*".

Una denuncia dei media fine a se stessa, perché a questa non seguì alcuna evidenziazione dei rimedi che il Santo Padre pure indica fortemente nel *Messaggio* per risolvere le gravi disuguaglianze. Ne prendiamo atto noi e la filtriamo attraverso la *Comunione dei beni* della prima comunità cristiana.

Narrano gli *Atti degli Apostoli* che "Tutti coloro che erano diventati credenti stavano insieme e tenevano ogni cosa in comune; chi aveva proprietà e sostanze le vendeva e ne faceva parte a tutti secondo il bisogno di ciascuno" (*At 2, 44-45*)²².

Questo era frutto della condivisione del Vangelo e di tutti i beni ricevuti da Dio mediante Gesù Cristo, come ben narra l'intero passo. Non era certamente un reciproco aiuto limitato dall'aspetto sociale, e tanto meno da un'ideologia *comunitaria* o da un sentimento di umana solidarietà. Era il *vivere Dio in mezzo a loro*. Tanto è vero che il tentativo dei coniugi Anania e Saf-

fira di trattenere parte della vendita di un podere, si concluse con la drammatica morte in successione dei due dinanzi alla comunità riunita, generando un grande timore in tutti²³.

La loro colpa fu quella di mentire allo Spirito Santo tramite gli Apostoli per amore del denaro. Non avevano aderito pienamente alla comunione nello Spirito Santo o, forse, volevano adottare un compromesso tra il cielo e il mondo.

Con il diffondersi della Chiesa la *Comunione dei beni* ha dovuto, per evidenti motivi, adeguarsi a sempre nuovi modi di esercizio, ma sempre fondata sulla fede che "Lo Spirito Santo, unificando Egli stesso il corpo con la sua virtù e con l'interna connessione dei membri, produce e stimola la carità tra i fedeli. E quindi se un membro soffre, soffrono con esso tutte le altre membra; se un membro è onorato, ne gioiscono con esso tutte le altre membra (cfr. *1 Cor 12, 26*)... (e che) comunichiamo nella stessa carità di Dio e del prossimo e cantiamo al nostro Dio lo stesso inno di gloria. Tutti infatti quelli che sono di Cristo, avendo lo Spirito Santo, formano una sola Chiesa e sono tra loro uniti in Lui (cfr. *Ef 4, 16*)²⁴".

Il Farmacista Cattolico – da chi produce a chi consegna il farmaco al malato – che vuole veramente vivere il *Grande Giubileo*, è invitato a "rivedere nella prospettiva del *Mistero dell'Incarnazione*"²⁵ questo mandato del Signore "di solidale accoglienza del prossimo, specialmente quello più bisognoso"²⁶, e chieda allo Spirito Santo che gli faccia comprendere che "Un segno della *misericordia di Dio*, oggi particolarmente necessario, è quello della *carità* che apre i nostri occhi ai bisogni di quanti vivono nella povertà e nell'emarginazione... situazioni che si estendono oggi su vaste aree sociali e coprono con la loro ombra di morte interi popoli"²⁷.

La Chiesa, sempre sensibile per i poveri, non ha mancato nel tempo di richiamare l'attenzione anche su questo

aspetto. Per tutti riportiamo le parole di Pio XII: “Sappiamo quanto acume di intelligenza si richieda dagli scienziati per la confezione accurata delle medicine, quanto lunga fatica richiedono le vostre formule, quanto siano rari gli elementi che impiegate. Tuttavia sulla bilancia con cui pesate le gocce dei vostri medicinali, mettete anche le gocce di sudore della gente che nelle miniere, nelle cave, nelle officine o in altro duro lavoro guadagnano il cibo per sé e per i loro cari. Metteteci le lagrime dei genitori pronti a dare tutto per strappare alla morte i loro cari figlioli, e procurate che la vostra esigenza sulla merce non sia più grave del giusto... Ci perdonerete, neppure, se ci sia pertanto sfuggito di bocca qualcosa di men delicato: ma è nostro dovere apostolico di trattare e difendere indefessamente la causa dei poveri”²⁸.

Il nostro Pontificio Consiglio ha tenuto la sua *XIV Conferenza Internazionale* nel novembre del 1999 sul tema “Economia e Salute”. E il suo Ecc.mo Presidente, Mons. Javier Lozano, ha edito proprio in questi giorni un libro intitolato *Teologia e Medicina*, dedicando il XIV capitolo al medesimo argomento. Invito a consultare le due poderose pubblicazioni per una conoscenza più ampia e profonda di quanto si possa essere fatto oggi in questo nostro incontro.

Come già detto, la *farmacia* è da sempre un centro di

immediata assistenza sanitaria. Ma nelle richieste “i farmacisti possono essere sollecitati verso fini non terapeutici, suscettibili di contravvenire alle leggi della natura, a danno della dignità della persona. È, quindi, chiaro che la distribuzione di medicinali – così come il loro concepimento e la loro utilizzazione – deve essere retta da un codice morale rigoroso, osservato attentamente. Il rispetto di questo codice di comportamento presuppone la fedeltà ad alcuni principi intangibili che la missione dei battezzati e il dovere di testimonianza cristiana rendono particolarmente attuali.”²⁹

Del comportamento che il farmacista *cattolico* deve tenere in difesa della vita, si è già detto. Qui si vuol solo ricordare che essere *Buon Samaritano* implica anche l’obbligo di coscienza di salvaguardare la salvezza – nel senso pieno, del corpo e dell’anima – propria e altrui, perché “La vita che Dio dona all’uomo è ben più di un esistere nel tempo. È tensione verso una pienezza di vita; è *germe di un’esistenza che va oltre i limiti stessi del tempo*: “Sì, Dio ha creato l’uomo per l’incorruttibilità; lo fece a immagine della propria natura” (*Sap 2, 23*)”³⁰.

Certamente la coerenza ad un simile stile di vita procura in alcuni ambiti e Paesi problemi e complicità non lievi. Non è nostra intenzione aprire un dibattito sulla casi-

stica, ricordiamo semplicemente che il “Dare a Cesare quello che è di Cesare, e a Dio quello che è di Dio” (*Mt 22, 21*) è profondamente insito nella costruzione della città terrena, e che non lo si può escludere, quasi non meritasse di entrare nell’ambito del disegno operativo ed associativo dell’uomo.

L’Uomo può sì tentare di realizzare la pretesa blasfema di costruirsi un mondo senza Dio, ma si ritorcerà contro lo stesso Uomo³¹.

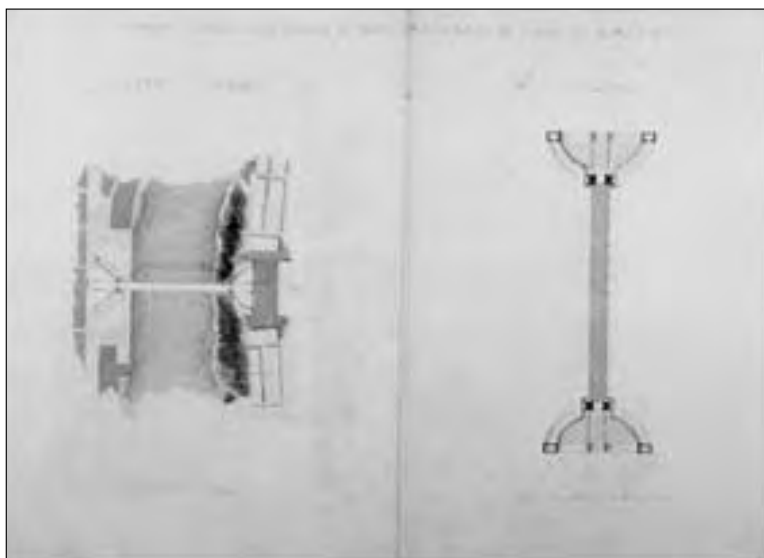
Conclusione

Certamente quanto fin qui esposto è un discorso incomprensibile per chi non ha Fede. Per il *farmacista* che non ha fede in Cristo e nella sua Chiesa, quanto detto non ha senso, anzi è assurdo e si potrebbe prestare anche a considerazioni poco benevole.

Ma noi lo abbiamo esposto per chi crede – *per il farmacista cattolico* – e sta nella visione di San Paolo che annunciava Cristo Crocifisso sfidando la mentalità del *mondo*, sempre lo stesso nel tempo, perché credeva fortemente che la Croce “è potenza di Dio. Sta scritto infatti: ‘Distruggerò la sapienza dei sapienti e annullerò l’intelligenza degli intelligenti’” (*I Cor 1, 12-25*).

E non abbiamo timore dei confronti. Anche San Paolo all’Areòpago di Atene si sentì congedato con derisioni e con un bel “Ti sentiremo su questo un’altra volta” (*At 17, 32*).

Sta a noi accogliere le parole del Santo Padre che ci dice “Non mi resta dunque che invitare caldamente tutta la comunità cristiana a mettersi idealmente in cammino per il *Pellegrinaggio Giubilare*... Tutti dovremo comunque compiere quel viaggio interiore che ha per scopo di staccarci da ciò che, in noi e intorno a noi, è *contrario alla legge di Dio*, per metterci in grado di incontrare pienamente il Cristo, *confessando la nostra fede in Lui*, e ricevendo l’abbondanza della sua misericordia...”³² Invito pastori, sacerdoti, religiosi e reli-



giose, fedeli e uomini di buona volontà *ad affrontare con coraggio* le sfide che si presentano *nel mondo della sofferenza e della salute*³³.

P. FELICE RUFFINI, M.I.
Sottosegretario del
Pontificio Consiglio per la
Pastorale della Salute
Santa Sede

Note

* Riflessione nella Celebrazione del *Giubileo dei malati e degli operatori sanitari*, Vaticano, 9 febbraio 2000.

¹ GIOVANNI PAOLO II, Lettera sul *Pellegrinaggio ai Luoghi legati alla storia della salvezza*, Vaticano 29 giugno 1999, n. 1 (PLS).

² Lettera Apostolica *Tertio Millennio Adveniente*, Vaticano 10 novembre 1994, n. 42 (TMA).

³ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per l'*VIII Giornata Mondiale del Malato*, Castel Gandolfo 6 agosto 1999, Trasfigurazione del Signore, n. 1 (8GMM).

⁴ Udienda ai partecipanti al *Congresso Internazionale di Storia della Medicina*, Castel Gandolfo 11 settembre 1954, in *Pio XII - Discorsi ai Medici*, a cura di S.E.R. Mons. F. Angelini, Ediz. Orizzonte Medico, 6ª ediz., Roma 1960, pp. 342ss (OM).

⁵ Udienda per il Congresso Nazionale dell'*Unione Cattolica Farmacisti Italiani*, Vaticano 29 gennaio 1994, n. 3.

⁶ Udienda alla *F.I.P.C.* per il 40^{mo} di Fondazione, Vaticano 3 novembre 1990, nn. 3-4.

⁷ Udienda ai Membri dell'*Unione Italiana Medico-Biologica di "San Luca"*, Vaticano 12 novembre 1944, in OM I (rifer. nota 4), p. 50.

⁸ *Ibidem*.

⁹ Lettera Enciclica *Fides et Ratio*, Vaticano 14 settembre 1998, "cap. IV - Il rapporto tra la Fede e la Ragione", nn. 36-48 (FdR).

¹⁰ *Ibidem*, n. 46.

¹¹ Cfr. Pio XII ai Partecipanti al *Symposium sulle malattie coronarie a S. Giovanni Rotondo*, Vaticano 9 maggio 1956, in OM (rifer. nota 4), p. 448.

¹² GIOVANNI PAOLO II, Udienda ai Partecipanti del Congresso della *Federazione dell'Ordine dei Farmacisti Italiani*, Vaticano 26 aprile 1986, nn. 3-4.

¹³ Cfr. 8GMM, n. 1.

¹⁴ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, Vaticano 25 marzo 1995, nn. 39-43 (EV).

¹⁵ Cfr. *ibidem*, nn. 2, 15, 18-24, 45.

¹⁶ *Ibidem*, n. 82.

¹⁷ TMA, n. 42.

¹⁸ 8GMM, n. 9.

¹⁹ GIOVANNI PAOLO II, udienda ai membri della *Federazione dell'Ordine dei Farmacisti Italiani*, Vaticano 2 maggio 1981, n. 4.

²⁰ Udienda alla *Unione Cattolica Farmacisti Italiani* del 29 gennaio 1994, n. 3.

²¹ GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, Vaticano 11 febbraio 1984, n. 28.

²² Cfr. anche *ibidem* 4, 32-37.

²³ Cfr. *ibidem* 5, 1-11.

²⁴ *Lumen Gentium*, nn. 7, 49.

²⁵ 8GMM, n. 1.

²⁶ TMA, n. 42.

²⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Incarnationis Mysterium*, Bolla di indizione del "Grande Giubileo dell'Anno 2000", Vaticano 29 dicembre 1998, n. 12.

²⁸ Udienda ai partecipanti al *Congresso Internazionale di Storia della Medicina*, Castel Gandolfo 11 settembre 1954, in OM (rifer. nota 4), p. 346.

²⁹ GIOVANNI PAOLO II, Udienda alla *F.I.P.C.* per il 40^{mo} di Fondazione, n. 3 (rifer. nota 6).

³⁰ EV, n. 34.

³¹ Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Reconciliatio et poenitentia*, Vaticano 3 dicembre 1984, nn. 14, 18.

³² PLS, n. 12.

³³ 8GMM, n. 15.

Le sfide del farmacista per il Terzo Millennio

Questo Terzo Millennio che sta per iniziare comincia ufficialmente il 1° gennaio 2001, approfittando in qualche modo di questo anno particolare che è il 2000, Anno Giubilare, di cui la porta Santa ci ha aperto il passaggio, in un Cristo nuovo...

Quest'Anno Santo del Grande Giubileo deve essere per tutti i cristiani, e per i farmacisti in particolare, un anno di celebrazione, di riflessione e di riconciliazione. Alla gioia dell'anniversario si deve unire la speranza di penetrare – per meglio viverlo – il mistero di Dio. Gesù è il dono più grande di Dio al mondo. Condividiamo insieme questo regalo in questo Anniversario, sotto il Grande Giubileo dell'Anno Santo 2000.

Come abbiamo affrontato il Grande Giubileo?

Abbiamo preparato questo Giubileo con la scoperta di Gesù, il Figlio, dello Spirito e del

Padre. È un percorso d'Amore e di contemplazione trinitaria.

L'Amore include il perdono e la riconciliazione. La riconciliazione può avvenire solo nella giustizia, nella solidarietà, nella fraternità. Sta qui il messaggio d'amore di Gesù a tutti gli uomini.

Noi siamo amati ed invitati ad amare, ad amarci gli uni gli altri perché la storia dell'uomo diventi una sinfonia.

Il Giubileo è una sfida, quella di riconciliarsi con se stessi per andare meglio incontro al fratello, al prossimo e in particolare a colui che soffre nella malattia.

L'Anno 2000 è un Anno particolare, un *Anno per fare memoria* e per prepararsi a vivere nella vita quotidiana con il *Cristo di ieri, di oggi e di sempre*.

Nello spirito del Grande Giubileo e nella prospettiva del Terzo Millennio, quali sono le *sfide che devono cogliere i farmacisti*, e i farmacisti cattolici che ci sono particolarmente cari?

Quest'anno di riflessione ci deve ricordare alcuni punti essenziali

– *La nostra qualità di figli di Dio.*

– Gesù è venuto a darci la possibilità di "ri-nascere" dall'acqua e dallo Spirito Santo attraverso il battesimo, e di essere così generati alla natura e alla vita divina; "Quale grande amore ci ha dato il Padre per essere chiamati figli di Dio, e lo siamo realmente!" (1 Gv 3, 1).

– *La nostra speranza.*

– È la vita eterna, nella contemplazione divina, in quanto figli di Dio. Il XX secolo è stato un secolo di progresso scientifico, ma anche un secolo di drammi immondi, che hanno generato uno scetticismo di quasi tutti gli ambienti. *Questo Giubileo sia occasione per sostituire lo scetticismo con la speranza...*

– L'Anno 2000 deve fare il punto sul nostro percorso di farmacisti.

– Come abbiamo preparato

il Giubileo? Quale lavoro abbiamo compiuto per camminare fino al Giubileo?

– Abbiamo cercato di essere solidali, non soltanto proclamando la necessità del condono del debito dei Paesi del Terzo Mondo, e destinando il controvalore a programmi di salute e di educazione, ma anche con aiuti diretti in medicinali e in assistenza a diversi Paesi: Romania, Bosnia, Congo, Camerun, Burkina Faso, Ruanda, Polonia... e molti altri aiuti mirati...

– È nello spirito di Santi anàrgiri, i nostri Santi Patroni Cosma e Damiano, che dobbiamo vivere la nostra solidarietà con i malati nella tradizione del Giuramento dei Farmacisti.

Abbiamo preso coscienza del dramma provocato dall'assenza di medicinali di base e dagli effetti nocivi dei medicinali contraffatti, falsificati, che uccidono tante persone nei Paesi poveri... e ci sforziamo di sviluppare un programma di accessibilità ai medicinali essenziali vitali, per tutti e ovunque. Profonda sarà la nostra gioia se potremo realizzarlo prima della fine dell'Anno Giubilare. La speranza non è vana.

– Abbiamo anche constatato i rischi e le derive della sperimentazione umana là dove non esiste etica. Abbiamo altresì sviluppato una serie di sensibilizzazioni allo sviluppo della bioetica per preservare la dignità della persona malata sottoposta a sperimentazione clinica.

– Abbiamo sviluppato la conoscenza della Carta degli Operatori Sanitari e dell'Evangelium Vitae tanto tra i farmacisti quanto nel pubblico in generale.

– Vogliamo dare un'anima agli operatori sanitari, una speranza ai malati, vogliamo promuovere lo Spirito del Buon Samaritano tra il personale curante.

– Infine, abbiamo sensibilizzato non soltanto i nostri farmacisti, ma, attraverso i media, anche ogni persona interessata al rispetto della vita, dal concepimento al termine naturale, dando un'informazione chiara sull'aborto, sugli abortivi e sull'eutanasia, ed

esigendo il diritto al ricorso alla clausola di coscienza per tutti gli operatori sanitari, inclusi i farmacisti... Tutto ciò che diventa ora legale o tecnicamente fattibile (come l'aborto, l'eutanasia, le sperimentazioni cliniche, il traffico di organi, ecc.) non è necessariamente morale. Per questo l'Evangelium Vitae propone l'obiezione di coscienza.

La sfida per il Terzo Millennio sarà evidentemente contrassegnata dalle azioni e dalle riflessioni del passato, ma per i farmacisti essa sarà molteplice e riguarderà:

- i medicinali;
- l'orientamento della ricerca;
- la valorizzazione delle risorse della flora e delle farmaceutiche locali;
- le vie di approvvigionamento dei medicinali;
- la formazione degli esperti in materia, cioè i farmacisti;
- la non discriminazione dei malati secondo razza, religione, fortuna, età, sesso...
- la "commercializzazione" della persona umana (clonazione, trapianto, commercio d'organi, di innesti, sangue, midollo, ecc.); è la sfida dell'etica e della bioetica;
- la domanda di riconoscimento della FIPC da parte delle grandi istanze internazionali.

La sfida dei medicinali

È paradossalmente legata all'accessibilità per tutti ai medicinali essenziali vitali. Con 25 medicinali possiamo risolvere i problemi sanitari dell'80% dei malati di tutto il mondo. Esiste una grande disuguaglianza che vede il 15% della popolazione consumare l'83% dei medicinali, e il resto del mondo, cioè l'85% della popolazione (cinque miliardi d'individui), dividersi il 17% dei mezzi terapeutici in medicinali. A titolo d'esempio, l'Africa, che rappresenta l'11% della popolazione mondiale, riceve meno dell'1% dei medicinali...

Il problema dei medicinali orfani diventa sempre più inquietante. È auspicabile che le istanze di salute pubblica, le fondazioni, ecc., si preoccupi-

no del rischio che le persone colpite da malattie poco frequenti si vedano respinte dai mezzi terapeutici. L'uguaglianza tra esseri umani deve rifiutare queste discriminazioni.

I medicinali prodotti dalla genia genetica suscitano le più grandi speranze. Ma dietro queste promesse di successo, quale sarà il costo? E chi sarà in grado di sopportare i costi sempre più elevati, al punto che i Paesi europei, che hanno un sistema di previdenza sociale molto sviluppato, devono ridurre i mezzi di finanziamento?

I medicinali destinati agli anziani, in seguito alla crescita continua della speranza di vita alla nascita, richiederanno affidabilità e sicurezza per raggiungere qualità di vita a quantità di anni. I medicinali della terza età sono una sfida per mantenere la vivacità cerebrale, l'autonomia, e la struttura muscolo-ossea...

La sfida dell'orientamento della ricerca

Continua a svilupparsi la tendenza di cercare portatori di benefici in spazi ben delimitati. I raggruppamenti dei giganti farmaceutici in società in cui le cifre d'affari superano il bilancio di alcuni Stati pongono interrogativi.

L'orientamento della ricerca verso le malattie che colpiscono la popolazione del mondo occidentale, ricco, capace di finanziare terapie costose, continuerà rischiando di allargare ancora di più il fossato dell'accesso ai medicinali e di accrescere le discriminazioni.

Il finanziamento sempre più costoso della Ricerca e Sviluppo diminuirà il ruolo delle Università e dei Centri di Ricerca Pubblici, a meno che non siano (parzialmente) finanziati dalle multinazionali dei medicinali, con il rischio di vedere la ricerca fondamentale orientata e perdere la propria libertà. L'indipendenza della Ricerca e Sviluppo è un'altra sfida.

È dunque di primaria importanza che si alzi la voce delle Istituzioni Internazionali, OMS, UNESCO, e della Chie-

sa affinché siano sempre più sviluppate la ricerca sulle malattie orfane, e la fabbricazione di medicinali di base vitali di buona qualità.

La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 proclama l'accesso alla salute per tutti, nonché l'accesso per tutti al progresso scientifico. La sfida del Terzo Millennio sarà di mettere in atto questi proclami, tanto più che fondazioni private (Bill Gates, Rockefeller, ecc.) che dispongono di enormi risorse finanziarie, rischiano di interferire nella strada della Ricerca e Sviluppo e nei programmi umanitari.

La sfida della valorizzazione delle risorse della flora e delle farmaceutiche locali

Il secolo che termina ha visto il trionfo della chimica organica di sintesi, e la fine di questo secolo che ci lascia ha lanciato le basi delle nuove biotecnologie emesse dalla genia genetica. L'apporto di questi due rami della ricerca è importante e notevole, numerosissimi malati gli devono sollievo e/o guarigione.

La biomedicina fa progressi da gigante, che tuttavia devono essere valutati secondo la moralità, i criteri bioetici e, per noi farmacisti cattolici, attraverso l'insegnamento del Magistero.

Ma non dobbiamo comunque dimenticare che da quando esiste il mondo, l'uomo ha trovato nella natura dei rimedi che ha adattato, preparato, ecc. Il Codice di Hammurabi, la Bibbia, la voce di Ben Sirach il Saggio lo testimoniano.

Molte civiltà hanno conoscenze ancora ignote alla maggior parte della gente riguardanti le proprietà farmacoterapeutiche delle piante, dei minerali, degli animali. Il regno vegetale, minerale e animale possono ancora apportare molto a nuovi sviluppi farmaceutici.

Non sono solo l'acido acetilsalicilico, il chinino, il curaro, i digitali, a provenire dalla natura. Medicinali recenti contro la malattia della prostata (serenoa repens, prunus afri-

canus) e perfino contro il cancro (vincristina, vinblastina, platinum) provengono dai regni vegetali e minerali, altri, quali alcuni enzimi, provengono dal regno animale. La natura è ancora ricca di possibilità; l'OMS raccomanda, in ogni caso, l'attuazione di programmi di ricerca per meglio esplorare le potenzialità delle risorse naturali.

Ci sono ancora specie da scoprire e medicinali da estrarre dalla natura. L'accesso alle conoscenze della medicina tradizionale e lo studio dei suoi rimedi può arricchire la terapia di domani. È anche una terapia più accessibile per la sua disponibilità ed economia.

La sfida alle vie di approvvigionamento dei farmaci

Fino a poco tempo fa, in Occidente, il malato acquistava le proprie medicine in una farmacia, e un abitante del Terzo Mondo – che non trovava farmacie – si recava al dispensario più vicino.

Il medicinale diventato specialità farmaceutica ha lasciato i luoghi di preparazione officinale, e per alcuni "ciarlatani" o "trafficienti" è diventato fonte di rapido e facile profitto basato sulla credibilità dei malati e sulla speranza di guarigione di questi. Non potremo condannare mai abbastanza queste pratiche.

Al consueto circuito farmaceutico officinale che garantiva nel contempo qualità del farmaco e consiglio adeguato sul suo buon uso, si sono a

volte sostituite nuove reti, con impatti variabili sul paziente.

Obblighi socio-economici restringono a volte la *libertà di scelta del malato*. Così negli USA sistemi integrati (laboratorio di Ricerca e Sviluppo, di produzione, distribuzione, dispensazione, inclusi gli ospedali, assicurazioni sanitarie) obbligano i loro assistiti ad approvvigionarsi soltanto all'interno del sistema. La "privacy" (rispetto della vita privata, rispetto del segreto medico) e la libertà di scelta non esistono più. Se il paziente non trova la sua medicina nei pressi di questo sistema, la ordina (per telefono, fax o via Internet) e la riceve per posta (*mail order*).

Il rischio sanitario aumenta e comincia a suscitare numerose riflessioni internazionali.

In Africa, circuiti di vendita dei medicinali falsificati, scaduti, contraffatti, mal conservati inondano i mercati pubblici. Sono le cosiddette farmacie sotterranee, chiamate anche farmacie da marciapiede... La stessa cosa avviene nei bazar dell'Asia e del Medio Oriente. È il regno dell'anarchia, dell'inganno, della frode e dell'anti-sanità pubblica.

È dunque urgente che il mondo della salute reagisca e che persone competenti – i farmacisti – siano suddivisi in un servizio medicinale di qualità, ed accessibile in tutto il mondo. Nell'attesa di poter disporre di un numero sufficiente di farmacisti in tutti i paesi ACP, c'è una concreta opportunità di missioni farmaceutiche per i giovani confratelli interessati dall'aiuto allo sviluppo.

L'approvvigionamento del medicinale deve essere come una catena, in cui ogni anello deve essere sicuro, per garantire a ciascun paziente sicurezza, efficacia e qualità del medicinale utilizzato.

La sfida della formazione:

Oltre alle conoscenze di base in chimica, fisica, analitica, galenica, farmacodinamica, farmacologia, farmacoterapia, ecc., il farmacista deve avere anche conoscenze legali ed etiche generali e locali.



– Ogni farmacista dovrebbe idealmente avere conoscenze:

– nella comunicazione con i malati per essere meglio all'ascolto del paziente;

– in economia sanitaria o in farmacoeconomia per orientare la terapeutica nel miglior rapporto costo/efficacia;

– in malattie locali (infezioni, parassiti);

– in cure di base;

– in bioetica (rispetto della dignità del malato qualunque sia il suo stato fisico o psichico);

– sul lavoro in équipe sanitaria (medico/infermiere) in cui si adatta il farmaco alla diagnosi;

– *Per questo raccomandiamo "scuole di formazione" o "scuole d'applicazione di pratica farmaceutica" per tutti i farmacisti, non soltanto in vista di una formazione continua permanente, ma anche per essere in grado di servire sempre meglio i suoi pazienti.*

– Il farmacista, esperto in medicinali, dovrebbe diventare anche un esperto nel consigliare il paziente affinché egli acceda alla farmacoterapia più adatta ed accessibile.

La sfida dell'uguaglianza dei malati di fronte all'accesso alle terapie e ai medicinali; la non discriminazione

Il Giubileo è occasione per ricordare la solidarietà. Questa deve essere vissuta nella non discriminazione tra malati. Già in Occidente, esistono discriminazioni in base all'età (per es. in Gran Bretagna oltre una certa età, alcuni farmaci o trattamenti non sono più a carico della previdenza sociale).

– Alcune categorie di malati, colpiti da malattie rare, non godono del trattamento a carico della previdenza sociale (ad es. in Gran Bretagna, i fenilketonurici).

– I poveri, gli esclusi non hanno sempre accesso alle cure e alle medicine. Abbiamo raccomandato un minimo di cure per tutti, in quanto il loro accesso fa parte dei Diritti dell'Uomo (cfr. Congresso ABPC/NVKA Gent 1998).

– *Colpiscono le cifre della differenza Nord/Sud in Occi-*

dente/resto del mondo: 1/6 della popolazione consuma l'83%; 5/6 della popolazione consuma il 17% dei medicinali! La discriminazione colpisce anche i malati di AIDS, o sieropositivi, per il costo della terapia.

– In occasione del Grande Giubileo dell'Anno Santo, i farmacisti cattolici offriranno al Santo Padre un regalo simbolico e portatore di speranza per mille neonati. Ci sforzeremo di interrompere la catena di trasmissione dell'AIDS madre-figlio donando al Papa un nuovo medicinale, la nevirapina (viramune) che blocca questo passaggio, al fine di salvare bambini innocenti da questa malattia mortale.

– *L'ultima discriminazione riguarda l'atteggiamento dei servizi pubblici riguardanti lo stato fisico, psichico o mentale, di alcune persone. Vediamo alcuni regimi politici, certi Stati sterilizzare gli handicappati, praticare l'eutanasia ai malati pseudo-incurabili, far abortire le donne in "stato di necessità", a volte legato al comfort personale, ai risultati dei test di gravidanza, genetici, ecc.*

– *Noi farmacisti cattolici dobbiamo proclamare il diritto al rispetto della differenza tra pazienti e la non discriminazione qualunque sia l'età, il sesso, lo stato fisico, psichico, psicologico, mentale, nonché lo stato sociale, religioso, filosofico o socio-economico.*

La sfida dell'etica

A fianco dei farmaci consueti, si sviluppano risposte terapeutiche mediante innesti di organi omologhi o eterologhi, chirurgia, trapianti, tentativi di clonazione, ecc.

– *Il farmacista di domani dovrà rifiutare la commercializzazione di tutta o di parte della persona umana. La persona umana da soggetto diventa sempre più "oggetto". La "commercializzazione" e i traffici d'organi (occhi, reni, polmoni), di sangue, di midollo, arricchiscono individui senza scrupoli.*

– *Il farmacista del terzo millennio dovrà affermare il rispetto della persona umana, la*

sua inviolabilità e integrità, la non commercializzazione, il rifiuto della clonazione, e anche illuminare il paziente sui rischi che fa correre a ognuno di noi la "commercializzazione" dell'altro.

La sfida di consigliere sanitario

Il farmacista, questo dispensatore di medicinali, avrà sempre più un ruolo di consigliere del paziente, non soltanto sull'uso adeguato del farmaco, ma anche sulla prevenzione sanitaria, l'igiene, i piccoli sintomi, l'automedicazione, l'equivalenza dei medicinali ...

– Una formazione in "scienze umane" completerà la sua formazione di esperto del medicinale.

– In questa sfida interviene per il *farmacista cattolico quella del suo ruolo pastorale.*

– Tra le numerose persone che visitano ogni giorno una farmacia (media nell'Unione Europea: 80), alcune hanno problemi in cui l'aspetto etico, morale, raggiunge l'aspetto sanitario (aborti, eutanasia, malattia grave personale o di un familiare). Il farmacista cattolico aggiungerà al suo consiglio, l'approccio evangelico del Buon Samaritano e si sforzerà di mettere in atto una guida, un accompagnamento del proprio paziente in difficoltà. *L'approccio alle cure palliative, in équipe specializzata, dovrà far parte della risposta farmaceutica.*

La sfida di partecipare alle istanze internazionali per la nostra perizia e la nostra azione umanitaria (OMS, UNESCO, Consiglio d'Europa, Unione Europea, OUA) sarà una delle nostre priorità.

Abbiamo già collaborato al progetto genoma (Unesco), alla Convenzione di Bioetica (Consiglio d'Europa), alla Carta di bioetica per l'Africa (OUA). Questa sfida è importante nel momento in cui oltre 400 ONG affiliate alle Nazioni Unite hanno firmato una petizione per chiedere l'esclu-

sione della Santa Sede dalla sua qualità di Membro Osservatore poiché non ammette l'aborto!

Conclusione

Per il farmacista del terzo millennio, le sfide sono molteplici. La conoscenza del farmaco richiede una perizia sempre più complessa, il che implica una formazione continua, e una revisione permanente.

Le nuove tecnologie modificheranno gli spazi farmaco-terapeutici usuali, mentre la gestione dei rischi sanitari sarà più preoccupante di oggi.

Paradossalmente, la Ricerca e Sviluppo si volgerà, come suggerisce l'OMS, verso i rimedi farmacopeici tradizionali. Futuro e passato formeran-

no dunque il presente del farmacista di domani.

Il suo ruolo nello stato affinché non vengano trascurate le malattie orfane e non ci siano esclusi a causa delle discriminazioni di ogni tipo, sarà sempre più necessario.

Ovunque, il farmacista della Ricerca e Sviluppo, il farmacista dell'ospedale, il farmacista della farmacia, il farmacista insegnante, il farmacista che detiene il potere di polizia amministrativa, il farmacista biologo, sarà sempre un *portatore di speranza*.

Nel *Logo del Grande Giubileo*, è rappresentata la Croce, potrebbe essere quella del *Cristo farmacista*.

I tre bracci di questa croce ricordano la Trinità, Padre, Figlio e Spirito uniti nell'Amore.

Il logo è a colori. C'è il ver-

de, colore simbolo della farmacia, e della FIPC. C'è il rosso, colore simbolo della medicina, ma anche colore episcopale cioè cardinale. C'è il blu delle infermiere, e il giallo che, assieme al bianco, forma i colori pontifici. E infine il bianco degli operatori sanitari riuniti. Il logo dunque è anche un logo di salute corporale e spirituale dedicata a Cristo e agli uomini.

Possa questo logo, come una sfida, incoraggiare i farmacisti (e gli altri operatori sanitari) ad essere attori di solidarietà, di ascolto e portatori di speranza per i malati del terzo millennio.

Prof. ALAIN LEJEUNE
Presidente della FIPC
Federazione Internazionale
dei Farmacisti Cattolici
Belgio

La celebrazione della VIII Giornata Mondiale del Malato nel mondo

In questo Anno Santo 2000 la Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata come Giubileo dei malati e degli operatori della salute.

In modo particolare, a Roma, il momento culminante si è avuto con la solenne Celebrazione Eucaristica presieduta dal Santo Padre Giovanni Paolo II sul sagrato della Basilica di San Pietro.

Nei giorni precedenti l'11 febbraio, data stabilita dal Santo Padre per questa celebrazione, si sono svolti alcuni momenti particolari, quali le Veglie di preghiera, gli Incontri con i Vescovi incaricati della Pastorale sanitaria di diversi Paesi del mondo e il Convegno delle Associazioni cattoliche in Pastorale della Salute. In altra parte della Rivista viene dato ampio risalto all'importante Manifestazione.

La Giornata Mondiale del Malato è stata celebrata anche in alcune parti del mondo in diversa maniera e tenendo presenti le abitudini locali, sia a livello di strutture sanitarie che di parrocchie. Ci sono state molte iniziative, sia religiose che culturali e scientifiche, che hanno coinvolto i malati e gli operatori sanitari; ovunque la presenza dei Parroci, dei Cappellani ospedalieri, delle suore che operano negli Ospedali e dei volontari ha contribuito fortemente ad alimentare una grande condivisione di preghiera e momenti intensi di spiritualità.

È vivamente da apprezzare lo sforzo che si è dovuto sostenere in alcuni Paesi, quali per esempio Cuba, Ghana, Kenya, dove è evidente ogni genere di difficoltà che è stata affrontata per garantire una buona realizzazione della Giornata.

Le Nunziature Apostoliche, così come le Conferenze Episcopali, hanno effettuato un tempestivo lavoro di diffusione del Messaggio del Santo Padre inviato da questo Pontificio Consiglio in occasione dell'11 febbraio, data scelta da Papa Giovanni Paolo II per celebrare questa Giornata, e la pronta sollecitudine dei Vescovi, in modo particolare i Responsabili della Pastorale Sanitaria delle varie Conferenze Episcopali, hanno permesso un'efficace sensibilizzazione nelle strutture sanitarie locali.

Alle suddette Autorità religiose è stato anche inviato per l'occasione un dépliant illustrativo dal titolo *Curate Infirmos* che intende essere un sussidio per l'acquisto dell'indulgenza giubilare nell'ambito della Pastorale della Salute, nello spirito della Bol-

la per l'indizione del Grande Giubileo dell'anno 2000 *In-carnationis mysterium*. Nell'opuscolo sono state date indicazioni e suggerimenti per la visita ad un ospedale, una casa di cura, una casa con un malato in famiglia, ecc. affinché, sorretti dalla solidarietà e comunione fraterna, si possa insieme al malato promuovere uno spirito di penitenza in questo tempo favorevole di grazie e benedizioni.

Il dépliant è stato diffuso in maniera capillare in tutto il mondo e in alcuni Paesi (per esempio Mali, Ecuador, Polonia, Portogallo e Ungheria) si è provveduto alla traduzione nella lingua locale.

Si sono quindi organizzate numerose iniziative, rispettando sempre anche le tradizioni locali; spesso insieme ai medici, gli infermieri e i volontari sono state presenti le Autorità politiche, che hanno voluto così sottolineare il valore e l'importanza della sofferenza e dei malati. Questi ultimi sono stati oggetto di visite, incontri, distribuzione di doni: così i malati si sono sentiti veramente "protagonisti".

Si è anche potuto notare che alcune Conferenze Episcopali hanno evidenziato una forte collaborazione con i Parroci, che spesso hanno aiutato i Cappellani degli ospedali nell'amministrazione del Sacramento dell'Unzione degli Infermi o nella celebrazione dell'Eucarestia e viceversa.

Con questa relazione intendiamo offrire un'informazione generale di tutto ciò che ha significato questa Giornata nelle diverse Chiese locali; per questo è stato chiesto a tutte le Conferenze Episcopali una sintesi delle loro celebrazioni e dalla corrispondenza ricevuta è stata elaborata la descrizione che viene di seguito riportata.

Naturalmente per ragioni di spazio non possiamo riportare integralmente le Relazioni ricevute, tutte egualmente ricche e rilevanti. Inoltre, da alcune Conferenze Episcopali, non abbiamo ricevuto fino ad oggi informazioni dettagliate; da altre, come per esempio l'Australia, le notizie sono

state generiche, vista la complessità di poter pervenire ad una puntuale informazione locale; ci limiteremo dunque a segnalare, anche se brevemente, le notizie ispirate al materiale ricevuto.

America

Canada

È stato preparato uno speciale "kit" in lingua inglese e francese contenente il Messaggio del Santo Padre per la Giornata, indicazioni liturgiche e suggerimenti per la celebrazione della S. Messa ed alcune preghiere speciali da recitare con i malati. Questa documentazione è stata inviata tempestivamente a tutti i Vescovi delle Diocesi del Canada e a tutti gli Ospedali e Case di Cura cattolici del Paese.

Nella città di Hamilton la locale Associazione di medici cattolici ha organizzato una speciale serata di preghiera in coincidenza con la Giornata Mondiale del Malato; inoltre, si è tenuta una conferenza sulla persona anziana malata.

Colombia

Il Segretariato nazionale della Pastorale per la Salute ha stampato per l'occasione il Messaggio del Santo Padre in un opuscolo che è stato inviato a tutte le Diocesi del Paese; in un altro opuscolo, sempre curato dalla Sezione di Pastorale sanitaria della Conferenza Episcopale della Colombia, sono stati raccolti 10 temi suggeriti per eventuali incontri di riflessione.

Il giorno 12 febbraio si è tenuto a Bogotá il Primo Incontro di operatori sanitari per qualificare meglio il loro processo di formazione, e perché chi opera nel mondo della salute possa concepire il suo lavoro come un'autentica vocazione cristiana.

Cuba

La Giornata Mondiale del Malato è stata celebrata nell'isola caraibica con molto entusiasmo, soprattutto nella capitale, distinguendosi per

tre momenti essenziali: preparazione, celebrazione e risonanza. L'aspetto celebrativo ha avuto il suo culmine con la S. Messa presieduta nel "Sanatorio de Rincón", proprio l'11 febbraio a l'Avana, da Sua Eminenza il Cardinale Jaime Ortega insieme a numerosi sacerdoti dell'Arcidiocesi, alla presenza di oltre 2.000 persone tra malati, accompagnatori e personale sanitario. Celebrazioni religiose si sono avute in tutto il Paese, sia a livello parrocchiale che diocesano, spesso presiedute dai Vescovi locali e sempre con una partecipazione veramente consistente di malati ed accompagnatori.

Anche l'aspetto culturale è stato molto curato, con l'organizzazione di Incontri locali di formazione per volontari ed i Ministri straordinari dell'Eucarestia. Per concretizzare il desiderio del Santo Padre ci sono state anche iniziative pratiche, quali le visite agli ospedali e ai luoghi di cura per le persone anziane. In questa maniera si è cercato di aumentare anche la sensibilità nelle comunità e nei quartieri verso la realtà del malato, nonostante le difficoltà da superare non siano poche. Per esempio, c'è da segnalare una scarsità di mezzi per la preparazione e la stampa del materiale divulgativo oltre che l'impossibilità di poter accedere ai mezzi di comunicazione ufficiali.

Ecuador

In tutto il Paese, sia a livello diocesano che nazionale, la Giornata è stata celebrata con molta intensità e tanta partecipazione. Per gli operatori sanitari si è organizzato a livello nazionale un Seminario di Studio per l'approfondimento di alcune tematiche di particolare rilievo, mentre in tutte le Diocesi il Giubileo degli infermi ha avuto il suo momento significativo con la celebrazione della S. Messa da parte dei Vescovi diocesani e l'amministrazione del Sacramento dell'Unzione degli Infermi ai malati presenti nelle Chiese. Infine, tanti volontari insieme ai sacerdoti

hanno prestato la loro opera per confortare i malati nelle loro abitazioni o nei vari ospedali delle città.

Stati Uniti

Secondo le notizie inviateci da S.E. Mons. Charron, il Vescovo incaricato della Pastorale sanitaria negli Stati Uniti, un grande numero di Diocesi ed Arcidiocesi del Paese ha celebrato in maniera solenne la Giornata giubilare dell'11 febbraio, rispettando sempre le diverse tradizioni culturali e le lingue parlate localmente. L'Associazione nazionale dei Cappellani cattolici ha preparato un "kit" con materiale divulgativo e illustrativo che è stato distribuito a tutti i Vescovi e alle Associazioni nazionali per la cura della salute.

Non si sono trascurate anche le scuole ove, soprattutto nell'Arcidiocesi di New York, si è cercato di sensibilizzare gli alunni e gli insegnanti a celebrare la Giornata come un momento di riflessione per e con i malati.

Venezuela

La celebrazione della Giornata è servita a sensibilizzare maggiormente l'amore e l'assistenza verso gli infermi oltre che a far comprendere l'importanza del Sacramento dell'Unzione degli Infermi come un segno di santificazione e di purificazione. La Giornata è stata anche l'occasione per compiere gesti di solidarietà, quali la consegna a domicilio di generi alimentari, calzature e vestiario per le persone ammalate e le loro famiglie. Purtroppo, le Diocesi che non possiedono mezzi propri di comunicazione hanno molte difficoltà nel diffondere le iniziative.

Africa

Costa d'Avorio

La celebrazione solenne è stata anticipata alla domenica 6 febbraio ad Abidjan, nella Parrocchia "Sainte Famille", dove si è svolta una processione di malati con i loro accom-

pagnatori, sacerdoti e personale sanitario in rappresentanza di altre parrocchie della città.

In precedenza, sia la Radio che la televisione avevano provveduto ad una capillare informazione, con trasmissioni specifiche, testimonianze ed interviste.

Ghana

Una bella celebrazione religiosa si è svolta ad Abease, nella Regione di Brong Ahafo, con la partecipazione di molti Sacerdoti in rappresentanza delle varie Diocesi. Durante la Cerimonia sono stati medicati gratuitamente i poveri e i bambini malati presenti. Era presente la televisione di Stato che ha trasmesso su un canale di larga diffusione nazionale l'intera manifestazione. È intervenuto il Direttore dei Servizi sanitari regionali che ha vivamente apprezzato l'opera svolta dalla Chiesa cattolica in ogni campo di servizio verso i poveri e i sofferenti.

Nelle parrocchie della diocesi di Navrongo-Bolgatanga, con la celebrazione della S. Messa si è cercato di includere anche la visita a domicilio alle persone anziane e ai malati. Nella Clinica cattolica di Wiaga è intervenuta anche una rappresentante delle infermiere che ha sottolineato ai presenti l'importanza della prevenzione e della cura di alcune malattie mortali per i bambini, ed ha invitato le mamme a seguire i consigli per una migliore igiene dell'ambiente e della persona.

In un'altra grande Diocesi del Ghana, Sunyani, le infermiere di un grande Ospedale della città hanno visitato varie scuole e luoghi di cura dei villaggi limitrofi per portare un aiuto concreto a tante famiglie con malati in casa e per istruire i familiari nelle cure da prestare quotidianamente ai loro congiunti infermi.

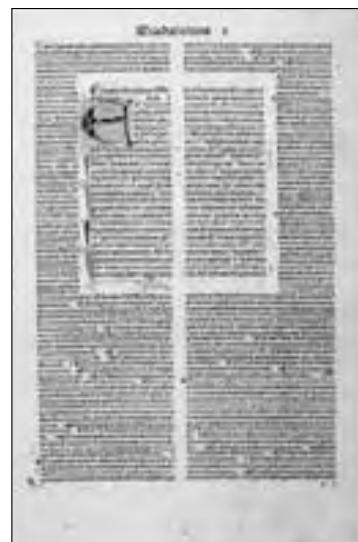
Nell'ospedale "S. Teresa" una particolare attenzione è stata rivolta alle future mamme, in particolare quelle giovanissime, con l'organizzazione di un programma educativo e di prevenzione delle

malattie più gravi che possono colpire le gestanti in gravidanza.

Anche nella Diocesi di Sekondi-Takoradi c'è stata un'intensa celebrazione della Giornata, con lo sviluppo di un programma che si è svolto nell'arco di una settimana (dal 7 al 13 febbraio) e che ha visto la partecipazione attiva di operatori sanitari, personale volontario e malati, soprattutto nell'ospedale di San Giovanni di Dio, a Sewfi-Asafo, gestito dall'Ordine dei Fatebenefratelli.

Kenya

Il Messaggio del Santo Padre è stato stampato sui quotidiani e diffuso in tutti gli ospedali; a Nairobi, nella Basilica della Santa Famiglia, è stata celebrata la S. Messa per i malati e si è cercato di sensibilizzare le Diocesi per formulare strategie di prevenzione e cura del problema di salute più grave del Paese: l'AIDS.



Madagascar

La Giornata Mondiale del Malato ha avuto un particolare risalto perché ha coinciso con l'Anno Santo 2000. In tutti gli Ospedali dell'isola si sono tenute manifestazioni anche a carattere ecumenico con i malati, i familiari e gli operatori sanitari.

La Segretaria della Commissione per la Pastorale della Salute ha assicurato la tra-

smissione per radio a carattere nazionale.

Ad Antananarivo S. Em.za il Cardinale Razafindratandra ha conferito il Sacramento dell'Unzione degli Infermi ad alcuni malati; i Cappellani dei tre ospedali della città hanno concelebrato con altri Sacerdoti della capitale ed è intervenuta anche il Ministro della Sanità, la signora Rahantala-lao con una Delegazione dell'OMS.

Repubblica Centrafricana

Dal programma che abbiamo ricevuto si è potuto notare l'intenso piano delle riunioni organizzate per vari gruppi al fine di sensibilizzare le Comunità ecclesiali alla causa dei malati alla luce del Messaggio del Santo Padre. Anche i mezzi di comunicazione hanno dato ampio spazio all'avvenimento.

L'11 febbraio in tutte le parrocchie dell'Arcidiocesi si sono tenute celebrazioni liturgiche insieme all'amministrazione del sacramento dell'Unzione degli Infermi. Nella Cattedrale di Bangui si è celebrata una solenne Eucarestia, presieduta dal Cappellano diocesano per i malati, alla presenza del Nunzio Apostolico, S.E. Mons. Joseph Chennoth.

Europa

Georgia

L'11 febbraio 2000 la Giornata del malato è stata celebrata con solennità in tutte le parrocchie cattoliche, dopo un'accurata preparazione che ha portato i membri delle varie comunità a confrontarsi con i problemi esistenti. Particolare importanza è stata data alla Celebrazione che si è tenuta nella rinnovata Cattedrale dell'Assunta a Tbilisi. S.E. Mons. Pasotto, Amministratore Apostolico "ad nutum Sanctae Sedis" del Caucaso dei Latini attorniato da un buon numero di sacerdoti e alla presenza di molte Suore, ha presieduto la S. Messa, e ha conferito ad alcuni malati l'Unzione degli Infer-

mi. Per la prima volta si è avuta anche una nutrita presenza di medici e paramedici, cattolici e non cattolici. La Giornata era stata preparata con incontri sul tema del valore della vita, della salute e sul significato del Giubileo.

Numerosa e attenta è stata la partecipazione del personale sanitario al raduno organizzato presso il Poliambulatorio camilliano "Redemptor Hominis" di Tbilisi, al quale ha preso parte anche il personale della Caritas georgiana.

Irlanda

"The Circle of Care" è il titolo di un libro che è stato pubblicato nella Diocesi di Dublino in occasione dell'attuale Giubileo e che raccoglie le diverse celebrazioni liturgiche che si sono svolte nel corso dei precedenti anni, ciascuno dei quali si è caratterizzato per un diverso tema. La pubblicazione, inoltre, contiene alcune cerimonie aggiuntive che si sono celebrate in speciali occasioni. Ogni ospedale e Parrocchia della città ha ricevuto il Messaggio del Santo Padre con alcuni suggerimenti circa lo svolgimento delle varie cerimonie, allo scopo di coinvolgere i malati, gli accompagnatori e il personale medico.

Italia:

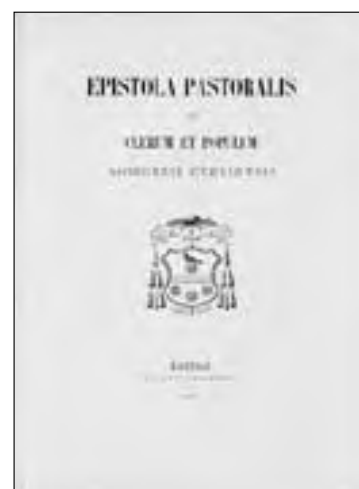
La celebrazione della Giornata Mondiale del Malato si va affermando sempre più come un momento forte della Pastorale sanitaria in tutte le Diocesi italiane e nelle varie strutture, e soprattutto in questo anno giubilare è stata particolarmente sentita e partecipata.

In numerose Diocesi la celebrazione è avvenuta alla presenza del Vescovo nelle chiese cattedrali e in alcuni santuari mariani, oltre che nelle strutture sanitarie e nelle parrocchie si è cercato di sensibilizzare tutte le comunità "In Gesù Cristo la sofferenza è redenta". Con i sussidi preparati dall'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute si è celebrato il Giubileo degli operatori sanitari con i malati.

Come gesti concreti sono state suggerite forme di "adozione" da parte di comunità parrocchiali di malati soli o bisognosi e di persone disabili.

Tutto il materiale stampato (opuscoli, manifesti illustrativi e il Messaggio del Santo Padre) era stato inviato in precedenza alle Diocesi, proprio per aiutarle ad organizzare al meglio la Giornata.

Invece, sul Notiziario dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute sono state pubblicate alcune notizie sullo svolgimento della Giornata in alcune Diocesi italiane. Ovunque si è potuto constatare come il Giubileo degli am-



malati sia stato davvero un appuntamento speciale dell'anno Santo 2000, come a sottolineare ulteriormente che questi nostri fratelli bisognosi sono proprio al centro del mistero di Cristo e della vita della Chiesa.

Belgio

Il Vescovo incaricato per la Pastorale sanitaria della regione fiamminga, S.E. Mons. Vangheluwe, Vescovo di Bruges, precisa che in Belgio non si celebra una Giornata dedicata al malato, mentre nel mese di settembre, nei giorni 9-10, in molte parrocchie ed ospedali del Paese si svolgono celebrazioni religiose ed incontri. Tuttavia, il Vescovo, nell'articolo apparso su un giornale locale lo scorso 2 febbraio, ha esortato i fedeli a seguire la solenne Celebrazione di Roma e ad unirsi spi-

ritualmente al Santo Padre, magari compiendo proprio nel giorno stabilito, l'11 febbraio, un gesto d'amore come la visita ad una persona handicappata, ad un anziano malato e solo, così da guadagnare anche l'indulgenza giubilare. Anche l'altro Vescovo incaricato della Pastorale sanitaria, S.E. Mons. Lanneau, Vescovo ausiliare di Malines-Bruxelles, ha precisato che, pur non coincidendo la data, l'11 febbraio il Messaggio del Santo Padre è stato egualmente diffuso nelle parrocchie, mentre nel mese di settembre si è pubblicato un opuscolo dal titolo *All'ascolto delle solitudini*.

Lussemburgo

Il quotidiano cattolico "Luxemburg Wort", che è anche il giornale più diffuso del Paese, ha pubblicato per l'occasione una pagina speciale sulla Giornata Mondiale del Malato che conteneva sia ampi passi del Messaggio del Santo Padre, sia l'indirizzo augurale dell'Arcivescovo, S.E. Mons. Fernand Franck. Da oltre 65 anni, ogni giovedì, la S. Messa celebrata per i malati viene trasmessa via radio in tutto il Paese; inoltre, nella settimana comprendente la data dell'11 febbraio è stato dato particolare risalto alla iniziativa religiosa.

Polonia

Un'interessante e dettagliata Relazione ci è pervenuta dall'Arcivescovo incaricato della Pastorale sanitaria, S.E. Mons. Wadislaw Zióddek, dalla quale si possono rilevare le numerose iniziative, sia a livello diocesano che nazionale, che si sono svolte, cercando di distinguere tre momenti rilevanti: l'aspetto religioso della Giornata, quello culturale e la realizzazione concreta di alcune iniziative. Già la domenica precedente la celebrazione della Giornata del Malato, si sono tenute nelle varie parrocchie omelie sulle tematiche riguardanti l'imminente ricorrenza; la predica dell'Arcivescovo Zióddek è stata trasmessa in diretta dal-

la Radio nazionale.

Per i Responsabili della Pastorale sanitaria sono state organizzate Conferenze e Simposi, in modo particolare a Poznan e a Varsavia. Nella capitale, proprio l'11 febbraio, sotto il patrocinio del Primo Ministro e del Primate della Polonia, il Cardinale Jozef Glemp, si è svolta la Conferenza su: "Dignità dell'uomo fondamento dei diritti del malato e del paziente".

Circa l'aspetto religioso, occorre dire che la preparazione della Giornata è stata capillare ed accurata; nelle strutture ospedaliere, spesso alla presenza dei Vescovi locali, sono state celebrate le Sante Messe con l'amministrazione del Sacramento dell'Unzione degli Infermi. Si sono organizzate Via crucis in molte chiese e luoghi di cura e si è provveduto alla Benedizione dei malati con il SS.mo Sacramento, come a Lourdes. Ove è stato possibile, i malati sono stati accompagnati gratuitamente nelle varie chiese, altrimenti si è provveduto alla visita a domicilio degli infermi, amministrando loro i Sacramenti dell'Eucarestia, della Riconciliazione e dell'Unzione dei malati.

È stato stampato in lingua polacca l'opuscolo elaborato dal nostro Pontificio Consiglio *Curate infirmos*, che è stato distribuito a tutti i centri sanitari del Paese insieme ad una pubblicazione speciale della *Lettera ai malati* e a varie pubblicazioni tematiche sulla rivista "Apostolato dei malati".

La Giornata è stata pertanto per la Chiesa locale un avvenimento che ha mobilitato non solo i sacerdoti, i responsabili per la Pastorale sanitaria e i malati, ma anche gli operatori sanitari, gli insegnanti, il mondo operaio. La partecipazione è stata veramente numerosa, grazie anche ai mass-media che hanno permesso la conoscenza delle iniziative in tutta la Nazione.

Ci sono state anche realizzazioni concrete, frutto delle generosità dei fedeli, quali l'acquisto di un'autovettura contenente un apparecchio per esami diagnostici.

Repubblica Ceca

Il Nunzio Apostolico, S.E. Mons. Coppa, è stato presente in uno dei pochissimi ospedali cattolici della capitale per sottolineare le finalità e le intenzioni di questa Celebrazione, voluta con tanta sollecitudine dal Santo Padre. S.E. Mons. Coppa ha celebrato la S. Messa nell'ospedale-casa di riposo per persone anziane di Repy, alla periferia di Praga, tenuto dalle Suore della Misericordia di S. Carlo Borromeo. Erano presenti, oltre alla Comunità, una rappresentanza dei malati, il Direttore dell'ospedale insieme al personale medico e paramedico.

Repubblica Slovacca

La Giornata è stata celebrata in maniera più solenne nei due Santuari mariani di Ľáptin e di Marianka, anche se in tutte le chiese cattedrali e parrocchiali lo spirito dell'importante ricorrenza si è ricordato in vari modi. Inoltre il 5 febbraio, il Vescovo ausiliare di Trnava, S.E. Mons. Stefano Vrabec, ha tenuto alla televisione, durante un programma di diffusione nazionale, una relazione sull'importanza e il significato della Giornata.

Spagna

Il Dipartimento di Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale spagnola ha invitato tutte le Delegazioni ad organizzare una Giornata di preghiera il giorno 11 febbraio insieme ai vari gruppi sensibilizzati in questo campo della salute, alla luce del Messaggio del Santo Padre Giovanni Paolo II.

In precedenza, per i Delegati e per gli operatori sanitari ci sono stati tre giorni di riflessione e di lavori sul tema: "*Il Verbo si è fatto carne*"; gli Atti di questi incontri sono stati pubblicati sulla Rivista dell'Ordine ospedaliero dei Fatebenefratelli "Labor Hospitalaria" n. 254 del 1999 e sono stati distribuiti a tutti i delegati diocesani di Pastorale sanitaria.

Sulla base di questo mate-

riale sono stati stampati dépliants, manifesti, e preghiere compilate per l'occasione che sono stati distribuiti in maniera capillare insieme al Messaggio dei Vescovi della Commissione Episcopale per la Salute. Sia la radio che la televisione sono state presenti con numerose trasmissioni, anche trasmettendo in diretta su tutto il territorio la S. Messa dell'11 febbraio.

Si sono organizzate visite domiciliari ad infermi e ad anziani che non hanno potuto assistere alle funzioni religiose in parrocchia, mentre negli ospedali e nelle case di cura si sono svolte celebrazioni comunitarie per somministrare l'Unzione degli Infermi.

Asia

India

"Giubileo – una chiamata per il rinnovamento" è stato il tema scelto in India per la celebrazione della "Health Sunday and Healing Week", organizzate dalla Commissione per l'Apostolato e Cura della Salute. Il Messaggio del Santo Padre è stato tradotto nelle cinque lingue regionali del Paese, ed è stato inviato a tutte le Diocesi, le Parrocchie e le istituzioni sanitarie. È stato distribuito anche un bel "poster" illustrativo del tema prescelto.

Quattro incontri regionali sono stati organizzati per i coordinatori della Pastorale sanitaria diocesana e un semi-

nario inaugurale si è svolto a New Delhi. Inoltre, la Celebrazione della Santa Messa è stata per tutti, nei vari luoghi, un forte momento di incontro e di rinnovamento spirituale.

Korea

Un interessante e dettagliato rapporto ci è giunto dalla Conferenza Episcopale coreana, nella quale, oltre alle specifiche iniziative religiose per i malati quali l'amministrazione del Sacramento dell'Unzione degli Infermi e la possibilità di potersi confessare prima dell'ascolto della S. Messa, si è anche cercato unire di alcune iniziative di ordine pratico, come prestare assistenza ed aiuto agli infermi; aiutarli, almeno per un giorno ad essere ben lavati e curati nell'aspetto esteriore, regalare loro indumenti e scarpe; organizzare un momento conviviale con giochi, ascolto di buona musica, visione di film scelti per l'occasione.

In questa maniera si è cercato di unire il sollievo spirituale dato dalla preghiera, dal raccoglimento e dall'ascolto della S. Messa con quello più pratico dell'offrire una Giornata comunque diversa per i malati, oltre che per il personale sanitario.

Comunque, concludendo questa breve cronaca, possiamo dire che, dalle notizie ricevute dai vari Stati è emerso che ovunque si è cercato di mettere al centro della Giornata, non solo a parole, ma



anche con i fatti, la persona, specialmente se questa è in condizione di malattia e di disabilità.

Cerchiamo di mettere in pratica le parole che il Santo Padre Giovanni Paolo II ha chiaramente affermato nel Messaggio rivolto a tutti noi in occasione di questa VIII Giornata Mondiale del Malato: *"...Come la resurrezione ha trasformato le piaghe di Cristo in fonte di guarigione e di salvezza, così per ogni malato la luce del Cristo risorto è conferma che la via della fedeltà a Dio nel dono di sé fino alla Croce è vincente, ed è capace di trasformare la stessa malattia in fonte di gioia e di resurrezione"* (n. 7).

Dott.ssa ALESSANDRA
CIATTINI

Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede

***Giornata
seminariale sul
Morbo di Hansen
Realtà e prospettive***



***Organizzata dalla
Associazione Italiana Amici
di Raoul Follereau - AIFO
(Organizzazione per la
Cooperazione Sanitaria
Internazionale)
e dal Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute***

***15 gennaio 2000
Aula Nuova del Sinodo
Città del Vaticano***

Devo innanzitutto ringraziare per l'onore che mi è stato concesso di aprire i lavori di questa Giornata.

Devo ringraziare soprattutto il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Sua Eccellenza Reverendissima Monsignor Javier Lozano Barragán, perché la concreta realizzazione di questo Convegno è opera del Pontificio Consiglio e perché il suo Presidente ha accettato e si è assunto l'onere e il peso dell'organizzazione.

È un onore molto importante per l'Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau poter dire, da questa sede e in questa situazione del Giubileo, una parola importante sul problema dei malati di lebbra.

Già nel secolo appena passato, all'inizio e per molti anni, il problema dei malati di lebbra era un problema non sentito nel nostro mondo occidentale, seppure gravissimo. Gravissimo perché queste persone, ammalate e senza possibilità di cura, erano oltretutto abbandonate, emarginate; emarginate in senso attivo, perché la loro condizione era considerata sacrilega, era considerata fuori della società civile oltre che della società religiosa.

Follereau ce lo ricorda nei suoi scritti: *"...li ho visti in prigione, li ho visti in campi di concentramento, li ho visti isolati..."*.

E le persone che per prime si sono occupate di loro sono stati i missionari.

Proprio nella loro missione religiosa, incontrando queste persone, ridotte in quello stato, al di fuori di una condizione umana minima, di loro si sono occupati, con loro hanno vissuto; qualcuno con loro ha anche condiviso la loro vita ed ha pagato con la morte, con il sacrificio, questa missione.



Voglio ricordare qui il Beato Padre Damiano, che è anche il protettore di alcune delle nostre associazioni che si occupano oggi di malati di lebbra e che è stato dichiarato Beato non molti anni fa da Sua Santità Giovanni Paolo II, proprio perché, avendo vissuto in mezzo a questi malati di lebbra, nelle condizioni in cui erano all'inizio, si è ammalato ed è morto a causa di questa malattia.

Ma insieme con lui altri hanno condiviso questo sacrificio, questo martirio.

E io credo che proprio questi loro sacrifici abbiano costruito le pietre di base perché Follereau lanciasse il suo messaggio e la sua campagna a favore di questi ammalati.

Follereau, la persona alla quale noi ci riferiamo, ha trascorso tutta la sua vita per organizzare, per trovare soluzioni a questo grosso problema, ed è stato aiutato dalla scienza con una prima medicina che aveva effetti parziali, però era il primo passo verso la guarigione di questi ammalati; poi la medicina si è fatta più fine, più radicale.

Oggi gli ammalati di lebbra guariscono. Guariscono rapi-

damente, guariscono definitivamente.

Oggi, però, il problema non è ancora risolto; sono state costruite reti sanitarie con centri di salute, con personale professionalmente preparato per ricercare i malati nelle fasi più precoci, in modo da evitare le mutilazioni, in modo da evitare che questi malati vengano poi emarginati ulteriormente anche solo per le loro mutilazioni, per le loro disabilità.

Oggi queste organizzazioni, queste strutture hanno anche l'appoggio della società civile, della società civile sia locale che internazionale.

Oggi queste novità benefiche per i nostri fratelli ammalati raggiungono molti di loro e molto precocemente.

Ad un certo punto il sopravvivere e il persistere di molte altre situazioni di grave disagio, nuove malattie, la fame, le guerre hanno un po' allontanato l'attenzione da questo problema. E questo calo di attenzione si è un poco esteso anche ai nostri missionari, che noi già fin dall'inizio della fondazione della nostra Associazione abbiamo aiutato ma con cui abbiamo anche lavorato insieme.

La nostra Associazione è nata a Bologna e ha avuto come primo presidente un missionario comboniano, delegato da Follereau proprio per questa attività.

Oggi ci troviamo in questa situazione: gli ammalati non sono molti; non sono più le decine di milioni di anni fa; però ci sono ancora.

La tendenza è di dimenticarli.

Qual è allora il punto, il luogo, l'occasione per poter dare un contributo a queste realtà, un contributo benefico?

Noi abbiamo pensato che questa sede, questo clima giubilare, ne fosse l'occasione e l'opportunità.

E insieme siamo riusciti ad avere questa nostra riunione, dove, se voi assisterete alle varie sessioni, potrete capire il punto della situazione, il punto scientifico, il punto sociale; ma soprattutto potrete capire che non dobbiamo, in modo assoluto, chiudere il problema.

Molte centinaia di migliaia, alcuni milioni di persone soffrono ancora di questa malattia che da tutti è dimenticata e che tutti tentano di dimenticare.

Noi abbiamo fatto questa scelta, una scelta volontaria: dar loro una mano.

Vogliamo che tutti quelli che con i nostri fratelli lebbrosi hanno a che fare oppure rapporti sappiano che questo

problema deve essere ancora affrontato, sappiano che noi vogliamo riaffrontarlo con la stessa volontà, con la stessa disponibilità di Follereau a suo tempo, con la vostra disponibilità ora.

Noi vogliamo render noto a tutti che il problema esiste e che noi vogliamo risolverlo.

Speriamo solo che tutte le persone che riusciranno ad ascoltarci attraverso queste nostre possibilità di comunicazione siano con noi, ci aiutino e aiutino soprattutto i nostri fratelli lebbrosi.

Dott. ENZO ZECCHINI,
Presidente A.I.F.O.
Associazione Italiana
Amici di Raoul Follereau

Saluto di Mons. Lozano

Saluto tutti voi riuniti in questo Convegno che lotta contro la malattia della lebbra nel mondo. Lotta non soltanto contro la malattia, ma anche contro l'egoismo, il consumismo, l'idolatria del denaro che mettono al primo posto tante cose invece di soffermarsi dove ci sono i veri valori: nell'amore verso gli altri. Questo Convegno ha luogo all'inizio dell'anno giubilare, anno di grazia, di perdono e di riconciliazione; anno nel quale, visitando Cristo nei più ammalati, nei più bisognosi, specialmente nei lebbrosi, accresciamo veramente la carità, l'amore stupefatto davanti al grande mistero dell'Incarnazione del Figlio di Dio, che misteriosamente si prolunga nei lebbrosi, in questo tempo di Natale così particolare, propriamente all'inizio del Terzo Millennio.

Siamo tanto riconoscenti alla grande opera svolta dall'insigne Raoul Follereau, che in una maniera così ammirevole ha dedicato tutta la sua vita alla cura effettiva dei lebbrosi, così da interessare tutto il mondo come mai si era fatto nella lotta contro la lebbra. Oggi non è più in vita Raoul

Follereau, ma ci sono i suoi seguaci, i giovani ai quali diceva "E ora tocca a voi lottare, battervi, gioventù del mondo. Siate intransigenti sul dovere di amare. Non cedete, non scendete a compromessi... Soprattutto credete nella bontà dell'uomo. Perché nel cuore di ciascun uomo vi sono dei tesori prodigiosi di amore..."

Prima di morire Raoul Follereau diceva: "Io non aspetterò il duemila con la salute che ho. Non importa. Dico a tutti: siate ricchi rendendo felici gli altri... la ricchezza che lascio a voi è il bene che non ho fatto, che desideravo fare, ma che farete voi dopo di me. Vi aiuti in questo la mia testimonianza. Questo è il mio ultimo desiderio, il mio testamento. La disgrazia più grande che potrebbe succedervi sarebbe questa: di non essere utili a nessuno e di non amare e servire nessuno".

È vero, lui non ha potuto aspettare il duemila, è morto da cristiano a Parigi il 16 dicembre 1977, aveva nel cuore e nella bocca i lebbrosi, un desiderio e un augurio: "Vorrei una sola cosa: che i giovani prendessero il mio posto!"

Ecco la ragione per essere

presenti a questo convegno, per venire a continuare l'opera grandiosa di Raoul Follereau, di amare i lebbrosi, di vedere come sia possibile sradicare dalla faccia della terra questa terribile malattia. Dice il Santo Padre Giovanni Paolo II in riferimento alla solidarietà delle comunità non infette da questa malattia verso quelle infette: "Esse dimostrano di avvertire in maniera crescente le dimensioni e la gravità del problema e, con esemplare generosità, sostengono iniziative pubbliche e private, istituzioni ed or-



ganizzazioni specificamente impegnate nella lotta alla lebbra. Grazie a questa prova tangibile di solidarietà e di carità cristiana si è riusciti a limitare in modo decisivo la diffusione del contagio anche nelle aree a più alto rischio, sicché ora è legittimo intravedere, almeno in prospettiva, la possibilità di una sconfitta definitiva di questa malattia" (*Messaggio per la Giornata mondiale dei malati di lebbra consegnato a Cumura, Guinea-Bissau, domenica 28 gennaio 1990*).

Sappiamo come la medicina sia progredita e come oggi questa malattia sia in pratica curabile, come nella maggior parte dei casi sia dovuta alla sporcizia e alla mancanza di igiene; e sappiamo anche come questo gruppo sia fedele seguace dell'apostolo contro la lebbra, Raoul Follereau. Già diceva il Santo Padre Giovanni Paolo II: "Da parte mia continuerò a proclamare davanti al mondo la necessità di una consapevolezza ancora

maggiore del fatto che, attraverso un aiuto appropriato, questa malattia potrà effettivamente essere vinta. Per questo motivo chiedo a tutti, dovunque, di appoggiare sempre di più i coraggiosi sforzi che vengono fatti per debellare la lebbra e per curare efficacemente coloro che ne sono ancora affetti" (*Manila, nella sede di "Radio Veritas", incontro con un gruppo di lebbrosi del lebbrosario di Tala, sabato 21 febbraio 1981*).

Grazie all'attività di Raoul Follereau oggi celebriamo la Giornata mondiale della lebbra, e insieme a noi viene celebrata in 150 Paesi nel mondo, è una data che, come diceva lo stesso fondatore, è un "immenso appuntamento d'amore" che reca agli ammalati, più ancora dei considerevoli aiuti materiali, la gioia e la fierezza di essere trattati da uomini.

Voglio finire queste brevi parole con l'esortazione che il Santo Padre indirizza agli scienziati e ai ricercatori della

Malattia di Hansen: "... continuate la vostra ricerca e la vostra terapia, e siate certi che la Chiesa sostiene pienamente il vostro lavoro perché, come voi, essa ha ricevuto il comando di Cristo, scritto nel Vangelo, di "curare i lebbrosi", ed essa sa che i lebbrosi guariti sono un segno del regno di Dio (cfr. Mt 10, 8; 11, 5). Aiutate a costruire il regno di Dio, che è anche il regno dell'umanità. Siate dispensatori di giustizia e di amore verso tutti coloro che, nei più desolati angoli del mondo, attendono di ricevere un messaggio di speranza dalla società di oggi. Che Dio benedica voi che siete al servizio del suo popolo" (*Alla Pontificia Accademia delle Scienze, Città del Vaticano, venerdì 1 giugno 1984*).

S.E. Mons. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute Santa Sede

Saluto del Ministro della Sanità

Ho accolto volentieri il vostro invito perché ritengo che celebrare la Giornata mondiale della lotta contro la lebbra



significhi cogliere l'occasione per una riflessione più ampia sui problemi della salute, della dignità dell'uomo, della giustizia e, soprattutto, cogliere l'occasione per riflettere insieme su quanto il diritto alla salute sia collegato all'equità e quanto la lebbra possa rappresentare un problema simbolo della mancanza di equità riguardo alla salute.

Gli attuali 800.000 nuovi casi presenti nel mondo sono in larga parte ricollegabili non semplicemente a problemi o a cause legati, appunto, al tema salute, bensì legati alla povertà, all'ingiustizia, alla forte disuguaglianza che ancora caratterizza il mondo e i rapporti tra i popoli.

In modo semplice, questi 800.000 casi attivi presenti nel mondo sarebbero elimina-

bili se vi fosse l'impegno politico ad utilizzare correttamente le risorse disponibili.

E come non ricordare le parole di Raoul Follereau: "*con il costo di un bombardiere si può eliminare la lebbra nel mondo!*".

È dimostrato, d'altra parte, che si può sconfiggere la lebbra.

Lo strepitoso successo del piano anti-lebbra dell'OMS ne è una chiara testimonianza.

Oggi sono disponibili strumenti nuovi per guarire questa malattia e per evitare nuovi contagi.

Questi strumenti, che sono il frutto della ricerca, dell'impegno delle istituzioni, del mondo scientifico, del mondo medico-sanitario, del volontariato, questi strumenti ci permettono di poter vedere

vicina l'eradicazione di questa malattia.

Sono stati molti, come dicevo, i protagonisti di questa battaglia e anche di questi risultati.

Ma certamente il volontariato è stato, ed è, un protagonista principale nella lotta alla lebbra.

La Chiesa è sempre stata in prima linea contro questa malattia, ma lo sono stati soprattutto l'associazionismo religioso e laico, e sono moltissime le esperienze di successo raggiunte proprio grazie all'impegno del volontariato.

La vostra Associazione ne è forse l'esempio più chiaro, più limpido, anche per la capacità di aver voluto capire, appunto, che la lebbra è un simbolo della mancanza di equità riguardo alla salute.

Ed è proprio da questa sensibilità che fa incontrare l'impegno delle istituzioni, del mondo scientifico, della Chiesa, del volontariato che è forse è possibile eliminare l'ostacolo principale, identificato appunto nella mancanza di un impegno politico mondiale vero, da parte dei Paesi ricchi, che sono riusciti, in gran parte, a sconfiggere questa malattia nel loro territorio e che devono, oggi, impegnarsi per poter realizzare questo obiettivo in tutto il mondo.

Perché, ancora una volta, la lebbra, insieme ad altre malattie, è il segno evidente che, o si riesce a sconfiggere la lebbra, e a sconfiggerla in tutto il mondo, oppure la battaglia non è davvero vinta fino in fondo.

Diventa quindi di cruciale importanza la mobilitazione delle coscienze per non dimenticare, per mobilitare le risorse, per richiamare l'attenzione dei Governi su questo fondamentale problema di equità sulla salute.

L'Italia è da tempo in prima linea nella lotta alla lebbra, come credo che testimonieranno in questa sede l'impegno della Cooperazione del Ministero degli Esteri oltre che, naturalmente, i tanti che aderiscono all'Associazione Raoul Follereau e ad altre associazioni di volontariato.

Oltre all'impegno nei Paesi



ad alta endemia, l'Italia si è impegnata e mantiene costante impegno per quei più modesti focolai di lebbra presenti nel nostro Paese; residuo di un passato spesso mal gestito, ma oggi sostenuto da nuovi casi provenienti dai Paesi ad alta endemia.

Ancora una volta i grandi flussi migratori ci ricordano che, o le battaglie sono vinte in tutto il mondo oppure, a lungo andare, ciascuno, in qualche modo, è chiamato a condividere non solo i risultati, ma anche le sconfitte.

Recentemente il Ministero della Sanità ha elaborato nuove linee guida per la sorveglianza e il controllo del Morbo di Hansen.

Lo ha fatto nel rispetto del proprio ordinamento istituzionale e in collaborazione con le articolate responsabilità del sistema sanitario italiano, soprattutto con le Regioni.

Ma lo ha fatto tenendo sempre e comunque presenti quelli che sono i dati epidemiologici e scientifici di tutto il mondo.

Elementi caratterizzanti di queste linee guida sono la definizione della malattia e i dati clinici, la diagnosi, la terapia, la gestione degli ammalati, i gruppi a rischio, la profilassi, l'epidemiologia, nonché il controllo dell'evoluzione e, anche in questo momento, proprio in relazione all'aumento di alcuni casi che si sono verificati negli ultimi anni

a causa, appunto, dei flussi migratori dai Paesi dove questa malattia è ancora radicata, è in via di definizione un nuovo provvedimento per la creazione di centri di riferimento regionali e di un vero e proprio laboratorio di sorveglianza, attento al flusso di nuovi casi.

Ma, soprattutto, la sanità italiana che si è appena riformata per essere più efficace e più vicina al cittadino, vuole caratterizzarsi anche per assumere dentro i propri confini, ma attraverso una grande solidarietà nazionale, un impegno ancora maggiore a far sì che il diritto alla salute sia davvero rispettato in ogni parte del mondo e a far sì che tutte le forze, quelle delle istituzioni, quelle della società, quelle della Chiesa, quelle degli Stati, si uniscano per combattere tutte le cause e per ottenere i risultati da tutti noi auspicati.

Io potrò stare con voi soltanto pochi minuti.

Voglio però ribadire l'importanza di questa giornata e l'importanza del modo con il quale avete inteso celebrarla: con un convegno di riflessione, di studio, di approfondimento, di scambio di esperienze, ai quali guardiamo con grande interesse e riterremo i risultati di questa giornata preziosi per svolgere meglio il nostro compito.

On. ROSY BINDI,
Ministro della Sanità
Italia

Nel quadro di questo prestigioso Colloquio, di cui saluto rispettosamente tutti i partecipanti, mi è stato chiesto di fare una presentazione dell'Associazione Raoul Follereau del Benin che ho l'onore di presiedere, così come delle altre Associazioni omologhe africane.

1. L'Associazione

L'Associazione Raoul Follereau del Benin (ARFB), creata il 28 marzo 1988 su iniziativa dell'Associazione Francese Raoul Follereau, è stata registrata presso il Ministero degli Interni il 16 novembre dello stesso anno.

2. Organi

Dell'Associazione fanno parte i seguenti organi:

- l'Assemblea Generale,
- il Consiglio di Amministrazione,
- l'Ufficio Esecutivo Nazionale,
- i Comitati Locali.

Tutti i membri dell'Ufficio Esecutivo Nazionale e del Consiglio di Amministrazione, provenienti da diversi ambiti, sono volontari.

Sono stipendiati solamente il segretario dattilografo, l'autista, il supervisore rurale e il consulente-contabile.

3. Obiettivi generali

1 - Promuovere il reinserimento socio-economico dei malati guariti dalla lebbra.

2 - Sostenere l'azione dei pubblici poteri o degli organismi privati nella lotta contro la lebbra e contro tutti i grandi mali sociali di cui soffre il Benin, in particolare l'ulcera di Buruli, nuova malattia emergente.

3 - Iniziare e sostenere tutti i progetti di sviluppo comunitario, in particolare nei campi

dell'autosufficienza alimentare, dell'igiene e dell'educazione.

4. Zone d'interesse

- I malati di lebbra e soprattutto i malati guariti dalla lebbra.

- L'ulcera di Buruli, per la quale quest'anno sarà creato un Centro di trattamento ad Allada nel dipartimento dell'Atlantico, al sud, tramite il nostro principale collaboratore del nord, la Fondazione Lussemburghese Raoul Follereau.

5. Fonti di finanziamento

- Quote dei membri.
- Doni in occasione delle Giornate Mondiali dei Lebbrosi.
- Sovvenzioni accordate dalla Fondazione Lussemburghese Raoul Follereau per il funzionamento e la realizzazione dei progetti.

6. Partner

- La Fondazione Lussemburghese Raoul Follereau che fornisce sovvenzionamenti, come è stato appena detto, e che ci ha dotati di due veicoli 4x4 per i nostri spostamenti sul territorio.

- L'Associazione Francese Raoul Follereau che ci ha donato del materiale per le Giornate Mondiali dei Lebbrosi, ovvero: calendari, manifesti, libri d'amore, cartoline postali Raoul Follereau, cassette per le elemosine.

7. Collaborazione

- A sud avviene soprattutto con le Associazioni sorelle della sub-regione; al nord con l'UIARF (Unione Internazionale delle Associazioni Raoul Follereau, di cui siamo membri).

- Un'altra collaborazione av-

viene con l'Associazione Francese Raoul Follereau.

- L'ultima avviene con la Fondazione Lussemburghese Raoul Follereau.

8. Attività

All'inizio molto difficili e ridotte per mancanza di mezzi finanziari e logistici, le nostre attività conoscono oggi un certo vigore.

Da tre anni, grazie ai mezzi logistici acquisiti, sono stati formati dei Comitati Locali su tutto il territorio, attualmente se ne contano otto. Grazie a questi Comitati Locali, che sono delle copie dipartimentali dell'Ufficio Esecutivo Nazionale che una volta aveva l'incombenza di tutto, c'è ora una felice divisione del lavoro per una maggiore efficacia d'azione sul campo.

Oltre all'Assemblea Generale Annuale, le riunioni statutarie trimestrali del Consiglio di Amministrazione, il disbrigo degli affari di normale amministrazione e il proseguo delle attività sono assicurati da un ufficio ristretto di 5 membri, provenienti dall'Ufficio Esecutivo Nazionale. Questo ufficio ristretto si riunisce obbligatoriamente una volta la settimana. Le nostre attività, che si estendono dunque per tutto l'anno, riguardano:

- la visita dei centri per il trattamento anti-lebbra, ai quali ogni anno vengono recati doni nel quadro della Giornata Mondiale dei Lebbrosi;

- l'avvio e la supervisione di progetti e microprogetti affidati a gruppi di malati guariti che li gestiscono in cooperativa;

- la formazione dei membri degli uffici dei Comitati Locali nonché dei malati impegnati in progetti e microprogetti come: fattoria agropastorale, giardinaggio, allevamento e gestione di diversi materiali da affittare;

- la supervisione e le sedute

di lavoro annuali con i Comitati Locali;

– l'organizzazione annuale della Giornata mondiale dei lebbrosi con il Comitato Nazionale Raoul Follereau di cui fa parte l'Associazione che lavora in stretta collaborazione con il proprio Ministero di tutela, il Ministero della Sanità Pubblica.

9. Le altre Associazioni africane

La presentazione che è stata appena fatta è quella dell'Associazione Raoul Follereau del Benin.

Nel continente africano, da dove, vorrei ricordare, il nostro fondatore lanciò la battaglia mondiale contro la lebbra e contro tutte le altre lebbre, esistono molte Associazioni che si riferiscono al nome di Raoul



Follereau con il suo messaggio di pace, libertà, fraternità e amore, un messaggio che diventa un appello a farsi carico della miseria del mondo affinché siano garantiti i diritti dei poveri.

Parlerò solo delle Associazioni Raoul Follereau africane francofone, membri come noi dell'Unione Internazionale delle Associazioni Raoul Follereau, la maggior parte delle quali è stata creata molto prima dell'Associazione del Benin, che ha solo 11 anni di vita. Si tratta delle Associazioni Raoul Follereau della Mauritania, del Senegal, del Mali, del Burkina Faso, della Nigeria, della Guinea Bissau, della Guinea Conakry, della Costa d'Avorio, del Togo, del Camerun, del Chad, del Congo Brazzaville e del Madagascar.

Tutte queste Associazioni, che hanno gli stessi obiettivi e le stesse attività, non conoscono però la stessa fortuna. Se le prime, come quelle del Senegal, del Mali, del Niger, della Guinea Conakry, della Costa d'Avorio e del Camerun sono state molto aiutate al momento della loro creazione dall'Associazione Francese Raoul Follereau e da altri collaboratori del nord, oggi non è più così, e molte Associazioni africane soffocano, per mancanza di sovvenzioni, carenza di funzionamento e di mezzi logistici come macchine da scrivere, telefax e mezzi di trasporto, il che riduce molto le loro attività. Forse esiste qui la possibilità di lanciare un appello in favore di queste associazioni che, alla fine, rischiano di scomparire se la situazione non cambia, poiché la maggioranza delle popolazioni di questi Paesi continua a impoverirsi regolarmente sviluppando anche altre forme di lebbra di fronte all'egoismo e alla forte corruzione in questi Paesi.

10. Prospettive per l'avvenire

Si può dire che al giorno d'oggi le Associazioni africane hanno raggiunto un sicuro grado di maturità con una netta coscienza della dimensione del lavoro da compiere. Si tratterà per loro di andare ancora più avanti e di accrescere nel contempo i propri campi d'intervento e la propria prestazione.

Se verranno messi in atto l'individuazione, il trattamento e la rieducazione, la Malattia di Hansen sarà vinta grazie alla polichemioterapia di cui il Benin è stato il miglior campo di applicazione; e ancora più importante sarà occuparsi d'ora in poi del reinserimento socio-economico dei malati guariti, che è il campo di intervento delle Associazioni Nazionali Africane, la cui importanza è destinata a crescere ancora nel futuro.

Queste Associazioni Nazionali Africane presentano le seguenti caratteristiche:

- vantaggio di vivere tra e con le genti che hanno bisogno;
- migliore conoscenza di chiunque altro del bisogno

reale, con l'ascolto permanente della popolazione e delle aspirazioni legittime;

– migliore conoscenza delle sensibilità dell'assistito in rapporto a colui che assiste;

– i responsabili delle associazioni sul campo sono vicini alle loro autorità tanto sul piano dei comuni che dello Stato; essi hanno dunque una migliore conoscenza della politica, delle strategie di pianificazione, delle leggi e della suscettibilità delle autorità;

– creano e animano i Comitati Locali nel Paese e organizzano seminari di formazione ad hoc.

Esse rispondono alla condizione ideale per prestare aiuto tra le genti e con le genti del Paese.

Fondate nel nome di Raoul Follereau, queste Associazioni aderiscono all'Unione delle Associazioni e optano per una forma di partnership adulta e responsabile. Questa formula è la sola che valga per uno sviluppo durevole attraverso un aiuto che non avrà più bisogno di essere durevole.

11. Conclusione

Per concludere, vorrei esprimere un augurio.

Sembra che la rivoluzionaria francese Louise Michel e il grande poeta Victor Hugo siano morti nel secolo scorso dopo aver proclamato che il ventesimo secolo sarebbe stato il secolo della pace e della felicità. Alcuni giudizi sul trascorso ventesimo secolo lo hanno qualificato come secolo di guerra, barbarie, egoismo e genocidio. Tutto sommato, il male ha premeggiato sul bene.

Il ventesimo secolo che abbiamo appena accolto con fede e fervore, non mancherà di comportare per gli individui e le istituzioni sfide diverse.

Possano la generosità e la nobiltà del cuore prevalere su tutto e, con le nostre Associazioni, possa fiorire una nuova primavera per le vittime della lebbra e di tutte le lebbre, come auspicato da Raoul Follereau.

Prof. HENRY VALERE
T. KINIFFO

Presidente dell'Associazione
Raoul Follereau del Benin

Ci siamo appena lasciati alle spalle un secolo di significativi progressi umani. Il mondo della salute annovera nel XX secolo alcune tra le maggiori trasformazioni sociali del nostro tempo. Le condizioni di vita sono clamorosamente migliorate per la grande maggioranza delle persone. Ma il secolo passato ci ha lasciato anche un'eredit : pi  di un miliardo di persone   stata lasciata fuori della rivoluzione sanitaria.

Con visione, realismo ed impegno il mondo potrebbe terminare il primo decennio del XXI secolo con alcune realizzazioni notevoli. Assumer  la leadership globale nel mettere in atto un processo, e la OMS   pronta ad assumersi il proprio ruolo – lavorando al meglio delle sue capacit  – in collegamento con i suoi partners – con tutti voi – per dare il via ad un movimento sociale globale per la salute e per il ruolo della salute nello sviluppo.

Conosciamo il ruolo critico della salute nel forgiare uno sviluppo sostenibile. La salute mette in moto la crescita delle economie. Sappiamo quanto sia importante focalizzare gli interventi giusti. I sistemi sanitari devono raggiungere tutti, e non solo pochi fortunati.

  necessario un cambiamento nel nostro modo di pensare e un cambiamento nel modo in cui le risorse affluiscono. Mentre il 90% delle malattie scoppia nei Paesi in via di sviluppo, questi Paesi hanno accesso soltanto al 10% delle risorse destinate alla salute. Ci  non pu  cambiare in una notte soltanto, ma deve cambiare.

Quali sono le sfide?

I fatti basilari sono sempre pi  risaputi. Circa il 20% della popolazione mondiale, pi  di

1.300 milioni di persone, vive in condizioni di assoluta povert  con un reddito che   inferiore a 1 dollaro USA al giorno. Sopravvivere con meno di 2 dollari USA al giorno   una realt  per circa la met  degli abitanti del pianeta. Le cifre totali relative alla crescita economica celano il fatto che il numero delle persone nell'assoluta povert    ancora in aumento.

Le disuguaglianze risultanti sono rilevanti nelle conseguenze per la salute. Per fare qualche esempio: le persone che vivono nella povert  assoluta hanno cinque volte di pi  la probabilit  di morire prima di raggiungere il quinto anno di et , e due volte e mezzo quella di morire tra i 15 e i 19 anni rispetto a coloro che provengono dai gruppi con pi  alto reddito. Le differenze nella mortalit  materna sono persino pi  drammatiche: il rischio di morire durante la gravidanza nelle zone dell'Africa subsahariana, dove circa il 50% della popolazione vive in condizioni di assoluta povert ,   di 1 su 12, contro 1 su 4.000 in Europa.

Perch  una migliore salute   una componente importante della riduzione della povert ?

La malattia   al tempo stesso una causa e una conseguenza della povert . La malattia pu  ridurre l'economia familiare, c'  una minore capacit  di apprendimento, riduce la produttivit  e porta ad una diminuzione della qualit  di vita, creando cos  una povert  perpetua. I poveri, a loro volta, sono esposti a maggiori rischi personali ed ambientali, sono nutriti meno bene, sono meno informati, ed hanno meno possibilit  di accedere alle cure sanitarie. Sono perci  pi  a ri-

schio di malattie e infermit . Come risultato, lo sviluppo socio-economico di molti Paesi   sostanzialmente minacciato.

All'altro lato della medaglia – che cio  una migliore salute possa prevenire oppure offrire il percorso inverso alla povert  –   stata prestata molta meno attenzione. L'evidenza ci mostra che una migliore salute si traduce in una ricchezza maggiore, oltre che distribuita pi  equamente, costruendo capitali umani e sociali ed aumentando la produttivit . I bambini sani sono pi  in grado di apprendere, mentre i capi famiglia in buona salute sono pi  abili nel lavoro e nel provvedere alle loro famiglie.

Il significato di questi concetti   chiaro: spostarsi da un ciclo vizioso verso uno virtuoso significa focalizzare le risorse sul miglioramento e sulla protezione della salute dei poveri. Processo di globalizzazione significa aumentare l'indipendenza economica, politica e sociale, in quanto i livelli nazionale e globale sono strettamente interconnessi.

Ci sono molti esempi di come la salute porti benefici ai poveri: la campagna per sradicare la cecit  del fiume, la strategia per un trattamento osservato direttamente, i DOTS per combattere la tubercolosi (breve termine), il miglioramento delle politiche per i medicinali essenziali, la MDT e la scoperta della lebbra allo stato iniziale per poterla combattere – per citarne solo alcuni. Dal 1985, ad esempio, l'incidenza della lebbra   stata ridotta globalmente di circa l'85% curando 10 milioni di pazienti affetti da questa malattia.

Negli ultimi decenni la comunit  internazionale per lo sviluppo ha avuto come obiettivo primario la riduzione della povert .

Oggi l'obiettivo globale   quello di avere il numero delle

persone che vive nella povertà assoluta ridotto della metà nell'anno 2015. I tre altri obiettivi per lo sviluppo sono:

- la riduzione di due terzi del tasso di mortalità fino ai 5 anni;
- la riduzione dei tre quarti nella mortalità materna;
- servizi sanitari della riproduzione per tutti.

La sfida per le Nazioni Unite è ora quella di usare la sua autorità e la sua influenza per mobilitare l'intera comunità internazionale, oltre agli obiettivi internazionali, per lo sradicamento della povertà. C'è un forte impeto, e un'importante opportunità per rendere la salute un elemento fondamentale nello sviluppo economico ed umano, e per fornire una leadership all'interno della comunità delle organizzazioni impegnate a migliorare la salute dei poveri.

Investire nello sviluppo della salute

Oggi per ridurre drammaticamente la malattia sono disponibili medicine efficaci e il controllo delle strategie. Malgrado ciò, i Governi non stanno facendo in modo che queste strategie ricevano fondi sufficienti per poter essere attuate. In alcuni casi, ciò accade perché i bilanci sanitari sono ridotti in modo non realistico. In altri casi, perché alla spesa per la sanità viene data scarsa priorità, il che non permette di poter affrontare le minacce sanitarie più urgenti.

Alcuni dei Paesi più poveri

hanno meno di £ 7 a testa da spendere annualmente per le cure sanitarie, e ciò rende difficile far sì che persino i bisogni sanitari più basilari vengano soddisfatti. I Paesi a basso reddito spendono il 4% del PIL pro capite per la sanità, metà della cifra spesa dai Paesi più ricchi. In molti Paesi poveri si spende ancora di meno. In Camerun, Indonesia, Nigeria e Sri Lanka, ad esempio, la cifra spesa è inferiore al 2% del PIL.

L'assistenza dei Paesi donatori ha aiutato ad integrare le iniziative sanitarie che non avevano abbastanza fondi. Tuttavia, le risorse disponibili per questo supporto sono relativamente ridotte.

Quali strategie sanitarie sono efficaci per ridurre la povertà?

Selezionare le strategie sanitarie per ridurre la povertà richiede una profonda comprensione del perché il povero patisce una maggiore mortalità e maggiori malattie. Gli interventi che fanno affidamento sul sistema sanitario per avere effetto saranno inadeguati se i poveri non potranno accedere ai servizi organizzati. Inoltre, anche se l'accesso universale ai servizi sanitari sarà possibile, è improbabile che di per sé possa essere sufficiente. La ragione è che molti dei fattori determinanti della salute-malattia, e perciò i mezzi per conseguire miglioramenti significativi nella salute dei poveri, dipenderanno dagli

sviluppi esterni al settore sanitario.

C'è bisogno di un approccio che abbinati un più esteso investimento nella sanità con una migliore focalizzazione degli investimenti nei sistemi sanitari.

Vorrei menzionare alcuni interventi efficaci che potrebbero prevenire la diffusione delle malattie infettive nel mondo:

- DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) può prevenire il 60% di tutte le morti per tubercolosi;

- IMCI (*Integrated Management of Childhood Illness*) può prevenire la maggior parte delle morti dei bambini per polmonite, diarrea, malaria e morbillo;

- da ultimo, uno degli interventi più importanti per interrompere il legame tra malnutrizione e infezione è l'integrazione di vitamina A. L'integrazione di routine nell'età compresa tra i 6 e i 72 mesi può ridurre la mortalità totale di circa il 25%.

Una strategia sanitaria per ridurre la povertà dovrebbe comprendere i componenti di seguito descritti:

- agire sui fattori determinanti della salute influenzando le politiche di sviluppo;

- ridurre i rischi attraverso un approccio più esteso alla sanità pubblica;

- focalizzarsi sui problemi sanitari dei poveri;

- fare in modo che i sistemi sanitari servano i poveri in modo più efficace.

1. Un'equa distribuzione dei vantaggi della crescita economica è fondamentale per ridurre la povertà. Allo stesso modo, dovremmo ambire a massimizzare i vantaggi sulla salute derivanti da una politica per il lavoro, il commercio, l'agricoltura, il micro-credito, l'ambiente ed altri aspetti dello sviluppo. Il successo dipenderà dal potenziamento delle capacità dei Ministeri della Sanità nel prendere la direzione nelle iniziative inter-settoriali.

2. La sfida che i governi si trovano a dover affrontare è quella di migliorare l'accesso dei poveri ai servizi sanitari pubblici di base, compresi un cibo sano ed adeguato, l'acqua potabile e condizioni di vita



igieniche. Oltre al campo tradizionale della salute pubblica, i poveri sono i più esposti alla violenza e ai pericoli ambientali, e hanno maggiori probabilità di soffrire di più nei conflitti e nei disastri naturali.

3. Un esiguo numero di condizioni tocca la salute dei poveri in modo sproporzionato. Anche l'informazione sui costi e sui vantaggi degli interventi può essere usata per influenzare le spese dei Governi nazionali e delle agenzie per lo sviluppo. In primo luogo, elaborare un insieme di interventi centrali accompagnerebbe l'operato in aree come l'immunizzazione, la gestione integrata delle malattie infantili, le malattie polmonari dell'adulto, la gestione integrata della gravidanza e del parto, la salute della riproduzione.

4. Oltre ad assicurare la capacità di offrire servizi essenziali, ci sono diverse altre ca-

ratteristiche di un sistema sanitario a favore dei poveri. Come minimo, dovrebbe trascurare i proventi, e trattare i clienti con dignità e rispetto; proteggere i poveri da pratiche non salutari e dallo sfruttamento economico, sia nelle attrezzature pubbliche sia in quelle private. Dovrebbe proteggere anche le persone che non sono ancora povere dall'impoverimento dovuto agli alti costi che vanno di pari passo con le malattie più gravi. L'OMS ha un ruolo primario nell'informare i Governi sulle riforme necessarie per raggiungere questi obiettivi. Inoltre, ci sono diverse strategie, come ad esempio prefiggersi dei servizi il miglioramento di quelli esterni e il coinvolgimento dei poveri nel controllo delle cure sanitarie, cui l'analisi di esperienze diverse nei Paesi porterebbe particolari vantaggi.

Conclusioni

La povertà insidia lo sviluppo. La povertà è un attacco ai diritti umani e alla dignità umana. La povertà crea instabilità politica e sociale. I Paesi non possono affrontare una povertà massiccia. L'obiettivo di ridurre della metà il numero delle persone povere nel 2015 è raggiungibile, ma richiederà un ampio sforzo da parte di tutti. Se apriamo la finestra, vediamo una serie di opportunità, ma questa finestra potrebbe chiudersi presto. Il mondo non può permetterselo. Lo sviluppo sostenibile per le generazioni future non avrà mai inizio se la povertà non sarà prima ridotta e poi eliminata.

Dott.ssa MARIA NEIRA

*Direttore del Programma di controllo, prevenzione e sradicamento delle malattie infettive, OMS
Ginevra, Svizzera*

Lebbra: passato, presente e futuro

Vi ringrazio per avermi invitato a partecipare a questo Seminario Internazionale per parlare della situazione della lebbra nel passato, nel presente e nel futuro.

Lavoro presso l'Università di Aberdeen, che fu fondata nel 1495 dal Vescovo della città in virtù della Bolla di Papa Alessandro VI. Essa si rifaceva alle Università di Parigi e Bologna, e ospitò la prima cattedra di Medicina nel mondo di lingua inglese.

Visione storica della lebbra

Possiamo trovare le prime descrizioni di lebbra negli antichi testi indiani ed egiziani. La lebbra si è diffusa in tutto il mondo ed ha raggiunto la massima espansione in Europa nel XIV secolo, quindi si è andata

gradualmente riducendo nel XX secolo.

La causa della lebbra, il *Mycobacterium leprae* è stato scoperto da Armeur Hansen in Norvegia nel 1873, ma solo nel 1940 fu scoperto un trattamento efficace. I più importanti sviluppi nella chirurgia ricostruttiva per la lebbra si sono avuti negli anni '50. Negli anni '60 e '70 iniziarono gli sforzi per controllare la lebbra nella comunità con l'impiego del dapsone.

Nel 1964 fu identificata per la prima volta la resistenza al trattamento con dapsone e nel 1977 essa fu riportata in pazienti non sottoposti a trattamento. Nel 1982 l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandò l'uso della terapia farmacologica combinata (MDT) per combattere il problema della resistenza ai farmaci: non solo ebbe successo,

ma questo trattamento di più breve durata portò anche ad una caduta nel numero dei pazienti registrati per il trattamento.

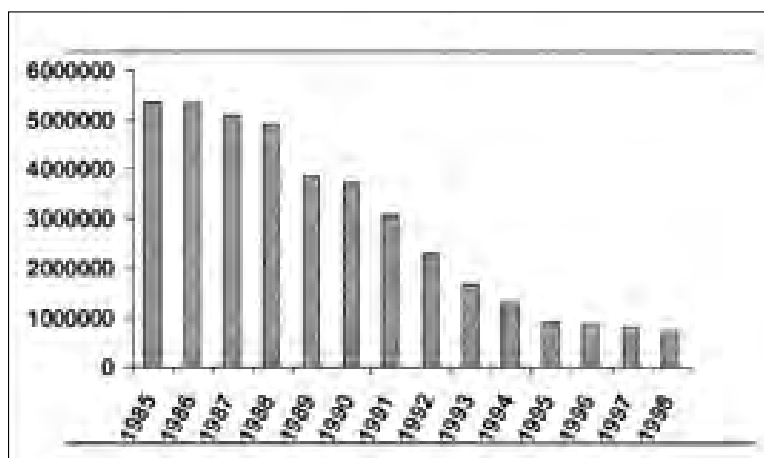
In seguito a questa diminuzione, la World Health Assembly decise di "eliminare" la lebbra, il che vuol dire ridurre per il 2000 la prevalenza della lebbra a meno di 1 su 10.000 abitanti mediante un'individuazione precoce dei casi e il trattamento con MDT.

Situazione attuale

C'è stata una riduzione dell'85% nei casi registrati e oltre 70 Paesi hanno raggiunto il target di ridurre la prevalenza della lebbra a meno di 1 su 10.000 abitanti. All'inizio del 2000, una decina di Paesi non ha ancora raggiunto questo obiettivo ed è stato formulato

un impegno per conseguirlo entro l'anno 2005. Ciò vuol dire che tutti i problemi della lebbra sono stati risolti? Ogni paziente viene individuato e sottoposto a trattamento? La terapia MDT risponde a tutti i bisogni di quanti sono malati di lebbra? Ci sono ancora nuovi casi? Cercherò di chiarire tutti questi aspetti. La figura 1 mostra la tendenza generale nei casi registrati (prevalenza) tra il 1985 e il 1998.

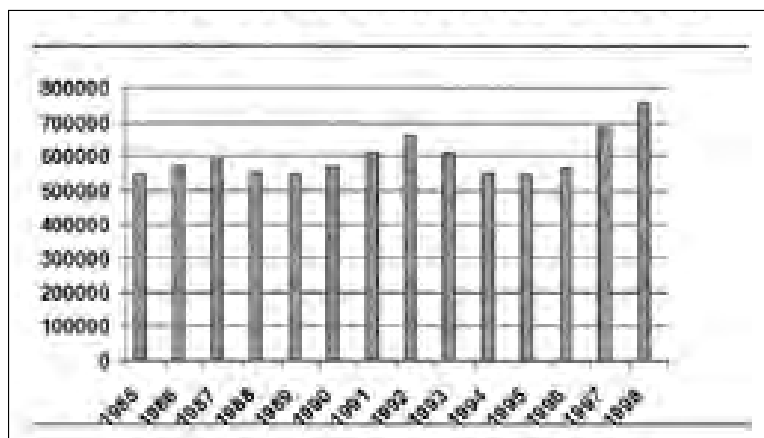
Figura 1:
Tendenza generale
nei casi registrati



L'applicazione della terapia MDT in tutto il mondo ha portato ad una riduzione del numero dei casi registrati, come si può vedere nel grafico. Ciò è riscontrabile in ogni Paese del mondo. La diminuzione è stata di circa l'85%. Tuttavia, essa si è livellata negli ultimi 4 anni.

Ora guardiamo la tendenza nei tassi di individuazione dei nuovi casi nello stesso periodo (Fig. 2).

Figura 2:
Tendenza mondiale
dei nuovi casi



Dal successo ottenuto con la terapia MDT e dalla riduzione dei casi registrati ci si potrebbe aspettare una caduta anche dell'incidenza dei nuovi casi. Il grafico mostra la tendenza nei nuovi casi dal 1985. Vediamo chiaramente che non c'è riduzione, anzi i numeri sembrano essere aumentati negli ultimi anni. Ciò presenta un modello interessante ma che crea confusione – la prevalente diminuzione dei casi di lebbra registrati e la costante o crescente incidenza nei nuovi casi. Perché avviene questo? Cosa succede? Qual è la spiegazione?

Quello che accade è che con la MDT noi abbreviamo la durata della malattia usando una terapia a breve corso. La MDT viene usata per 6, 12 o 24 mesi, un tempo molto più breve rispetto a quello della terapia con dapsona che poteva anche durare oltre 10 anni. Se la durata scende, allora può scendere anche la prevalenza (numero di casi attivi registrati alla fine dell'anno) senza che ci sia alcun cambiamento nell'incidenza dei nuovi casi.

Se vogliamo riportare una completa vittoria sulla lebbra,

cioè sradicarla, dovremmo ridurre i nuovi casi, cioè ridurre la trasmissione della malattia. Si sperava, trattando tutti i nuovi casi con la MDT, che l'incidenza di nuovi casi di lebbra sarebbe alla fine diminuita, ma questo non è ancora avvenuto.

La tendenza globale nei nuovi casi individuati nasconde importanti differenze tra i vari Paesi. L'India mostra un modello di incremento simile a quello del quadro generale, con un maggiore aumento negli ultimi anni. L'India rappresenta oltre l'80% dei casi globali, e quindi ha una grande influenza sulla scena mondiale.

Guardiamo i modelli di individuazione dei nuovi casi in un certo numero di Paesi. C'è stata una considerevole diminuzione nell'individuazione di nuovi casi in Cina, oltre il 50% negli ultimi 10 anni. Ciò contrasta con il quadro globale.

Al contrario, il Bangladesh mostra nell'individuazione dei nuovi casi una tendenza che va rapidamente crescendo, e che i cambiamenti nella prevalenza nel Paese, che era scesa, non lasciavano prevedere. Ciò è dovuto all'espansione delle attività di controllo della lebbra in aree del Bangladesh che non erano prima coperte.

Il Brasile mostra un modello molto consistente di numeri crescenti di casi individuati, come in Bangladesh. Si tratta di un vasto effetto su un breve periodo di tempo. Anche qui è dovuto a miglioramenti nel programma contro la lebbra in tutto il territorio e ad un aumento della copertura nei singoli Stati.

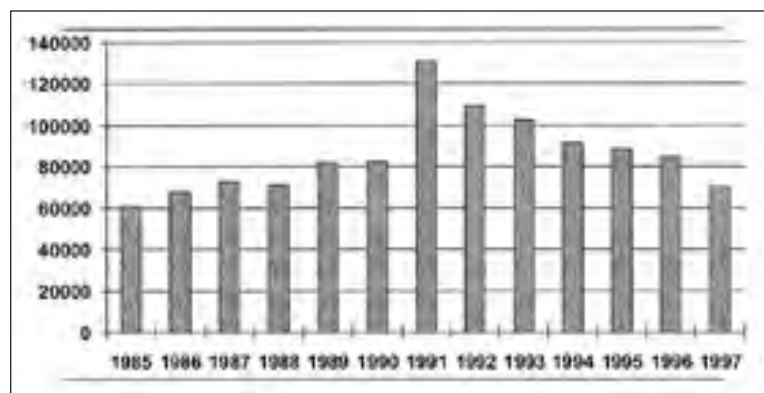
La tendenza nei nuovi casi in Colombia mostra un orientamento discendente nello stesso periodo. Ho parlato al direttore del programma del Paese, il quale ha descritto le difficoltà di mettere in atto attività contro la lebbra a causa della disgregazione civile esistente in quel Paese.

Questo mostra che l'individuazione di nuovi casi è fortemente influenzata da fattori operativi e non rappresenta necessariamente la vera incidenza. I metodi di individuazione dei casi riguardano il numero dei nuovi casi indivi-

duati. Un'individuazione precoce aumenta il numero. Anche una migliore copertura geografica risulta in un aumento nelle percentuali di individuazione dei nuovi casi. Migliori sistemi informativi e una migliore raccolta dei dati hanno come conseguenza un aumento della percentuale di individuazione dei nuovi casi.

Per avere un quadro reale della trasmissione della malattia dobbiamo esaminare altri fattori, quali il numero di nuovi casi nei bambini, che riflette il rischio della trasmissione della malattia in una comunità. La figura 3 mostra le tendenze nell'individuazione di nuovi casi.

Figura 3:
Tendenza nei nuovi casi nei bambini



I cambiamenti nei nuovi casi per quanto riguarda i bambini sono stati considerati un indicatore di tendenza nella trasmissione. Se la trasmissione della malattia si arrestasse, allora ne vedremmo gli effetti nel numero ridotto dei bambini. Ciò è difficile da comprendere in quanto tra il 1989 e il 1994 il numero ridotto dei bambini è cresciuto, mentre dopo questo stesso periodo esso è diminuito; ciò però potrebbe essere dovuto a cambiamenti nei controlli scolastici.

Un'altra informazione che per quanto riguarda i bambini darci un'idea sulla situazione reale dei nuovi casi è la tendenza nell'invalidità visibile nei nuovi casi. Globalmente questi dati mostrano una tendenza discendente. Ciò significa che i casi sono stati individuati in modo più precoce rispetto a 10 anni fa. Questo sa-

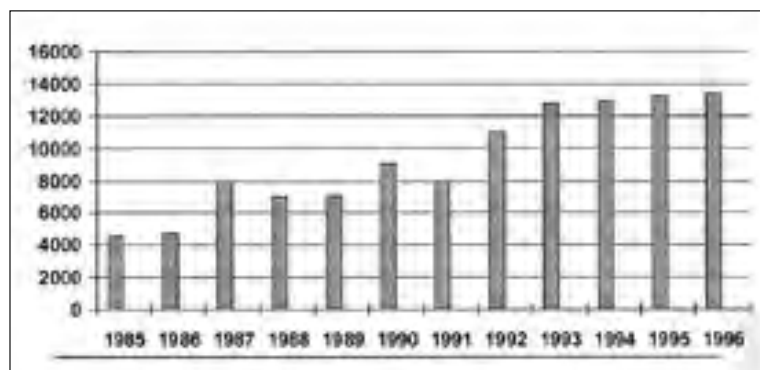
rebbe associato a un aumento nel numero dei nuovi casi individuati.

Possiamo vederlo chiaramente dai dati relativi all'India. L'aumento nei nuovi casi è paragonato da un declino nell'invalidità nei nuovi casi. L'aumento è probabilmente dovuto a migliori metodi di individuazione.

La cosa è diversa se guardiamo ai dati globali senza l'India. Qui vediamo che il numero dei nuovi casi visibilmente deformi nel momento in cui sono stati individuati per la prima volta è notevolmente aumentato, addirittura triplicandosi. I dati mondiali nascondono, come mostra la figura 4, un'ampia variazione tra paesi che è importante tenere presente. Vediamo che in molti Paesi il numero di perso-

ne con invalidità visibili al tempo della diagnosi è aumentato, e ciò significa che le attività per l'individuazione dei casi vengono realizzate in ritardo.

Figura 4:
Invalidità nei nuovi casi (Paesi endemici, esclusa l'India)



Uno dei maggiori conseguimenti dell'ultimo decennio è che oltre 10 milioni di pazienti

ha completato con successo la terapia MDT. La maggior parte di queste persone è ancora viva, purtuttavia tra essi diversi milioni hanno impedimenti e invalidità.

Priorità future

Questo ci porta direttamente all'importante questione delle priorità future nella lebbra. Quelle che seguono sono tre questioni ovvie che nascono direttamente dalla situazione presente.

– Il continuo insorgere di nuovi casi significa che è prioritario che questi casi vengano individuati presto e trattati effettivamente per curare la lebbra e prevenire le invalidità. Se falliamo in questo, allora la prevalenza della lebbra inizierà a salire e tutto ciò che è stato raggiunto andrà perduto. L'importanza di tutto ciò non va trascurata, ma richiede la disponibilità dei farmaci per la terapia MDT, lo sforzo del personale sanitario per raggiungere la gente, e la partecipazione della comunità.

– La lebbra è una malattia che ha conseguenze fisiche, sociali ed economiche per quanti ne vengono colpiti. La seconda priorità, quindi, è la riabilitazione.

– La terza priorità è la ricerca.

Nel decennio passato la ricerca nel campo della lebbra è stata ridotta, ma negli ultimi anni sono state apprezzate l'importanza e la rilevanza della nuova ricerca. Il Progetto Genoma, che permetterà di individuare la sequenza materiale del *Mycobacterium leprae*

aprirà nuovo potenziale per la ricerca.

Negli ultimi anni la ricerca

sulle lesioni ai tronchi nervosi causate dalla lebbra ha migliorato la nostra conoscenza in materia ed esiste la prospettiva di prevenire questi danni. Trovare i modi per prevenire la trasmissione della lebbra è una seria priorità della ricerca. Vengono sviluppati nuovi metodi di ricerca e studiate opzioni di vaccino e chemioprolifassi.

Dobbiamo comprendere i fattori che possono influenzare l'incidenza della *trasmissione della lebbra*. Sono tre i gruppi di fattori che influenzano la trasmissione della lebbra:

- fattori agenti - *Mycobacterium leprae*;
- fattori ambientali;
- fattori ospiti - la gente.

Ci sono molti fattori ambientali che possono influenzare l'incidenza della lebbra. Lo sviluppo socio-economico è legato alla caduta della lebbra, come abbiamo visto in molti Paesi. Questi possono essere i fattori che hanno portato alla scomparsa della lebbra in Europa. Alcuni ritengono che possono esistere riserve ambientali di lebbra, ma ciò non è stato dimostrato.

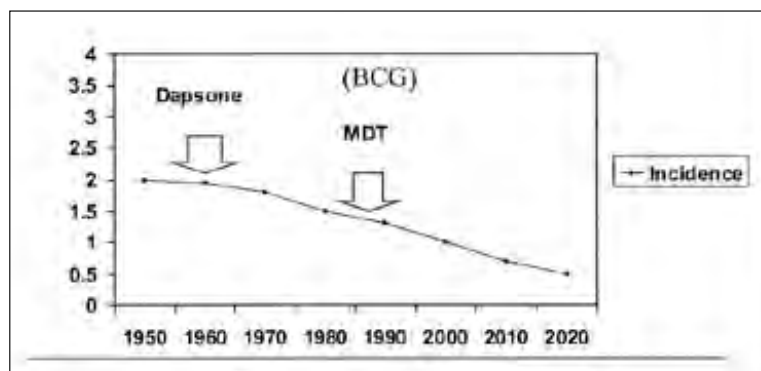
Ci sono anche fattori ospiti che influenzano l'incidenza della lebbra: l'immunità come i vaccini o le infezioni con altri mycobacteria; la predisposizione, anche se finora non è stato mostrato che l'HIV-AIDS sia un fattore importante; l'esposizione al bacillo della lebbra in casa e attraverso altri contatti. Il trattamento farmacologico è un altro fattore che può influenzare l'incidenza di questa malattia.



Altri fattori includono la resistenza ai farmaci, le percentuali di ricaduta e il tempo di sopravvivenza dell'organismo al di fuori dell'ospite umano. Finora non è stato dimostrato che questi siano problemi importanti.

Se continuiamo con il trattamento MDT, quando possiamo sperare di aver vinto la lebbra? La figura che segue (figura 5) mostra che possono essere necessari anche 20 anni per avere una diminuzione importante nella percentuale di nuovi casi di individuazione della lebbra.

Figura 5:
Grafico dell'effetto della chemioterapia sulla vera incidenza della lebbra



Il grafico si basa sul modello di malattia SIMLEP prodotto dai colleghi di Rotterdam. Esso utilizza la conoscenza attuale sulla lebbra e predice un effetto graduale della terapia farmacologica e del vaccino BCG nel ridurre l'incidenza della lebbra per un lungo periodo. Bisogna effettuare la ricerca nei modi di aumentare la caduta della trasmissione e l'incidenza di nuovi casi.

Tre importanti principi per il lavoro futuro

1. Sostenibilità. Nuovi casi di lebbra continuano e molte delle conseguenze durano per tutta la vita; per questo motivo il nostro approccio deve essere sostenibile.

2. Quanti lavorano contro la lebbra non possono fare tutto da soli, ma hanno bisogno di lavorare a tutti i livelli con altre agenzie, altri operatori sa-

nitari, servizi sociali, comunità, gli stessi pazienti e le loro famiglie.

3. I servizi anti-lebbra devono essere integrati nei servizi sanitari e sociali generali; ciò include formazione, cure sanitarie di base, cure ospedaliere, e riabilitazione a livello comunitario.

Per riassumere

1. Il PASSATO è stato caratterizzato dalla cura dei malati di lebbra senza alcun trattamento effettivo.

2. Il PRESENTE ha visto lo sviluppo di un trattamento altamente efficace per la lebbra

e milioni di pazienti trattati con successo. Ciò ha portato ad un'importante riduzione nella prevalenza dei casi registrati, ma finora nessuna riduzione nei nuovi casi a livello globale.

3. Le priorità per il FUTURO sono l'individuazione precoce e il trattamento adeguato di tutti i nuovi casi di lebbra; la riabilitazione fisica, sociale ed economica dei malati di lebbra; la ricerca diretta a ridurre la trasmissione della malattia e la prevenzione delle lesioni dei tronchi nervosi.

Prof. CAIRN SMITH
Presidente della Commissione
Medico-Sociale dell'ILEP
(Federazione Internazionale
contro la Lebbra)

Per comprendere come si sia organizzato il movimento suscitato da Raoul Follereau, è necessario fare un po' di storia.

Raoul Follereau è un oratore nato, uno dei più grandi dello scorso secolo. Egli mette il suo immenso talento al servizio delle cause a lui care. Anzitutto per la *Difesa della Civiltà Cristiana contro tutti i Paganismi*, poi per l'esaltazione della memoria di P. Charles de Foucauld, e infine per far conoscere *Ciò che il mondo deve alla Francia* mediante una famosa conferenza pronunciata migliaia di volte prima, durante e dopo la guerra, in Francia e in diversi altri Paesi d'Europa. Tutti gli uomini della mia generazione hanno ascoltato questa conferenza, e fu ascoltandola io stesso all'età di 16 anni – nel 1941 – che ho scoperto Raoul Follereau.

Un incontro con le Religiose di Nostra Signora degli Apostoli lo porta ad abbandonare la sua lotta politico-religiosa per dedicarsi all'azione caritativa. Certo, fino alla sua morte resterà fedele agli ideali della gioventù, ma a partire dal 1942 metterà il suo talento al servizio dei lebbrosi che sono, per lui, la minoranza più dolorosa ed oppressa.

Nel corso di tutti gli anni '40 si batte da solo. Poi, nel corso degli anni '50, di fronte al successo delle sue conferenze, chiede ai suoi amici di creare dei Comitati Locali, quelli che in italiano vengono chiamati *Gruppi*. Poi, negli anni '60, chiede di creare strutture nazionali ed internazionali corrispondenti alla dimensione assunta dalla sua opera.

Nel 1956, nel corso di un'udienza, Sua Santità Pio XII lo conforta nel suo progetto di riunire in una stessa Federazione tutte le associazioni che nel mondo lottano contro la lebbra.

Pierre Van den Wijngaert, poliglotta belga che aveva appena creato gli Amici di P. Damien, in Belgio, ha l'idea di organizzare un colloquio sul "Mercato Comune della Lebbra". Va a trovare Raoul Follereau e gli spiega il suo progetto. Raoul Follereau, ascoltandolo, ha l'impressione di aver finalmente trovato l'uomo che avrebbe realizzato il suo progetto: il raggruppamento delle forze della lebbra a livello internazionale.

Raoul Follereau, che conosceva ben Pierre e aveva fiducia in lui, accetta di presiedere questo colloquio e di dirigerne il dibattito. Ebbe così luogo a Bruxelles, il 2 ottobre 1965, il primo colloquio europeo delle associazioni di lotta contro la lebbra, che suscitò tra le nove associazioni presenti un tale entusiasmo da far decidere immediatamente la creazione di un organismo europeo di lotta contro la lebbra e di eleggere una commissione per prepararla.

Ecco perché il 25 settembre 1966 si tenne a Berna, sotto la presidenza di Marcel Farine (Presidente di Aide aux Lépreux Emmaus-Suisse) la prima assemblea generale della Federazione Europea di lotta contro la Lebbra, abbreviato ELEP. Il suo scopo essenziale è il seguente: *coordinare le azioni dei suoi membri al fine di evitare sovrapposizioni, la competizione, la demagogia*.

Pierre Van den Wijngaert commentava così lo scopo che era stato prefisso: *"Se la raccolta dei fondi è un compito difficile, la loro distribuzione intelligente comporta responsabilità ancora più gravi"*.

Ma non era facile far collaborare delle associazioni che, pur perseguendo lo stesso scopo, erano molto differenti: alcune erano millenarie (come l'Ordine di Malta), altre avevano un carattere religioso affer-

mato (come The Leprosy Mission a Londra), altre ancora erano associazioni nazionali contrassegnate dal carattere del proprio Paese (come la potente DAHW di Würzburg, Redda Barnen in Svezia, FOPERDA in Belgio, Leonard Wood Memorial negli Stati Uniti), e altre infine avevano risposto all'appello di Raoul Follereau (come le associazioni di Inghilterra, Belgio, Francia, Italia e Lussemburgo).

In quegli anni, ne sono ormai passati trenta, si parlava molto della costruzione dell'Europa. Noi avremmo costruito l'Europa della lebbra. Per riuscirci, abbiamo cercato di conoscerci. Non era facile, in quanto avevamo fatto la guerra gli uni con gli altri o gli uni contro gli altri. Avevamo voluto superare tutto ciò per contribuire alla costruzione di una società fondata sull'amore.

È ciò che Raoul Follereau esprime nel suo messaggio in occasione dell'VIII Assemblea Generale dell'ELEP a Roma nel 1973: *"Al di là di tutte le frontiere nazionali, politiche o spirituali, senza vanità, senza ambizioni, con un perfetto disinteressamento, voi restate al servizio di coloro di cui siete i benefattori, i protettori, ma anzitutto gli amici"*.

Nella primavera del 1975 la Federazione Europea delle Associazioni contro la Lebbra (ELEP) non è più europea ma diventa internazionale, con l'ingresso di un membro americano, l'American Leprosy Mission, e di un membro giapponese, Sasakawa Fund.

Ciò che abbiamo realizzato nell'ILEP è esemplare. Considerati dall'esterno come il Club di Parigi della lebbra (cioè come i finanziatori), i membri dell'ILEP sono stati i soli a finanziare la lotta contro questa malattia negli ultimi quaranta anni. Il successo otte-

nuto nella lotta contro la lebbra negli ultimi decenni è quindi nostro.

Ciò rappresenta ogni anno 1.190 progetti finanziati dalle Associazioni membri della Federazione, per un ammontare di circa 70 milioni di dollari. Fu così che, dall'inizio, per



guarire milioni di lebbrosi, sono stati raccolti quasi 2 miliardi di dollari presso persone generose dei Paesi del nord per i loro fratelli sfortunati del sud. Uno degli scopi principali dell'ELEP era anche quello di organizzare la catena di solidarietà tra coloro che possiedono e coloro che non hanno nulla.

Siamo tuttavia tutt'altro che semplici finanziatori: siamo dei partners e, come tali, vogliamo trattare su una base di uguaglianza con gli Stati che aiutiamo e con l'OMS.

Il coordinamento delle nostre attività resta l'unico mezzo per evitare le competizioni tra le associazioni, e le sovrapposizioni con coloro che ricevono. Ricordo che al momento della creazione dell'ELEP un'infermiera che aveva avuto i nostri indirizzi scrisse a tutti noi all'incirca la stessa cosa: "Ho 32 lebbrosi da curare e da nutrire, e nessuno mi aiuta". Ognuno di noi ha agito per proprio conto, senza consultare gli altri, e questa abile infermiera ricevette 36 milioni di franchi.

So bene che coloro che ricevono si avvolgono nella loro dignità, e li comprendo. Ma, per essere efficace, per essere giusta, per essere generosa, la carità, che è essenzialmente un

affare di cuore, deve purtuttavia essere organizzata con specialisti e professionisti.

Se l'organizzazione della battaglia della lebbra è stata condotta in modo esemplare, il merito principale va all'idea di Raoul Follereau e di Pierre Van den Wijngaert che hanno creato la Federazione Internazionale delle Associazioni contro la Lebbra, il cui scopo principale era quello di coordinare le attività dei suoi membri.

Sembra così semplice, scrivendolo, che ci si chiede perché bisogna creare un'organizzazione per una cosa tanto elementare come il coordinamento delle attività delle associazioni che lottano per lo stesso scopo. Il coordinamento presuppone, da parte delle associazioni che lo accettano, non un subordinamento a quella che l'esercita, ma una leadership liberamente accettata e naturalmente ammessa.

Quella che l'esercita deve far prova di competenza e conoscenza del terreno e degli uomini. In questo modo si evitano le competizioni che nascono da una concorrenza che non è più, allora, sana emulazione, ma che compromette l'elaborazione e lo svolgimento dei programmi, e comporta spese che possono creare problemi con i Paesi.

Si comprende meglio in questo modo il merito di Raoul Follereau e di Pierre Van den Wijngaert nell'aver creato una Federazione Europea. È vero che all'epoca in cui venivano create le istituzioni europee esisteva in tutti i popoli europei una volontà di riavvicinamento. Coloro che partecipavano alla creazione di tutte queste istituzioni ben sapevano che questo riavvicinamento avrebbe comportato una certa perdita di libertà, ma ritenevano unanimemente che si trattasse di un prezzo modesto da pagare per evitare il ritorno dei conflitti.

Le associazioni che portano il nome e perseguono l'opera di Raoul Follereau hanno dunque un ruolo importante da svolgere oggi nel mondo per far trionfare il regno dell'amore, cioè della comprensione reciproca, del perdono delle offese, della tolleranza reciproca,

ca, affinché cessi l'intolleranza, che è forse la lebbra più grande della nostra epoca.

Auspico con tutto il cuore che l'ILEP persegua lo scopo per il quale è stata creata. Auspico che i suoi membri non dimentichino mai che devono la vittoria che stanno per ottenere sulla lebbra al coordinamento delle loro attività, e auspico che, nell'ora in cui questo successo li condurrà verso altre lotte, essi conservino lo stesso spirito di coordinamento di questi nuovi combattimenti contro le altre lebbre.

Nel messaggio citato, Raoul Follereau ci diceva nel 1973: *"Forse un giorno sarete chiamati ad estendere la vostra lotta verso altre lebbre! Sembra che bisogna ormai prepararsi... Ricordatevi che fare il bene, non vuol dire imporgli... ma... molto semplicemente ed umilmente offrirsi..."*.

Nel suo messaggio del 1974 all'Assemblea Generale di Berna, aggiungeva: *"Non lasciamoci ipnotizzare, cioè anestetizzare, dalle cifre dei nostri bilanci. Le somme considerevoli che distribuite sono essenziali, sicuramente, per proseguire e vincere la Battaglia della Lebbra. Ma il loro valore unico e sfolgorante è quello di essere composti da un numero quasi infinito di gesti d'amore, effettuati da poveri cuori umili e a volte sublimi, che hanno prelevato sul necessario, cioè sull'indispensabile, perché un sorriso illumini, in fondo alla savana, dei volti che non vedranno mai"*.

L'anno seguente, nel 1975, ci dava a Bonn il suo ultimo messaggio: *"...Non bisognerebbe che questo sviluppo così felice renda meno percettibili i battiti del nostro cuore... che l'emulazione faccia posto un giorno alla rivalità... Tutto ciò che viene realizzato senza ideali è votato al fallimento... La nostra vera forza, la nostra arma segreta, è la nostra amicizia..."*.

Possa questa amicizia tra i membri dell'ILEP durare sempre. Me lo auguro di tutto cuore.

Sig. ANDRÉ RECIPON
Presidente del
"Gruppo Raoul Follereau"
Parigi - Francia

Raoul Follereau, un testimone straordinario del XX secolo, uno sguardo d'amore sugli altri

84

“Ho tentato, nella mia vita di uomo, con forza di uomo, con mezzi di uomo, di mettere in pratica ciò che volevo portare avanti”.

Il Vagabondo della Carità fece questa lapidaria constatazione al termine della sua vita.

Ringrazio vivamente i nostri amici dell'AIFO che, all'inizio del nuovo Millennio, hanno voluto ricordare in questa Aula una delle voci più importanti che hanno contrassegnato il XX secolo.

L'organizzatore mi ha concesso l'onore e il piacere di affidarmi questo compito difficile, se non impossibile. Come comunicarvi nel breve tempo a mia disposizione le innumerevoli e fruttuose esperienze della vita di Follereau, come farvi cogliere il vigore del pensiero di questo idealista efficace, la cui intera vita fu un'unica battaglia contro la miseria umana?

Purtuttavia, questo esercizio è un dolce dovere per me che considero come onore della mia vita l'aver conosciuto i favori della sua stima e della sua amicizia, per aver lavorato undici anni a fianco di questo grande umanista cristiano, di questo visionario, cantore dell'Amore e della carità, difensore instancabile dei diritti dell'uomo, che per lui sono anzitutto quelli dei poveri.

Raoul Follereau, chi è quest'uomo?

Credo di aver conosciuto un Santo dei tempi moderni.

Non un Santo che ci sfugge nelle zone bianche della metafisica, non una figura di vetro, ma un Santo in carne ed ossa, votato agli altri con una rara passione che abitava in lui e lo divorava. Uno slancio di tutto se stesso, come quello di Cristo sul cammino del Golgota.

Follereau amava i suoi interlocutori con il suo corpo, toccava loro le spalle, ne prendeva le mani, scuoteva, strin-

geva, spesso tutto in una volta.

E diventare per la storia “l'uomo che abbraccia i lebbrosi”.

Mangiare con loro, bere con loro erano per lui atti di comunione, quelli stessi della Cena.

Pierre Fresnay, membro della Comédie Française, diceva di lui: “Quest'uomo sprigiona un tale calore che, al suo contatto, si diventa migliori”.

Raoul Follereau nacque il 17 agosto 1903 a Nevers in una famiglia di industriali.

Il quadro di questo breve intervento non mi permette di tracciare la storia della sua vita. Per questo mi limiterò ad una breve biografia.

Quando gli chiesi le differenti tappe della sua vita, egli mi scrisse: “La mia vera vita è iniziata nel 1943”.

La storia lo ricorderà certamente come uno dei testimoni più straordinari del XX secolo.

Nel 1943

Rifugiatosi presso le Suore di Nostra Signora degli Apostoli, inizia la sua battaglia contro la lebbra facendo suo il loro progetto di costruire un centro per i lebbrosi a Adzopé in Costa d'Avorio. *È il suo primo passo, spettacolare e tenace, per liberare i lebbrosi dagli ostracismi e dalle ingiustizie imposte loro da sempre.* Dedicherà 10 anni della sua vita alla realizzazione di questo progetto.

Nel 1952

Richiede all'ONU una sorta di convenzione internazionale per la salvaguardia e la dignità dei lebbrosi. Questa azione avrà un seguito nel 1967.

Nel 1954

Crea la Giornata mondiale

dei lebbrosi che resta la sua azione più spettacolare nel senso che, dall'istituzione, il successo è andato crescendo, ed ora questa Giornata viene celebrata in 152 paesi.

Nel 1959

Il Congresso medico di Tokyo gli riconosce il merito di aver aggiunto un nuovo capitolo alla leprologia: la sociologia.

Le sue famose lettere a Roosevelt, Eisenhower, Chruščëv, U. Thant e a tanti altri appartengono alla storia.

Egli è l'uomo in cui i giovani hanno visto una guida e un esempio. Tre milioni di giovani hanno risposto alla sua iniziativa “Un giorno di guerra per la pace”, inviando alle Nazioni Unite alcune lettere in cui si sosteneva il suo appello.

Nel 1966

A Berna, lo troviamo tra coloro che nel 1966 hanno fondato l'ILEP, oggi organismo mondiale di coordinamento per la lotta contro la lebbra, e ne diventa presidente onorario a vita.

Nel 1967

Ho avuto il piacere di organizzare una sua visita e di accompagnarlo presso il nostro Ministro per gli Affari Esteri, M. Gaston Thorn, allora Presidente delle Nazioni Unite. Ho potuto testimoniare con quale facilità e con quale convinzione egli perorò l'adozione di una dichiarazione Universale dei Malati di Lebbra, logico seguito alla richiesta del 1952 rimasta lettera morta.

Nel 1971

Ha luogo l'Assemblea Generale Costitutiva delle Fondazioni Internazionali Raoul

Follereau, il cui primo Presidente è il Sig. André Recipon.

Oratore accattivante, poeta dell'avventura, giornalista, reporter, autore drammatico, egli si serve della parola, dei moderni mezzi di comunicazione per condurre la sua lotta contro la lebbra e contro tutte le lebbre.

4.000 conferenze, 44 libri e opuscoli, trenta volte il giro della terra, frontiere attraversate migliaia di volte per braccare la lebbra là dove è presente e per combattere quella lebbra più coriacea che è l'egoismo.

Infine, la pubblicazione del *Libro dell'Amore* – condensato del pensiero di Raoul Follereau – frutto di 50 anni di riflessioni e di lavoro al servizio dei poveri, diffuso in oltre 8 milioni di esemplari durante la sua vita, tradotto in trenta-quattro lingue.

Nel 1977, 6 dicembre

L'apostolo dei lebbrosi ci lascia per un altro mondo.

Siamo pronti a riconoscere questi fatti storici, ma può succedere che ci sfugga l'essenzialità del suo messaggio:

Follereau, un folle che si credeva Raoul Follereau?

oppure

Raoul Follereau, uno dei più straordinari testimoni della nostra epoca?

Ci sono dei movimenti che si spiegano soltanto attraverso quello che ha dato i primi impulsi e che si arrivano a comprendere soltanto attraverso una figura di grande vigore. Raoul Follereau appartiene a questi.

In un mondo scosso dalla violenza, in questo Adzopé alla rovescia, in cui l'uomo si sente privato del calore, malgrado le delusioni, Raoul Follereau ha fatto nascere una corrente generosa e di cultura.

A partire dal 1942, Raoul Follereau, lo scrittore, il filosofo, il giornalista-reporter, l'avventuriero, e l'anticonformista diventa l'uomo che comprende come il flagello della lebbra non soltanto condanna l'uomo ad una morte lenta e terribile, ma lo colpisce di un ostracismo crudele,

ingiusto e scandaloso. Questa lebbra che fa paura è purtuttavia una malattia come le altre, dopo che nel 1870 il Dott. Armauer Hansen ha scoperto il *Mycobacterium leprae*. Uomini e donne dal coraggio straordinario – tra cui la figura di prua è stato Padre Damien de Veuster, patrono dei nostri amici belgi – hanno lottato instancabilmente contro questa malattia, ma chi conosce i loro sforzi, il loro eroismo?

Secondo Raoul Follereau, bisogna dare un colpo di frusta alla ricerca scientifica, ai responsabili degli Stati. E, per arrivare a questo, occorre mobilitare l'opinione pubblica e porre infine nella finestra dell'attualità questo flagello che risale a tempi remoti. Egli pone al suo servizio i moderni mezzi di comunicazione.

Facendo 32 volte il giro del mondo assieme alla moglie per scoprire i suoi malati negli angoli più dimenticati nel mondo dei poveri, è così in contatto permanente con la decomposizione fisica di una minoranza abbandonata. E, discendendo negli abissi della miseria umana, ne misura le vere dimensioni.

Si rivolta gridando la sua verità in faccia al mondo, sempre più insolente nelle sue negazioni.

In questi abissi della miseria umana, in questi lebbrosari di un tempo, Raoul trova il suo popolo eletto. Ed è questo popolo eletto dei diseredati a fare di lui il Vagabondo della Carità. Uomo d'azione quale è, egli comunica, trascina tutta un'armata pacifica nella sua esperienza. Il suo orrore del conformismo fa sì che egli si scandalizzi apertamente, che non accetti la disgrazia del lebbroso e che non voglia essere solidale con l'abbandono.

Questa esperienza personale non è una bella teoria concepita in uno spazio vuoto e bianco, ma ha luogo mediante il contatto diretto con il male, con la sfortuna e con il cattivo comportamento dell'uomo.

Questo contatto con la decomposizione gli fa comprendere che la lebbra è *in noi come in loro*. La lebbra colpisce tutti,



gli uni visibilmente, e gli altri invisibilmente. Ad occhio nudo non lo si nota, ma le deformazioni esistono. Sì, troppo spesso abbiamo il cuore, il carattere, lo spirito e l'anima in decomposizione. E Dio non ama la putrefazione. Dio non ammette la viltà di dichiarare inguaribili le cause delle nostre ripugnanze e gli effetti della nostra pigrizia. Ai suoi occhi è inguaribile soltanto il rifiuto ostinato, dopo la messa in atto della nostra migliore volontà.

AMARE – SALVARE.

Ecco le parole chiave di Raoul Follereau.

Così, attraverso la sua esperienza primaria, il contatto fisico con la miseria più crudele, egli stabilisce un contrappeso degno di questa SOFFERENZA. AMARE – SALVARE. E da queste convinzioni deduce il suo assioma che scaturisce dal suo cuore come un'onda che spinge in un'urna troppo piena.

“La sola verità è quella d'amare – Nessuno ha il diritto di essere felice da solo!”

In questo modo Raoul Follereau, attraverso le esperienze della sua lotta contro la lebbra, traccia un cammino che gli dà accesso a “tutte le altre lebbre”: la fame, le abitazioni miserevoli, il despotismo, la follia degli armamenti insensati, tutte le esclusioni del nostro tempo quali la droga, la tirannia della mancanza di lavoro e, infine, quelle lebbre più coriacee che sono l'egoismo, le ricchezze scandalose e gli sprechi insultanti, le ingiustizie visibili e invisibili. La sua lotta contro la lebbra non gli impedisce di andare oltre. Al contrario, gli

fa scoprire con altri occhi tutte le esclusioni e le ingiustizie. Da quel momento il suo messaggio si arricchisce di una dimensione più vasta.

Chi studia attentamente il pensiero di Raoul Follereau espresso nella sua opera *Il Tradimento dell'Intelligenza* può verificare attraverso l'opera della sua vita una lotta continua contro ogni primato della negazione. Egli lotta contro tutte le forze spirituali che degradano l'uomo e che ne distruggono l'ordine profondo e l'autentica felicità umana. Per questo Raoul Follereau è attento a TUTTE le lebbre.

È all'epoca una costante nei filosofi Bergson, Raïssa e Jacques Maritain. È la sua risposta ai filosofi del positivismo che diventa all'epoca la religione dell'intelligenza.

Il vero combattimento di Follereau non è un desiderio ardente, una volontà feroce di salvare nell'uomo ciò che fa sì che egli sia un uomo? Un'etica che possiamo ricondurre alla formula seguente: rispetto assoluto della vita umana. Per Follereau gli esseri umani sono tutti uguali in dignità: dal concepimento alla morte naturale, un'uguaglianza in dignità che non significa uniformità.

Follereau con i lebbrosi e gli esclusi.

Damien de Vuester con i lebbrosi.

Madre Teresa con gli agonizzanti di Calcutta.

L'Abbé Pierre con i senza tetto.

P. Tritz con i bambini della strada.

Jean Vanier con i bambini handicappati.

Frédéric Ozanam con i poveri.

Suor Emmanuelle con i venditori di stracci.

Lo sguardo è lo stesso.

È uno sguardo d'amore sugli altri.

Se Cartesio ha potuto affermare nella sua celebre tesi: "Cogito, ergo sum", sono certo che Follereau difendesse con altrettanta convinzione la sua verità: "Amo, quindi sono". Sta qui il suo criterio di verità.

L'idealismo filosofico di

Cartesio *RIDUCEVA* l'uomo ad un cogito disincarnato; il marxismo spesso lo riconduce ad una somma di relazioni economiche; il freudismo lo riduce ad un groviglio di passioni; Sartre ad una libertà senza riferimento a valori ideali. Lo strutturalismo ad un semplice giocattolo nelle mani di sistemi impersonali.

Questo "Amo, quindi sono" gli permette di far apparire l'uomo come soggetto, come un IO, come un centro attivo e irriducibile di iniziative, fine e non strumento al centro delle cose e delle tecniche moderne che minacciano di divorarlo, di annichilirlo, di metterlo in secondo piano.

Egli deduce questa filosofia dal suo rapporto con Dio.



Nel suo rapporto con Dio ritroviamo le tre parole chiave della sua fede e del suo pensiero: "Dio è AMORE". Egli pronuncia questa frase a 15 anni e termina la sua vita con la certezza che "Dio è il nostro ULTIMO AMICO".

Dio è Amore: Raoul Follereau deduce questa verità dalle OTTO PAROLE che Gesù di Nazareth pronunciò sulle pendici di una montagna nel mese di giugno dell'anno 28, parole che hanno segnato una pagina del grande libro del mondo. In effetti il testo del Discorso della Montagna rimane il più importante, poiché si rivolge ai credenti e a coloro che non credono, e rimane secondo Ghandi, venti secoli più tardi, l'unica luce a brillare nelle tenebre della violenza, della paura, della

solitudine in cui ci immergono l'orgoglio e l'egoismo.

Raoul Follereau ha la fede di un carbonaio. È un uomo positivo.

Queste otto parole sono per Raoul Follereau il Codice della Nuova Alleanza tra Dio e gli uomini. Per Follereau, i Vangeli sono il condensato del Cristianesimo e le Beatitudini il riassunto dei Vangeli. Per Follereau, uomo positivo, queste otto parole decisive sono tutte positive. Egli vi legge il contrario delle Crociate, dell'Inquisizione e degli anatemi.

È facile per me immaginare Raoul Follereau tra la folla che circonda Gesù su quel pendio a venticinque leghe a nord di Gerusalemme che di-

scende fino al lago di Genazaret in un paesaggio calmo, DOVE LA FOLGORE HA BATTUTO OTTO VOLTE. Follereau sente che l'essenziale è stato detto, che la grande PROVOCAZIONE è iniziata. È così che io voglio scoprirlo leggendo il Vangelo. Egli realizza d'un colpo che da duemila anni l'umanità possiede la chiave della verità e la lascia in fondo alle proprie tasche. Tutto ciò che dice quel provocatore vestito di bianco che scende verso il Lago di Genazaret al calare del crepuscolo, Raoul Follereau lo sentiva già in lui.

Per lui "il cristianesimo è una fraternità in cammino".

"Bisogna amare la gente povera, la gente felice, amare lo sconosciuto, amare il prossimo che è in capo al mondo,

amare lo straniero che è vicino a noi, amare... senza amore non ci sono genuflessioni, campane o quaresime che tengano; se non amate, non siete cristiani”.

Non abbiamo tempo per parlare delle sue convinzioni sul sociale e sulla vera carità. Per lui condividere le ricchezze di questa terra in maniera equa vuol dire prendere parte alla creazione di Dio.

È tuttavia importante analizzare ancora tra la ricchezza del pensiero di Follereau, in alcune parole soltanto, il rapporto che *legava* Raoul Follereau alla sua gioventù.

Era un rapporto di fiducia. I giovani non amano gli uomini mascherati. Follereau lottava a volto scoperto, non componeva, non tradiva. Lo hanno accettato come uno dei loro.

“Dopo cinquant’anni, ho ancora vent’anni”, diceva senza paura di sbagliare in occasione del suo 70° compleanno. Chi può affermarlo davanti ai giovani senza essere ridicolo? Egli poteva farlo perché verificava mediante l’opera di una vita ciò che proclamava ai giovani.

Fa della gioventù l’“erede universale della sua opera” e la invita a dire “no” al suicidio dell’umanità di fronte ai Grandi che continuano la loro mostruosa industria degli armamenti. Il tesoro che Raoul Follereau ha lasciato loro è il bene che ha fatto, che avrebbe voluto fare a tutta la gioventù, quella di destra, di sinistra, di centro, quella che ha ricevuto il dono della fede e quella che agisce come se credesse, quella che crede e quella che non crede.

E poiché hanno avuto fiducia, egli aveva il diritto di metterli in guardia attraverso i suoi famosi dieci “Appelli alla gioventù”.

Raoul cercava di comprendere il loro smarrimento, che è proprio della loro età e del secolo. Il più grave, secondo Follereau, è che i giovani si trovano in un mondo in cui si è voluto eliminare l’esistenza di Dio. Così è stata creata loro una civiltà del disgusto e della disperazione. Nulla prima del-

la vita, nulla dopo; perché la vita?

Egli li mette in guardia dal “non diventare preda delle canaglie dell’intelligenza, che li condurranno su strade senza fiori, e che sfociano nel nulla”.

Li mette in guardia contro la droga e accusa il mondo degli adulti che chiude gli occhi e fustiga “questa civiltà di scorie, incapaci di liberarsi dei propri residui”.

Di fronte a un giovane drogato che si era suicidato parla di un *bambino assassinato* dal suo secolo, e rimprovera alla società: “Dietro il bambino assassinato, la cupa coorte di quanti hanno già disertato”.

Comprende il vuoto di cui i giovani hanno la vertigine e che si traduce in rifiuto e violenza. Purtuttavia, Follereau, uomo positivo, filosofo della speranza, invita noi adulti, testimoni dell’imputridimento del secolo, e i giovani a costruire una città a dimensione dell’essere umano così da servirlo senza opprimerlo, a costruire una vita cristiana sbarazzata, disinfettata dalle sue superstizioni, dalle sue testimonianze, dalle sue vigliaccherie: una vita leale con Dio.

“Vediamo i giovani – scrive – tornare ad una teologia dell’amore rinnovata. Spesso nei cuori angosciati, indignati, ha trovato rifugio il Cristo nudo ed è fiorita la fede, una fede vergine”.

Ripudiando un modo di fare religione continuamente riscaldato, incaricato di evitarci i colpi duri nell’altro mondo e ansioso, anzitutto, di placare quaggiù le nostre piccole paure che instupidiscono, i giovani si sono impegnati al servizio di un cristianesimo che non si preoccupa di sapere se il bicchiere d’acqua resta o meno senza ricompensa, di un cristianesimo che non cerca di aggirare il buon Dio, di un cristianesimo costruttivo e conquistatore.

Essi lo servono in una mansarda, in un garage, nella fabbrica come nel dispensario.

“Ozanam ha sempre venti anni”.

“Vivere vuol dire aiutare a vivere.

Essere felici, vuol dire ren-

dere delle persone felici”.

Questo esclamava Raoul Follereau il 7 novembre 1976, quando assisteva per l’ultima volta ad una riunione delle Associazioni che portano il suo nome (cito).

“In questo modo la ‘Battaglia contro la lebbra’ testimonia, anzitutto e prima di tutto, la premazia dell’amore. Vi resta fedele. Colui che riceve è aiutato. Ma è colui che dona ad essere arricchito”.

Questa lebbra che, per milioni di uomini, è stata martirio e maledizione, in un avvenire che ritengono molto prossimo, dovrà smettere di essere un male eccezionale.

La lebbra rinuncerà ad essere vendetta. Ma la battaglia che le ha dato scacco resterà per sempre un esempio e una testimonianza: “senza l’amore, nulla è possibile. Con l’amore nulla è impossibile”.

Questo successo deve incitarci a lottare, domani, contro altri mali, contro altre degenerazioni.

“Con un dinamismo uguale e con uno stesso fervore, proseguirete la battaglia contro tutte le lebbre di cui, l’ho ripetuto spesso, essa non è che un capitolo in un insieme indisociabile”. Caro papà Raoul, possa Dio ascoltarvi!

Dall’alto del cielo, tu continui a supplicare i tuoi fratelli e le tue sorelle dell’ILEP a restare uniti per affrontare altre sfide.

Sig. JOS HILGER
Presidente della “Fondation
Luxembourgeoise Raoul Follereau”

La figura di Padre Damien

88

La Fondazione Damien, "Associazione per la lotta contro la lebbra", si riferisce sempre a P. Damien, come dicono i nostri statuti e come mostra la realtà della nostra azione. La nostra ultima giornata di promozione, nel novembre del 1999, diceva: "Con Damien entriamo nell'anno 2000".

Per quanto riguarda gli statuti, dobbiamo menzionare l'articolo 4: "L'associazione ha lo scopo, sull'esempio di Padre Damien e ispirandosi alla sua opera, di contribuire alla lotta contro la lebbra nel mondo e altri problemi medico-sociali attraverso un'azione su diversi piani (...)".

"L'associazione sviluppa ugualmente tutte le attività dirette all'informazione e alla sensibilizzazione della popolazione belga (...)".

"Essa persegue questi fini in tutta indipendenza e libera da ogni considerazione d'ordine politico, religioso o razziale".

È noto che in un certo numero di Paesi ci dedichiamo in misura sempre maggiore anche al controllo della tubercolosi. Gli obiettivi attuali della Fondazione sono dunque quelli di "partecipare allo sradicamento della lebbra e al controllo della tubercolosi", il che costituisce una sinergia molto fruttuosa. Ma la lebbra resta per la Fondazione una preoccupazione capitale, in quanto essa non è stata ancora debellata e saranno ancora necessari molti anni per cancellare completamente la malattia, anche nelle sue sequele, dalla superficie della terra¹.

Nel 2000 lanceremo una nuova campagna intensiva di individuazione della lebbra nel Bihar, uno stato del nord dell'India, in cui si trova ancora il 25% di tutti i casi di lebbra nel mondo e in cui abbiamo individuato e posto sotto trattamento circa 120.000 nuovi casi nel 1998.

Per comprendere ciò che

rappresenta la figura di Padre Damien, nel mondo, in Belgio e per la Fondazione Damien, è necessario ricordare la vita di questo sacerdote che si dedicò ai lebbrosi di Molokai, una delle isole Hawaii, dal 1873 al 1889, data della sua morte, avvenuta al termine di diversi anni di sofferenza dovuti proprio all'infezione del bacillo della lebbra.

Numerose biografie sono state dedicate a Damien, le cui azioni eroiche erano già note in tutto il mondo quando era ancora in vita, grazie in particolare a scrittori di lingua inglese; bisogna però riservare un posto particolare all'opera monumentale di Hilde Eynikel, che costituisce l'edizione riveduta e molto elaborata, di una prima versione pubblicata in Olanda nel 1993². Disponiamo ora di un insieme di dati che permettono di collocare la storia di Damien in diversi contesti, in tutte le epoche della sua vita, e in particolare durante il suo apostolato a Molokai.

L'opera è presentata nei seguenti termini: "Avendo soggiornato per sette riprese nelle Hawaii e sull'isola di Molokai per esplorare tutti i luoghi in cui visse Damien dal 1863 al 1889, e per fare lo spoglio degli archivi civili e religiosi locali, Hilde Eynikel è inoltre stata la prima ad avere accesso senza restrizione agli archivi della congregazione dei Padri di Picpus, l'ordine di Damien, a Lovanio".

"Questa biografia è il risultato di un'inchiesta senza precedenti. Se ne trae una figura di una verità e di una portata eccezionali, che per la sua dimensione universale raggruppa quelle di un Gandhi o di una Madre Teresa nella nostra epoca".

"Damien vi appare non soltanto come il missionario eroico, ma anche come un combattente in conflitto con la sua ge-

rarchia, un pioniere in campo medico-sociale con la sua lotta contro l'esclusione e il suo appoggio palliativo delle malattie incurabili; sul piano religioso come un pioniere dell'ecumenismo".

Il mondo del XIX secolo era molto diverso da quello di oggi, il Belgio di quel periodo era molto differente dal Belgio di oggi; infine, e soprattutto, la lebbra presentava problemi e sfide che ora non conosciamo più.

Padre Damien nasce il 3 gennaio 1840, con il nome di Joseph De Veuster – diventerà "padre Damien" da religioso – in una famiglia, in una regione e in un Paese in cui la tradizione cattolica è molto profonda. Era dunque quasi normale che il piccolo Joseph pensasse al sacerdozio e compisse gli studi necessari per realizzare la sua vocazione. Entrato a 17 anni nella congregazione dei Padri di Picpus – che vengono ancora chiamati i Padri dei Sacri Cuori – coglie l'occasione di partire come missionario per le isole Hawaii, prima ancora della sua ordinazione sacerdotale. Dà l'addio ai suoi genitori – si trattava proprio di un addio, all'epoca – e si imbarca su una nave che lo condurrà, in cinque mesi, da Bremeven a Honolulu, capitale delle isole Hawaii, passando per Capo Horn.

Dal 1864 al 1873 Padre Damien esercita un apostolato classico ma con un dinamismo poco ordinario. Nelle immense regioni che gli sono affidate circola costantemente a cavallo, per mantenere il contatto con tutti i suoi fedeli, amministrare battesimi, intrattenere o costruire luoghi di culto, ecc.

Nel corso di quegli anni le autorità delle isole Hawaii, che formavano un regno, si pongono il problema del trattamento da riservare ai lebbrosi, sempre più numerosi – a

causa di un'epidemia di cui si teme il contagio. Il Consiglio Sanitario delle isole acquista allora un territorio su una penisola a nord di una delle isole, chiamata Molokai: mura-
glia rocciosa di 600 m. da un lato, il mare agitato dagli altri tre lati. I lebbrosi saranno dunque deportati con la forza e relegati in questo stretto recinto.

Dal 1873 al 1889 Damien presta la sua opera in questo luogo, in mezzo ai lebbrosi. Il superiore dei missionari aveva chiesto dei sacerdoti volontari per Molokai: Damien accettò immediatamente. Partì per la colonia dei lebbrosi, si affezionò a loro e, infine, decise di non lasciarli più.

In tutti quegli anni agì con il dinamismo, la foga e l'indi-



pendenza nell'azione che sono le sue grandi qualità. Si trattava per lui di proseguire la sua attività di missionario e, ad esempio, di presentare Gesù ai suoi parrocchiani come "il medico del corpo e dell'anima, il compagno". Nel 1874, redige un primo bilancio: una chiesa, 116 battesimi, 30 funerali, 10 matrimoni³.

Ma non si limiterà alla cura delle anime. Trattandosi di situazioni molto dolorose, tanto dal punto fisico che morale, egli si adopererà per migliorare la sorte dei lebbrosi. Si occuperà quindi di alloggio, alimentazione, feste, cure mediche. Ad esempio, si interesserà molto attivamente a diverse possibilità di trattamento ed interverrà lui stesso senza posa, fino a procedere a volte all'amputazione. A prezzo di un lavoro instancabile, e senza di-

menticare i propri obblighi di preghiera e di evangelizzazione, che costituiscono ogni giorno buona parte del suo programma, darà un andamento nuovo a questo centro.

Per le centinaia di lebbrosi che si trovano sotto la sua protezione – da 580 a 1.166 secondo un rapporto ufficiale – si trasforma spesso in "medico, infermiere, organizzatore, carpentiere, giardiniere, becchino"⁴. Si ha spesso d'altronde – inevitabilmente? – sottolineato all'eccesso il carattere polivalente e le qualità eccezionali di questa azione. A credere ad alcuni testi e cartoons – sì, Padre Damien esiste in cartoni animati – Damien avrebbe fabbricato lui stesso un gran numero di bare, il che non è accertato. A questa bella storia, come ad altre, bisogna senza dubbio preferire la verità storica.

Damien sapeva perfettamente che lui, da solo, non poteva bastare al compito e per questo chiese aiuto, a più riprese, a partire dal 1873: religiose, missionari, medici, aiuti laici finalmente arriveranno, a fine percorso. Diverse persone proseguiranno la sua opera, quando la lebbra avrà avuto ragione di lui, nel 1889.

Padre Damien, che viveva in mezzo ai lebbrosi e non rifiutava alcun contatto, contrasse la lebbra verosimilmente nei primi anni del suo soggiorno a Molokai: la diagnosi venne compiuta nel 1884 e da quel momento la famosa espressione da lui usata ("Noi lebbrosi") acquista tutto il suo significato, sul posto e nel mondo.

L'azione di Padre Damien è sempre più degna di nota e gli attira qualche sospetto e qualche gelosia, in particolare da parte dei protestanti, ma anche affetto, ammirazione e aiuto, specialmente da parte di protestanti come il Rev. Chapman di Londra⁵.

Già celebre in vita – celebrità che egli non aveva cercato – Padre Damien è sempre più famoso dopo un secolo, fino alla sua beatificazione nel 1994. È stato fatto notare che nella "fitta" foresta degli "eroi della carità", "conosciamo so-

prattutto gli alberi giganti: (...) l'illustre Padre Damien"⁶. Molti altri, in realtà, hanno vissuto con i lebbrosi o presso di loro e alcuni sono morti di lebbra, come Padre Damien.

La figura di Padre Damien è oggetto di una particolare simpatia, specialmente in Belgio. Il ritorno delle sue spoglie in quel Paese, nel 1936, è stato un avvenimento nazionale. Gli sono stati dedicati numerosi articoli e libri. La sua beatificazione inaugura in qualche modo una nuova era, che il Cardinale Danneels ha caratterizzato come segue: "Fratelli e sorelle, per lungo tempo abbiamo ammirato Damien come un eroe. È giunto il momento di pregarlo come un santo"⁷.

Per quanto riguarda la Fondazione Damien, l'esempio dato è spesso ricordato da numerosi articoli e pubblicazioni. L'immagine di Padre Damien figura spesso nei nostri testi e ci rinvia sempre alla realtà di un'azione eccezionale che la Fondazione intende tradurre in termini moderni, ma con la stessa dedizione, con la stessa foga e anche con lo stesso realismo.

Infine, bisogna menzionare un film di Paul Cox, "Padre Damien", proiettato sugli schermi in Belgio e che continua la sua carriera nel mondo. Girato sui luoghi stessi, a Molokai, con l'aiuto di H. Eynikel, il film riporta, in maniera viva, i principali aspetti dell'attività di Damien e contribuirà a farlo meglio conoscere e comprendere.

Come convenuto, ho limitato il mio intervento alla figura di Padre Damien. Ma la nostra Fondazione ricorda volentieri anche la grande figura del dottore belga Hemerijckx, che ha curato i lebbrosi in Congo e in India, e naturalmente la grande figura di Raoul Follereau.

Infine, e per orientare eventuali riflessioni, voglio citare due vecchi testi classici.

Il primo è di J. Leclercq, in *Santi del Belgio*: "I santi del Belgio sono i migliori di noi, ma sono tra di noi, e se non hanno i difetti di molti di noi, restano loro alcune lacune".

"Per dirlo in una parola, essi mancano di grandezza. La

santità richiede una virtù spinta al grado d'eroismo. Nessun popolo dona gente più onesta e brava, ma noi siamo ribelli alla magnificenza. E si tratta di magnificenze morali..."⁸. Tutto il capitolo finale del libro, intitolato "Il dibattito della santità", sviluppa questa idea, passando in rivista un certo numero dei nostri santi. È lecito pensare che il prestigio di Damien stia in parte proprio in questa magnificenza di cui faceva prova a Molokai.

Ed è G. Bernanos ad esclamare nella sua *Lettera agli Inglesi*: "Il culto dei santi scandalizza molti di voi, che li credono prigionieri della Chiesa.

Ma è la Chiesa ad essere loro prigioniera regale. Da vivi, essi le hanno dato tutto. Da morti, ne fanno una testimonianza vivente, ne sono i testimoni e i giudici".

Sig. ANDRÉ DE SCHUTTER
Fondazione Damien
Belgio

Note

¹ Opera di riferimento: *La lèpre*, a cura di H. Sansarricq, Universités francophones; Ellipses, Paris, 1995, p. 384. Egalement "Santé du monde", rivista dell'OMS.

² H. EYNIKEL, *Le Père Damien*,

Cerf/Racine, Paris, 1999 (edizione originale in olandese, 1997). Traduzione in inglese: *Molokai The Story of Father Damien*, Alba House, New York, 1999.

³ EYNIKEL, *op. cit.*, p. 170.

⁴ *Ibid.*, p. 175. La maggior parte dei nostri dati è tratta dal bel libro di H. Eynikel.

⁵ Da Chapman a Damien, 4/2/86: "Gradite questa lettera come un debole omaggio del mio affetto per voi che mi avete rivelato cos'è l'eroismo". Da Damien a Chapman, "Permettetemi di pregare per voi e per me, riuniti nella stessa fede e nella stessa chiesa, riceveremo un giorno la stessa corona", O. ENGLEBERT, *Le Père Damien, apôtre des lépreux*, Paris, 1940, pp. 205-206.

⁶ *Histoire universelle des missions catholiques*, Grund, Paris, tomo IV, p. 40.

⁷ *Damien, un portrait*, Service de presse de l'archevêché, Bruxelles, 1994. Chi si ricorda ancora di Sainte Alice di Schaerbeek a Bruxelles, morta di lebbra nel 1250?

⁸ J. LECLERC, *Santi del Belgio*, Casterman, Paris-Tournai, 1953, p. 185.

Una testimonianza

Il nostro impegno per il controllo della lebbra in Mumbai è iniziato nei primi anni Settanta.

Eravamo tre missionari del PIME (Pontificio Istituto Missioni Estere): un dottore, un'infermiera e me stesso, assistente sociale.

Nel 1976 abbiamo registrato un'associazione *LOK SEVA SANGAM* (*Associazione per il servizio al popolo*) e le autorità sanitarie di Mumbai ci hanno assegnato due quartieri della città che allora avevano una popolazione di un milione di abitanti. Essendo in periferia, la popolazione in trent'anni si è raddoppiata. Con l'aiuto di una ventina di paramedici abbiamo setacciato tutti i quartieri poveri a noi affidati per scoprire i primi segni della lebbra e, negli anni Ottanta, avevamo in cura circa quattromila lebbrosi. Con l'avvento della rifampicina e della terapia multipla il numero dei lebbrosi in cura nei nostri registri è sceso a circa ottocento.

È stato senza dubbio un successo, seppur coi suoi limiti, poiché il numero di nuovi casi non è diminuito e finché non si avrà un vaccino non si può prevenire la malattia.

Nel frattempo la lunga convivenza coi lebbrosi ha evi-

denziato altri bisogni oltre la cura:

- la necessità di assistere i casi anziani e deformi;
- la riabilitazione di quelli curati.

Per questo è stato necessario un nuovo progetto che abbiamo realizzato 40 km fuori Mumbai e che abbiamo chiamato *SWARGA DWAR* (*Porta del Cielo*). Questo non è solo un centro di riabilitazione e un ospizio; noi lo chiamiamo *ashram* cioè posto di riflessione e di preghiera, poiché avendo percepito che i lebbrosi, come categoria, hanno dei messaggi per la società, ho pensato di preparare un posto dove questi messaggi possano essere amplificati.

Quali sono i messaggi dei lebbrosi?

- La morte, di cui i lebbrosi deformi ne sono l'immagine, non è la fine ma solo la porta del futuro, la Porta del Cielo. Ecco perché il nostro *ashram* si chiama Swarga Dwar.

- I lebbrosi che da sempre sono come "pietre scartate" ci richiamano alla mente "la pietra scartata" per eccellenza: Gesù Cristo. Ci ricordano che

il Regno di Dio è fondato su una pietra di scarto.

- I "lebbrosi che sono curati" ci ricordano che il Regno di Dio è vicino.

- I lebbrosi, con la loro fede, mi hanno indicato la via del dialogo religioso.

Mi sono accorto che la riabilitazione più radicale di una persona non consiste tanto nel dargli un lavoro, quanto nel renderla cosciente di avere una missione. Se loro capiscono che, proprio come lebbrosi, sono dei profeti con un messaggio, avranno anche un motivo per vivere.

P. CARLO TORRIANI
missionario del PIME



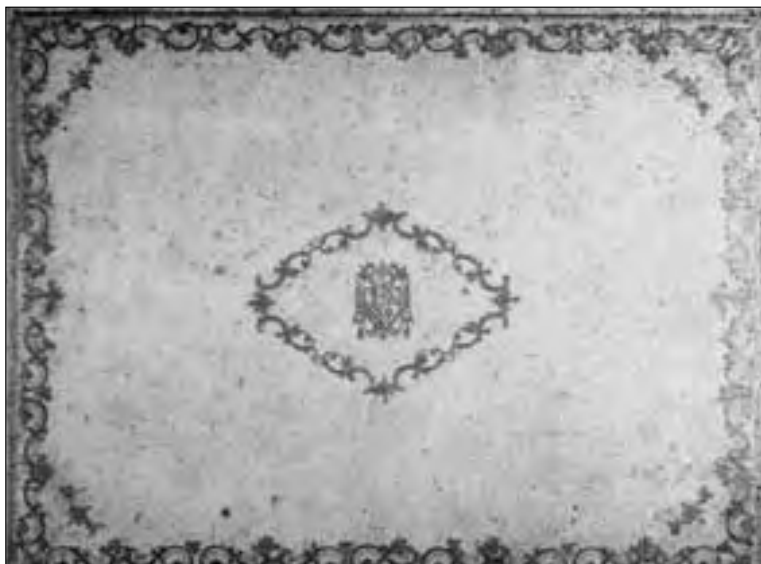
Un'esperienza dall'Africa

Vorrei innanzitutto ringraziare gli organizzatori di questo simposio per avermi definito "leprologo", ma non voglio usurpare titoli che non mi appartengono; quindi debbo precisare che sono semplicemente un medico volontario che ha trascorso gli ultimi 10 anni in Mozambico, prevalentemente come "advisor" al Programma nazionale di lotta alla lebbra; ho, quindi, una maggiore esperienza di gestione, e un po' di esperienza clinica accumulata sul campo, ma ritengo che questo non sia sufficiente per definirmi un "leprologo".

Altri amici e colleghi qui presenti hanno esperienze umane da presentare e condividere con voi sicuramente più interessanti delle mie e più prolungate nel tempo. Io vorrei piuttosto approfittare di questi 10 minuti per condividere con voi alcune considerazioni sul passato recente e sullo stato attuale della lebbra e del programma di lotta a questa malattia in Mozambico, e alcune preoccupazioni sul futuro dei malati di lebbra all'inizio del nuovo Millennio.

Quando ho cominciato a lavorare in Mozambico, nel 1990, altri colleghi prima di me avevano già svolto nei 6 anni precedenti un lavoro molto qualificato e importante per l'organizzazione del Programma di lotta alla lebbra e per l'introduzione della polichemioterapia, in condizioni estremamente difficili: un Paese in guerra civile, in cui molto spesso era difficile anche soddisfare i bisogni più elementari di sopravvivenza. Comunque, il lavoro svolto da questi colleghi, mozambicani e stranieri, aveva permesso di implementare il Programma e di iniziare la polichemioterapia raccomandata dall'OMS. Purtroppo era stato possibile raggiungere solo il 7% dei circa 19.000 ma-

lati censiti. Quindi ci si poneva davanti la necessità di incontrare una strategia diversa, per permettere di raggiungere, nel minor tempo possibile, il 100% dei malati esistenti, di rivalutarli clinicamente e di iniziare il trattamento adeguato a tutti coloro che risultassero clinicamente attivi.



All'inizio del 1991, siamo riusciti a far parzialmente modificare presso il Ministero della Sanità la norma relativa all'uso degli antibiotici destinati al trattamento di questi malati: mentre in precedenza la possibilità di prescriverli era ristretta solamente ai medici leprologi (2 in tutto il Paese) e ai supervisori provinciali (11), a partire dall'aprile 1991 questi farmaci possono essere prescritti anche da "infermieri opportunamente formati" per fare la diagnosi e dare seguimiento ai malati di lebbra.

Dunque, la condizione base posta dal Ministero della Sanità era l'esistenza di infermieri capacitati: dall'agosto 1991 abbiamo così cominciato con corsi nazionali di formazione riguardo la lebbra della durata di 4 settimane per

gli infermieri dei distretti. Bisogna fare una premessa sul livello di formazione accademica di questi infermieri e sul loro "interesse" (a quell'epoca) per il Programma: la maggior parte degli infermieri era (ed è tuttora) di livello "basico", il che significa che hanno fatto la sesta classe elementa-

re e hanno seguito un corso sanitario di 1 anno e mezzo; molti di loro hanno difficoltà a scrivere e a leggere correttamente in portoghese; molti infermieri addetti al programma vi erano stati mandati per punizione, perché alcolisti, o perché avevano commesso gravi infrazioni disciplinari o perché non affidabili sul lavoro. Questo era il materiale umano inizialmente disponibile; devo dire che buona parte di queste persone continua tuttora nel programma, anche se – ora – con motivazioni completamente diverse. D'altronde sta scritto che "la pietra scartata dai costruttori è divenuta pietra angolare...".

Per questo personale, bisognava quindi "inventare" schemi diagnostici e classificativi semplificati (anche a scapito di una perdita di qua-

lità). Abbiamo quindi deciso, già con la preparazione del primo Manuale per il Programma, di abbandonare la classificazione di Ridley e Jopling e di adottare la classificazione semplificata in Paucibacillari e Multibacillari, proposta dall'OMS. La difficoltà consisteva nel dare indicazioni chiare (e in un certo senso "salomoniche") su cosa si intende per Pauci- e cosa si intende per Multibacillare. Una pubblicazione del gruppo di leprologi di Addis Abeba veniva in nostro aiuto, indicando una sensibilità buona (anche se relativamente a scapito della specificità) quando si fosse stabilito che PB erano i casi con un massimo di 5 macchie ipopigmentate e che MB dovevano essere considerati tutti gli altri casi. Per quanto riguarda i nervi periferici, i PB erano quelli con un massimo di 3 nervi interessati.

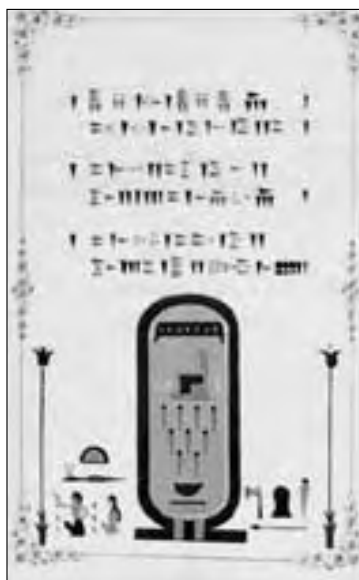
Scusate se vi sto tediando con queste informazioni tecniche, ma mi servono per indicarvi il livello di semplificazione che avevamo dovuto adottare per poter implementare il programma, date le condizioni esistenti (e in parte persistenti tuttora) nel Paese.

Questo tipo di classificazione, da noi adottata ufficialmente all'inizio del 1992, e inizialmente criticata da alcuni esperti della OMS, è stata poi accettata ufficialmente dall'OMS stessa nel 1995 con la pubblicazione della sua *Guida per l'eliminazione della lebbra come problema di salute pubblica*. In questa stessa guida era chiaramente esposto quello che il programma in Mozambico stava già applicando da qualche anno, cioè che la bacilloscopia della lebbra non era essenziale per la diagnosi e la classificazione dei malati. La diagnosi e – sottolineo – la classificazione, e quindi la scelta del tipo di trattamento potevano essere fatti esclusivamente su base clinica (tipo e numero di lesioni cutanee e di nervi interessati).

L'adozione di queste e di altre norme semplificate ci hanno permesso di utilizzare al meglio il personale e le risorse

disponibili, di espandere progressivamente le attività diagnostiche e terapeutiche a tutte le zone accessibili del Paese nonché di porre le condizioni per una loro ulteriore espansione non appena la guerra fosse terminata e le condizioni di mobilità fossero divenute minimamente sicure.

A partire dal 1995 tutti i di-



stretti del Paese disponevano di un infermiere in grado di diagnosticare (con una ragionevole affidabilità) e di trattare la lebbra, e a fine 1996 il 100% dei malati registrati stava ricevendo la MDT secondo gli schemi dell'OMS. Questi schemi prevedevano il trattamento polichemioterapico, con due farmaci per i pazienti PB durante 6 mesi, e con tre farmaci per i pazienti MB durante 24 mesi. Una certa mole di studi clinici aveva ampiamente dimostrato l'efficacia e la sicurezza di questo regime di trattamento, che permetteva di curare praticamente il 100% dei malati con un tasso di ricadute inferiore all'1% dopo 10 anni.

Questi schemi di trattamento così efficaci ci avevano permesso di curare circa 14.000 pazienti e di ridurre progressivamente il numero totale dei malati in trattamento da più di 19.000 del 1990 a circa 10.500 del 1997. Il miglioramento dell'"immagine" del programma, assieme alla ricerca dei malati precedentemente censiti e alla loro rivalutazione clinica, e alle attività di scree-

ning attivo e di educazione sanitaria della popolazione ci avevano permesso di ottenere un contemporaneo aumento della scoperta di nuovi casi: mentre negli anni '80, venivano scoperti meno di 1.000 casi all'anno, verso la metà degli anni '90 il numero medio di nuovi casi scoperti ogni anno superava i 4.000, con indicazione che i casi erano sempre più casi veramente nuovi e scoperti in fase relativamente precoce.

Era comunque già evidente nel '97 che il Mozambico, a somiglianza di altri Paesi al mondo, non sarebbe riuscito per il 2000 a raggiungere l'obiettivo dell'"eliminazione" della lebbra (definita come riduzione della prevalenza a meno di un caso attivo per 10.000 abitanti, livello ritenuto come non più un problema per la salute pubblica). Le estrapolazioni da noi fatte ci permettevano allora di prevedere una possibile "eliminazione" per il 2003-2005.

Nel frattempo, nel 1997, l'OMS ha convocato un gruppo di esperti in lebbra per valutare la situazione esistente al mondo e programmare la strategia per gli anni successivi. Da questo gruppo di esperti sono uscite alcune osservazioni e proposte, una delle quali – a mio parere – riveste un'importanza fondamentale per il futuro dei malati di lebbra.

Cercherò di riassumerla e di proporre ai partecipanti a questo simposio alcune riflessioni.

È stato detto che la classificazione clinica in uso (quella a cui ho accennato poco fa) "esagerava" nella classificazione dei malati: la maggior parte dei malati classificati clinicamente come Multibacillari sarebbe stata di fatto dei Paucibacillari e avrebbe potuto essere trattata con un regime terapeutico più breve, cioè non con il regime di 24 mesi, ma con uno più corto, che venne proposto in 12 mesi.

Sono completamente d'accordo con l'affermazione dell'OMS che la maggior parte dei malati classificati come MB sia probabilmente PB; nella nostra esperienza l'86%

degli MB ha effettivamente pochi bacilli nel proprio corpo (cioè ha una bacilloscopia alla diagnosi di grado 0 o 1 o 2) e solo il 14% è definibile come “altamente bacillifero”. Il grosso problema consiste nell’identificazione adeguata di questo sottogruppo di pazienti, che deve continuare ad essere trattato per 24 mesi (o almeno per più di 18 mesi, come dimostrato in alcuni studi clinici), pena non venire curati e quindi presentare ricadute a distanza di alcuni anni, potenzialmente con bacilli resistenti agli antibiotici già usati.

Bisogna anche dire che non esiste nessuno studio clinico controllato che dimostri l’efficacia dei 12 mesi di trattamento per i malati MB; uno studio è ancora in corso, ma non mi consta che siano stati ancora pubblicati i risultati, neppure preliminari. In un’epoca cosiddetta “scientifica” ciascuna modifica di uno schema di trattamento dovrebbe essere confortata da studi clinici scientificamente controllati, a meno che il Terzo Millennio non significhi il ritorno ad una scienza pre-galileiana.

Ora, nella situazione del Mozambico (e ritengo anche di molti altri Paesi in via di sviluppo) la separazione fra malati altamente bacilliferi e non risulta assolutamente impossibile, poiché richiede l’esecuzione sistematica di una bacilloscopia alla diagnosi: in Mozambico esiste un solo microlaboratorio in ciascun di-

stretto, mentre i vari posti sanitari periferici dove si era scelto di organizzare la diagnosi clinica e il trattamento dei malati di lebbra (per facilitare l’accessibilità al trattamento e la loro adesione alla terapia) si incontrano a distanze variabili dai 25 ai 120 km. Quindi non è possibile riconoscere questo sottogruppo di malati altamente bacilliferi, che – ripeto – con un trattamento di soli 12 mesi, come proposto dall’OMS, non viene curato.

Nel 1997 stavamo preparando una nuova versione del Manuale di lebbra, che si è arenata su questa questione della durata del trattamento dei malati MB. Una serie di lettere dell’OMS (tre per la precisione) ai responsabili mozambicani del Programma, e un seminario tenuto ad Abidjan, hanno convinto il Ministero della Sanità mozambicano ad accettare il trattamento per la durata di 12 mesi.

Assieme ad altre, anche questo ha contribuito alla mia decisione di dimettermi da consulente del Programma Lebbra in Mozambico.

Trovo che la decisione di ridurre la durata del trattamento caldeggiata (per non dire imposta) dall’OMS non tenga assolutamente in conto le esigenze dei malati di lebbra, o almeno di una percentuale di questi; i malati sono considerati nel loro complesso come quantità epidemiologiche e non come persone con diritto ad un trattamento efficace.

Ritengo che non sia scientifico e nemmeno etico sostituire un trattamento che era dimostrato efficace in praticamente il 100% dei casi per introdurre un trattamento più breve che deliberatamente lascia fuori (o rischia di non curare) il 14% dei malati.

Ho qualche dubbio che vorrei condividere con voi.

– A che cosa serviva questo accorciamento della durata della MDT a meno di tre anni dal fatidico anno 2000, in cui bisognava “eliminare” la lebbra?

– Forse serviva a ridurre artificiosamente il numero totale dei malati in trattamento per tentare di raggiungere “a tavolino” la meta prevista?

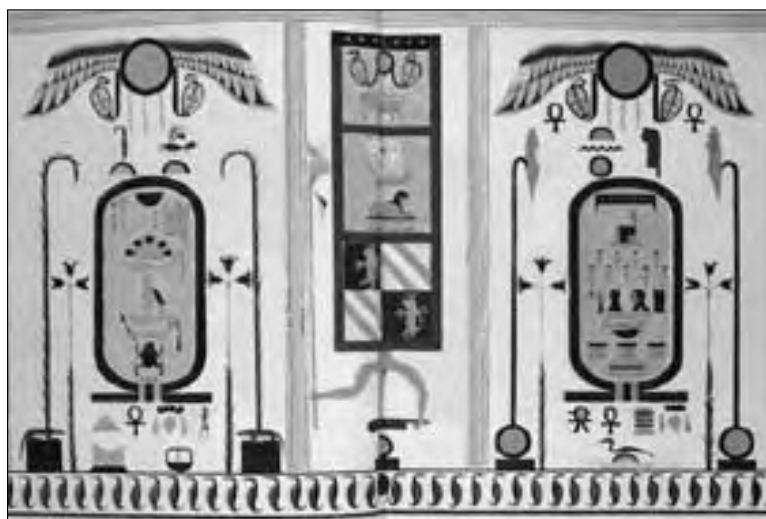
– O c’era la necessità di ridurre il costo del trattamento dei malati, che dipende da donazioni internazionali?

Non vorrei che queste domande suonassero come illazioni malevole in un Anno Santo in cui, al contrario, dovremmo tentare di identificare aspetti positivi. Ma sono preoccupato per i nostri fratelli malati di lebbra: per centinaia di anni sono stati relegati, isolati dalla società, nascosti alla vista. Forse che abbiamo trovato oggi un nuovo sistema di segregazione, dichiarandoli tutti curati in 12 mesi, eliminandoli dai registri, e lasciandoli poi al loro destino se fra 5 o 10 anni presenteranno ricadute quando i vari Programmi nazionali di lotta alla lebbra saranno stati smantellati, dato che la lebbra è stata eliminata dal numero dei problemi di salute pubblica?

Vorrei che la 47^a Giornata mondiale dei malati di lebbra alla quale ci stiamo preparando, la prima del nuovo Millennio, non fosse solamente la celebrazione di una ricorrenza, ma mantenesse il suo senso, quello di scuotere le coscienze davanti ai problemi che la società crea ancora per questi malati.

Dott. LEONIDA
COMPOSTELLA

*medico Capo-progetto Homoine
Mozambico*



La necessità di una riabilitazione per i malati di lebbra

Introduzione

Prima di parlare della necessità di una riabilitazione per i malati di lebbra, diamo un'occhiata alla situazione attuale di questa malattia. Ogni anno sono circa 800.000 le persone che hanno contratto la malattia attiva, mentre il numero di coloro che ne hanno sofferto in passato e che sono stati curati per l'infezione da batterio sono circa 11-12 milioni. È difficile dire quante siano nel mondo le persone infette, sia in fase sub-clinica o con segni clinici della malattia non ancora diagnosticati.

Il secondo aspetto importante che deve essere compreso è il concetto del *continuum della prevenzione* per la riabilitazione. Quando la malattia può essere prevenuta prima dell'insorgenza dell'infezione, ad esempio mediante la vaccinazione, si parla di *prevenzione primaria*. Attualmente, non abbiamo nessuno strumento per la prevenzione primaria della lebbra. Quando l'infezione ha preso piede, e se possiamo prevenire l'insorgenza delle invalidità, si può parlare di *prevenzione secondaria*. Infine, se la malattia ha già causato invalidità, è ancora possibile promuovere una *prevenzione terziaria* affinché le invalidità presenti non peggiorino e non ne sorgano altre. Nel caso della lebbra, sia la prevenzione secondaria che la terziaria sono possibili e necessarie.

Il terzo concetto generale per comprendere la questione riguarda l'*impedimento*, l'*invalidità* e l'*handicap*. Quando la malattia porta ad un cattivo funzionamento fisico o fisiologico del corpo, ad esempio alla paralisi di un muscolo, si parla di *impedimento*. A causa di ciò la persona può non essere in grado di svolgere alcune attività, ad esempio se ha una muscolo di una gamba

paralizzato può non essere in grado di stare in piedi o di camminare bene; questa è quella che viene chiamata invalidità. Le invalidità possono avere conseguenze fisiche e/o sociali che portano ad un handicap, per cui le barriere fisiche, culturali e sociali poste dalla società rappresentano un



problema molto importante.

Nel caso della lebbra è noto che le *invalidità sociali causate dallo stigma* svolgono un ruolo notevole nell'impatto invalidante di questa malattia nella vita delle persone. Quindi, anche in persone senza alcuna conseguenza fisica della lebbra, può esistere un impatto sociale negativo sulla propria vita. Perfino i membri della famiglia dei malati di lebbra si possono trovare nella condizione di dover fronteggiare invalidità sociali.

Si calcola che siano circa 2-3 milioni le persone con conseguenze visibili della lebbra. Almeno teoricamente, tutti i dieci milioni di persone che hanno completato le cure della terapia MDT possono essere a rischio potenziale di conseguenze sociali della lebbra.

Il termine "*riabilitazione*" si riferisce ad un processo diretto a permettere alle persone che presentano invalidità di raggiungere e mantenere i loro livelli funzionali ottimali dal punto di vista fisico, sensoriale, intellettuale, psichiatrico e/o sociale, fornendo loro gli strumenti per cambiare la propria vita verso un più alto livello di indipendenza (NU Standard Rules 1994).

La lebbra colpisce i nervi periferici di tutto il corpo producendo una perdita della sensibilità e perfino la paralisi dei muscoli, benché non coinvolga il sistema nervoso centrale (cervello e midollo spinale). Il danneggiamento dei nervi può essere lento e diretto oppure può essere improvviso e indiretto attraverso complicazioni come le reazioni della lebbra.

Poiché non esiste una prevenzione primaria per la lebbra, l'unica via per prevenire le invalidità fisiche causate da questa malattia è attraverso l'individuazione precoce dei nuovi casi e il loro adeguato trattamento con la terapia MDT. Allo stesso tempo, le reazioni alla lebbra devono essere trattate presto e in modo adeguato. Tuttavia, studi hanno mostrato che le nuove invalidità possono insorgere anche dopo aver iniziato la terapia MDT, e questo può indicare la bassa priorità data alla prevenzione delle invalidità e alle attività di riabilitazione in un programma di controllo della lebbra. È importante ricordare che le reazioni della lebbra e le relative invalidità possono insorgere anche dopo aver completato la terapia MDT, quando la persona, cioè, è già "curata".

A parte le persone che hanno un'invalidità visibile dovuta alla lebbra, esiste un altro gruppo a rischio, cioè quello delle *persone con solamente una perdita di sensibi-*

lità nei piedi, nelle mani e negli occhi. Essi sono ad alto rischio di sviluppare invalidità e hanno bisogno di una cura per tutta la vita al fine di prevenire le complicanze. Si calcola che nel mondo siano circa 2 milioni le persone con un'invalidità di 1° grado (con perdita di sensibilità senza invalidità visibili).

Le invalidità fisiche causate dalla lebbra colpiscono le mani, i piedi e gli occhi

– Nei piedi, cominciando con la perdita di sensibilità, fino ad arrivare alla perdita delle dita e ad ossa deformate, che possono richiedere l'amputazione.

– Nelle mani, cominciando con la perdita di sensibilità delle dita fino alla perdita delle dita e alle ossa deformate, che possono richiedere l'amputazione.

– Negli occhi, cominciando con la sensibilità cornea e l'incapacità di chiudere gli occhi, fino alla perdita completa della vista.

È importante ricordare che questa progressione delle invalidità nelle mani, nei piedi e negli occhi non è inevitabile e può essere prevenuta con una diagnosi precoce e con un'autocura delle parti del corpo che hanno perduto la sensibilità. Anche dopo che hanno fatto la loro comparsa, le invalidità possono essere reversibili nella fase iniziale e il loro peggioramento può essere prevenuto mediante un'autocura e servizi adeguati.

Bisogni principali di riabilitazione dei malati di lebbra

– Autocura per tutta la vita: quando una persona ha una perdita cronica di sensibilità o le invalidità sono già presenti, essa ha bisogno di una cura che duri tutta la vita.

– Calzature protettive: sono utili per la persona con mancanza di sensibilità nella superficie plantare dei piedi, al fine di prevenire le ulcere plantari. Idealmente, le persone con mancanza di sensibi-

lità nei piedi dovrebbero usare calzature protettive prima che appaiano le prime ulcere, anche se in pratica ciò non avviene spesso.

– Cura delle ulcere plantari e delle ferite: quando una persona ha un'ulcera plantare, ha bisogno di curarla e di prevenirla prima che diventi più profonda e raggiunga le ossa.

– Fisioterapia: è indicata per prendersi cura di un corpo paralizzato e nelle fasi pre-operatorie e post-operatorie. Data la necessità di una cura per tutta la vita, il fisioterapista deve insegnare come praticare gli esercizi da soli.

– Apparecchi ortopedici e aiuti motori: quanti hanno amputazioni, hanno bisogno di apparecchi ortopedici e di aiuti motori. Alcune volte anche semplici apparecchi come i guanti possono svolgere un ruolo importante nel prevenire lo sviluppo di invalidità gravi.

– Chirurgia correttiva, demolitiva e cosmetica: se l'invalidità non dura a lungo e se la persona è stata capace di mantenere la flessibilità delle giunture mediante esercizi adeguati, la chirurgia può essere utile. Anche se essa può essere considerata troppo costosa per il beneficio che può apportare a un numero limitato di persone, purtuttavia può svolgere un ruolo importante nel creare consapevolezza circa il programma contro la lebbra nella zona, così che nuovi casi possano essere individuati ad uno stadio iniziale, prima

dell'insorgenza delle invalidità.

Ci sono anche *bisogni di riabilitazione socio-economici* dei malati di lebbra, che possono essere riassunti come segue.

– Sostegno psicologico e counselling: possono riguardare sia una bassa considerazione di sé che i tabù sociali esistenti nella comunità e relativi alla lebbra.

– Formazione vocazionale e riabilitazione occupazionale: per le persone che hanno perso il posto di lavoro o che non possono più svolgere il loro lavoro, la formazione vocazionale e la riabilitazione occupazionale possono svolgere un ruolo chiave.

– Collocazione lavorativa e prestiti per attività autonome: una collocazione lavorativa formale per un malato di lebbra non è facile e vi può beneficiare solo un numero limitato di persone. Per questo motivo viene posta maggiore enfasi nella promozione di prestiti per finanziare attività autonome.

– Necessità particolari dei malati di lebbra anziani con invalidità gravi e che vivono nei lebbrosari: queste persone possono non essere in grado di diventare autosufficienti e hanno bisogno di una cura per tutta la vita in istituti.

Cambiamento della situazione dei malati di lebbra e loro bisogni. La situazione della lebbra è cambiata radi-





calmente negli ultimi anni. Una volta il numero dei casi attivi che necessitavano di trattamenti farmacologici era alto e minore importanza veniva data agli ex-pazienti, in particolare a coloro che vivevano nei lebbrosari e nelle colonie di lebbrosi. Attualmente, in alcuni luoghi, il numero di ex-pazienti può essere molto più alto dei casi registrati. Questa situazione può essere illustrata, ad esempio, dalla seguente informazione sul Vietnam (1998):

- 20 vecchi lebbrosari con 3.971 malati di lebbra;

- totale dei casi registrati: 2.876;

- totale dei nuovi casi nel 1998: 1.771, di cui il 29% con invalidità visibili e il 12% con invalidità di 1° grado al tempo della diagnosi.

Ciò è in linea con quanto il Prof. Smith ha detto prima. Se consideriamo il numero di ex-pazienti che vivono nelle loro comunità, al di fuori dei lebbrosari, il numero di persone che presentano bisogni di riabilitazione è del tutto significativo.

Bisogni di riabilitazione: alcune questioni chiave

- L'informazione sulle persone che presentano invalidità di 1° grado (soltanto perdita di sensibilità e non invalidità visibili) non è disponibile. Perfino per i malati con invalidità di 2° grado (invalidità visibili) l'informazione

disponibile a livello nazionale è molto spesso incompleta. Quindi, il fatto di non conoscere i vari bisogni non permette di programmare interventi adeguati per rispondere a queste necessità.

- In generale: come ogni altra persona invalida, quanti presentano invalidità a causa della lebbra dovrebbero ricevere servizi di riabilitazione direttamente dagli esistenti servizi medici, sociali ed altri piuttosto che dover ricorrere a servizi separati. Il fatto che la maggioranza dei malati di lebbra viva nelle comunità impone anche questo tipo di scelta.

- Si suppone che i servizi sanitari di base si rivolgano ai principali problemi sanitari, e che includano i servizi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione per i disabili (Dichiarazione di Alma Ata del 1978). Purtroppo c'è ancora molto da fare per raggiungere questo obiettivo.

- Il termine *“pari opportunità”* indica il processo attraverso il quale i vari sistemi della società e l'ambiente, quali servizi, attività, informazioni e documentazione, sono a disposizione di tutti, in particolare dei disabili. È importante assicurare che la lebbra non venga vista come qualcosa di speciale solo per alcune persone, ma che i malati di lebbra abbiano gli stessi diritti di tutti gli altri. Secondo il principio dei *“pari diritti”*, i bisogni di ogni individuo sono di uguale importanza, essi devono essere la base per la pianificazione della società e tutte le risorse devono essere impiegate in modo tale da assicurare che ogni individuo abbia uguali opportunità per partecipare (UN Standard Rules 1994).

- La riabilitazione su base comunitaria (Community Based Rehabilitation, CBR) è una strategia all'interno dello sviluppo comunitario per la riabilitazione, l'equiparazione delle opportunità e l'integrazione sociale di tutti i disabili. Il CBR viene realizzato attraverso sforzi combinati degli stessi disabili, delle loro famiglie e delle comunità, e degli appropriati servizi sanitari,

educativi, vocazionali e sociali. Il CBR può svolgere un ruolo importante nel raggiungere queste persone che vivono nella comunità.

Alleanza globale per la riabilitazione: lavorare insieme per le conseguenze della lebbra; alcune idee per il prossimo futuro. Data l'attuale situazione sui bisogni di riabilitazione dei malati di lebbra, l'Associazione Amici di Raoul Follereau (AIFO) propone il lancio di un'alleanza globale che coinvolga tutte le ONG che lavorano per i malati di lebbra, l'OMS e altri partners, al fine di definire le strategie per ottenere maggiore informazione sui bisogni per la riabilitazione e al fine di promuovere servizi di riabilitazione sostenibili che abbiano come obiettivo l'autosufficienza, lo sviluppo e la dignità umana dei malati. L'AIFO propone di organizzare un incontro internazionale in collaborazione con il gruppo per le Invalidità e la Riabilitazione dell'OMS prima della fine del 2000, in particolare per le seguenti questioni:

- verificare i materiali esistenti relativi alla riabilitazione delle invalidità dovute alla lebbra;

- preparare materiale didattico per promuovere una riabilitazione specifica attraverso il PHC;

- preparare materiale didattico per promuovere la riabilitazione socio-economica attraverso il CBR;

- test sul terreno del materiale didattico e della strategia riabilitativa.

Dott. ENRICO PUPULIN
Capo Ufficiale Medico
Gruppo Invalidità
e Riabilitazione (DAR)
Organizzazione Mondiale
della Sanità (OMS)
Ginevra, Svizzera

Dott. SUNIL DEEPAK
Direttore Medico
Amici di Raoul Follereau (AIFO)
Bologna

Il cronista e i malati di lebbra

Questa non è una conferenza: è una testimonianza.

Non è un intervento su Follereau, insigne maestro del Bene e della Condivisione.

Ne avranno parlato tanti e più autorevolmente di me.

Questa è puramente e semplicemente, ripeto, una testimonianza.

Il vecchio cronista che io sono, scarpinatore del mondo durante cinquant'anni, soprattutto del Terzo Mondo, il vecchio cronista ha incontrato la lebbra e ha visto vivere e morire i lebbrosi; e ha ricavato da codesta esperienza, unica, una grande lezione, persino banale nella sua immensità e cioè, cari amici, che la vita, dono di Dio, va comunque vissuta sino all'ultimo giorno, quali che possano essere le nostre condizioni fisiche.

E mi ha molto colpito l'intervento precedente a proposito dei disabili.

È una piaga della nostra società e come diceva giustamente l'oratore, bisogna farli sentire come noi, al nostro livello, soprattutto psicologicamente.

Io ero giovane, giovanissimo, una specie di "enfant prodige" quando, negli anni '50, diciamo mezzo secolo fa, lavoravo ad un giornale che allora era un grande giornale che si chiamava "Il Tempo", fondato e diretto da un personaggio straordinario, Renato Angiolillo.

Costui un giorno mi disse: "Lei se la sentirebbe di andare in un lebbrosario, di viverci qualche giorno, per fare un reportage «La lebbra vista dall'interno»?".

Io risposi: "In Africa?".

"No, non in Africa, in Italia", mi disse Angiolillo.

"Lei ignora che ad Acquaviva delle Fonti, vicino a Bari, all'Ospedale Miulli, c'è una sezione riservata ai malati di lebbra.

"Per l'esattezza – mi disse il mio direttore di allora – sono 53.

"Il segretario di quel lebbrosario – continuò Angiolillo – il Prof. Ciccio Pepe, è mio carissimo amico.

"Sicché lei potrebbe stare in quel lazzaretto, sotto le mentite spoglie di un medico. Pepe è d'accordo, perché si tratta di dare una mano a quei derelitti".

"Va bene – risposi al direttore – ma a una condizione: voglio andare non sotto mentite spoglie; debbono sapere i malati che io sono un giornalista, rispettoso della loro pena, ma un giornalista.

"Se accettano, sì; se no, non se ne fa niente".

Accettarono.

E così andai, partii verso il lebbrosario.

Debbo dirvi, devo confessarvi che allora avevo un'idea biblica, mostruosa, terrificante, della lebbra.

Espressi il mio timore prima di entrare nel lebbrosario per fare il mio servizio a un carissimo amico, Vittore Fiore, stori-

Adesso non voglio farla lunga.

Ho avuto un incontro con Padre Pio, tutto particolare.

Ho sentito, con un misto di smarrimento, sull'orlo dello svenimento proprio, che il mio dito affondava nel palmo della sua mano.

Ho avuto la benedizione di questo rozzo ma santo Cappuccino e sono andato in questo lebbrosario.

Arrivai dunque all'Ospedale Miulli.

Adesso vi leggerò qualche stralcio dei miei reportage di allora, di mezzo secolo fa: «L'Ospedale di Acquaviva delle Fonti sorge nel cuore di questa città antica e gentile, dove non avvengono mai furti e delitti [allora, perlomeno] e la gente parla un dialetto immaginoso ed ermetico.

L'ala destra del fabbricato è isolata dal resto dell'edificio ed ospita 53 malati fuori dell'ordinario: "lebbrosi".



co, insigne sociologo di Bari.

E lui mi rispose con molta semplicità: "Perché non vai da padre Pio e ti fai benedire?".

Pensate, già allora, nel '49, siamo a fine febbraio del 1949, Padre Pio era in odore di santità.

Sono 53 individui, umili e sereni: 31 uomini, 22 donne».

E qui dico come sono affidate al professore di dermatologia, ecc., ecc., e poi al prof. Francesco Pepe, il segretario, uomo romantico ed attivo, che vive (lo scrivevo allora, nel

'49) in mezzo ai lebbrosi da 22 anni ed è per loro più che un amico.

Continuavo, nel mio reportage: «In Italia, sempre, tenete presente – e questo può servire agli studiosi di statistica e ai medici – in Italia di veri e propri lebbrosari non c'è che questo di Acquaviva delle Fonti.

A Messina, a Cagliari e a Genova esistono reparti di isolamento lebbrosi presso i locali ospedali.

Dal 1927, dal giorno della costituzione, cioè il lebbrosario nazionale, sono passati da Acquaviva 246 malati: 145 uomini, 101 donne.

In tutta Italia i casi di lebbra ufficiali che prevedono il ricovero coatto, non superano i 450».

Poi dicevo: «Le ultime cure [sempre mezzo secolo fa] a base di sulfone accoppiato alla streptomicina stanno dando risultati notevoli, a quanto mi dicono. È ancora presto per dire che la lebbra è stata vinta ma la scienza non dispera di contenerla.

Il bacillo di Hansen, importato in Italia nel periodo delle guerre sante, come in Scandinavia dove si manifestò con particolare virulenza, non è coltivabile, donde l'impossibilità di uno studio a fondo di esperienze determinanti».

Altra cosa interessante, per me.

«I medici sogliono distinguere [almeno allora era così] tre forme: lebbra nodulare o tubercolosa, lebbra anestetica o nervosa, lebbra mista dall'associazione delle prime due.

È una malattia contagiosa, particolarmente nella forma nodulare, la cui porta sembra siano le mucose nasali, donde la necessità del più stretto isolamento.

Grazie ad esso, infatti, la pandemia lebbrosa, dal Medio Evo ad oggi, cioè al '49, ha perduto di intensità e diffusione.

Il più importante dei focolai si trovava nella penisola Scandinava, ma l'ottima e inflessibile legislatura ispirata dal Dr. Hansen, che scoprì il bacillo nel 1871, (l'ho visto al microscopio, è come una specie di mazzetto di sigari) ha ridotto di gran lunga le proporzioni.

È con l'isolamento assoluto

e con gli ultimi ritrovati scientifici, il sulfone e la streptomicina, mi disse il medico primario, che si può sperare di andare avanti».

Avevo riempito un taccuino di appunti quando il segretario mi disse «Li vuole vedere? Se la sente?».

«Certo!».

Mi fecero indossare un camice e ci avviammo.

Prima di aprire la porta che immetteva nel reparto lebbrosi il segretario mi ammonì: «Anche a provare un senso di ripulsa, si domini.

«Sono buoni i lebbrosi, ma diventano cattivi se si accorgono che si ha ribrezzo di loro.

«La lebbra è una malattia che spinge persino le madri a scacciare con ribrezzo i figli.

«È accaduto a qualche fugiasco.

«Una volta un malato si infilò le dita nel naso, inumidì le unghie e aggredì un infermiere graffiandogli il viso».

«Sono buoni – disse il segretario – ma possono diventar cattivi».

Uscimmo all'aperto e ci vennero incontro alcune donne in camice bianco, cinque o sei.

Avevano un nastro nei capelli.

Si erano fatte belle in mio



onore, ma le loro mani erano simili a guantoni di scherma.

E il viso avevano contratto. Perché la lebbra è una malattia impudica, perché aggredisce subito il volto.

«Sono le meno devastate – avvertì il Prof. Pepe.

«Sono loro ad accoglierla perché lei si abitui gradatamente».

Tanta delicatezza mi commosse e mi commuove tuttora.

Si erano avvicinate e mi davano festosamente il benvenuto.

Mi venne per istinto di porgere la mano alla più vicina, ma quella si ritrasse.

«Stia attento – disse la lebbrosa – può essere pericolosa».

E sorrise come chiedendomi scusa.

E qui, a queste parole, il segretario Ciccio Pepe si avvicinò alla lebbrosa, le prese le mani, gliele strinse affettuosamente e stringendo quei guantoni da scherma, le mani, dico, deformi, orrende, alla vista di quella donna, depose un bacio sulla fronte dell'ammalata.

Una fronte cosparsa di noduli.

«Ma come mai, non ha paura del contagio?» gli chiesi.

Ed egli, il buon Prof. Ciccio Pepe, mi rispose con una parola sola: «No».

E subito aggiunse: «Grazie a Follereau».

Ma io, ignaro, domandai: «Cos'è? un antidoto? un rimedio?» ...Siamo nel 1949.

E Pepe, guardandomi con un misto di tenerezza e di compassione, rispose con una certa tal quale fierrezza: «No, Igor Man.

«È il nome di un santo, un santo laico, Raoul Follereau.

«È un missionario laico – proseguì – un ispirato da Dio, un messaggero di Cristo.

«Lui e sua moglie si sono messi in testa di alleviare le pene dei lebbrosi, di abolire l'immagine medievale, crudele e superstiziosa del lebbroso che va col volto coperto, suonando la campanella per avvisare la gente.

«Follereau ha smitizzato la lebbra» continuava questo signore.

Questo, cinquant'anni fa.

«È una malattia come un'altra: la si può guarire».

Cari amici, questo mi disse il semplice e umanissimo Don Ciccio Pepe, generoso segretario factotum dell'Ospedale di Acquaviva delle Fonti.

E fu così che sentii parlare, per la prima volta, nella mia vita, di Follereau.

Penso che a questo punto sia opportuno raccontarvi un solo episodio della mia esperienza, unica, del 1949.

E, per inciso, tre sono stati i momenti che mi hanno formato nella mia vita di lavoro:

– l'incontro con i lebbrosi, intimamente legato a Padre Pio;

– la guerra del Vietnam;

– l'essere stato messo al muro in Sudan ed essere rimasto mezz'ora senza sapere se mi ammazzavano, se potevo tornare a casa da mia moglie e da mio figlio.

E dunque, per tornare alla mia esperienza nel lebbrosario, ad un certo momento, si avvicina un'infermiera e dice al segretario: "Professore, Caterina attende".

"Allora – mi fece Don Ciccio Pepe – vede, Igor Man, ieri le dissi di una persona veramente in odore di santità. Adesso la vedrà.

"Questa persona è Caterina Err (Herr)".

Io parlo al presente perché riproduco esattamente quello che ho scritto allora.

Questa persona santa è Caterina Herr di Cuneo.

Sta seduta in una sdraio, le mani in grembo, una cuffia nera in testa, le palpebre calate; unica traccia umana su di un viso rinsecchito come una prugna.

"Buongiorno, Caterina."

E lei esce come da una sorta di letargo, si anima, si protende in avanti perché è cieca, la lebbra le ha completamente corrosi tutto.

E risponde: "Buongiorno, benvenuto" con la sua solita voce in falsetto acuto dei lebbrosi più colpiti.

Una cosa che mi ha impressionato, quando ho incontrato sempre i lebbrosi: la loro voce.

È chiaro che c'è una spiegazione scientifica perché le corde vocali evidentemente vengono toccate.

La voce stridula, direi una voce che ti taglia, ti sega il cuore come una lama cattiva.

È orribile e patetica: un'infermiera le afferra gli avambracci; mi mostra, con gesto professionale, facendole ruotare sui polsi, le mani di Caterina: due cartocchetti infirmi di carne squamosa.

Mi spiegano che la forma nervosa fa ritrarre i tessuti.

Le dita rientrano, come quei bicchierini da turismo, da boy

scout, in alluminio, che si possono schiacciare per portarli in tasca.

Anche i piedi, dice l'infermiera, anche i piedi sono così.

Caterina non ha smesso di sorridere; sul suo viso passa una sfumatura di indulgenza, impercettibile.



Lei non ha chiesto che io vedessi le sue ex-mani.

Lei vuole dirmi che ha composto una poesia, per la vittoria delle forze del Bene sull'anticristo.

Aveva diciassette anni, Caterina, quando si ammalò.

Allora scrivevo "che vive morendo da 47 anni".

Non sapeva né leggere né scrivere quando venne ad Acquaviva delle Fonti.

Ha imparato prima di accendersi.

Ora passa le sue buie e silenziose giornate componendo versi a mente.

Ecco la forza della vita!

Fa luce, sveglia i suoni dentro di sé, con le sue poesie.

Me ne recita una. Son pochi versi, un sonetto, roba semplice.

Versi elementari ma assoluti.

"Quando la croce mi fu assegnata,

piegando la fronte, io l'ho abbracciata".

La rassegnazione si è tramutata in gioia.

Cosa sono le mie pene, si chiede, in confronto a quelle patite da Cristo e a quelle che l'umanità Gli infligge ogni giorno?

"E la Croce che a Lui mi unisce,

penare per Gesù non mi inasprisce".

Soffre serena, per espiare i peccati suoi e del mondo, in attesa – come lei conclude – dell'alba radiosa del dì che non ha fine.

Con Follereau ci siamo incrociati, sfiorati spesso volte.

Non ci siamo mai incontrati.

Ma viaggiando per l'Africa in particolare e in India appunto, ci siamo sfiorati.

Anch'io sono stato dal famoso Dr. Albert Schweitzer.

Straordinario personaggio, sollevatore degli afflitti, ma insieme colonialista, una sorta di Bismark, sgarbato, sprezzante, a Lambarenè.

Mi ricordo che quando ci portavano la colazione, la mattina, questi inservienti erano tutti fasciati, avevano delle macchie sotto le bende: erano lebbrosi.

Io ormai sapevo, avevo fatto altre esperienze, non mi impressionavo.

Ma c'era un giornalista inglese del Sunday Times che era terrorizzato: la papaia la sbucciavano con le mani.

(Si dice che sta in incubazione cinque anni; io ormai li ho superati).

La notte suonava il piano. Ha avuto il premio Nobel nel '52, se non sbaglio, il signor Schweitzer.

E Follereau, nella sua infinita e fanciullesca bontà, ne rimase colpito.

Con tutto il rispetto per Schweitzer, io preferisco il santo anonimo di Follereau.

Chi voleva bene a Follereau

invece, era Madre Teresa.

Entrambi avevano visto e sperimentato come ci fosse, come ci sia tuttora, implacabile, un sinistro matrimonio fra la lebbra e la fame.

Attenzione, il 2 marzo del '63, in Torino, Follereau tenne una conferenza al teatro Carignano.

Disse, fra l'altro: "A Calcutta, gli sventurati agonizzano per la strada e ce ne sono centinaia su centinaia, non ditemi che è ributtante.

"La prima volta che vi sono andato ero terrorizzato – è sempre Follereau che parla – all'idea di scavalcare questi agonizzanti e questi cadaveri.

"Ma poi, e questo è il peggio, dopo quindici giorni facevo come tutti gli altri".

Anche a me, all'umile vecchio cronista che vi parla, è successo lo stesso a Benares. Camminare sopra tappeti di lebbrosi, che al posto del naso hanno un mandarino sfatto.

Dunque, a Calcutta, continuava nel suo famoso discorso che scosse tutta Torino, una città fredda come Torino! Ce ne vuole!

A Calcutta, la polizia ha il compito di prendere gli agonizzanti che muoiono nelle strade e di presentarli a tre ospedali, uno dopo l'altro.

Se questi ospedali li rifiutano – e li rifiutano sempre perché sono stracolmi – la polizia ha l'ordine di riportare i malcapitati là dove li ha trovati ed essi finiscono per morire sul marciapiede o nel rigagnolo.

Nel '65, quando andai da Madre Teresa, la situazione era identica e credo che tuttora sia la stessa.

"E tuttavia – parla sempre Follereau – Suor Teresa ha detto: 'No, io non posso dormire senza incubi, non posso mangiare di gusto sapendo che ogni notte, davanti alla mia porta, nella mia strada, degli infelici nostri fratelli in Dio, agonizzano'.

"Allora, Madre Teresa – racconta Follereau [per altro, per inciso, questa conferenza è uno straordinario reportage, incredibile! Lo dice uno del mestiere] ebbene Madre Teresa – racconta Follereau – va dal grande sacerdote di Kali, il quale rimase sconvolto dalla carità il-

luminata di questa missionaria e le regala metà del suo tempo per farne ciò che lei chiama un ospedale dei morenti, cioè una decente camera ardente per i vivi.

"Voi sapete che Madre Tere-



sa è stata spesso contestata in varie sedi perché si dice: 'Ma questa cosa fa, assiste la gente che muore?'.

"E beh, vi pare niente?

"Da allora, ogni notte, Suor Teresa, aiutata da giovani indiane, percorre le strade di Calcutta, raccoglie gli agonizzanti e li conduce in quel deposito dove essi muoiono non come dei cani, ma come degli uomini".

E qui, vorrei aggiungere alle parole di Follereau, che il bello di Madre Teresa è che lava il moribondo, gli dà dei buffettini e le sue sorelline pure, li assisteva, li aiutava a trapassare ognuno secondo la sua religione.

Cioè non cercava di prevaricare.

Questo, mi dicono personaggi autorevolissimi, colpì, sconvolse il Santo Padre quando fu laggiù da Madre Teresa.

E Madre Teresa lo prese per mano e insieme andarono a fare questo servizio.

Cioè, lasciare che il Figlio di Dio morisse con le parole rituali della sua religione, nel segno che Dio è Uno, Unico, Solo, Clemente e Misericordioso.

"Adesso qua c'è un episodio – racconta sempre Follereau – che vi voglio leggere perché è veramente terribile ma vi dà la cognizione se non stiamo a far chiacchiere, bisogna che prendiamo coscienza noi che non siamo come tanti di questi si-

gnori appresso ai malati, sacrificando giorno dopo giorno, dobbiamo prendere coscienza e forse, non dico, vergognarci del nostro modo di essere ma della nostra superficialità, della nostra dimenticanza.

"Bene – dice Follereau – ero a Calcutta quando Suor Teresa mi telefona che a Kaliga, in un 'ospedale dei morenti', una giovane lebbrosa stava per morire.

"Mi recai là – dice Follereau.

"Si trattava di una donna che lo stato civile diceva avere 22 anni.

"Era pressappoco della mia statura, era una donna normale e aveva avuto due figli.

"Io la vidi – dice Follereau – impotente, uscire dalla sua atroce esistenza con sussulti convulsi.

"Quando fu morta, ebbi il violento impulso di pesarla.

"Suor Teresa ed io prendemmo fra le braccia questo piccolo corpo e lo portammo sulla bilancia.

"Quella donna di 22 anni – dice Follereau – quella donna alta come me, pesava 20 kg.

"Mi sono accorto – continua Follereau – che in questo mondo, nel XX secolo di cristianesimo [perché eravamo nel secolo scorso] ci sono ahimè altre lebbre che non quella a cui ho consacrato la mia vita.

"Vi sono altre lebbre molto più contagiose e terribili della lebbra e per le quali non vi è alcun conforto tranne il nostro amore.

"E la prima di queste lebbre – dice Follereau – è la fame".

La fame che fa sì che oggi i due terzi dell'umanità (questa è una conferenza del 1963), la fame fa sì che oggi i due terzi dell'umanità – pensate, i due terzi dell'umanità – due uomini su tre, non mangiano a sufficienza.

La fame che fa sì che ogni anno muoiano, non pesando magari venti chili come la povera lebbrosa di Calcutta, ma perché non hanno mangiato quanto bastava per vivere.

Morti di fame: 35 milioni di uomini.

Oggi mi risulta che ogni 30 secondi muoia nel mondo un bambino.

O ammazzato da un proiettile, o ammazzato dalla fame.

Ora io mi chiedo – intanto vi chiedo scusa se mi sono dilungato e vi ringrazio della vostra pazienza – ma vorrei chiedermi in chiusura come mai questo personaggio della storia contemporanea di cui si è parlato e diffusamente, questo santo laico che ha compiuto trenta volte il giro del mondo in slancio d'amore e di carità verso i suoi fratelli derelitti, i

lebbrosi, i morti di fame, come mai quest'uomo non merita, al pari di Padre Pio, di Madre Teresa, il cosiddetto processo di beatificazione?

Con tutto il rispetto, penso che qualcuno dovrebbe riflettere sopra e tornerò su questo argomento sul mio giornale, in televisione e sulla rubrica che faccio sullo "Specchio" che è il magazine del nostro giornale "La Stampa".

Però, a ben pensarci, e qui

mi rivolgo a chi l'ha conosciuto – e lo dico con un sentimento di dolce invidia – questo a pensarci bene conta sino a un certo punto.

Perché, cari amici, Eccellenze, Signore e Signori, la gente, gli umili, i morti di fame, i lebbrosi, il popolo di Dio, Raoul Follereau lo ha già fatto santo.

Professor IGOR MAN
Giornalista
Italia

La lebbra, parola come sinonimo di emarginazione

Non ho la pretesa – né vi sarebbe lo spazio in questa sede – di proporre un excursus storico del ruolo che la lebbra ha conosciuto nel corso dei secoli, anche nella sua accezione lessicale, come generatore di esclusione, di abbandono e di condanna. Una ricca bibliografia in proposito documenta come nel passato lontano e ancora in quello più vicino a noi, il termine stesso impiegato per indicare chi era affetto dal male (oggi più correttamente conosciuto come Morbo di Hansen) o il solo sospetto della malattia, bastassero per escludere dal consesso civile il malcapitato, come colpito da un castigo divino, affetto da impurità morale, da peccato. E perciò stesso condannato all'isolamento e quindi alla morte certa, quando non decretata *ex lege* dalla comunità stessa. Cito dal volume di Stanley Browne *La lebbra e la Bibbia*, edito in Italia dall'Associazione Amici di Raoul Follereau: "Le più dure misure di persecuzione, di segregazione coatta, di privazione dei diritti legali e sociali, di separazione forzata delle famiglie, hanno lasciato tracce in molti dei pregiudizi ancora esistenti oggi nella cristianità". Aggiungo che esegesi spesso affrettate dei testi biblici, interpretazioni moralistiche e le scarse conoscenze scientifiche del male legate a forme di supersti-

zione popolare, hanno perpetuato nei secoli questa concezione discriminatoria. Tanto che ancor oggi le cronache registrano casi di Paesi, anche avanzati, nei quali la segregazione degli ammalati, isolati da ogni rapporto umano, è ancora una pratica all'ordine del giorno. Talvolta c'è davvero l'impressione che il medioevo, con le sue paure e le sue cupe visioni della vita, sia ancora presente tra noi.

È abbastanza evidente come a perpetuare questo rifiuto nei confronti dell'ammalato di lebbra abbia contribuito da sempre la manifestazione esteriore del male, con le sue menomazioni e le sue mutilazioni, che ha generato nella

fantasia popolare, così come nella letteratura e in una pubblicistica a buon mercato, immagini e descrizioni ad effetto, come non avviene per altre forme patologiche che pure rappresentano veri e propri flagelli nei Paesi più poveri: si pensi alla denutrizione, alla cecità, alle malformazioni infantili, tanto per fare alcuni esempi. La lebbra resta per molti ancora il male del rigetto e dell'esclusione: a dispetto degli sforzi di quanti – Follereau in testa – si sono battuti per dimostrare l'infondatezza di tante paure, se non nel nome della carità, in quello del buon senso e della ragione.

Chi vi parla non può dimenticare le accoglienze rice-





vute da alcuni colleghi qualche anno fa, al ritorno da un viaggio di lavoro in un lebbrosario africano: accolto da taluni come se fossi di fatto contagiato dal male, escluso anche da una semplice stretta di mano, pensate, se non mi fossi prima “purificato”. E cosa dovrebbero fare allora quelli che trascorrono la vita intera a curare gli hanseniani negli ospedali e nei centri di prevenzione?

La paura genera mostri e con i mostri alimenta la cultura dell'esclusione, qualcosa di sinistro e di irrazionale che va al di là di un qualsiasi giudizio logico per diventare una forma di rifiuto inconsapevole, l'omologazione di uno stereotipo che si nutre di ignoranza e di mancanza di carità. E che offende, prima che la dignità umana, l'intelligenza di chi lo concepisce.

Cosa dire quando allo stadio di vedono certi striscioni che bollano i tifosi avversari, volendoli offendere, come “lebbrosi”? Quando un depu-

tato francese parla degli ammalati di AIDS come “delle specie di lebbrosi che provocano il contagio con la traspirazione, il contatto e la saliva”? Quando alcuni esponenti di amministrazioni pubbliche del nord Italia lanciano pubblicamente l’“allarme lebbra” tra gli immigrati sulla base di alcune notizie di stampa, per sostenere una politica di espulsione e misure restrittive nella concessione dei permessi di soggiorno? E cosa pensare quando si legge sui giornali, come è avvenuto qualche tempo fa, di un'inchiesta aperta dalla Procura di Ancona a carico di una società commerciale che distribuiva un gioco per bambini a dir poco inquietante: si trattava di realizzare attraverso delle figurine una sorta di identikit di personaggi da isolare come pericolosi e che si distinguevano per il colore della pelle, i vestiti, la condizione sociale; tra loro c'erano, in compagnia di mostri e criminali internazionali, anche i lebbrosi.

Non servono commenti, ma una riflessione si impone sulla possibilità che la nostra società ha di neutralizzare queste forme di emarginazione e di razzismo e di trasformare una cultura del rifiuto in quella dell'accoglienza e della solidarietà. Da “addetto ai lavori”, come giornalista, io credo che un ruolo e una responsabilità particolare competano anche al mondo della comunicazione, inteso nelle sue varie espressioni: carta stampata, immagini, pubblicità. Facciamo tutti insieme un piccolo esame di coscienza, serenamente: forse qualche volta si è ecceduto, a fin di bene, in una comunicazione pietistica

e sentimentale, finalizzata a richiamare in modo emotivo l'attenzione dell'opinione pubblica sulla situazione di tanti sventurati.

Certo, la gente rimane colpita più dell'immagine sofferente di chi è ferito dal male che non dagli sforzi organizzati della scienza, condotti nell'anonimato e nel silenzio dei laboratori, per vincere la lebbra. È normale, è umano.

Ma, inconsapevolmente, forse si è finito per perpetuare l'idea di una realtà ineluttabile che investe più il campo della carità che non quello della ricerca scientifica e della promozione umana. È vero che molte cose vanno cambiando, per gli sforzi congiunti di tanti operatori sanitari, delle associazioni e dei missionari che si dedicano a combattere la lebbra e quanto vi è connesso in termini di pregiudizio. Ma è essenziale continuare in un compito educativo per cancellare il tabù che sta alla base di un rapporto sbagliato con questo male. Fornire un'informazione rigorosa e corretta sul contesto sociale nel quale sviluppare, far conoscere la gravità di certe situazioni, senza concessioni alla retorica: questo è possibile e non è in contrapposizione alla carità, anzi si innesta in essa come un complemento naturale.

Credo che la vera sfida, oltre a quella della cura e della prevenzione del male, sia quella di cancellare nella cultura e nella comunicazione di oggi il senso della paura che ancora ci incatena e che genera le esclusioni.

Dott. CLAUDIO RAGAINI
giornalista
Italia



*Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*



*Pontificio Istituto Pastorale
"Redemptor Hominis"*

*Seminario di studio
I Sacramenti
nella Pastorale
della Salute*

*Pontificia Università
Lateranense
2-3 giugno 2000*

Il tema riguardante i sacramenti nella pastorale della salute si svolgerà sotto gli aspetti antropologici culturali, antropologici fondamentali, teologici dogmatici e teologici pastorali. Si tratta di uno studio completo, che corrisponde ad uno dei settori della nostra programmazione nel Dicastero: il settore della santificazione, e che corrisponde al compito specifico di orientare con la dottrina del Magistero gli aspetti importanti della nostra attività dicasteriale, e che potrà essere di grande aiuto per la pastorale della salute in tutto il mondo.

Infatti, recentemente si è notato un capovolgimento nella Pastorale della Salute: tanti cappellani hanno cominciato ad abbandonare i sacramenti a favore di una presentazione della parola biblica, oppure di consigli psicologici intesi come terapia anche religiosa, e che spesso traspare come influenzata dal pensiero degli evangelici in una prospettiva irenica oppure aconfessionale. Bisogna insistere sulla dottrina cattolica dei sacramenti e sulla sua realtà profondamente terapeutica nel campo della Pastorale della salute.

I Sacramenti sono i segni pratici della guarigione che Cristo ci consegna per adempiere la missione che riceviamo di predicare il Vangelo e curare gli ammalati. La salute appartiene all'uomo nella sua totalità, e in questa totalità non si deve soltanto prevedere l'aspetto fisico, o psichico, mentale o sociale, ma anche e principalmente quello spirituale. La spiritualità nella salute vede l'armonia e l'unità profonda dell'uomo, e la malattia si relaziona con la carenza di armonia e di unità. Tutti i sacramenti, e specialmente l'Eucarestia e l'Unzione degli Infermi, tendono a dare all'uomo questa armo-

nia, facendo sì che la Redenzione di Cristo arrivi ai malati. La salute temporale fa parte della salute eterna, ed è ovvio che in questo senso non si identifichi semplicemente con la carenza di malattie, ma si presenta come una tensione verso l'unità umana, verso la sua piena armonia. I sacramenti sono l'azione di Cristo che conduce l'uomo a questa vita abbondante.

Non si tratta di una semplice terapia così detta religiosa, nella quale si proponano esempi esterni da imitare, affinché si possa sopportare meglio la malattia, anche se questo esempio è quello di Cristo; parlando dei Sacramenti, non si tratta di qualcosa di esteriore che rimane al di fuori dei pazienti, ma che aderisce al loro profondo essere e fa parte di essi come forza interna ricevuta di salute.

È vero che dobbiamo evitare tutti il così detto ritualismo e, in quanto possibile, si deve fare una catechesi adeguata sul valore ed il significato del sacramento che si riceve prima di darlo, ma questo non vuol dire negare il sacramento quando questa catechesi non sia possibile farla.

In ogni modo, speriamo che questo studio che stiamo per iniziare ci porti ad una illuminazione e ad una pratica più adeguata per ricevere i sacramenti nel campo della salute. Speriamo che tale studio culturale ci apra nuovi orizzonti verso gli ammalati ed il Sacramento, che lo studio antropologico fondamentale veramente ci mostri i fondamenti sui quali ci dobbiamo muovere, che lo studio teologico dogmatico approfondisca la natura dei sacramenti e ci conduca verso un'autentica saggezza sulla ricchezza dei sacramenti nella Pastorale della Salute, e che lo studio teologico pastorale ci offra cammini pratici dell'agire in questo campo co-

sì necessario per i Lavori del nostro Dicastero.

Desidero ringraziare vivamente tutti gli eminentissimi Professori che ci faranno l'onore di aiutarci a riflettere su questo importante tema; siamo sicuri che con la loro provata competenza ci condurranno alla meta desiderata.

Ringrazio il Segretario del mio Dicastero, S.E. Mons. José Luis Redrado Marchite, ed il nostro Sottosegretario, il R.P. Felice Ruffini per il lavoro che hanno svolto per questo compito. Ringrazio Mons. Jean-Marie Mpendawatu per la coordinazione del programma; ringrazio anche Don Krzysztof Nykiel, ufficiale del nostro Dicastero, per tutto il lavoro che ha effettuato nell'organizzare questo Seminario. I miei ringraziamenti si rivolgono anche a tutti coloro che nell'Università Lateranense, oltre al suo Rettore Magnifico, S.E. Mons. Angelo Scola, hanno contribuito alla celebrazione di questo evento e specialmente al Rev.do Mons. Sergio Lanza, Preside dell'Istituto Pastorale "Redemptor Hominis", con il quale abbiamo promosso questo Seminario.

E ringrazio anche molto calorosamente tutti gli assistenti che con la loro attiva partecipazione contribuiranno ad una migliore illuminazione sulla pastorale sacramentale nel mondo della salute.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN
*Arcivescovo-Vescovo emerito
di Zacatecas,
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

I Sacramenti nella Pastorale della Salute

Se abbiamo fede, i Sacramenti sono miracoli; rinnovano la nostra vita e tutte le cose che ci circondano; esprimono nientemeno che la concreta realtà della salvezza; hanno insomma a che fare con qualcosa di grande, ben più grande della salute o della consolazione di cui sentiamo tanto il bisogno quando siamo ammalati. Al limite, sempre per stare al tema del nostro incontro, potremmo perfino dire che i Sacramenti sono ciò che dà veramente senso alla salute e alla malattia. Ma, come sappiamo, al giorno d'oggi tutto ciò è sempre meno scontato sia per i medici, sia per i pazienti.

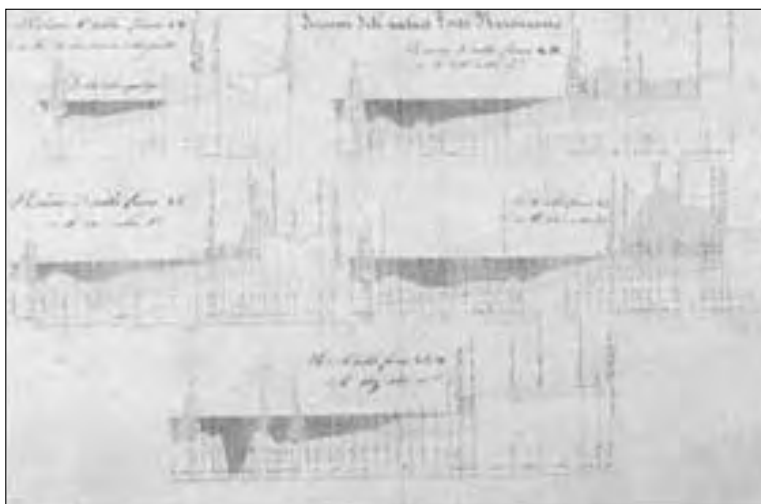
La cultura della nostra epoca, il nostro modo di essere e di sentire, si combina difficilmente con la dimensione sacramentale; direi che ne ha quasi scaricato i presupposti, tutti ripiegati come siamo su dimensioni sempre più relativistiche, funzionalistiche, immanentistiche. È mia opinione tuttavia che non ci si debba perdere d'animo, poiché l'insensatezza e la disumanità di questo nostro ripiegamento incominciano a manifestarsi un po' ovunque e, in modo eclatante, proprio laddove dobbiamo fare i conti con la malattia. Con ciò non intendo certo sminuire la drammaticità della situazione culturale nella quale viviamo; semplicemente, per quanto riguarda la "pastorale della salute", mi sembra incoraggiante constatare che i motivi che la rendono difficile sono gli stessi che la rendono sempre più necessaria.

Da che mondo è mondo, comunque la si voglia interpretare, la malattia, specialmente quando è grave e colpisce magari bambini innocenti, ha sempre rappresentato una sorta di pietra dello scandalo, qualcosa che può mettere in subbuglio anche i cuori più forti e più animati dalla fede. Ciononostante sappiamo tutti come

proprio la fede sia in grado di proiettarla in una nuova luce, di conferirle addirittura il senso di un evento "positivo" di santificazione. "Voi siete i potenti della terra": queste le parole, belle e terribili, rivolte da Giovanni Paolo II, non ricordo quando né dove, ad un gruppo di malati terminali, per esortarli a pregare. Ma come accettare la malattia in un mondo che,

Guai, dunque, ad ammalarsi a Orano. Guai ad ammalarsi in un mondo che sembra programmato soltanto per la "buona salute". Ecco un primo punto sul quale vorrei svolgere alcune riflessioni.

Tra i tanti effetti della moderna secolarizzazione potremmo annoverare senz'altro questa progressiva ascesa della salute tra i valori più alti. Basta



accantonata ogni idea di salvezza ultraterrena, sembra ormai capace soltanto di pensare alla salute?

C'è qualcosa di sinistro e di realissimo nella descrizione che Albert Camus, nel prologo di uno dei suoi romanzi più celebri, ci offre della città di Orano, la città della *peste*. È un brano che sembra scritto apposta per introdurre il nostro discorso: "Non è mai piacevole essere ammalati, ma vi sono città e paesi che ti sostengono nella malattia, in cui si può, in qualche maniera, lasciarsi andare. Un malato ha bisogno di tenerezza, gli piace appoggiarsi su qualcosa, è naturalissimo. Ma a Orano gli eccessi del clima, l'importanza degli affari che vi si trattano, l'ambiente insignificante, la rapidità del crepuscolo e il genere dei piaceri, tutto richiede la buona salute"¹.

guardarsi intorno per capire come "l'importanza degli affari", "l'ambiente insignificante" e "il genere dei piaceri" abbiano prodotto a poco a poco una specie di sostituzione della salvezza con la salute. Il dottor Rieux, il medico della peste di Camus, in un celebre dialogo con un altro protagonista del romanzo, il padre gesuita Panelaux, lo dice espressamente: "la salvezza dell'uomo è un'espressione troppo alta per me. Io non vedo così lontano. La sua salute m'interessa, prima di tutto la sua salute"². Ma in realtà anche la maggior parte degli uomini del nostro tempo sembra interessata soltanto alla salute. Se nella parola latina "salus" era implicito sia il significato di salute fisica, la salute del corpo, sia il significato di salute dello spirito, ossia qualcosa che in un certo senso richiama la salvezza, oggi i due

significati si sono differenziati fino a una sorta di estraniamento. Tutto ciò, come è facile intuire, è avvenuto soprattutto a danno della salvezza; se però ci riflettiamo bene – e non poteva essere altrimenti – è avvenuto soprattutto a danno del bene dell'uomo, il quale, per il semplice fatto di pensare soltanto alla salute, non ha certo sconfitto la malattia e la morte. Tutt'altro. Si ammala e muore di una malattia e di una morte che sono sempre più spesso senza senso e senza speranza.

“Quando c'è la salute, c'è tutto”: dicevano i nostri nonni. Ma lo dicevano animati per lo più dalla saggia consapevolezza che non vale la pena di affannarsi tanto dietro agli affari del mondo, trascurando il pensiero delle cose che contano veramente (possiamo accumulare tutte le ricchezze e tutti i piaceri possibili e immaginabili, ma nessuno ci assicurerà mai che stanotte stessa, per un motivo o per un altro, non ci sarà portata via la nostra vita). Qui la salute che veniva invocata aveva ancora qualcosa a che fare con la “salus”; aveva in sé anche l'idea di salvezza; era insieme la salute del corpo e dello spirito. Oggi invece, quando diciamo che la salute è tutto, pensiamo esclusivamente alla salute del corpo; lo diciamo perché siamo convinti che senza di essa la nostra vita non avrebbe senso, impossibilitati come saremmo a goderne a pieno le innumerevoli opportunità. In poche parole, una volta perduta la salute, la salute del corpo, non c'è più alcuna speranza; si è perduto tutto. Di qui la rimozione che nella nostra epoca riscontriamo riguardo alla malattia e alla morte (che sia questo il vero scopo, lo scopo latente, del costosissimo sistema sanitario nazionale?), ma forse anche la crescente incapacità, specialmente da parte dei giovani, a dare un senso veramente soddisfacente alla loro vita.

Su questo nesso tra la rimozione della morte e l'incapacità di vivere una vita sensata richiama quasi profeticamente l'attenzione Giacomo Leopardi, in un brano straordinario dello *Zibaldone*: “E insomma si può dire che gli antichi vivendo non temevano il morire,

e i moderni non vivendo, lo temono; e che quanto più la vita dell'uomo è simile al morire, tanto più la morte sia temuta e fuggita, quasi ce ne spaventasse quella continua immagine che nella vita medesima ne abbiamo e contempliamo, e quegli effetti, anzi quella parte, che pur vivendo ne sperimentiamo. E viceversa”³.

Nessuno vuol negare ovviamente gli enormi vantaggi che l'epoca moderna ha conseguito, allorché a poco a poco sono stati differenziati gli ambiti della “salus” come salute del corpo da quelli della “salus” come

questi valori ultimi. Abbiamo così da una parte una medicina e medici altamente tecnicizzati (un effetto della moderna differenziazione), dall'altra un numero sempre più grande di pazienti che vanno dal medico come se fosse ancora l'antico stregone. In teoria, ovviamente, nessuno intende ancora confondere il sistema religioso con il sistema sanitario; di fatto però la salute è diventata la vera salvezza, la malattia la vera dannazione, il medico il vero sacerdote.

La situazione è senz'altro paradossale e ha a che fare, a



salvezza. Sembra tuttavia che la radicale separazione tra i due ambiti abbia fatto sì che, alla lunga, l'ambito della salvezza diventasse quasi ridondante, con ripercussioni negative anche sulla nostra capacità di sfruttare a pieno gli innegabili vantaggi di una migliore salute. E mi spiego.

Luhmannianamente parlando, senza alcuna nostalgia per i tempi in cui il medico coincideva con la figura magica e misteriosa dello stregone, dovrebbe essere abbastanza scontato che la scienza medica odierna si occupi della salute degli uomini e la religione si occupi della loro salvezza. Se però guardiamo i fatti, dobbiamo convenire che la salute si è come caricata di significati “ultimi” e il medico, un medico sempre più specializzato, sempre più restio a guardare la persona del malato e sempre più concentrato tecnicamente sulla malattia, è diventato, forse suo malgrado, il vero depositario di

mio avviso, con la natura stessa del fenomeno della differenziazione; un fenomeno, che, vista la sua importanza, merita di essere, almeno a grandi linee, esplicitato, specialmente nella sua variante sistemico-luhmanniana. Che cosa è, per Luhmann, una società differenziata e complessa? È una società che ha perduto proprio per questa sua complessità il suo centro; non c'è più nulla, nessun valore religioso, etico o politico, che possa rappresentare la ragion d'essere della società; esistono semplicemente tanti problemi (ecco la complessità) che possono essere risolti soltanto selezionandoli, specializzando cioè appositi sistemi sociali (ecco la differenziazione), in grado di risolverli. A ciascun sistema sociale la sua specifica funzione di ridurre la complessità. Il sistema politico ha le sue regole, i suoi codici, le sue funzioni, così come il sistema economico, quello religioso o quello sanitario;

guai dunque a confonderli tra loro. Nessun sistema può infatti interferire con un altro, visto che il sistema è per sua natura chiuso in se stesso, "autoreferenziale", capace cioè di vedere soltanto i problemi per i quali si è costituito. Per problemi nuovi ci saranno sistemi nuovi, in una sorta di continua e irrefrenabile differenziazione.

Come ho scritto altrove⁴, per quanto la teoria sistemica sia falsa, non possiamo purtroppo escludere che essa diventi "vera" nei fatti, che cioè l'odierna realtà sociale tenda ad assumere davvero la forma che Luhmann le attribuisce. In ogni caso abbiamo a che fare con una dinamica che, a mio avviso, è tanto più perversa, quanto più tocca da vicino quei sistemi sociali nei quali è maggiormente implicata l'umanità dell'uomo. Se infatti è pensabile che il traffico urbano possa essere organizzato in forma sistemica, altrettanto non si può certo dire degli ospedali o delle scuole, tanto per fare qualche esempio. Ma tant'è. Per fronteggiare la complessità prodotta dalla sua continua differenziazione, la società odierna sembra assecondare davvero le istanze funzionali dei suoi vari sistemi parziali, senza troppi riguardi a quelle che potremmo dire le istanze "umane". Detto molto sinteticamente, per quanto costantemente evocato nella sua autonomia e libertà, l'individuo sembra non costituire più il centro e la ragion d'essere della società, venendo piuttosto relegato ai margini o, se si preferisce, nell'"ambiente" dei suddetti sistemi sociali. È sempre più scontato, tanto per fare un esempio, che il mercato, la scienza, la politica, i mass media, l'apparato sanitario abbiano tutti la loro logica specifica, il loro codice funzionale, col quale a nessuno è consentito d'interferire. Ragion per cui all'uomo non sembra restare altro che adattarsi (se ci riesce, altrimenti tanto peggio per lui). Con le parole di Niklas Luhmann, l'autore che certamente ha tematizzato con la massima radicalità la posizione funzionalista, potremmo anche dire che "l'uomo non è più il metro di misura della società"⁵. Ecco, in estrema sintesi, il senso per

certi versi inquietante di una società sempre più funzionalizzata.

Se guardiamo il sistema sanitario non credo sia difficile vedere quanto esso sia pervaso da questa logica funzionalista. L'uomo sembra veramente relegato nell'"ambiente" del sistema. Sia il medico che il malato diventano i poli di un apparato che funziona tanto più e tanto meglio, quanto più riesce a prescindere dall'"umanità" di entrambi. Già negli anni Cinquanta, Karl Jaspers aveva posto l'accento con preoccupazione su alcuni "pericoli della medicina scientifica". "Fra medico e malato – scrive Jaspers – si inseriscono cliniche, mutue, laboratori di ricerca. Sorge un mondo che rende possibile una pratica medica immensamente accresciuta nella sua efficacia, ma contrastante poi con la condizione stessa di medico. I medici divengono funzioni: medico generico, medico specialista, medico ospedaliero, tecnico specializzato, medico di laboratorio, radiologo"⁶. Quanto ai pazienti, essi sono ridotti sempre più a semplici "clienti" di un'"azienda" (la ASL) che li cura in modo sempre più impersonale, secondo procedure standardizzate (i famosi protocolli), applicate meccanicamente sulla malattia, non sulla persona ammalata. Accade così che il guadagno in termini di efficienza che certamente si ottiene da un siffatto sistema sanitario venga pagato in termini di "umanità", a causa delle modalità di funzionamento di tale sistema. "Grandi successi terapeutici vengono quotidianamente conseguiti su innumerevoli malati – è sempre Jaspers a dirlo. Ma, cosa stupefacente, vi è un'insoddisfazione crescente, tanto presso i medici, quanto presso i malati"⁷.

Un'epoca come la nostra, sempre più tecnicizzata e funzionalizzata, toglie con una mano ciò che riesce a dare con l'altra; offre certamente grandi opportunità per fronteggiare e guarire malattie che fino a ieri uccidevano senza essere nemmeno conosciute, ma al tempo stesso fa crescere in maniera esponenziale le nostre esigenze, le nostre aspettative di salute, fino a trasformare la malat-

tia in uno scandalo insopportabile. Chi più chi meno, oggi viviamo tutti nell'illusione che tutto sia tecnicamente possibile; anche quando lo sviluppo scientifico tecnologico desta qualche preoccupazione, in realtà tendiamo a pensare che saranno comunque la scienza e la tecnica a porre rimedio ai nostri problemi. Ciò accresce la presunzione che le cose del mondo dipendano soprattutto da noi, dalla nostra potenza; esaspera il nostro desiderio di essere felici su questa terra; toglie il terreno sotto i piedi alle cose del cielo. Quanto alla salute, in questa prospettiva, essa non è più un dono, il dono più prezioso che Dio possa fare agli uomini, ma diventa un "diritto" da rivendicare ad ogni costo. Bisogna guarire per forza. Se non si guarisce la colpa è dei medici. Un po' come accade di fronte ai terremoti: la prima cosa che facciamo non è quella di indignarci per una fatalità che sentiamo magari ingiusta, ma andiamo a caccia di coloro che non hanno costruito le case nel rispetto dei criteri antisismici.

Con una battuta un po' ad effetto, potremmo dire che questa nostra mentalità sta producendo una sorta di "reincantamento" del mondo su base tecnologica. Non è un caso che proprio oggi, nelle cosiddette società occidentali avanzate, si riscontri un grande revival di riti e pratiche magiche. Come aveva ben intuito Max Scheler, la magia non va classificata tra le forme di sapere metafisico o religioso, bensì tra le forme del sapere tecnologico. In effetti, se ci pensiamo bene, andiamo dal mago o dal fattucchiere soprattutto perché ci è insopportabile riconoscere che, poniamo, per una certa malattia non ci sia nulla da fare; ci è insopportabile non sapere in anticipo se questo o quell'affare andrà in porto, se riusciremo o no a superare quell'esame, se riusciremo o no a conquistare il cuore di quella bella ragazza ecc. ecc. Ciò che non dipende da noi (ossia la maggior parte delle vicende decisive della nostra vita) facciamo sempre più fatica ad accettarlo. Così, per una sorta di delirio di potenza, stiamo perdendo il senso della

realtà, il senso del nostro vero bene.

In un contesto socio-culturale come questo a cui abbiamo appena accennato, e riprendiamo così il nostro discorso, non ci vuole molto a capire quanto sia difficile oggi parlare di Sacramenti. Anche i Sacramenti, infatti, quando non vengono espressamente rifiutati, rischiano di venire accolti in modo magico strumentale, pensando soprattutto alla “salute”, non certo alla “salvezza”. Ciò nonostante, come dicevo all’inizio, non è il caso di perdersi d’animo. Sappiamo tutti che dietro il desiderio struggente di salute e di felicità, tipico della nostra epoca, sta per lo più la frustrazione di una cultura che, a furia di “artifici”, “artefatti”, “astuzie” a tutti livelli, ha perduto a poco a poco il senso della realtà. Ma come sapeva già Aristotele, la felicità “è un certo modo di vivere”; la stessa salute, come ha mostrato tra gli altri Hans-Georg Gadamer, non è un “prodotto” del medico, ma “quanto è naturale in sé”⁸. In ogni caso non si prende una pillola per essere felici; né si sceglie di non ammalarsi o di non morire; possiamo soltanto sperare di essere felici nonostante la malattia e la morte: ecco il realismo vero, seppure per certi versi drammatico, della nostra fede. A questo livello, a livello di fede, i sacramenti acquistano una realtà

divina; diventano senz’altro un intervento di Dio nella sfera umana per salvare l’uomo dalla malattia e dalla morte; ma essendo anch’essi fondati sulla croce, ci costringono non soltanto a non perdere mai di vista la sofferenza, ma a diventare quanto meno così “folli” da accettarla.

Chi ha assistito almeno una volta un ammalato sa quanto la fede possa dare serenità, forza, coraggio nell’affrontare la malattia e quanto tutto ciò abbia ripercussioni benefiche, reali, anche a livello fisico. Ritengo comunque che l’accettazione di cui parlavo sopra rappresenti il miracolo più grande che possa fare la fede in un mondo come il nostro, il miracolo di cui l’uomo odierno sente maggiormente il bisogno e al quale, forse, è più aperto di quanto spesso non si creda.

“Tutti gli uomini sono mortali, Socrate è uomo, Socrate è mortale”. Su questo sillogismo ragionava Ivan Ilie, il celebre protagonista del racconto di Tolstoj, ossessionato dalla morte che sentiva imminente. “Ma io non sono Socrate!!!” sembra gridare poi lo stesso personaggio, quasi per voler sfuggire ad ogni costo alla dura realtà. Ebbene bisogna dire che questa battuta è tanto più bella ed emblematica, proprio se pensiamo alla morte di Socrate così come ce la racconta il *Fedone* platonico. Ivan Ilie, da buon borghe-

se moderno, dopo aver confidato tanto in una vita ordinata e senza strappi, quasi “scientifica”, di fronte alla morte, non accetta più neanche la logica del sillogismo più elementare; Socrate sul punto di bere la cicuta è ancora così fedele alla realtà da raccomandare ai suoi discepoli di non dimenticare “il debito di un gallo ad Asclepio”.

So che i Sacramenti rappresentano molto di più. Ma mi accontenterei se, in un mondo evasivo, evanescente e crudele come il nostro, essi ci aiutassero a sopportare il male e la morte come ha fatto Socrate: da uomini.

Prof. SERGIO BELARDINELLI
Professore di Antropologia
Filosofica all’Università di Bologna
ed all’Istituto “Giovanni Paolo II”
della Pontificia Università
Lateranense

Note

¹ A. CAMUS, *La peste*, in Id., *Opere*, Classici Bompiani, Milano 1974, vol. I, p. 133.

² *Ibid.*, p. 306.

³ G. LEOPARDI, *Zibaldone*, 3031.

⁴ Cfr. S. BELARDINELLI, *Una sociologia senza qualità. Saggi su Luhmann*, Angeli, Milano 1993.

⁵ N. LUHMANN, *Sistemi sociali*, Il Mulino, Bologna 1990, p. 354.

⁶ K. JASPERS, *Il medico nell’era della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, p. 48.

⁷ *Ibid.*, p. 45.

⁸ Cfr. H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 42.

I Sacramenti: approcci antropologici

Introduzione

In questo contributo di ordine antropologico sui sacramenti, cercheremo di mettere in evidenza una sorta di andata e ritorno:

– da una parte la condizione umana, cioè l’uomo nella sua natura e la sua inserzione nella storia della salvezza, illumina il mistero dei sacramenti, mettendo in luce la loro convenienza ed il loro significato;

– d’altra parte, i sacramenti tanto nella loro struttura interna

quanto nei loro rapporti reciproci, illuminano il mistero dell’uomo, e mettono in evidenza secondo quali dimensioni della sua vita viene raggiunto dalla grazia divina.

Questo doppia riflessione suppone conosciuti i grandi dati della dottrina sacramentaria, e gli sforzi intrapresi più recentemente per reinserire la comprensione dei sacramenti nell’economia dell’incarnazione redentrice e nell’organismo ecclesiale. Su queste basi, cercheremo di mettere questi dati

in relazione col mistero dell’uomo, e di arricchirne la comprensione.

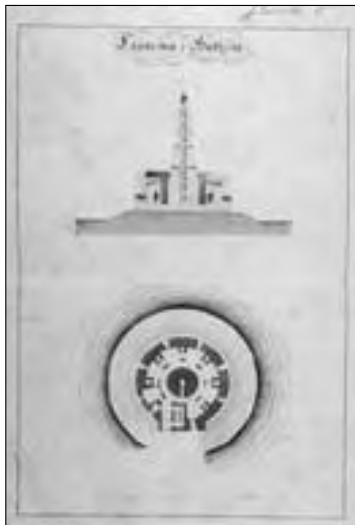
Per questo, partiamo da una difficoltà pastorale che è diventata abbastanza generale nei nostri paesi occidentali da alcuni decenni: il fenomeno della regressione della pratica religiosa. Una tale realtà suggerirebbe difatti che i sacramenti possano avere poco interesse per l’uomo di oggi. È veramente così? Possiamo afferrare quanto ciò rivela negativamente del rapporto tra l’uomo e i Sacramenti?

Che cos'è un "cattolico non praticante"?

Per tanti battezzati, i contatti con la chiesa avvengono solo in occasione delle grandi tappe dell'esistenza familiare: principalmente la nascita, il catechismo dei bambini fino alle soglie dell'adolescenza, il matrimonio ed il decesso. A queste si aggiungono le feste di Tutti i Santi, di Natale e di Pasqua. È proprio in queste occasioni che i preti sentono questa famosa affermazione: *"Padre, sono cattolico, ma non praticante"*. Il tutto è assortito talvolta di alcune osservazioni: *"Ciò non mi impedisce di provare a fare il bene, o di pregare personalmente; vale meglio la sincerità interiore che la pratica esterna ed ipocrita, ecc."*. Ora quando un dialogo più approfondito è possibile, ci si accorge che i veri problemi si pongono a tutt'altra profondità. L'espressione *"cattolico non praticante"* lascerebbe credere che si è ancora essenzialmente cattolici, ma che si è diminuito semplicemente un poco la frequenza dei gesti cristiani esteriori. Ma in effetti, la non pratica non rivela forse piuttosto un abbandono sostanziale della fede stessa? Che cosa crede, che cosa vive un *"cattolico non praticante"* sul piano religioso? Senza voler giudicare le persone caso per caso, l'esperienza dei dialoghi pastorali permette di discernere un certo numero di tendenze di fondo.

1. Il cattolico non praticante concepisce in generale la vita di fede secondo due aspetti: sul piano interiore, la sincerità (che può includere una certa vita di preghiera individuale), sul piano esteriore, la preoccupazione di una vita morale minimale (non uccidere, essere generosi ecc.). Tale è per lui l'essenziale della vita cristiana. Ora ciò che manca qui in primo luogo, è l'esercizio esplicito della vita teologale. Certo, non è necessariamente assente, soprattutto se la persona ha conservato una certa vita di preghiera (il che non è purtroppo sempre il caso). Ma ciò che ne resta tende a ridursi alla sfera intima individuale, e non trova più spazi per esprimersi

come tale all'esterno. Viene ferita quindi la dinamica personale dell'agire teologale dall'interno verso l'esterno, l'espressività del cuore filiale nella carne e nel mondo. Certo, la sincerità interiore trova ancora un'espressione in una certa preoccupazione di vita morale, ma questa preoccupazione non è specificamente cristiana (si può trovarla tanto dai buddisti che dagli agnostici, anzi dagli atei). Se c'è ancora fede in Dio o in Cristo, questa non trova più ad esprimersi in gesti o in parole specifiche ed esplicite: ciò vale per i sacramenti ma anche per ogni preghiera pubblica e visibile, per la preoccupazione di manifestare la propria fede intorno a sé, o ancora nel quotidiano per il desiderio di agire non solo onestamente, ma per amore esplicito di Cristo.



2. Questa rottura nella dinamica dell'esteriorizzazione presuppone quella del movimento di interiorizzazione spirituale. Questo significa la capacità di riconoscere e di integrare interiormente la presenza e le iniziative di Cristo così come si presentano a me nell'esteriorità concreta:

- nei sacramenti che hanno un carattere visibile, udibile e palpabile, e che prendono posto nella mia storia personale e sociale,

- più globalmente nella vita ecclesiale, appartenenza comunitaria che significa e realizza l'appartenenza alla comunione divina,

- ed anche in ogni tipo di avvenimenti, di chiamate e di

incontri mediante i quali è Cristo che parla ed agisce: questo povero sulla mia strada, questa opportunità di servire i miei fratelli, la mia professione, questa offesa subita che mi configura a Gesù crocifisso.

I non praticanti hanno in generale un senso molto attenuato di questa presenza vivente di Cristo e della sua amicizia divina nel cuore degli avvenimenti della loro vita concreta. Per quanto resta della loro vita sacramentale, è una sacralità sfumata che si sostituisce spesso alla fede vivente in Cristo operante per il potere attuale della sua risurrezione. L'appartenenza ecclesiale tende a ridursi ad una formalità giuridica poco attraente. In quanto al tessuto della vita quotidiana, vita di famiglia, di lavoro, di società o di vicinato, non appare più per la libertà come il luogo concreto di espressione e di realizzazione dell'elezione e della chiamata di Dio. Tende a ridursi all'alternanza subita tra costrizioni sociali stressanti e distrazioni compulsive. Il bisogno di Dio o di sacro non si manifesta più che in certe opportunità puntuali.

3. Tutta la rappresentazione spontanea del reale e della vita si trova quindi toccata. In un contesto di non pratica religiosa, Dio perde il viso concreto, storico ed incarnato che è suo in Gesù Cristo e nella sua Chiesa, ed Egli diventa l'oggetto di una credenza sfumata, *"una potenza sopra di noi"*. Ogni atto dell'uomo non concerne più *hic et nunc* il suo amore di Cristo: per il meglio basta intendere avere un bilancio morale globalmente positivo. Non si tratta più di cristianesimo ma di teismo. È fondamentalmente il mistero dell'incarnazione redentrice che viene perso di vista. Se è storicamente vero che la chiesa ed i Sacramenti sono i doni preziosi che Cristo ha pagato per noi con la propria vita, non mi posso allora sottrarre ad essi volontariamente senza ferirlo nel suo amore per me, e senza ferire la sua Chiesa mediante la mia assenza: nell'*hic et nunc*; sacramentale, difatti, questo amore mi è offerto, ed egli è con tanto più ardente

emergenza per Cristo che la mia missione e la mia eternità gli tengono infinitamente a cuore e si giocano attualmente. Se sono indifferente a questa realtà (forse certo senza che sia colpa mia), significa che non ho percepito il concreto di questo mistero che costituisce tuttavia il centro specifico, il cuore battente della fede cristiana.

4. Legato al mistero dell'incarnazione, ciò che è in causa è la percezione della realtà concreta e dell'alterità della Persona e dell'amore di Cristo la cui misura è sproporzionata alla nostra. Sembra al non praticante che basti la percezione della sua buona volontà morale. Confrontata in effetti all'amore ardente di Cristo al suo riguardo, è là una misura molto miserevole, e quasi deludente. Come dice Sant'Agostino, *"la misura di amare, è di amare senza misura"*: questa misura non può essere raggiunta dall'uomo se egli non la riceve da Quello che, *"avendo amato i suoi che erano nel mondo, li amò fino alla fine"* (Gv 13, 1). D'altra parte, il non praticante non vede interesse nei suoi gesti religiosi che a misura di "quanto ciò gli porta", questo, compreso da un punto di vista soggettivo ed immediato. Non prende in considerazione se questi gesti sono concretamente sensibili al Cuore di Cristo, o se portano obiettivamente qualcosa alla chiesa ed al mondo. È vero, certo, che l'atteggiamento dei non praticanti non è senza significato: se il 95% dei giovani che sono stati catechizzati si allontanano dalla pratica religiosa perché, dicono, ciò non porta loro niente, bisogna concludere per lo meno che in parecchi anni di catechismo, non abbiamo saputo far loro percepire esistenzialmente ciò che portano infatti i sacramenti. C'è là una vera domanda pastorale. Diventata esclusiva però, questa percezione dei sacramenti li riduce in occasione di una gratificazione psicologica, e dunque di una delusione e di un abbandono quando questa gratifica non c'è. È probabilmente là una logica di immediatezza generata per una parte dall'ambiente di consumismo nel quale vivia-

mo, il quale mi impedisce di percepire Cristo come trascendente i miei desideri. Questa stessa logica indebolisce tutto il campo delle relazioni interpersonali: tende a ridurre l'altro allo stato di puro mezzo di soddisfazione egocentrica. Per contrasto, l'obiettività materiale ed ecclesiale del sacramento che devo accogliere così come viene dato, manifesta una grazia di cui Cristo stesso, e non il mio sentimento, è l'origine e la misura.

Il fatto è molto chiaro nell'esempio del sacramento del perdono. I miei peccati sono storicamente partecipanti della crocifissione di Cristo, e non posso ridurre il perdono ad una gratifica, o ad un dato al quale avrei diritto mediante una piccola preghiera. Al riguardo di ogni persona da me offesa, ma più ancora al riguardo di Cristo, chiedere perdono suppone un momento di vulnerabilità effettiva. Esso manifesta che il mio peccato mi rende indegno di quanto chiedo, e che il perdono è tutto intero dono immeritato di Cristo *"che ha amato me e ha dato sé stesso per me"* (Gal 2, 20). Esso manifesta anche che Egli, e non io, è il giudice delle disposizioni interiori che mi abilitano a ricevere il suo perdono. Integrando la confessione al ministro mandato da Cristo, la struttura del sacramento del perdono consente questa vulnerabilità, questo sguardo di verità sulla mia vita accolta dall'esterno, e la gioia insperata del dono immeritato ricevuto. Tutti i tentativi per cortocircuitare questo momento si rivelano a questo riguardo insoddisfacenti, tanto obiettivamente quanto soggettivamente.

Concludiamo l'insieme di queste osservazioni. Che cosa rivela negativamente della posta antropologica dei sacramenti la non pratica religiosa? Mette in evidenza come i sacramenti sono per la persona fattori importanti dell'equilibrio spirituale del rapporto a Dio ed a Cristo. Il carattere obiettivo dei sacramenti permette l'equilibratura dinamica tra l'interiorità e l'esteriorità di chi li riceve. Questa equilibratura ha il suo riferimento fondamentale

nel mistero dell'incarnazione: il sacramento è avvenimento di salvezza nella storia della persona, iniziativa di Cristo che attualizza l'avvenimento centrale della salvezza, la sua morte e la sua risurrezione per tutti e ciascuno di noi. Il contesto di questa equilibratura si trova nella mediazione ecclesiale: il Sacramento si manifesta non solo come grazia individuale ma come grazia mediante la chiesa e per la chiesa, luogo concreto della comunione. Laddove la pratica dei Sacramenti sparisce, non ci si può quindi stupire di vedere slogarsi questo equilibrio, tra una soggettività chiusa ed un'obiettività insignificante, tra un'individualità intimista ed una Chiesa diventata estranea, tra una storicità secolarizzata ed un Dio astratto.

I Sacramenti e il senso del sacro

Abbiamo lasciato da parte un punto che occorre guardare ora da più vicino. Si è interpretata spesso la regressione della pratica religiosa nel solo contesto della secolarizzazione: quando sparisce la vita sacramentale, non resterebbe che la vita profana. Ora è sempre più evidente che non è così, almeno a lungo termine. Da alcuni anni, si parla del "ritorno del religioso". Solo la nostra mancanza di contatto vivente con la cultura reale può spiegare che non ci siamo accorti prima di questo: lo spiritismo diventava una moda fin dall'inizio di questo secolo; fin dagli anni '60, l'orientalismo aveva invaso il mondo della canzone (tra gli altri i Beatles); e la diffusione dei temi esoterici e parapsicologici era già molto avanzata negli anni '70 (sarebbe bastato per rendersene conto fin da queste epoche, guardare le scaffalature delle librerie per grande pubblico). Questi fenomeni sono diventati massicci. Indebolendo i riferimenti visibili ai gesti cristiani, la secolarizzazione crea solo temporaneamente un vuoto religioso: questo è molto rapidamente colmato dagli idoli profani (il progresso, il comunismo, la scienza, la moda, la gioventù e la salute ecc.), poi di fronte al-

la loro incapacità di rendere l'uomo felice, dagli idoli esplicitamente religiosi. Oggi, il problema non è più quello di fare accettare ad un mondo razionalistico che i miracoli cristiani esistono: è di mostrare che non sono un caso particolare dello "strano" in genere (poteri mentali, UFO, ecc.).

In che cosa consiste questo "sacro", che si sostituisce al "sacro cristiano" di cui i sacramenti sono il centro? Globalmente, corrisponde ad un indietreggiamento del viso personale di Dio: si ha meno a che fare con "qualcuno" che con "qualcosa di sacro", con un mistero anonimo e multiforme. Ne deriva una ricerca di espe-



rienze del sacro che non hanno più la forma di un incontro personale con Dio, ma di un'immersione in un grande tutto, o di una manipolazione di energie di tipo magico. Nel "channeling" new age, si cerca ancora di entrare in contatto con "entità spirituali", ma poco importa chi sono: l'interesse si trova nelle esperienze dove c'introducono, nei risultati o nei poteri ai quali è possibile accedere per esse. Del resto, le domande "chi è Dio" o "chi sono io" hanno tanto meno importanza quanto più le persone sono comprese come fasci di energie da armonizzare di cui non è escluso che possano fondere, anzi dividersi in "sottopersonalità". Una tale rappresentazione implica anche un indietreggiamento del senso della libertà, ed un'oscillazione tra il sentimento di essere sottomessi al flusso del tempo, e tentativi per dominarlo e manipolarlo (le "mancie"). Aggiun-

giamo infine che questo senso del sacro corrisponde anche ad un forte ritorno del pensiero simbolico per opposizione al pensiero concettuale e razionale. Cosmiche od antropologiche, tutte le esperienze simboliche diventano immediate "ierofanie", possibilità di una comunione diretta col divino. Siamo quindi in pieno panteismo: un Tutto divino di cui ogni uomo è supposto essere solo un aspetto, una Totalità ("hole") che un suo elemento particolare può fare entrare in qualche modo in risonanza nell'esperienza simbolica.

Si riconosce qui la figura del primo peccato: il tentativo di impadronirsi immediatamente dell'assoluto riducendolo a cosa (il frutto a portata di mano), tentativo che si paga con una riduzione di sé stesso a questo stesso stato (gli uomini diventano cose gli uni al riguardo degli altri, o ancora cose sbalottate dalle forze che li superano). Ora, questa figura del peccato è comprensibile solo nel suo rapporto alla grazia originaria che rinnega: *"l'essere umano ad immagine di Dio"*. Ora *"l'immagine"* nel suo senso biblico è una realtà quasi sacramentale: non solo la "rappresentazione" di qualcosa, ma in qualche modo la sua presenza effettiva (il che spiega il divieto veterotestamentario di fabbricare delle immagini di Dio). Se è tale la condizione originaria dell'uomo, ogni suo agire diventa segno efficace dell'agire amorevole di Dio: la polarità sessuale è segno efficace della presenza del Creatore alla sua creatura; chiamati a *"crescere e moltiplicarsi"*, l'uomo e la donna diventano, per il dono stesso della vita umana, ministri della vita divina dei loro bambini; e la relazione che intrattengono con la Creazione che devono *"riempire e sottomettere"* è chiamata ad essere il luogo del dono di Dio. Il "senso del sacro" simbolicamente inerente ai grandi avvenimenti antropologici ed al rapporto alla creazione si interpreta come ciò che resta, dopo il peccato, di un ordine sacramentale che avrebbe dovuto essere coestensivo con l'umanità agente. Ciò che resta, è un insieme di esperienze umane

che suggeriscono e chiamano il divino, ma non lo comunicano più. Ed in un contesto dove l'uomo cerca irreprensibilmente il divino, restano questi tentativi mancati di impadronirsi, caratteristici dell'antico come del nuovo paganesimo.

Non si può attribuire ai sacramenti lo stesso tipo di "sacro" di quello di cui vediamo attualmente il ritorno. I sacramenti ci situano come persone di fronte ad un Dio personale, e la grazia fondamentale che ci danno non è un'esperienza funzionale del divino, ma una persona divina reale e distinta, Gesù Cristo. Tuttavia, se ciò che abbiamo appena visto è esatto, allora la loro relazione col senso umano del sacro non è da concepire solo in termini di opposizione. Da parte dei non praticanti, le domande sacramentali appaiono soprattutto come desideri di sacralizzazione delle grandi tappe dell'esistenza. In altri termini, l'assenza di pratica religiosa ha ricondotto progressivamente il loro senso del sacro dalla sua forma personale e relazionale in Gesù Cristo, alla sua forma pagana coestensiva con la vita dell'uomo, e gravata più o meno di immediatezza e di anonimato. Tuttavia, il peccato ferisce la natura ma non la distrugge, e la grazia di Cristo non la nega, ma la guarisce e la eleva: come "nuova nascita", il battesimo intrattiene un autentico rapporto con la nascita umana; come "maturità cristiana", la confermazione ha un legame reale (da precisare) con la maturità umana. Ciò significa che le domande fatte alla chiesa di sacralizzazione delle grandi tappe della vita rimangono umanamente legittime. E nell'economia della grazia che è la nostra, solo i sacramenti cristiani vi corrispondono adeguatamente, pure trascendendo questa risposta. Lungi dal dovere essere disprezzato, il "senso del sacro" che queste domande sacramentali manifestano è dunque da prendere sul serio: è il luogo di un desiderio religioso che da una parte è legittimo, e che dall'altra, se non verrà evangelizzato, tornerà alle forme pagane che sono naturalmente sue fin dal primo peccato. Tutta la sfida del ministero

parrocchiale sta qui. Non ci si può accontentare di soluzioni unilaterali: sacramentalizzando sistematicamente, si riducono i sacramenti al sacro pagano, ma rifiutando i sacramenti per opposizione purista al sacro pagano, si commette un errore contro l'uomo, e contro il mistero dell'incarnazione che divinizza l'uomo non negandolo, ma guarendolo ed assumendolo. La chiave di questa sfida si chiama nuova evangelizzazione: in questo caso, consiste nell'accogliere le domande sacramentali così come sono, cioè nel loro stato iniziale pagano, per farne il luogo di un annuncio vigoroso della salvezza nel solo Cristo *"perché non c'è altro nome al cielo e sulla terra per cui possiamo essere salvati"*.

Conclusione

Una breve osservazione per concludere, sul contesto particolare che rappresenta la pastorale della salute. Un certo numero di realtà antropologiche prendono un peso singolare: la sofferenza e talvolta la prospettiva della morte, le do-

mande intorno alla colpevolezza ed al peccato (Perché lui? Perché io? Problema dell'AIDS), ma anche della salvezza (Che c'è dopo?). Questo, senza considerare il modo particolare in cui queste domande echeggiano esistenzialmente sui personali curanti. Da un lato, sono esperienze umane che mettono l'uomo di fronte alla sua impotenza radicale a salvare sé stesso, e nessuno luogo sembra più adatto che quello delle croci umane più pesanti, per annunciare la croce vittoriosa di Cristo. Dall'altro lato, è anche un campo che il neo-paganesimo "new age" cerca di occupare proponendo per esempio terapie psico-spirituali, o accompagnamenti dei morenti in vista di una morte "soft". E non parlo qui delle pratiche di certe imprese di pompe funebri che, in vista di un sedicente migliore servizio della clientela, cercano di recuperare ministri del culto come quasi impiegati per cortocircuitare le parrocchie (questo fenomeno che si è molto sviluppato negli USA comincia ad apparire in Francia). Tali sono gli elementi che sono da prendere in conto, o

che lo saranno a breve o a medio termine. La domanda che abbiamo visto porsi in modo acuto nelle parrocchie si traspone nel contesto della pastorale della salute: che cosa significherà concretamente il rapporto che abbiamo cercato di identificare tra pastorale dei sacramenti ed emergenza di evangelizzare o di re-evangelizzare (i malati, le famiglie il personale che cura)?

In questo contesto, i sacramenti più immediatamente in gioco sono quello dei malati, il perdono, l'eucarestia, l'ordine (presenza e ruolo dei preti e dei diaconi), e talvolta il battesimo in pericolo di morte. Quali sono i mezzi di manifestarli più chiaramente per ciò che sono: avvenimenti di salvezza incarnati nelle sofferenze umane, attualizzazioni della croce e della risurrezione, passaggio di Gesù Cristo in Persona, avvenimento ecclesiale?

Altrettante domande che rinvio ai vostri scambi che seguiranno. Vi ringrazio.

Prof. DENIS BIJU-DUVAL
Professore di teologia pastorale
speciale all'Istituto Pastorale
"Redemptor Hominis" della
Pontificia Università Lateranense

Un Sacramento per la sofferenza: la fede in Dio e la speranza di vita

L'azione rituale del Sacramento è quella particolare modalità di intervento della Chiesa grazie alla quale questa si rivolge all'uomo perché, aprendosi al Dio che salva, risponda all'iniziativa divina e possa dunque credere¹. L'uomo viene colto dal Sacramento in una situazione esistenziale, comunque concretamente qualificata, così da richiederli di articolare la risposta della fede all'interno di una situazione di vita ben determinata. La decisione della fede non rappresenta una scelta che si realizzi separatamente dal corso intrapreso dall'esistenza e sia con ciò astratta dal tempo e dallo spazio. La

verità divina, alla quale l'uomo corrisponde nell'atteggiamento della fede, possiede in se stessa una dimensione di universalità ma senza perciò stesso identificarsi con un principio astratto né tanto meno con un elemento generico. La verità divina si estende a tutti gli uomini con l'invito per ciascuno a mettere in atto una presa di posizione che si giustifica alla luce di una verità, quella di Dio per l'appunto, che, lungi dall'eliminare la singolarità di ciascuno, la sa efficacemente motivare e custodire. Con questo la verità divina si destina all'uomo, quando questi decide di sé, e la

via che consente a ciascuno di essere conforme alla verità è una via in ogni caso particolare. E precisamente a quella particolare esperienza che si qualifica come la condizione di malattia-(morte) e di sofferenza la Chiesa ha prestato una piena attenzione lungo tutta la sua vicenda, con una continuità che alle ricerche attorno ai fenomeni della storia risulta più che evidente².

A cominciare dai suoi inizi la Chiesa mostra così di prendere sul serio il rischio e la pericolosità che la situazione di sofferenza riveste nei confronti della riuscita di sé alla quale l'uomo è destinato in forza del-

la creazione. Fin dall'inizio della vicenda della comunità cristiana l'attenzione per quanti sono malati si esprime mediante un'azione che è nota e precisa nei suoi tratti essenziali, anche se, allo stato attuale delle indagini, non sempre facilmente ricostruibile nei dettagli, e che ha per finalità la salvezza di colui che si trova in preda alla sofferenza. L'invocazione della comunità, del tutto certa della potenza del Signore in quanto confortata da quanto ha potuto scorgere nel "risveglio" e nella liberazione dalla morte di croce, si rivolge



a Lui perché benevolmente risponda alla preghiera della fede. L'azione della comunità rende in questo modo del tutto trasparente la continuità che deve sussistere tra il compito, al quale la comunità dei cristiani si dedica, e la missione, della quale Gesù è stato il protagonista, in una maniera del tutto unica. L'azione fa parte della testimonianza della comunità che riafferma nel corso delle vicende dell'umanità quanto Gesù Cristo si è impegnato a realizzare una volta per sempre a beneficio degli uomini (cfr. *Mc* 6, 13; 16, 17-18). Nella realizzazione del compito è l'intera comunità a doversi sentire coinvolta, ma perché lo svolgimento e il significato del compito comune risultino coerenti con il momento originario e fondante della fede, il "presbitero" ha da svolgere un ruolo che gli è comunque proprio e quindi non di pura delega (*Gc* 5, 14-16).

La presenza del "presbitero" è il segno ed insieme la garan-

zia della qualità che la testimonianza dalla comunità dei cristiani deve possedere per poter essere solidale con quanto Gesù ha lasciato apparire attraverso l'economia della sua attività. Nella vicenda personale di Gesù Cristo è in effetti l'ultimo "tempo" della storia ad essere apparso all'interno della vicenda dell'umanità, collocando nel cuore stesso della storia il dinamismo che la anima. La preoccupazione dimostrata dalla comunità per il malato vuole essere, e lo è poi di fatto, l'espressione della piena associazione dei cristiani a quanto Gesù ha realizzato con i momenti di guarigione e di miracolo. Gli episodi di guarigione fanno certo la loro comparsa nel racconto del Nuovo Testamento secondo una misura indubitabilmente più abbondante rispetto a quanto non succeda per l'Antico Testamento³. Nell'Antico Testamento sono riportate tre sole narrazioni, perfettamente circostanziate, di risanamenti miracolosi nei confronti di situazioni di malattia: il fatto del serpente di bronzo nel deserto (*Num* 21, 9), la guarigione di Nàaman il capo dell'esercito del re di Aram (*2 Re* 5, 10-14) e la guarigione di Ezechia figlio di Acaz re di Giuda (*2 Re* 20, 1-11). Ora il più che chiaro ampliamento del numero dei miracoli di guarigione è voluto dal Nuovo Testamento allo scopo di mettere appositamente in luce il valore di definitività proprio dell'accadimento di Gesù Cristo. Nella guarigione si riconosce il dono dal quale è accompagnata la venuta del tempo definitivo, quello grazie a cui Dio introduce il compimento irreversibile della vicenda degli uomini.

Il compimento, mentre provvede a ricolmare l'uomo dei benefici divini, comporta di pronunciare il giudizio di totale condanna su quanto direttamente si oppone alla riuscita dell'uomo e, sfidandolo, procura solo minaccia e pericolo per l'uomo. L'opera definitiva di Dio è quella stessa della quale Gesù vive e in nome della quale parla con un grado di autorità che appare subito largamente differente da quella degli altri maestri. Questa opera di Dio trova la sua attuazio-

ne ed ottiene la sua visibilità mediante la risposta che le è data dall'uomo, il quale è invitato a credere, portando frutto contro ogni speranza, nel fatto che Dio stesso sia venuto a visitarlo in vista del compimento che non delude⁴. Il sigillo della risposta che l'uomo dà, gli è già stato presentato e concesso in forza della croce di Cristo, giacché lo stesso Gesù Cristo "deve" offrire tutto di sé affinché si manifesti la salvezza che Dio sa donare a colui che rimane fedele, fedele fino alla fine. È allora di estrema rilevanza il fatto che Gesù dichiari con la sua parola e faccia presente con il suo stile di vita come la beatitudine di Dio sia già presente ed operante in mezzo agli uomini. Ciò che egli si avvia a specificare è quale sia la forma nella quale unicamente la "felicità" può risultare il "compimento" dell'uomo e quale sia pertanto il motivo al quale ci si debba ispirare in vista della scelta da fare tra la vera e la falsa felicità, tra l'avere la vita e il perderla irrimediabilmente (*Mt* 5, 3-12). Gesù si mette così contro quella considerazione, certo più comune e diffusa, che ritiene di scorgere nella felicità lo scopo a cui l'azione dell'uomo deve tendere.

La felicità più che posta alla fine dell'azione, e dunque più che essere la conseguenza alla quale agendo l'uomo sembrerebbe in grado di giungere, è in realtà quanto viene a lui donato perché stia all'origine delle azioni da compiere. La sola possibilità di felicità, nella quale bisogna intravedere l'autentico compimento dell'uomo, non definisce ciò per cui e verso cui l'uomo opera, bensì la spinta che sorregge e il fattore che anima l'opera dell'uomo. La promessa evangelica introduce con ciò la novità di una ricompensa che appare certa per tutti coloro che non operano in vista del ricevere una ricompensa. La ricompensa è sicura per tutti coloro che vivono della libertà della fede giacché questa, non sorgendo da se stessa, può alimentare l'interesse per gli altri. Il dono accolto è la radice del servizio destinato a tutti, poiché nel servizio prestato non vi è nessuna ragione di contraddizione

o impedimento per la riuscita di se stessi. L'uomo di fede incontra il Signore nelle necessità del corpo materiale di questo nostro mondo e in riferimento a come si struttura l'incontro nella materia sarà pronunciato il giudizio attorno al comportamento che si è tenuto (*Mt 25, 35-36*). Pertanto, Dio non annulla il desiderio di felicità e di vita dell'uomo ma fa sì che il desiderio divenga pienamente conforme alla verità del vivere. In questo senso, anche se soltanto in questo senso, la sofferenza della malattia può essere detta una prova, nella misura in cui impone all'uomo di decidersi a proposito della vita e di quel significato per il quale egli, vale a dire nella sua specificità di essere personale, non vada perduto.

Il rito sacramentale è per l'appunto quanto consente all'uomo malato di attuare la sua decisione a riguardo dell'esistenza giacché la proprietà dell'atto rituale della Chiesa consiste nel mettere in campo ciò che il Dio di Gesù garantisce e rende possibile a totale beneficio di ciascuno. Che si tratti di un'autentica decisione da prendere e non di un semplice scorrere che, passando in rassegna gli eventuali responsabili della presenza del male, lasci tuttavia complessivamente immutato lo stato delle cose, lo prova anche il suggerimento che il filosofo Boezio prospetta a riguardo della questione del male e della colpa. Da carcerato e in attesa dell'esecuzione capitale egli insiste con il dichiarare: "Se Dio esiste, da dove il male e l'empietà? Così anche il bene da dove, se egli non è?". L'unica formula, che possa aspirare a identificare la giusta posizione della questione del male, riveste pertanto la configurazione della domanda, alla quale si risponde solo a condizione di esporvisi in prima persona. Nella risposta sempre e comunque personale, secondo quanto Boezio sottolinea, ad essere chiamato direttamente in causa è Dio stesso. L'appello a qualcun altro, che non si identifichi con Dio, trasformerebbe la portata di male insita dentro la sofferenza e dentro la colpa in qualcosa di nettamente insignificante. Il

processo intentato a proposito del male lo si deve condurre fino a Dio, per interrogarsi su quale sia la natura, che è quella specifica di Dio, e su quale sia il contenuto della volontà divina in riferimento all'uomo così come egli è nella concretezza della quotidianità.

In effetti, un'alternativa sembrerebbe sollevarsi tra la bontà e la potenza divine: se Dio è buono perché non provvede lui ad arginare il male, e se è potente perché allora tollera il male e l'influsso del male sull'uomo e sul mondo?⁵ La malvagità del male raggiunge, secondo il giudizio dell'uomo, la sua espressione più evidente quando la disgrazia colpisce l'"innocente" e ne diventa vittima, in modo particolare, il bambino "innocente". L'estensione della minaccia del male risulta in questa maniera senza confini: non soltanto perché il male giunge a colpire all'improvviso, ma soprattutto perché non mostra di avere rispetto per nessuno o anche di avere una qualche attenuante per qualcuno. Nel caso del bambino l'uomo appare privo della stessa possibilità della parola e dell'azione, mediante le quali almeno prendere le distanze dal male, indicandone il grado di estraneità rispetto a quanto il desiderio di vita contiene e



propone. A tale proposito, e dunque la chiara certezza del profilo nettamente distruttivo del male, la voce più critica che si eleva contro la prepotenza e il peso per nulla aggirabili del male è quella riportata nei testi della Sacra Scrittura. La Bibbia non prevede di presentare chi sia Dio e in che co-

sa consista la sua azione di rendenzione pretendendo di metterli al riparo dal lamento dell'uomo sofferente⁶. È il libro dei salmi, che secondo una prospettiva del tutto esclusiva, ma grazie a cui si viene a rileggere l'intero messaggio della rivelazione scritturistica, riferisce la lamentela di colui che soggiace alla sofferenza.

Nello stesso libro di Giobbe, quanto i miti hanno cercato ripetutamente di minimizzare – vale a dire la necessità di intenteare con la divinità la discussione attorno al male – è proposto come una questione inevitabile, quando non si voglia appunto banalizzare o sottovalutare la sofferenza dell'uomo. Giobbe non si mostra né tranquillo né rassegnato, e per questo non si sottrae dallo scandagliare quanto più solitamente veniva sostenuto dagli altri e che gli amici sono pronti a ricordare facendolo valere come opinione comune. Ciò che interessa al racconto del libro è la particolare forma di "sottomissione" alla quale il personaggio del testo giunge e per la quale questi, che pure non rinuncia ad elevare la sua protesta contro Dio, non intende tuttavia arrivare alla negazione di Dio. In altre parole, l'accusa e la protesta di Giobbe non si mettono fuori dall'orizzonte della fede, ma proprio dall'interno di essa si cerca un chiarimento per poter ritrovare e comprendere più pertinentemente ciò che si crede. Questo medesimo obiettivo lo si nota operante nella formula del salmo che, secondo il giudizio di alcuni studiosi, riveste la stessa funzione che hanno gli "ex voto". La preghiera la si formula in effetti una volta che è stata raggiunta la finalità di salvezza della quale il salmo parla. Ma in questo modo, dando un forte rilievo al linguaggio della lamentela, l'uomo, che prega con il salmo, chiarisce come non si possa considerare "naturale" da parte dell'uomo il soggiacere alla spinta del male.

La richiesta spontanea è allora di mettere fine a tutte quelle forme di religione e a tutti quei sistemi di riflessione che vorrebbero spacciare il male come l'espressione nor-

male della qualità di finitezza dell'uomo e della dote di incompiutezza del mondo nel cui spazio l'uomo vive. Il male non è il semplice contrassegno dell'essere al mondo dell'uomo e il semplice dispositivo mediante il quale nominarne l'identità. Il male è propriamente ciò che attacca l'uomo aggredendolo nella sua totalità, senza limitarsi a metterne in difficoltà un aspetto o a porne in discussione un profilo, lasciando sopravvivere intatte tutte le altre componenti. Il che significa che non esiste nessun motivo di necessità dentro l'affacciarsi del male sulla scena della vita dell'individuo e del mondo degli uomini. Non c'è alcuna pertinente motivazione perché si convalidi la dichiarazione che sostiene come il male debba esistere obbligatoriamente. Piuttosto la definizione del male è quella che lo indica come ciò che di per sé non deve in nessuna maniera e per nessuna finalità esserci, né dentro né fuori dell'uomo⁷. Nell'esplicitare la propria contrapposizione al male l'uomo orante dei salmi esplicita insieme il criterio ultimo delle asserzioni che la preghiera propone, identificandolo nella dichiarazione fiera e risoluta dell'esistenza. Come sia possibile che l'uomo giunga ad avere il suo nome, quello che gli appartiene in una maniera naturalmente esclusiva e propria, in questo sta l'essenziale della preghiera dei salmi elevata nei casi di sofferenza e male.

Così la preghiera, cioè il linguaggio peculiare della relazione umana a Dio, fissa e tematizza quanto si può facilmente considerare la caratteristica e la radice tipici del male e della sofferenza. È l'ingiustizia a definire il tratto centrale dell'esperienza del male e dunque il tratto con cui una tale esperienza si impone alla percezione, ma in definitiva alla resistenza, dell'uomo. Il complesso dei discorsi, che mirano a decifrare in chiave speculativa l'essenza del male, e il complesso dei progetti, che esigono invece di limitarne in prospettiva pratica la potenza di negazione, sono messi prontamente in difficoltà, giacché largamente insufficienti nel delineare

una chiarificazione a proposito di quanto l'esperienza umana del male mette in gioco. L'affermazione, secondo cui gli uomini sono esposti indistintamente e costantemente alla prepotenza dell'ingiustizia, come non dissolve la causa del



dolore neppure sa allontanare o anche perlomeno attenuare il grado di problematicità con la quale la presenza del male si introduce. Lo stesso richiamo alla qualità della fragilità, che accomuna in un unico insieme e sotto un medesimo genere gli uomini, lascia poi andare ciascuno verso un destino che non è all'altezza del desiderio di riuscita del quale l'uomo si avverte portatore e su cui fa incamminare il pensiero e la volontà. Il male è di per sé tutto ciò che sopravviene ad interrompere il percorso dell'esistenza dell'uomo rendendola tanto profondamente inintelligibile da costringere ogni persona a rimanere lontana da qualunque possibilità di riparo, in una solitudine che per ciascuno non può che essere la più completa.

A questo proposito l'interrogativo irrinunciabile per la pratica e per la riflessione attuali della Chiesa riguarda il modo grazie al quale rendere agibile il confronto con l'esperienza secolarizzata di male caratteristica di questa stagione dell'epoca contemporanea. Anche il ritorno in campo del sacro non sembra saper mutare la tendenza prevalente della secolarizzazione ma le si affianca, finendo per ribadire in sostanza la linea di tendenza. L'ultimo scorcio del secolo appena passato è stato definito, non

senza una certa pertinenza, come un tempo religioso, ma una tale qualifica attende di venire adeguatamente valutata e spiegata a partire dal senso del tutto peculiare del comportamento della fede. L'interrogativo cade in particolare sulla capacità di culto dell'uomo contemporaneo in quanto questi, attraverso i progetti che coltiva, fa prevalere la figura di una umanità dei fatti, priva di tradizioni, la figura di una umanità che risulta essere insieme fluttuante ed infeconda. In gioco non vi è la capacità di culto dell'uomo presa in se stessa, ovvero considerata nel suo costitutivo essenziale, ma la possibilità di entrare nella logica singolare dei simboli rituali della fede. Ora, il rito sacramentale dell'unzione occorre assumerlo non separatamente da Colui che proprio secondo questo determinato modo, quello dell'azione del rito, esprime la sua volontà di salvezza ed offre all'uomo il criterio in nome del quale credere. Il rito della Chiesa nel prendere le distanze dal male colloca l'atteggiamento del Crocifisso nella storia della Chiesa a favore dell'uomo di ogni tempo e luogo.

È il Crocifisso colui che allontana il possibile sospetto dell'uomo nei confronti di un Dio perverso ed impotente, per rivelare piuttosto un Dio che pur non essendo responsabile del male, nondimeno non si trae fuori dal confronto che l'uomo ingaggia con il male. L'azione rituale della Chiesa consente a ciascuno di collocare la propria condizione di sofferente nel fuoco di questo accadimento singolare che è quello del Crocifisso. Il Sacramento non è così il semplice strumento educativo che cerca di preparare la coscienza dei cristiani perché il loro comportamento sia all'altezza delle richieste della volontà di Dio. L'azione sacramentale consente un'effettiva partecipazione alla forza divina che mette in moto ciò in cui essa stessa diventa effettiva e manifesta la sua potenza. La natura di questa forza rimane nascosta fino a tanto che l'uomo non vi si dedica senza compromissioni, acconsentendo a lasciarsi attraversare da essa in-

tegralmente. L'annuncio: "Non temere", con il quale Dio accompagna il proprio manifestarsi all'uomo, diventa fecondo quando, nell'"adesso" della decisione, l'uomo non vi si sottrae. Il paradosso tutto cristiano di un "guadagno di per sé soltanto gratuito" dell'esistenza personale è quanto l'azione rituale della Chiesa rende possibile a ciascuno. È essa a schiudere all'uomo le condizioni essenziali per un'adesione incondizionata al Dio di Gesù che ascolta senza esitazione chi lo invoca nella fede.

Prof. SERGIO UBBIALI
Professore di Teologia Dogmatica
alla Facoltà Teologica
dell'Università di Milano

stiana (= Bibliotheca "Ephemerides Liturgicae". "Subsidia" 73), C.L.V. - Edizioni Liturgiche, Roma 1993, pp. 303-336; ID., *Il sacramento cristiano*, in *Celebrare il mistero di Cristo*, Manuale di Liturgia a cura dell'Associazione Professori di Liturgia, Volume II, La celebrazione dei Sacramenti (= Bibliotheca "Ephemerides Liturgicae". "Subsidia" 88), C.L.V. - Edizioni Liturgiche, Roma 1996, pp. 13-28; ID., *Il sacramento e la fede*, in *La Scuola Cattolica* n. 127 (1999), pp. 313-344.

² Per i risultati a cui l'indagine della teologia è giunta nel frattempo, dando peraltro pieno rilievo all'istruzione che l'insegnamento del Concilio Vaticano II ha inteso offrire attorno alla questione, cfr. S. UBBIALI, *La teologia della unzione per gli infermi*, in *Teologia* n. 10 (1985), pp. 259-271; ID., *Penitenza - Unzione degli infermi*, in *La Scuola Cattolica* n. 114 (1986), pp. 565-571; P. ADNÈS, *L'onction des malades. Histoire et théologie (Théologie nouvelle)*, Paris, FAC-Éditions 1994 (tr. it.: *L'unzione degli infermi. Storia e teologia*, tr. di Mirella Magnatti Fasiolo [Universo teologia. Dogmatica, 51], Cinisello Balsamo [MI], San Paolo, 1996); A. BÉRARD, *L'onction des malades. Sacrement de guérison ou de préparation à la mort?*, prefazione del cardinale Paul Poupard, Paris, Téqui 1996. La dottrina dogmatica approvata a Trento è precisata e spiegata da A. DUVALL, *Des sacrements au Concile de Trente* (Rites et symboles), Paris, Cerf 1985.

³ G. CRESPI, *La guérison par la foi* (Cahiers théologiques, 30), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé 1952.

⁴ Sul rapporto tra fede-speranza e liturgia cfr. P. PRIGENT, *Apocalypse et Liturgie* (Cahiers théologiques, 52), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé 1964; U. VANNI, *La struttura letteraria dell'Apocalisse* (Aloisiana, 8), Roma, Herder

1971; ID., *Apocalisse. Una assemblea liturgica interpreta la storia* (Leggere oggi la Bibbia LoB. 2, 15), Brescia, Queriniana 1982; P. PRIGENT, *L'Apocalypse de Saint Jean* (Commentaire du Nouveau Testament, 14), Neuchâtel, Delachaux & Niestlé 1981 (tr. it.: *L'Apocalisse di S. Giovanni* [Commenti biblici], Roma, Borla 1985).

⁵ P. RICOEUR, *Le mal. Un défi à la philosophie et à la théologie*, Genève, Labor et Fides 1986 (tr. it.: *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*, postfazione di Paolo De Benedetti [Il pellicano rosso], Brescia, Morcelliana 1993); A. LA-COCQUE - P. RICOEUR, *Penser la Bible, texte d'André LaCocque traduit de l'anglais par Aline Patte et revu par l'auteur (La couleur des idées)*, Paris, Editions du Seuil 1998.

⁶ P. BEAUCHAMP, *Création et séparation. Étude exégétique du chapitre premier de la Genèse* (Bibliothèque de sciences religieuses), Paris, Aubier Montaigne 1969; ID., *L'un et l'autre Testament. 1. Essai de lecture* (Parole de Dieu), Paris, Éditions du Seuil 1976 (tr. it.: *L'uno e l'altro Testamento. Saggio di lettura*, tr. di Alfredo Moretti, Edizione italiana a cura di Lorenza Arrighi [Biblioteca di cultura religiosa, 46], Brescia, Paideia 1985); ID., *Psaumes nuit et jour*, Paris, Editions du Seuil 1980 (tr. it.: *Salmi notte e giorno*, tr. di Giampaolo Natalini [Orizzonti biblici], Assisi, Cittadella 1983).

⁷ S. UBBIALI, *Teologia, salute e salvezza. La rivelazione di Dio e i beni dell'uomo*, in A.N. TERRIN (a cura di), *Liturgia e terapia. La sacramentalità a servizio dell'uomo nella sua interezza* (= "Caro Salutaris Cardo". Contributi 10), Messaggero - Abbazia di Santa Giustina, Padova 1994, pp. 271-312; ID., *Il male e la libertà. La sovrabbondanza del bene e la contrarietà della perversione*, in *La Scuola Cattolica* n. 126 (1998), pp. 433-464.

Note

¹ Per quanto concerne la questione generale del Sacramento: S. UBBIALI, *La riflessione teologica sui sacramenti in epoca moderna e contemporanea*, in *Celebrare il Mistero di Cristo*, Manuale di Liturgia a cura dell'Associazione Professori di Liturgia, Volume I, La Celebrazione: Introduzione alla Liturgia Cri-

Segni di salvezza: i Sacramenti nella Pastorale della Salute

La cura dell'uomo sofferente nella situazione di malattia appartiene alla sostanza stessa del Vangelo (*Lc* 9, 16; 10, 19; *Mt* 10, 58; 6, 7-13...). La missione, che è impulso e forma dell'azione pastorale, comprende tutta l'opera di Gesù, la sua predicazione, le sue guarigioni, la vocazione e l'edificazione dei credenti. Come per il Maestro, anche per i discepoli essa ha una dimensione globale: "Il Signore Gesù Cristo, medico delle nostre anime e dei nostri corpi, colui che ha rimesso i peccati al paralitico e gli ha reso la salute del corpo, ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spi-

rito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza, anche presso le proprie membra"¹.

Fin dai primi secoli cristiani la cura degli infermi ha avuto un posto di primo rilievo nella vita apostolica della Chiesa. Gli ospedali nacquero per iniziativa religiosa. Secondo il rilevamento realizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute nel 1988, sono più di 22.000 nel mondo le istituzioni sanitarie fondate e ancora gestite dalla Chiesa.

Questa antica radice si sviluppa coerentemente secondo modalità diverse, in relazione ai contesti e alle situazioni.

Mai come oggi la pastorale sanitaria sembra aver acquisito una prospettiva così dilatata e comprensiva. Da esercizio di carità accanto al letto dell'ammalato essa ha ampliato i suoi orizzonti ai problemi dell'etica medica, a quelli dell'ambiente, della qualità della vita, dell'organizzazione del servizio sanitario.

Non si tratta soltanto di opera di supplenza. Una decina di anni or sono il cardinale O'Connor, Arcivescovo di New York (in quella diocesi il bilancio delle istituzioni sanitarie supera il miliardo di dollari all'anno) si interrogava sulla ragione di tanto impegno ecclesiale: non era

forse più opportuno lasciare questo compito ai Governi? La risposta – ribadiva il cardinale – è una sola: perché la Chiesa crede nel valore sacro di ogni essere umano che non è un numero né un oggetto, ma una persona che va trattata come persona. Poiché l'uomo è la via della Chiesa, è attraverso questa attenzione all'uomo che passa, obbligatoriamente, anche la nuova evangelizzazione.

E, tuttavia, tale antica propensione è oggi esposta a contestazione.

Problematizzazione

1. La deriva culturale

Il disincanto annunciato (Max Weber) e lo smarrimento avvenuto, con la sua mescolanza di secolarizzazione e superstizione, di dubbio e credulità, con l'afasia dei grandi racconti (F. Lyotard) e il fascino sottile dell'aura teosofica orientaleggiante... Un panorama variegato e complesso che incrina ogni inflessione metafisica (e ogni prospettiva escatologica), e porta con sé la relativizzazione di tutti i contenuti normativi (aspetto etico): scompare l'idea di una qualità morale intrinseca delle azioni e dei comportamenti, sostituita da un riferimento pragmatico all'interesse² che è alla base del controllo sociale. Una maggiore (apparente) libertà, pagata da un marcato soggettivismo che si ripiega tuttavia in un deludente narcisismo...

Ne consegue che l'identità, invece di realizzarsi attraverso un adeguamento a codici prescritti (abbattimento dei meccanismi di controllo sociale, affrancamento etico...), si costruisce non *nella*, ma *come* biografia: l'identità non è più rinvenibile nei ruoli e nelle relazioni sociali; diventato uno, nessuno e centomila, l'uomo deve cercarla in un io autoreferenziale; il tragitto iniziato con il 'cogito ergo sum' cartesiano giunge così al suo esito più inquietante: "Non potendo essere designato dal nome che porta, dalla discendenza da cui proviene, dal paese di cui è originario, dalla terra che occupa, dalla lingua che parla,

dalla religione che professa, ognuno finisce con l'essere definito dal vestito che porta, dai mobili e dagli oggetti di cui si circonda, dalla musica che ascolta, dallo sport che pratica, dalle parole che usa. Le pratiche più minute della vita di ogni giorno sono diventate i segni minuscoli in cui si scrivono le classificazioni sociali, segni distintivi che si distribuiscono secondo le leggi generalizzate dell'economia di mercato"³.

Un crescente disorientamento per il singolo, ma anche un'aura di autonomia cui non si vuol rinunciare. Una mesco-



lanza di tolleranza e incertezza, relativismo e fanatismo. Paradossale, ma non troppo, se ha ragione Berger: "L'individuo completamente tollerante è *ipso facto* un individuo per il quale nulla è vero, e in ultima analisi, forse, un individuo che non è nulla. È questo il terreno da cui spuntano i fanatici"⁴. Una tolleranza intesa come disimpegno e qualunque cosa culturale; un narcisismo che oscilla tra il prometeico (grandezza, onnipotenza, isolamento...) e il parassitario (superficialità, vacuità, mancanza di progettualità).

Anche il ritorno del sacro, annunciato con illusa speranza, si estenua tra ipertrofia ed evanescenza. Anzi, sembra a molti analisti che sia messo in discussione l'avvenire medesimo del cristianesimo nel mondo moderno.

La transizione dalla civitas alla megalopoli, il sorgere del 'villaggio globale', e poi della

città virtuale, produce quella dissezione tra il mondo-della-vita e il mondo-dei-sistemi che genera la disillusione e lo smarrimento, la folla delle solitudini.

Dispersione nel supermercato del sacro, religiosità antropologica, cosmica e superstiziosa, ma soprattutto fai-date; recezione selettiva e debole della fede cristiana, con marcata tendenza al sincretismo. Una religiosità separata dalla realtà socioeconomica.

L'istituzione chiesa è l'elemento più coinvolto nella crisi... ma è anche il più 'resistente'. Diminuzione della pratica religiosa. L'osservanza suppone in primo luogo la permanenza; ora le città sono sotto ogni profilo dei poli di mobilità. Il rapido sviluppo urbano, poco favorevole agli adattamenti individuali alla vita urbana, costituisce un'aggravante della caduta della pratica. Ma anche nella campagna, trasformata in periferia della vita urbana, la pratica cessa di costituire una dimensione della vita collettiva, per diventare una scelta individuale e privata, decisamente fragile.

La parrocchia tende a scomparire in un insieme topograficamente indifferenziato... può anche costituire un luogo di raggruppamento per affinità sociali e/o culturali, ma con rapporto debole o assente con la realtà urbana circostante: "In meno di trent'anni questa civiltà parrocchiale, direttamente derivata dal cattolicesimo post-tridentino, si sgretola"⁵.

Il prevalere del mondo dei sistemi sul mondo della vita conduce alla privatizzazione della religione; o al suo ruolo pubblico mutilato: agenzia di servizi in risposta a bisogni specifici (socialmente utile – culturalmente irrilevante).

Questa considerazione conduce direttamente al tema della salute: anche in questo campo è apprezzato il ruolo storico e l'impegno attuale delle realtà ecclesiali. Ma non la prospettiva culturale che la fede comporta, sia sul piano della concezione della cura della salute, sia su quello delicatissimo di alcune cruciali questioni bioetiche.

L'era della massificazione è

al tempo stesso l'era della soggettivizzazione Illumina questo retroterra culturale l'intuizione di Hegel, con anticipazione lucida e sorprendente: "Conformismo e individualizzazione hanno ambedue la loro radice nel fatto che i vincoli e le relazioni sociali si sono allentati e sono diventati meno cogenti... che la mobilità della società industriale facilita l'adeguarsi ai modelli di comportamento socialmente accettati, e favorisce altrettanto il ritirarsi nella sfera delle cose private e personali, lontano dalle convenzioni e costrizioni sociali"⁶.

In questa società, intesa come 'sistema di bisogni', gli uomini si associano necessariamente soltanto in quanto portatori di bisogni, in quanto produttori e consumatori. Tutto ciò che completa la vita umana (cultura, religione, tradizione, nazione, morale ecc.) è escluso dai rapporti sociali e lasciato alla libertà individuale di ciascuno⁷, a meno che non si pieghino alla stessa logica, diventando società di servizi. In questo senso la religione, che non ha più a che vedere con il fine principale della società, viene tuttavia riconosciuta in una funzione di sgravio e di compensazione.

Questo spiega anche la notata scarsa rilevanza sociale della prospettiva cristiana. Essa appare sempre più come un'etica che si esprime solo come esigenza astratta: l'amore cristiano emigra dalla sfera della giustizia e dell'ordinamento sociale...

Per una religione la stagione critica si profila quando essa subisce l'azione della società civile invece di esserne ispiratrice. Sotto questo profilo si devono correggere e integrare tutte le diagnosi troppo centrate sull'esistenziale e sull'individuo: si può dire, in un certo vero senso, che la fede cristiana è socialmente irrilevante non perché il mondo è diventato miscredente, ma perché non c'è più bisogno di essa in questo assetto di società: le società moderne hanno imparato a tenersi in equilibrio in modo tale che "le funzioni di una cultura normativa, caratterizzata da idee

condivise da tutti, divengono sempre più superflue"⁸.

Non si devono sottoscrivere i pronostici dei profeti della secolarizzazione; sarebbe tuttavia ingenuo pensare che la situazione attuale corrisponda a una depressione temporanea, a un incidente di percorso. Esso chiede pertanto quella nuova evangelizzazione cui chiama da tempo il Papa.

La cura della salute ne è capitolo essenziale, sia perché le sofferenze umane che sono causate dalla società industriale consistono essenzialmente nell'isolamento sociale e si configurano come 'morte sociale', mancanza di rapporti: una cura della salute da cui la persona è assente; sia perché in essa – la cura della salute – si manifesta il mistero del male e la forza della Redenzione.

La perdita di rilevanza culturale della prassi cristiana di cura della salute e della sua intrinseca connessione con il dono della salvezza – in altri termini l'appannamento della valenza sacramentale complessiva della cura della salute, come segno efficace, anche se solo prolettico, della salvezza – porta con sé l'attenzione verso il preteso potenziale terapeutico dei nuovi movimenti religiosi. La maggior parte di coloro che partecipano a seminari di studio, workshop, incontri di gruppo, puntano alla salute del corpo e dello spirito, a partire da una esperienza di profondo disagio esistenziale. Le sempre più numerose organizzazioni spirituali esoteriche, che pretendono di condurre le persone a livelli superiori di coscienza, promettono una sicura efficacia terapeutica. Posti tra gnosticismo e sincretismo, essi invitano a fondersi con la Natura e il Cosmo, per captare la scintilla della grande Energia spirituale e universale, attraverso un contatto immediato e diretto con la divinità che è dentro ciascuno. Un nuovo paradigma culturale che promette salute e benessere nell'immediato presente.

Offrono risposta ai bisogni di identità e armonia, di e sicurezza, di riconoscimento e accettazione sociale attraverso un'atmosfera di calore e vicinanza – il cosiddetto 'love bombing'

(bombardamento d'amore – e la guida di un maestro. Alcuni di questi movimenti – come la 'Christian Science' – influenzano non solo la vita religiosa delle persone, ma anche l'approccio alla malattia e alla salute, tanto da diventare una 'religione di guarigione'.

Rimozione della malattia e della morte nella società sistemica, efficientista e culturista; e, d'altro canto, ipetrofia salutistica: "La società industriale ha individualizzato l'uomo come produttore e consumatore e ha disgregato la sua appartenenza alle comunità originarie. La famiglia, la tribù, la comunità del villaggio non sono più le sue 'assicurazioni socia-



li' naturali nelle situazioni d'infanzia, nella malattia, nell'invalidità e nella vecchiaia. Di conseguenza, lo Stato moderno è costretto ad organizzare un sistema statale di assicurazione sociale. Le sue prestazioni devono risarcire l'individuo per la disgregazione delle comunità vitali preesistenti. Ma poiché il sistema industriale non tiene conto di alcun limite nazionale, culturale o di altro genere della collettività, l'organizzazione di servizi statali non può che adeguarsi alla disgregazione delle comunità. Lo si vede chiaramente nello spostamento delle masse di manodopera nei Paesi industrializzati, di capitali e impianti industriali nei Paesi a basso costo di lavoro ecc. Ma se lo Stato, come 'Stato sociale', non fa che seguire i cambiamenti della vita provocati dall'industrializzazione, non si

può affatto dire che sia lo Stato a guidare i destini del popolo⁹. Le 'tentazioni eugenetiche' che riaffiorano in materia di procreazione assistita, manifestano di cedere alla tentazione dell'utopia, attraverso la pretesa di raggiungere una perfezione biologica che elimini la finitezza dell'uomo e, quindi, la malattia e la morte.

2. Le difficoltà della Pastorale

a. Contrazione numerica dei presbiteri e nuove forme di ministerialità

La diffusione delle ministerialità non ordinate nella cura dei malati (cappellanie ospedaliere...) comporta il rischio – non di per sé, ma per la concomitanza della contrazione numerica dei presbiteri – di causare la rarefazione della celebrazione dei sacramenti negli ospedali e nell'assistenza ai malati. Si accentua la tendenza a declinare il dono della Salvezza entro le categorie – utili, se idonee, ma pur sempre radicalmente insufficienti – del sostegno psicologico (*clinical pastoral counselling*).

b. Una riforma liturgica dimezzata

La realizzazione della riforma liturgica promossa dal Concilio Vaticano II, con le sue difficoltà e le sue incomprendimenti (dovute non all'impulso conciliare, ma alla sua recezione, troppo spesso selettiva, miope e avventuristica) mostra con tutta evidenza le difficoltà del cammino. In sintesi, le carenze principali che influiscono pesantemente sulla celebrazione dei sacramenti in contesto di malattia sono:

- persistenza di una ritualità formale ed esecutiva;
- linguaggi gestuali e verbali poco significativi;
- arbitrarie innovazioni e 'selezioni' celebrative.

La giusta preoccupazione per la fede di chi chiede i sacramenti ha condotto a volte a una liturgia verbosa, con un forte accento didascalico e/o parenetico o esortativo, che la appesantisce e la snatura.

c. Rischio di ambivalenza e contraffazione

Non nel senso – da respinge-

re esso stesso per ambiguità! – segnalato da Chauvet: "La ritualità sacramentale risulta dunque particolarmente ambigua. Se da una parte è un privilegio, dall'altra è anche nello stesso tempo un tranello. Un tranello psichico: quante nevrosi sono state favorite o sostenute, di fatto, dalla pia assistenza al 'santo sacrificio' della messa, dalla 'teofagia' della comunione eucaristica, dal 'desiderio di dire tutto' nell'oscuro segreto del confessionale...! Un tranello sociale: quante strategie sociali e politiche nelle assemblee liturgiche non hanno fatto da alibi (conservazione dell'ordine stabilito, mantenimento della gerarchia civile o religiosa, difesa dei privilegi...)!"¹⁰.

Piuttosto, a causa di una sempre incombente aporia tra significato oggettivo e recezione soggettiva, non solo come 'disposizioni' corrette e buone a livello conscio, ma come reale condizionamento a livello inconscio. Sono in gioco, su questo piano, sia la capacità simbolica del fedele, sia la capacità e la congruità simbolica del 'celebrante': non si tratta solo della fruttuosità del sacramento, ma di una sua oggettiva estenuazione (anche se l'azione umana non sarà mai capace di neutralizzare, sul piano oggettivo, l'efficacia dell'azione divina; ma di sfigurarla e di renderla irriconoscibile, questo sì; e anche gravemente).

Permane comunque una autoreferenziale che privatizza il gesto sacramentale: ciò fa scade- re la valida esigenza di una celebrazione partecipata e sentita, la relazionalità personale del rapporto salvifico (*tua agitur*; "ha amato me e ha dato se stesso per me" in un ripiegamento del soggetto su se stesso, che contraddice in essenza la dimensione sia teo-logica sia comunitaria del sacramento).

Propedeutica

1. Il lavoro paziente e tenace di ridefinire le contestualità culturali

a. La comunicazione

La pastorale della salute comincia negli intrecci sottili della comunicazione, dove si

formano, in maniera per lo più inconscia, ma proprio per questo più radicata, le infrastrutture concettuali e simboliche di riferimento: "Reinhardt Koselleck ha individuato come tratto caratteristico della modernità il restringersi dello spazio dell'esperienza e l'abbassarsi dell'orizzonte delle attese. Ciò significa che – con l'accelerazione progressiva del corso storico – il passato non getta più sufficiente luce sul presente, e il futuro – privo di modelli a cui appoggiarsi – diventa difficilmente prevedibile e immaginabile. Le attese subiscono così una duplice trasformazione: da un lato, con l'allontanamento dal solco delle esperienze acquisite, sono indotte ad orientarsi verso la ricerca dell'indeterminato, dell'ignoto, del nuovo; dall'altro, di fronte alla complessità ritenuta ingovernabile degli eventi, sono spinte a moderare drasticamente le proprie pretese nei confronti dell'avvenire, a non avanzare nei suoi riguardi richieste esorbitanti. La propensione verso il futuro obbedisce di conseguenza, simultaneamente, a due tendenze contraddittorie: viene acuita, in quanto il bisogno di previsione si accresce, e insieme demotivata, in quanto diffusa è la sensazione di non essere all'altezza dei compiti di previsione e controllo. In altre parole, l'orizzonte delle attese si abbassa quando il futuro si mostra più come una minaccia indeterminata che come una promessa carica di contenuti, e l'esperienza nel suo complesso perde i tratti della continuità sensata e della coerenza. Si diffonde la sensazione di disagio, di disorientamento in un mondo frammentato"¹¹.

b. La predicazione

Rilevanza della predicazione ordinaria, che trasmette in maniera semplice ed efficace la visione propria della fede. In un mondo in cui forse la maggior parte degli uomini ha smarrito o reso incerta la fede sentita nell'"immortalità dell'anima" e in un mondo ultraterreno, diventa più arduo pensare, progettare e attuare la propria esistenza come momento preparatorio a un'altra

vita. Per questo la predicazione ha urgente bisogno di una nutrita rivisitazione teologica, di uno spessore sapiente e coraggioso, che non rimuova i temi scottanti della sofferenza e della morte, ma li sappia affrontare con illuminazione e capacità di orientamento e di senso. La relazione tra teologia e cura pastorale della salute non è occasionale né estrinseca. Senza teologia la diaconia si appiattisce e si riduce a intervento sociale qualsiasi, a operazione di addetti ed esperti; non avendo più radice chiara e identità sicura, diviene succube delle concezioni antropologiche del momento. Senza diaconia, a sua volta, la teologia si separa dalla testimonianza vissuta, si astrae e non dialoga più con la comunità e con il mondo.

c. La visione pastorale

L'impegno ecclesiale per la salute estende i compiti della presenza cristiana nel pianeta della sofferenza e dell'assistenza medica oltre la tradizionale celebrazione dei sacramenti e degli altri riti liturgici.

Oggi, la Pastorale della Salute comprende iniziative culturali, attivazione di corsi formativi specifici per il personale ospedaliero, attenzione e incremento delle associazioni professionali e di volontariato. Anche la figura e il ruolo del cappellano ospedaliero vengono ripensati, in relazione sia all'azione nelle strutture sanitarie, sia all'interno della comunità cristiana sul territorio, perché si senta e agisca come soggetto primo della Pastorale della Salute.

2. L'impegno faticoso e imprescindibile della catechesi cristiana

Dalla 'rassegnazione' alla cura della salute

Un sorprendente cambiamento di prospettiva culturale: la salute come progetto di società e di vita.

L'inflessione antropologica della cultura contemporanea conduce direttamente all'enfasi sul tema della salute. Con i rischi e le deformazioni a cui si è fatto cenno. Ma anche con il guadagno di una sensibilità più

compiuta nei confronti della visione cristiana stessa dell'uomo nell'integralità della sua costituzione naturale e condizione storica.

Solenni dichiarazioni internazionali attestano, e in qualche modo codificano, questa sensibilità condivisa e diffusa¹².

La catechesi – che è scuola della fede nella concretezza delle coordinate storiche, personali, culturali e sociali – scopre in questa tendenza della mentalità contemporanea una traccia e un effetto, sia pur solo parzialmente realizzato, della stessa parola evangelica. La riscopre, quindi, nella sua valenza di messaggio integrale di salvezza per l'uomo e per il mondo.

Chiamata ad essere luogo ermeneutico non evanescente dei momenti forti dell'esistenza, la catechesi si configura, quindi, come itinerario educativo in cui il sacramento appare progressivamente anche nella sue valenze istruttive di accoglienza, accompagnamento, forza interiore di rinnovamento e/o di affrontamento, parola di speranza concreta. Ciò esige una catechesi capace di esporre in forma chiara e convincente la propensione cristiana al gusto della vita e il dono della vita come centro dell'opera della creazione e della redenzione (l'albero della vita – Gv 10, 10). Capace di educare al senso del mistero (*sacramentum*!) come abitazione del senso e non come oscuramento o evasione dalla realtà. Il dolore interroga e scuote l'intelligenza, ma non si risolve in una questione intellettuale. Solo la comunione con il Crocifisso ne svela l'abisso di male, ma anche il vertice di redenzione: il mistero di oscurità diventa mistero di rivelazione.

Una cultura immersa nell'edonismo, nella corsa al successo, nel mito dell'eterna giovinezza frappone un velo opaco alla comprensione della sofferenza.

L'educazione al simbolo, di cui spesso si parla nella catechesi, deve sviluppare nella persona l'attitudine ad andare oltre il piano del fenomeno per attingere (sia pure *per specu-*

lum in aenigmate) il piano del fondamento (*Fides et Ratio*). Ciò implica anche una competenza non ristretta al piano concettuale e strumentale, ma aperta all'ambito significativo e relazionale.

Questo consente di evitare la duplice contrapposizione deriva di ieraticizzazione e/o di banalizzazione che insidia la celebrazione dei sacramenti. Soprattutto in una situazione così esistenzialmente rilevante e sensibile come la malattia, una celebrazione inaridita svuota il segno sacramentale e tradisce la parola di salvezza.

Come si è visto, anche a causa della preoccupante diminuzione numerica dei presbiteri si accentua il rischio della riduzione della salvezza entro una il perimetro ridotto di una onnivora teologia della Parola. L'efficacia della Parola, giustamente illustrata da *Dei Verbum*, non è disgiungibile dal sacramento, né è in alcun modo sostitutiva di esso. Istanza critica avanzata anche in campo protestante, come nota Pannenberg: "resta solo da chiedersi se il battesimo e l'eucaristia siano davvero solo illustrazioni di questo processo verbale, che conterrebbe già in se stesso la presenza salvifica!"¹³. Dalla riduzione della teologia della parola alla pastorale della parola di sola consolazione umana il passo è breve!

Nella sua dinamica narrativo-simbolica il rito apre l'esperienza profonda in cui la soggettivizzazione non avviene per autoaffermazione dell'individuo, ma attraverso la sua conversione. Nel rito opera un'originale e insostituibile pedagogia della fede, che traccia itinerari di vita: "il rito è un operatore di esistenza, un operatore di immagini, una matrice che genera esperienze, luogo di una maieutica permanente"¹⁴.

Il rito sacramentale richiama l'uomo alla sua creaturalità, attraverso la radicale indisponibilità del linguaggio: "l'uomo non possiede il linguaggio, poiché non gli preesiste, ma si elabora nel suo seno; piuttosto è posseduto da esso"¹⁵.

Non si deve tuttavia dimen-

ticare che se l'attitudine simbolica è naturale, l'attività simbolica è culturale. Impegna quindi la catechesi nella sua opera di formazione sul piano della conoscenza (in senso totale) della fede. Quando questo compito è ben compreso e realizzato, la corporeità entra come dimensione naturale nella spiritualità, come componente costitutiva del celebrare. Non come mero rivestimento, accessorio quasi ingombrante,



ma come forma adeguata, secondo la legge dell'incarnazione. La fede cristiana e i suoi riti non producono estraneazione dalla realtà, evasione in un mondo immaginario, ma capacità di immergersi nella vita in forme ed espressioni sempre autentiche, cioè salvifiche. Le cose stesse diventano allora trasparenti, rivelatrici del mistero di Dio. Tutto questo appartiene al compito di iniziazione proprio della catechesi, perché l'uomo moderno è miope, quando non cieco, di fronte al simbolo, perché il pensiero unidimensionale (materialistico) lo blocca sul livello più superficiale della realtà: "L'accesso al mondo dei simboli è reso possibile solo da una acuita capacità di percezione: saper guardare, ascoltare, toccare, riaprire le porte attraverso cui il nostro corpo si mette in comunicazione con l'ambiente, cioè restituire ai sensi la loro genuina funzione, è il primo indispensabile passo per accostarsi al simbolo. Il richiamo al simbolo è, quindi, allo stesso tempo, invito alla riscoperta del proprio corpo,

della sua modalità di esperienza e di comunione: io vivo, sento, percepisco, occupo uno spazio, sono inserito in un campo di interazioni che interpellano ad ogni livello. Ogni simbolo ha le sue radici nella realtà sensibile; per questo motivo dobbiamo esercitare i nostri sensi, se vogliamo comprendere il linguaggio del simbolo"¹⁶.

Riferimenti

"Nel suo approccio agli infermi e al mistero della sofferenza, è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio"¹⁷.

La concezione cristiana della corporeità

È sufficiente, in sede teologico-pratica, qualche rapido cenno. Necessario, peraltro, perché la corretta prospettiva cristiana è tutt'altro che prevalente nella concezione diffusa. A cominciare da splendide testimonianze patristiche, che mi limito a riportare per esteso.

– "Rappresentati Dio interamente occupato con l'immagine di argilla; ad essa egli consacra mani, pensiero, azione, riflessione, saggezza, provvidenza, e soprattutto quell'amore che gli ispira questo progetto. Perché tutto quanto era espresso in questo fango, era concepito in riferimento a Cristo, che sarebbe stato uomo, cioè anche fango, e al Verbo, che sarebbe stato carne"¹⁸.

– "Infatti attraverso il Figlio e lo Spirito – poiché questo significano le 'mani' del Padre – l'uomo, e non una parte dell'uomo, diviene ad immagine e somiglianza di Dio... L'uomo perfetto è mescolanza e unione dell'anima, che ha ricevuto lo Spirito del Padre, e della carne, cui essa è congiunta, plasmata ad immagine di Dio. Dove plasmata è riferibile sia ad anima che a carne!... Quando invece questo spirito, fuso con l'anima, si unisce al corpo plasmato, per l'effusione dello Spirito ne sorge l'uomo spirituale e perfetto; quello che è stato fatto

ad immagine e somiglianza di Dio"¹⁹.

– "Quanto all'uomo, Dio lo ha creato con le sue mani, prendendo della terra finissima e purissima e combinando con giusta misura la sua forza alla terra. A tale scopo Egli impresso la sua somiglianza alla sua creatura, perché essa riuscisse l'immagine di Dio anche nel suo aspetto esteriore"²⁰.

– "Dunque uomo vuol dire anzitutto la materia modellata, poi l'uomo tutto intero. Vorrei raccomandarti questo pensiero perché ti renda conto che tutto quello che è stato provveduto e promesso all'uomo non è dovuto alla sola anima, ma anche alla carne, se non in base alla comune origine, per lo meno per il privilegio implicito nel vocabolo"²¹.

– "Svegliati, uomo, e riconosci la dignità della tua natura. Ricordati che sei stato fatto a immagine di Dio: guastata in Adamo, essa è stata riplasmata in Cristo"²².

– "Il punto di arrivo di questa via è infatti la fine del desiderio umano. Ora l'uomo desidera due cose principalmente: in primo luogo quella conoscenza della verità che è propria della sua natura. In secondo luogo la permanenza nell'essere, proprietà questa comune a tutte le cose. In Cristo si trova l'una e l'altra... Se dunque cerchi per dove passare, accogli Cristo perché egli è la via: 'Questa è la strada, percorretela' (Is 30, 21). Dice Agostino: 'Cammina attraverso l'uomo e giungerai a Dio'. È meglio zoppicare sulla via che camminare a forte andatura fuori strada. Chi zoppica sulla strada, anche se avanza poco, si avvicina tuttavia al termine. Chi invece cammina fuori strada, quanto più velocemente corre, tanto più si allontana dalla meta"²³.

Siamo ancora succubi del dualismo metafisico di Cartesio se con lui affermiamo (o restiamo nell'orizzonte pre-comprendivo) che la materia è estensione inerte e lo spirito attività inestesa.

Bisogna pertanto superare, nella predicazione e nella prassi pastorale, un'antropologia troppo ristretta, che "disdegna o perlomeno trascura nell'uo-

mo questo aspetto essenziale che è il suo rapporto al mondo²⁴.

A questo riguardo, non posso che rimandare alla splendida visione antropologica, cristologica, storica esistenziale e sociale, che si trova nell'enciclica *Redemptor Hominis* di Giovanni Paolo II²⁵. Ciò conduce a una visione che integra perfettamente l'aspetto personale profondo e la dimensione apostolica dell'impegno di solidarietà fraterna: "solo nel suo uscire da se stesso, nel servizio creativo al mondo, il soggetto sperimenta il suo significato e in esso la sua essenza"²⁶. La corporeità tende alla comunione, va verso l'altro (l'Altro). Il peccato infligge sofferenza alla corporeità, perché infrange la comunione. La rendizione ricostruisce l'unità della persona e delle persone, perché abbatte il muro di separazione e riapre l'accesso al Padre in un solo Spirito.

La valorizzazione piena della corporeità, in cui si iscrive come vertice la celebrazione sacramentale (cfr. *Rm* 12, 1-2) non mette in ombra la caducità del corpo terreno e la sua aspirazione a una trasformazione salvifica, che nella malattia si fa particolarmente drammatica ed evidente: "È necessario che questo corpo corruttibile si vesta di incorruttibilità e questo corpo mortale si vesta di immortalità" (*I Cor* 15, 53). Nell'opera dello Spirito è posta la continuità tra atto creazionale e atto sacramentale: "Se egli richiamasse il suo spirito a sé e a sé ritraesse il suo soffio, ogni carne morirebbe all'istante e l'uomo ritornerebbe in polvere" (*Gb* 34, 14).

La visione cristiana della salute come valore (cfr. p.e. *Gn* 1, 1ss.; *Sir* 30, 14ss.; *Gv* 10, 10, senza dimenticare *Gn* 6, 12: "Dio guardò la terra ed ecco essa era corrotta, perché ogni uomo aveva pervertito la sua condotta sulla terra") non declina pertanto in facile e illuso ottimismo, in cui la corretta visione della salute come benessere globale della persona nel suo ambiente dimentica l'insopprimibilità della sofferenza, impedendosi di valorizzarla adeguatamente: "La sofferenza sembra appartenere alla tra-

scendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti nei quali l'uomo viene in un certo senso 'destinato' a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso"²⁷.

La celebrazione principale della settima Giornata mondiale del malato a Beirut ha approfondito il tema "*Domanda di salute, nostalgia di salvezza*". Nel sacramento, la salute (e la sua privazione) si fanno tenda dell'incontro, secondo un nesso profondo, attestato da tutta la prassi di Gesù: "Cristo ci insegnò la salvezza sanandoci. Lo fece fondamentalmente attraverso gesti e segni [*Mc* 1, 14ss.]. La sua fu, quindi, una salvezza offerta *sacramentalmente*, e cioè manifesta e velata allo stesso tempo, proposta alla fede e all'accoglienza, gratuitamente efficace e affidata alla responsabilità dell'uomo..."²⁸.



La via stretta

La salute incrinata mette in evidenza la sua 'precarietà' della condizione umana: il cammino, allora, o precipita nel baratro della disperazione (o nella sua sublimazione atarassica), o si inerpica sul sentiero impervio del mistero del dolore, nel quale faticosamente lo sguardo si apre e si dilata poi fino all'orizzonte nel quale i desideri e le aspettative abbandonano progressivamente i contorni incerti del sogno e dell'utopia per incontrare la questione – e poi il dono – della salvezza.

Il desiderio di salute è desi-

derio di infinito e invocazione di salvezza. È necessario combattere con una forte e multiforme azione culturale le contraffazioni dei surrogati che illudono o delle mistificazioni che riducono la salute alla prestanza fisica, alla bellezza, all'energia agonistica e competitiva.

La capacità terapeutica è pastoralmente adeguata (e professionalmente eccellente) quando ci si prende cura della salute in nome e nella prospettiva di una integrale salvezza.

Il Sacramento, nuova creazione

Nel quadro del rinnovato interesse per la religione in rapporto al benessere psicofisico si può operare una illuminante rilettura del tema dell'efficacia dei sacramenti della fede. È necessario, tuttavia, non cedere a facili mode, ma verificare con attenzione le opportunità e gli inevitabili rischi. Si può certo affermare che "la vita sacramentale produce la guarigione integrale della persona" e condividere l'istanza critica nei confronti di un'avvertita afasia del celebrativo sacramentale, anche dopo la riforma del Vaticano II²⁹. Tuttavia, non si può ridurre la salvezza all'ambito terapeutico, né indulgere a forme di captazione magico-superstiziosa. Il fatto che molti si lascino attrarre dalle filosofie e dalle pratiche orientali, e dalle forme di religiosità di stampo new age, o anche dalle cosiddette medicine alternative, non deve indurre a forme di adattamento quanto meno sospette. Ma non può nemmeno essere sottovalutato come fenomeno che evidenzia l'insoddisfazione nei confronti di una medicina spersonalizzata, da un lato, e di una spiritualità e liturgia, dall'altro, che non risponde alla profonda domanda di senso.

Quale rapporto tra fede religiosa e fisiologia del corpo e sulla salute? Alcune ricerche recenti mettono in evidenza una migliore reattività delle persone religiose. La concezione cristiana della persona orienta su come affrontare la malattia e la sofferenza; e il ricorso a Dio nella situazione di

disagio non è sintomo di debolezza, ma percezione del riferimento ultimo, dell'origine e del fine della nostra vita. È vivo il desiderio di una cura che tenga in maggior considerazione tutta la persona, di un approccio alla salute e alla guarigione in cui alla dimensione spirituale sia riconosciuto nei fatti un ruolo di primo piano.

Sullo sfondo, una teologia e una mistica della creazione

“Accende lumen sensibus / infunde amore cordibus / infirma nostri corporis / virute firmans perpeti”.

È quella che Bulgakov chiamava la “grazia naturale della creazione”. Il mondo non è estraneo a Dio o a Lui ostile: è opera delle sue mani. A volte una pessima interpretazione della fede cristiana ha prodotto scarsa sensibilità nei confronti del mondo e della natura, oppure, addirittura, una svalutazione di tutto ciò che è materiale e corporeo. Non è possibile qui discutere la fondatezza e il limite di tale istanza critica.

Si deve in ogni caso ribadire con forza che ogni svalutazione (così come ogni sopravvalutazione) delle realtà terrestri si pone fuori dall'autentica prospettiva cristiana. Il Dio di Israele, il Dio di Gesù è il Dio della creazione e della storia. Nelle realtà terrestri è posta la traccia di amore e di bene che spinge Dio alla creazione. Anche la teologia medievale (Scolastica) la afferma senza tentennamenti: “Questa azione della grazia naturale della creazione, alito dello Spirito Santo nella creatura, questo librarsi dello Spirito Santo che dimora e continua sempre sulle acque della creazione, è la forza *positiva* dell'essere”³⁰. È l'insegnamento autorevole di Giovanni Paolo II: “In tal modo la Chiesa risponde anche a certe istanze [ecologia, new age] profonde, che ritiene di leggere nel cuore degli uomini d'oggi: una nuova scoperta di Dio nella sua trascendente realtà di Spirito infinito, come lo presenta Gesù alla samaritana; il bisogno di adorarlo ‘in

spirito e verità’ (cfr. Gv 4, 24); la speranza di trovare in lui il segreto dell'amore e la forza di una ‘nuova creazione’ (cfr. Rm 8, 12; Gal 6, 15): sì, proprio *colui che dà la vita*”³¹.

La bellezza della natura ha la sua forza e i suoi limiti. Segno dell'opera dello Spirito, riflessione dell'immagine perfetta del Padre, Cristo, in cui tutto è creato, anch'essa tuttavia non in stato di perfezione, ma di perfezionamento. Per l'invadenza del peccato è sottoposta al rischio dello sfiguramento, della caducità, dell'annientamento: la “smorfia dell'essere...”.

È necessario recuperare questo rapporto dinamico e spirituale con il creato, senza cadere peraltro in quelle forme di nuova superstizione (gnosi moderne) che conducono a liquefare il rapporto con la natura in una immedesimazione panteistica e psicologizzante ben lontana dalla prospettiva cristiana: lo Spirito spinge a un rapporto di impegno responsabile e creativo, culturale insomma, e non falsatamente misticheggiante.

Ci si consenta di fare riferimento ancora all'opera suggestiva di Bulgakov: “La creazione possiede una sua profondità e una sua forza. Si può dire perfino che vi è un'anima creata del mondo... Lo Spirito di Dio che si librava al di sopra della creazione, manifesta con la sua forza le forme di essere celate in lui... La teologia si incontra così con la scienza naturale, alla quale incombe di divenire la teologia della natura” (323).

La creazione è dinamismo contro il nulla. In tal modo il mondo può assumere quel dinamismo escatologico che ne costituisce il significato e il destino. La creazione non è solo *ex nihilo*, ma anche *contra nihilum*. Per questa sua valenza liberatrice e promotrice la creatività dell'uomo è legata, nella visione biblica, alla *benedizione divina* (Gn 1, 28). Essa indica la costante azione di Dio nei confronti dell'uomo per la sua salvezza; la benedizione, quindi, inserisce fin dal momento della creazione dell'uomo (e correlativamente del mondo) un dinamismo e

un orientamento che trovano nella sua parola (“e Dio disse...”) l'indicazione progettuale, e nella sua azione (“Dio li benedisse...”) la forza propulsiva di realizzazione. In tal modo, l'azione dell'uomo nell'universo è creativa in quanto connessa originariamente, costitutivamente e dinamicamente con l'azione creatrice di Dio e ne riceve vocazione e forza salvifiche per lo stretto legame di questa con la storia della salvezza.

Per questo, l'attività dell'uomo nell'universo riveste profondo significato teologico (salvifico).

Si può dunque positivamente affermare che l'uomo si trova in rapporto significativo con il mondo. Il progresso delle scienze, mentre scopre in maniera sempre più approfondita le leggi che regolano con mirabile perfezione l'universo, mentre ne avverte con maggiore consapevolezza (e minore meccanicità) l'intrinseca logicità e correlazione, si trova sempre più impotente a coglierne il significato. Come afferma il premio Nobel S. Weinberg, “quanto più l'universo ci appare comprensibile, tanto più ci appare senza scopo”³². È solo nella sua relazione con l'uomo (e quindi con Dio) che l'universo può passare, dalla fredda e impenetrabile perfezione della visione scientifica, alla significativi della visione di fede: “Ecco che cosa leggiamo già nelle prime parole del libro della Genesi: ‘In principio Dio creò il cielo e la terra... e lo Spirito di Dio (*ruah Elohim*) aleggiava sulle acque’ (Gn 1, 1s.). Questo concetto biblico di creazione comporta non solo la chiamata all'esistenza dell'essere stesso del cosmo, cioè *il donare l'esistenza*, ma anche la presenza dello Spirito di Dio nella creazione, cioè l'inizio del comunicarsi salvifico di Dio alle cose che crea. Il che vale prima di tutto per l'uomo, il quale è stato creato a immagine e somiglianza di Dio”³³.

Due testimonianze di singolare incisività; da mondi diversi per epoca e sensibilità; dalla stessa sorgente della fede.

– “Io, la più sublime e ar-

dente potenza, ho acceso ogni scintilla di vita... Io, la vita ardente della divina essenza corro scintillante attraverso le bellezze dei pascoli. Io splendo nelle acque e brucio nel sole, nella luna e nelle stelle. Io con ogni soffio di vento che, come vita invisibile, ogni cosa mantiene, risveglio tutta la vita. L'aria vive nel verdeggiare e nel fiorire. Le acque scorrono come fossero vive... E così riposo, nascosto in tutta la realtà, come una forza ardente. Tutto si infiamma attraverso di Me come si muove incessantemente il respiro dell'uomo, simile alla fiamma mossa dal vento... A tutte le cose dono l'alito di vita... perché Io Sono la vita"³⁴.

– “Oggi, per la prima volta, ho capito cosa vuol dire che tutte le cose parlano di Dio. Egli ha creato tutto e ogni singola cosa, Egli sta dietro alla più piccola realtà. Tutto, continuamente, si ricrea attraverso di Lui. Chi sperimenta questo, sperimenta Dio in tutto. Sempre diverso, così com'è questa foglia. E sempre è Lui. Ciò hanno sperimentato i Greci, quando consideravano divina ogni cosa"³⁵.

Atteggiamenti e prassi

Un'azione pastorale che proclama l'unicità della salvezza di Cristo

Nella visione e nella prassi pastorale la comprensione del sacramento come evento di salvezza integrale trova rispondenza, e quasi rafforzamento, nella considerazione del malato come sacramento di Cristo sofferente.

La proclamazione dell'efficacia salvifica dei sacramenti non alimenta perciò nessuna facile illusione. Il sacramento apre la speranza attraverso la morte, non aggirandola, ma subendone l'apparente vittoria per proclamare quella reale di Cristo.

Del resto, la rimozione della morte (per le diverse vie che non solo un istintivo meccanismo di difesa, ma oggi una più insidiosa e subdola mistificazione culturale continuamente elabora e propone) è svuota-

mento dell'essere e ottundimento della conoscenza: “Dalla morte, dal timore della morte prende inizio e si eleva ogni conoscenza circa il Tutto”³⁶. È il rovesciamento del *'timor fecit deos'*, di antica memoria e di ripresa moderna (freudiana). Senza il pensiero della morte la vita si ripiegherebbe su un insulso presente, che si dibatte tra aggressività e sconforto. La visione cristiana pone l'orizzonte della vita e lo celebra, dandogli vero inizio e visibilità, nel sacramento. Il sacramento dice la verità della vita. È l'inizio della vita (vera), perché l'eternità consiste nell'essere con Cristo con il Signore (Lc 23, 42s.; 2 Cor 5, 6-8; Fil 1, 23; 1 Ts 4, 17).

Si salda così, nella prospettiva della fede, l'anelito altrimenti solo utopistico a un compimento³⁷ e il riscatto – a livello di senso, ora, e di pienezza, allora – della insignificanza intollerabile del dolore e della morte³⁸.

*Fine del tempo,
tempo della fine.
Speranza e caparra*

“Il cammino verso il Giubileo, mentre richiama la prima venuta storica di Cristo, ci invita anche a guardare avanti nell'attesa della sua seconda venuta alla fine dei tempi. Questa prospettiva escatologica, che indica la tensione fondamentale dell'esistenza cristiana verso le ultime realtà, è un continuo appello alla speranza ed insieme all'impegno nella Chiesa e nel mondo. Non dobbiamo dimenticare che l'*é-schaton*, cioè l'evento finale, cristianamente inteso non è solo un traguardo posto nel futuro, ma una realtà già iniziata con la venuta storica di Cristo. La sua passione, la sua morte e la sua resurrezione costituiscono l'avvenimento supremo della storia dell'umanità. Questa è entrata ormai nella sua ultima fase, facendo, per così dire, un salto di qualità. Si apre per il tempo l'orizzonte di un nuovo rapporto con Dio, caratterizzato dalla grande offerta della salvezza in Cristo”³⁹.

La storia è luogo della Rivelazione e spazio del suo compimento. Nella creazione del-

l'uomo Dio imprime un dinamismo secondo il quale il riferimento alla natura non indica – come per il regno animale – ripetizione (l'evoluzione, correttamente intesa dalle diverse teorie scientifiche non modifica sensibilmente questo quadro, sostanzialmente statico); piuttosto indica norma di creatività. In altri termini, l'uomo è creato per abitare e coltivare il giardino, per crescere, moltiplicarsi e dominare la terra: non arbitrariamente né autarchicamente, certo, ma secondo la norma della natura, che nella costitutiva immagine e somiglianza stabilisce ad un tempo il vincolo e la proiezione creativa.

La società moderna privilegia il futuro (quella tradizionale il passato). Ma la parabola declinata della modernità è caratterizzata dal fatto che l'uomo non si trova più davanti a una visione chiara e a un futuro ritenuto progressivo e certo, ma ‘sta nuovamente davanti al caos’”.

Da un lato, questo suona come una apertissima e incondizionata possibilità: “Con l'ingresso dell'avvenire nell'immaginabile, si conclude la laicizzazione della storia. L'ignoto dell'avvenire, senza volto e senza nome, ma che nulla obbliga, verso il quale non ci precipita alcun determinismo occulto, è l'avvenire puro, liberato dal bozzolo teologico che continuava a nascondere in parte da due secoli... Questo è il suo paradosso maggiore: Diventa tanto più laico in quanto si scopre maggiormente dell'ordine dell'invisibile”⁴¹.

D'altro canto, ciò comporta un'evidente perdita di prospettive riconoscibili di futuro: il postmoderno ritorna al mito. Ma non rinuncia alla mobilità, vera cifra del moderno. Un tempo, il nostro, definito forse più dalla fuga che dal dominio della realtà, almeno sotto il profilo antropologico. La cultura contemporanea registra una situazione di logoramento e, quasi, di irrilevanza del tempo storico. L'attimo fuggente non è solo titolo di un film di successo di alcuni anni or sono; riflette una percezione assai diffusa (anche se raramente

tematizzata). La fede stessa dei cristiani ne viene interrogata e ne soffre il disagio. Ne va di una categoria fondamentale e portante: "Nel cristianesimo il tempo ha un'importanza fondamentale. Dentro la sua dimensione viene creato il mondo, al suo interno si svolge la storia della salvezza, che ha il suo culmine nella 'pienezza del tempo' dell'Incarnazione e il suo traguardo nel ritorno glorioso del Figlio di Dio alla fine dei tempi. In Gesù Cristo Verbo incarnato il



tempo diventa una dimensione di Dio... Da questo rapporto di Dio col tempo nasce il dovere di santificarlo"⁴².

Se il tempo, invece, è ristretto nel presente, se non si dà alcun senso complessivo e progettuale degli avvenimenti, che accadono senza sosta senza mai 'avvenire'; se l'unica filosofia della storia rimane il disilluso '*carpe diem*' oraziano, non c'è posto per l'idea stessa di creazione e redenzione, non c'è luogo per Cristo alfa e omega della storia. Tutto viene fagocitato da un presente sospeso nel vuoto.

Per la fede cristiana non si dà dimensione religiosa che non sia – contemporaneamente e sostanzialmente – dimensione etica, coinvolgimento dell'esistenza nella costruzione della società nuova, di cui la Chiesa è segno e primizia⁴³.

Quando il cristiano si impegna, in quanto cristiano e sull'impulso della propria fede cristiana, nelle strutture autonome del mondo della politica, dell'economia, della scien-

za, della cultura, lo fa nella consapevolezza che queste strutture restano autonome e mondane. E, tuttavia, il cristiano è ben consapevole che anche la dignità creaturale, positiva e 'autonoma', ferita com'è dal peccato, rischia inesorabilmente di autodistruggersi, quando non venga invertita dalla grazia. La convinzione cristiana è coraggiosa e rispettosa: "Esiste, e non si deve temere di affermarlo, una qualificazione cristiana della cultura, perché la fede in Cristo non è un puro e semplice valore tra i valori che le diverse culture enucleano; ma per il cristiano è il giudizio ultimo che li giudica tutti, pur nel pieno rispetto della consistenza propria"⁴⁴.

Ciò non comporta alcuna prevaricazione, né commistione alcuna. La Chiesa non invade l'ambito dei poteri statali, né si confonde con essi⁴⁵.

Motivazioni

Il soggetto ecclesiale che ministra il sacramento entra non solo rubricamente a costituire il segno sacramentale.

Si tratta quindi, certo, di maturità psicologica e di retta intenzione, come ben spiega J. Moltmann: "Chi si lancia nell'azione sociale o diaconale, perché non ha risolto i propri problemi, non fa che imporre agli altri il suo carico. L'azione sociale e la diaconia non sono rimedi contro la debolezza dell'ego. Abbiamo visto spesso negli ultimi anni degli studenti che intendevano compensare il proprio vuoto interiore con la buone opere fatte per gli altri. In questo modo essi hanno reso i bisognosi ancora più deboli. Chi vuol aiutare e fare qualcosa per gli altri o per il mondo, senza aver approfondito la conoscenza di sé, la propria libertà e capacità d'amore, non troverà nulla che egli possa dare agli altri. Ammessa la sua buona volontà e buona fede, non farà che comunicare agli altri il suo egoismo, la sua paura, la sua aggressività, le sue ambizioni egoistiche, i suoi pregiudizi ideologici. Chi vuole riempire il suo vuoto interiore con l'aiuto degli altri, diffonderà

soltanto questo vuoto. Perché? Perché ognuno agisce sugli altri non tanto con la sua azione, quanto con la sua esistenza, più di quanto vogliamo ammettere noi attivisti. Solo chi ha trovato se stesso può donarsi. Solo chi ha riconosciuto la ragione della propria vita può agire in modo razionale. Solo chi è diventato interiormente libero dall'egoismo, dalla debolezza dell'ego e dall'angoscia può condividere e accogliere la sofferenza e liberare gli altri"⁴⁶.

Ma non solo come predisposizione. Più profondamente come verità storico-esistenziale del sacramento. La sua efficacia *ex opere operato*, infatti, non rende superfluo o marginale ciò che ne costituisce la componente umana. Anzi. È proprio del sacramento valorizzare compiutamente e richiedere, per sua logica interna, la massima coerenza tra il segno visibile e l'azione, pur sempre sovranamente gratuita della grazia.

Alla necessaria maturità psicologica e alla limpidezza interiore si aggiungono così altri requisiti, che prendono forma dalla prassi stessa di Gesù.

– Egli si mostra sempre interessato all'uomo intero, anche se c'è una chiara priorità dell'eterno sul temporale.

– Per questo mantiene una visibile distanza critica: uno spazio di confronto per aprire la necessità della fede, e di un affidamento fiducioso.

– Gesù non si è limitato a combattere sintomi e sindromi, ma voleva incontrare il malato, vincere la sua estraneazione (e a volte ostracismo sociale) attraverso il contatto, la vicinanza e l'incontro salvante.

– La guarigione è dono: nessun legame obbligato (anche se la riconoscenza è attesa...): libertà aperta anche dopo la guarigione.

– Rilevanza della biografia per la pastorale della malattia (del malato) e per una fruttuosa celebrazione dei sacramenti. Un dato che la tradizione comunicativa del passato ha sempre considerato (benché certamente favorita da una situazione socioculturale ben più omogenea).

– Non mi lascerai morire da solo, nella morte anonima di un ospedale... La dimensione escatologica è reale se non si limita a sublimare l'azione cristiana, ma la connota davvero, rendendola capace di critica e progettualità adeguate.

Specificità. La modalità celebrativa propria dei sacramenti in situazione di malattia e di infermità

Secondo la legge (teologica) dell'incarnazione, la sacramentalità – nella sua linguisticità simbolica – iscrive l'azione di Dio nella realtà dell'umano, nella dimensione reale della corporeità e delle dinamiche interiori della persona umana, che in qualche modo non viene connotata e condizionata (kenosis). Ciò conferisce (e richiede) una diversa risonanza delle parole e una diversa incidenza dei gesti. Come è stato ripetutamente notato negli studi recenti, nella celebrazione sacramentale la dimensione illocutoria prevale su quella locutoria. In tal modo, la forma è questione fondamentale. L'incontro comunicativo è quello in cui la/e persona/e si rivela/no, quello in cui qualcosa succede (evento). E il luogo celebrativo è spazio simbolico, nel quale la struttura architettonica, il suono e la musica, la disposizione degli oggetti, la gestualità dei diversi attori costituiscono non solo il con-testo, o il pre-testo, ma il testo stesso dell'evento sacramentale nell'esercito stesso delle funzioni che loro competono".

In questa pragmatica simbolica si tratta non della trasformazione del mondo, ma di sé in rapporto a Dio. Tutto converge allora verso quel nucleo che è la formula sacramentale in senso stretto, formula incorporata nel gesto stesso, in cui l'enunciato della fede giunge alla sua piena verità (cfr. i rituali battesimali della Chiesa antica, in cui la pratica liturgica è confessione della fede in atto).

Il ministero messianico della guarigione è tutto l'opposto della rimozione della sofferenza. Esso non rimuove, né sublima, ma affronta e com-

batte, comprende ed accetta il mistero della sofferenza. Al contrario, la mancanza di rilievo soteriologico (esistenziale) provoca l'evanescenza della proclamazione cristologica, e il rimando escatologico appare come una via di fuga di fronte all'impotenza risanatrice.

La sofferenza come battesimo quotidiano traccia una via di conversione in cui l'eucaristia conduce a pienezza la propria promessa (*"futuræ gloriæ nobis pignus datur"*): il viatico sintetizza l'itinerario sacramentale per la salvezza, nella dimensione di una compagnia che è già nuovo inizio.

Dimensione personale e comunitaria. Equilibrio e reciprocità.

La diaconia è degna del nome cristiano solo se si fonda sulla agape di Cristo, si esprime nella e dalla comunità, si rivolge a tutti, senza discriminazione alcuna (*Gal 3, 28; 1 Cor 12, 13*). È l'assemblea eucaristica il punto di partenza, il luogo narrativo dove la parola è memoriale e annuncio (evento e prassi) di salvezza. Ciò non significa che la verità della fede dipenda dalla verificabilità di effetti socialmente rilevabili. Ma non li rende irrilevanti; anzi.

Accoglienza e fruibilità, anzitutto. Il dialogo pastorale richiede che si pongano delle domande evangeliche (non si può omettere o stemperare irenicamente il confronto con il Vangelo e con la fede della Chiesa); ma chiede anche, d'altra parte, che queste domande siano poste con stile di Vangelo. Ciò significa accoglienza delle persone così come sono, nella loro umanità concreta, con le loro motivazioni imperfette (ma chi mai può vantare di perfette?). L'istanza etica non genera moralismo ma sollecitudine pastorale perché la tenue fiammella sprigiona una luce piena.

Accoglienza comporta anche celebrazioni comprensibili e fruibili. Ciò non significa ampliare la parte didascalica, deformando la liturgia e annoiando la comunità. Ma di rendere vivo e significativo il

rito. Compito non agevole. Si tratta infatti di due punti apparentemente contraddittori: rispettare il linguaggio proprio della liturgia nella sua inflessione simbolica e pragmatica, da un lato; dall'altro, tenere in massimo conto la rivendicazione di intelligenza e di critica che caratterizza la nostra cultura del sospetto, senza peraltro cedere alla deriva intellettualista che si avvita su se stessa.

Soggettività pastorale: il malato insegna ai sani

Frequentare il mondo dei malati è un'autentica scuola di vita, un tirocinio che sviluppa in maniera insuperabile la capacità di discernimento di fronte alle questioni fondamentali dell'esistenza. Il malato scuote anche la sensibilità più intorpidita e la richiama ai valori più semplici e profondi, che in situazione di buona salute vengono spesso relegati, paradossalmente, in secondo piano. È scuola di relazioni: anche quelle più vicine ed intime vengono ricomprese ed, emergono aspetti che la routine quotidiana aveva lasciato in ombra. Si godono così, sia pure nella drammaticità della situazione di malattia, scoperte di umanità altrimenti latenti. Reciprocamente, si è messi alla prova perché il malato chiede cure e attenzioni, reagisce con sensibilità acuita e, a volte, mette a dura prova anche chi lo accudisce con animo generoso.

Il capezzale del malato è cattedra di spiritualità e di fede.

Conclusione

La formazione di coloro che sono chiamati ad operare nell'ambito della sanità si pone senz'altro tra le preoccupazioni primarie della società contemporanea, così attenta – anche se non sempre in maniera positiva e corretta – alla qualità della vita. Le grandi trasformazioni che caratterizzano l'età moderna, soprattutto in questi ultimi decenni che si approssimano alla fine del Millennio, hanno inciso profondamente sull'identità e sul

ruolo degli operatori sanitari, che, non meno di altre figure professionali di rilievo (anzi, forse più acutamente), ne sente tutto il travaglio. Lo si avverte sensibilmente sul piano sia dei riferimenti di valore, sia delle acquisizioni e degli approcci tecnologici e scientifici. Ne provengono spesso difficoltà e problemi non piccoli; a volte, anche, ripiegamenti e arretramenti mortificanti. I motivi di preoccupazione non devono far dimenticare, però, che, proprio nel nostro tempo si aprono prospettive e orizzonti di grande e positiva portata.

Anzitutto, deve essere segnalato l'ampliamento culturale del concetto stesso di salute, non più ristretto all'assenza di malattia e alle strutture cliniche che a ciò sono dedicate. Con arricchimenti indubbi. Ma, anche, con equivocate estensioni che, identificando i riferimenti di valore nella prassi sociale di volta in volta configurata, conduce a ratificare impostazioni, comportamenti e codificazioni legislative contrarie ai diritti fondamentali della persona. Poggiato su una piattaforma culturale marcatamente soggettivistica, l'allargamento del concetto di benessere – in sé positivo – rischia così di ritorcersi contro l'uomo; mentre il desiderio di vita, ancorato solo in maniera autoreferenziale, declina in cultura di morte.

Tutto questo chiama i cristiani a un impegno più convinto e più forte, come ha ricordato il Papa nell'enciclica *Evangelium vitae*: "Il compito di accogliere e servire la vita riguarda tutti e deve manifestarsi soprattutto verso la vita nelle condizioni di maggiore debolezza. È Cristo stesso che ce lo ricorda, chiedendo di essere amato e servito nei fratelli provati da qualsiasi tipo di sofferenza: affamati, assetati, forestieri, nudi, malati, carcerati... Quanto è fatto a ciascuno di loro è fatto a Cristo stesso (cfr. *Mt* 25, 31-46)"⁷⁴⁷.

Un compito specifico e proprio spetta, in questo quadro, alle Istituzioni Accademiche: un ruolo di sempre maggiore rilevanza sotto il profilo scientifico e culturale. In esse, la ri-

flessione di fede, maturata nella coltivazione di una spiritualità robusta e illuminata dalle indicazioni del Magistero, produce non solo convinzioni personali consolidate, ma precisi percorsi formativi. Punto saliente di essi è la costante ricerca della qualità profonda e, vorrei dire, interiore della professione medica, nel cuore stesso del Vangelo della vita. In modo che la fede cristiana non vi appaia soltanto come momento aggiuntivo o confine etico, ma come fattore origina-



rio e peculiare dell'armonico e positivo esplicarsi delle capacità che l'opera di Dio creatore pone fin dall'inizio nelle mani dell'uomo e il dono salvifico della passione del Redentore riscatta dal male e fa risorgere a sempre nuova dilatazione di vita. Così, incarnandosi in una professionalità competente e sapiente, la parola del Vangelo annuncia il dischiudersi degli orizzonti della vita sull'eternità: per nulla strappandola, anzi sempre più positivamente e impegnativamente immergendola nel tempo e nella storia.

Si realizza così in profondità quella unità di fede e vita cui già richiamava all'attenzione il Concilio ecumenico Vaticano II: "Il Concilio esorta i cristiani, che sono cittadini dell'una e dell'altra città, a sforzarsi di compiere fedelmente i propri doveri terreni, facendosi guidare dallo spirito del Vangelo. Sbagliano coloro che, sapendo che qui non abbiamo una cittadinanza sta-

bile ma che cerchiamo quella futura [*Eb* 13, 14], pensano di poter per questo trascurare i propri doveri terreni... Il distacco, che si constata in molti, tra la fede che professano e la loro vita quotidiana, va annoverato tra i più gravi errori del nostro tempo. Non si venga ad opporre perciò, senza ragione, le attività professionali e sociali da una parte, e la vita religiosa dall'altra" (*Gaudium et Spes*, 43).

La fede cristiana propone dunque una visione integrale, unitaria ma non statica, del mondo e della vita. Per questo, oltre alla necessaria conoscenza della fede cattolica nelle sue implicazioni dottrinali e morali, sarà sommamente opportuno che le Facoltà di Medicina diano spazio e rilievo allo studio della Dottrina sociale della Chiesa, soprattutto attraverso ricerche e scambi di carattere interdisciplinare tra le diverse Facoltà. In tal modo, oltre a modulare percorsi formativi più armonici e comprensivi, si avvia a superamento quella accentuata frammentarietà del sapere che caratterizza le attuali configurazioni della didattica universitaria, in una separatezza che nuoce alla formazione integrale della persona.

L'individuazione dei rapporti che si istituiscono oggi tra prassi sociale e concetto di salute, quindi, si mostra compresa alla luce della fede, come via opportuna e idonea per il rilancio dei profili di etica professionale, così necessari, soprattutto in campo medico.

Un appello che vale anche in modo del tutto speciale: "Urgono una generale mobilitazione delle coscienza e un comune sforzo etico per mettere in atto una grande strategia a favore della vita. Tutti insieme dobbiamo costruire una nuova cultura della vita: nuova perché in grado di affrontare e risolvere gli inediti problemi di oggi circa la vita dell'uomo; nuova, perché fatta propria con più salda e operosa convinzione da parte di tutti i cristiani; nuova, perché capace di suscitare un serio e coraggioso confronto culturale con tutti"⁷⁴⁸.

La salute goduta e/o ritrova-

ta manifesta il mistero della condizione umana e rivela 'nella carne' il mistero della misericordia di Dio creatore e redentore. È introduzione al mistero tremendo della morte e anticipo della beata risurrezione.

Prof. Mons. SERGIO LANZA
Preside dell'Istituto Pastorale
"Redemptor Hominis" della
Pontificia Università Lateranense

Note

- ¹ CCC 1421.
- ² Cfr. D. MARTIN, *A General Theory of Secularization*, Oxford 1978.
- ³ P. BOURDIEU, *La distinction*, Paris 1979 (tr. it.: *La distinzione*, Il Mulino 1976).
- ⁴ P.L. BERGER, *Una gloria remota...*, p. 73.
- ⁵ D. HERVIEU-LEGER, *Verso un nuovo cristianesimo?*, Brescia 1989, p. 59.
- ⁶ H. SCHELSKY, *Die skeptische Generation*, 1963(2), p. 297.
- ⁷ J. MOLTSMANN, *Teologia della speranza*, Brescia 1966, pp. 316s.
- ⁸ F.X. KAUFMANN, in ID.-J.B. METZ, *Capacità di futuro*, Brescia 1988, p. 68.
- ⁹ J. MOLTSMANN, *Diaconia, Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Torino 1986, p. 22.
- ¹⁰ L.M. CHAUVET, *Linguaggio e simbolo...*, p. 150.
- ¹¹ R. BODEI, *La salvezza laica. Miti e utopie della rivoluzione francese*, in G. FERRETTI, *La ragione e i simboli della salvezza oggi*, Genova 1990, p. 80.
- ¹² Per esempio: DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI DELL'UOMO (10.12.1948), art. 25,1: «Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia...»; COSTITUZIONE DELL'OMS, (1946), art. 1.: «L'obiettivo dell'Organizzazione sarà l'ottenimento per tutti i Popoli del più alto livello di salute» (cfr. anche il *Preambolo*: governi responsabili; salute come materia di politica internazionale); DICHIARAZIONE DEI DIRITTI DEL FANCIULLO (20.11.1959), art. 4: «Il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale. Deve poter crescere e svilupparsi in modo sano. A tal fine devono essere assicurate a lui e alla madre le cure mediche e la protezione sociale adeguata, specialmente nel periodo precedente e seguente alla nascita. Il fanciullo ha diritto ad una alimentazione, a un alloggio, a svaghi e a cure mediche adeguate»; COSTITUZIONE ITALIANA, art. 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti».
- ¹³ W. PANNENBERG, *Teologia sistemica* 3, Brescia 1996 [Göttingen 1993], p. 374.
- ¹⁴ G. SOVERNIGO, *Rito e persona. Simbolismo e celebrazione liturgica: aspetti psicologici*, Padova 1988, p. 62.

- ¹⁵ M.L. CHAUVET, *Du symbolique au symbole. Essais sur les sacrements*, Paris 1979, p. 20.
- ¹⁶ O. BETZ, *I simboli per comunicare l'esperienza e la fede*, Frascati 1990, p. 6.
- ¹⁷ DH 2.
- ¹⁸ TERTULLIANO, *De reurrectione mortuorum*, 6, 3-4.
- ¹⁹ IRENEO, *Avversus Haereses*, 5, 6, 1.
- ²⁰ IRENEO, *Expositio Praedicationis Apostolicae*, 11.
- ²¹ TERTULLIANO, *De reurrectione mortuorum*, 7.
- ²² LEONE MAGNO, *Sermo* 27, 6.
- ²³ TOMMASO D'AQUINO, *Esposizioni su Giovanni*, cap.14, lectio 2 [commento a "Io sono la via", Gv 14, 6].
- ²⁴ CTI, *Alcune questioni riguardanti la cristologia*, Civ catt 131 (1980) 4/278.
- ²⁵ In particolare i nn. 11-15.



- ²⁶ H.U. VON BALTHASAR, *Verità del mondo*, Teologica II, Milano 1987, p. 66.
- ²⁷ SD 2.
- ²⁸ F. ALVAREZ, *El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, in "Camillianum" 11 (1995), p. 46.
- ²⁹ A. LANGELLA, *La funzione terapeutica della salvezza nell'esperienza della Chiesa: sguardo diacronico e riflessione sistematica*, in AA.VV. (a cura di N. TERRIN), *Liturgia e terapia. La sacramentalità a servizio dell'uomo nella sua interezza*, Padova 1994, p. 126: «La teologia sacramentale e la liturgia, anche dopo la riforma conciliare, hanno restituito soltanto implicitamente il ruolo terapeutico dei sacramenti».
- ³⁰ S. BULGAKOV, *Il Paraclito*, Bologna 1971 (Parigi 1935), p. 321.
- ³¹ *Dominum et vivificantem*, 2.
- ³² S. WEINBERG, *I primi tre minuti*, Milano 1977, p. 170.
- ³³ *Dominum et vivificantem*, 12.
- ³⁴ H. VON BINGEN, *Welt und Mensch, (De Operatione Dei)*, Salzburg 1965, p. 25.
- ³⁵ R. GUARDINI, *Wahrheit des Denkans und Wahrheit des Tuns*, Paderborn 1985(4), diario 24 agosto 1953.
- ³⁶ F. ROSENZWEIG, *La stella della redenzione*, Casale Monferrato 1985, p. 3.
- ³⁷ P. RICOEUR, *Miti della salvezza e ragione contemporanea*, in FERRETTI (ed.), *La ragione e i simboli della salvezza*, Genova 1990, p. 30: «La domanda che va posta è di sapere se una società può vivere senza progetto collettivo, senza utopia direttrice. È la domanda posta da R. Koselleck in *Vergangene Zukunft*. La struttura del tempo storico,

non rappresentato, ma vissuto e messo in opera, costituita dalla polarità tra orizzonte di attesa e spazio di esperienza, è superabile? E vi è ancora orizzonte di attesa quando non c'è più utopia, quando se ne è andato ciò che E. Bloch ha chiamato 'Principio-Speranza'?».

³⁸ *Ibid.*, p. 31: «Allora io mi pongo la domanda che lascio questa sera senza risposta: allo stesso modo in cui l'idea di progresso è stata per il periodo moderno l'equivalente secolarizzato di una *Heilsgeschichte* securizzante, non si configura oggi, nell'epoca che alcuni chiamano post-moderna, un nuovo faccia a faccia fra la predicazione della follia della croce e della kénosi di Cristo e le forme decomposte della filosofia hegeliana della storia? E se si domanda ciò che i cristiani hanno ancora da dire di specifico, io dirò: la speranza che, in un modo a noi ignoto, le storie delle vittime, storie sparpagliate e disfatte, collaborino al Regno di Dio che viene. Speranza essa stessa folle, senza dubbio...».

³⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Catechesi* di mercoledì 22 aprile 1998.

⁴⁰ R. GUARDINI, *La fine dell'epoca moderna*, Brescia 1993(8) (Basel 1950), p. 74.

⁴¹ M. GAUCHET, *Le désenchantement du monde*, Paris 1985, p. 267.

⁴² TMA 10.

⁴³ C. RUINI, *Il Vangelo nella nostra storia. Chiesa, cultura e società in Italia*, Roma 1989, p. 76: «L'inseparabilità della dimensione religiosa e di quella etica costituisce già la struttura portante dell'AT, dall'alleanza del Sinai alla predicazione profetica; nel NT amore di Dio e amore del prossimo formano un'unità indivisibile, nella quale ci rivolgiamo a tutti, compresi i nemici, fino a offrire 'l'altra guancia'. Nella Scrittura non c'è alcun dualismo fra intenzione e azione (come non c'è dualismo di 'anima' e 'corpo'), bensì nello stesso tempo la più radicale penetrazione fin nel centro della persona (il 'cuore'), contro le esteriorità del legalismo, e la più rigorosa concretezza delle 'opere dell'amore'. Non solo la solidarietà verso il povero, ma anche la giustizia vi sono pienamente incluse: l'amore cristiano non è un surrogato della giustizia, e nemmeno semplicemente uno sviluppo che va al di là di essa, come spesso si pensa anche in opposti settori. Al contrario, l'amore comprende la giustizia come sua parte essenziale... È vero piuttosto che la giustizia può realizzarsi integralmente solo attraverso l'amore, cioè appunto aprendoci all'altro, donandoci a lui, e accettandolo nella sua qualità di uomo. A questo proposito un filo solidissimo lega la predicazione dei profeti alle parole di Gesù, al Vangelo e alla Prima lettera di Giovanni e alla Lettera di Giacomo, per non citare che alcuni luoghi più significativi».

⁴⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Omelia* dell'8 febbraio 1984.

⁴⁵ CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et spes*, 76: «La Chiesa, che, in ragione del suo ufficio e della sua competenza, in nessuna maniera si confonde con la comunità politica e non è legata ad alcun sistema politico, è insieme il segno e la salvaguardia del carattere trascendente della persona umana... Predicando la verità evangelica e illuminando tutti i settori dell'attività umana con la sua dottrina e con la testimonianza resa dai cristiani, rispetta e promuove anche la libertà politica e la responsabilità dei cittadini».

⁴⁶ J. MOLTSMANN, *Diaconia. Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Torino 1986, p. 37.

⁴⁷ EV 43.

⁴⁸ EV 95.

Conclusioni dei gruppi di lavoro del seminario di studio “I Sacramenti nella pastorale della salute”

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha promosso e organizzato nei giorni 2-3 giugno 2000, in collaborazione con l'Istituto Pastorale “Redemptor Hominis” della Pontificia Università Lateranense, un seminario di studio sui *Sacramenti nella Pastorale della Salute* indirizzato ai Teologi, Esperti ed Operatori impegnati a vari titoli nel mondo della salute e della sofferenza.

Dai Lavori dei Gruppi nelle due giornate, sono emerse alcune osservazioni e proposte.

1. La società odierna si trova suddivisa in specializzazioni. Anche l'azione pastorale richiede tale specializzazione. Tuttavia, ciò non va esente da rischi; in particolare quello di separare ambiti che sono pastoralmente strettamente connessi e che solo in relazione tra loro possono trovare esiti positivi.

Nel dibattito, pur prendendo spunto da situazioni concrete, si è evidenziata una certa difficoltà ad integrare le diverse prospettive di fondo a cui ciascuno fa riferimento. Emergono due modalità di approccio pastorale diverse: una che segue un'impostazione sostanzialmente applicativa, l'altra che si orienta nella direzione del metodo del discernimento evangelico.

La situazione della Pastorale quotidiana mostra sotto vario profilo carenze non marginali. La preparazione dei ministri straordinari dell'Eucarestia appare spesso inadeguata; cosa che compromette la comprensione del significato del sacramento e la sua piena recezione: viviamo nella debolezza dell'annuncio. Anche gli ospedali vivono in una situazione di evangelizzazione incompleta: viene cristallizzato il presente senza dare una speranza escatologica.

2. Con il malato bisogna condividere il dolore partendo dalla malattia, alla luce della speranza. L'atteggiamento di un operatore di pastorale sanitaria comporta il compatire (nel senso etimologico del patire-con), il farsi prossimo nella situazione di precarietà e di smarrimento, ma anche di apertura alle grandi questioni del senso della vita, che la malattia comporta.

A volte la stessa celebrazione dei Sacramenti rischia di decadere in forme di tipo miracolistico. Troppo spesso chi soffre nel corpo ricerca una “pozione magica” per la propria guarigione, confondendo Sacramento e miracolo. La celebrazione del Sacramento costituisce il termine di una preparazione accurata, di un vero e proprio cammino di guarigione dell'anima; solo dopo questo si potrà pensare a celebrazioni particolari, con spazi particolari per il malato.

Si apre in questo ambito uno spazio specifico per l'impegno dei laici, che possono accostare il malato con una più diretta percezione della sua condizione familiare e sociale.

Il rapporto con il malato deve essere visto come scambio

reciproco: anche il malato catechizza. Troppe volte negli ospedali è più presente la figura dello psicologo che non quella del cappellano. Si incrementa così la marginalizzazione dei Sacramenti: anche gli stessi parenti – poco aiutati a comprendere il valore terapeutico dell'evento sacramentale – ne impediscono la celebrazione, ritenendola un oscuro presagio di morte. Alla base di tutto c'è la mancanza di una catechesi sulla morte: morte come passaggio fondamentale per la vita. Il malato è fondamentalmente solo, abbandonato da una società che corre e che non può fermarsi con chi è infermo. Ma ancor più grave è l'abbandono del malato da parte della comunità ecclesiale. L'ospedale diventa un'azienda, una macchina dove il cappellano è l'uomo dell'urgenza e non del cammino sereno, e troppe volte seminaristi impreparati sia teologicamente sia materialmente si ritrovano cappellani a contatto con la sofferenza, il dolore, la morte.

È necessaria anche un'attenta preparazione nei seminari, dove il cammino formativo al presbiterato raggiunga un'autentica maturità umana e spirituale, capace di comprendere e condividere le situazioni di sofferenza. La Pastorale della Salute è un'educazione da affrontare già dall'età prescolare e scolare. Una vera preparazione per gli operatori del settore è di capitale importanza: “mettete più cuore in quelle mani!” (S. Camillo): attraverso la cura del corpo passa la cura dell'anima. Diversamente è da affrontare la cura del malato e la cura dell'anziano.

Nelle Diocesi deve essere meglio strutturata la Pastorale sanitaria, con un delegato specifico. Dedicare tempo di riflessione e di motivazione al



sacramento dell'Unzione degli Infermi; illustrarne la necessità, il valore, sradicare dalla mente del malato la paura di questo sacramento visto esclusivamente come il preambolo della morte. Passo fondamentale è ri-creare, ri-fondare la visione complessiva della Pastorale e la sua prospettiva sanitaria: come ci poniamo di fronte alla malattia e al dolore?

Significativa è l'estraneazione della morte: ognuno muore solo, in una camera ospedaliera, in una casa di riposo; la morte del congiunto non è più vissuta all'interno della famiglia come un evento naturale, ma come un qualcosa che non riguarda nessuno di noi, perché quando arriva, chi trapassa è già stato espulso dalla famiglia, dalla comunità.

Nella sofferenza è fondamentale l'ascolto: la disperazione non può ascoltare se non è ascoltata; solo in seguito si potrà instaurare un dialogo. Nella malattia vacilla a volte la stessa capacità di sentirsi in comunione con Dio. Il luogo dell'incontro è l'accettazione della malattia: questo è il momento propizio per avvicinarsi al sacramento e poterlo vivere nella sua totalità. L'Eucarestia viene vista allora come condivisione offerta durante la celebrazione che diventa in qualche modo partecipazione alla sofferenza di Dio e degli uomini. Per essere persone nuove e vive anche nella malattia.

Il Magistero presenta il malato come soggetto pastorale e non solo come oggetto delle cure. Nella malattia sentirsi soggetti attivi è fondamentale. In un momento in cui la capacità di agire fisico si riduce o viene meno, è importante che i sacramenti vengano riscoperti come azione e non come passività. Riscoprendo il valore del Battesimo si può arrivare anche all'accettazione della so-



fferenza e della morte: Battesimo come via e comprensione della fede. Importante è procedere sistematicamente nella preparazione delle persone che lavoro nel settore medico secondo le loro diverse competenze e vocazioni. Offrire loro una preparazione differenziata, adeguata e personalizzata. Da parte del Cappellano deve essere presente una forte azione di sensibilizzazione dell'ammalato.

3. In sintesi, il confronto si raduna attorno al seguente interrogativo: *come favorire nei credenti un'adesione a Cristo, intelligente e affettiva, contesto nel quale è possibile celebrare e accogliere i Sacramenti come veri eventi di grazia, per la vita?*

Vengono sottolineati alcuni elementi teologicamente rilevanti: la centralità di Cristo nella celebrazione sacramentale; la necessità che per mezzo di essa si orienti il fedele al mistero di Cristo; il rapporto tra sofferenza e peccato.

Alla fine del confronto emergono alcune proposte degne di nota.

1. Finalizzare tutta l'azione

pastorale a un'educazione permanente ai sacramenti come incontro con Cristo ed esperienza dell'amore di Dio per noi.

2. Formare gli operatori pastorali all'accompagnamento, inteso come risveglio alla verità di Dio.

3. Prevedere in futuro dei SERVIZI PASTORALI OSPEDALIERI istituzionalizzati, professionalizzati e organizzati.

Per poter dar vita a una Pastorale sanitaria più qualificata e qualificante tutta la Pastorale della Chiesa locale appare inoltre necessario provvedere ad una revisione del *Nuovo rito del Sacramento dell'Unzione*, arricchendo il rituale di celebrazioni e preghiere della Comunità cristiana con e per i malati.

È pure necessario affrontare coraggiosamente la riflessione sulla morte, riproponendo il Viatico, come celebrazione dell'*ultima Comunione*.

La discussione si orienta ad evidenziare le seguenti esigenze:

1. elaborare il concetto di *salute* in prospettiva spirituale-trascendente;

2. riaffermare la centralità di Cristo nella Chiesa e per la Chiesa, nella sua azione pastorale;

3. la figura e il modo di operare del ministro ordinato è di decisiva importanza: deve orientarsi alla cura spirituale della persona, e non limitarsi ad essere un semplice amministratore; è necessario pertanto studiare forme e modelli operativi che favoriscano un approccio di tipo terapeutico.

Prof. Mons. SERGIO LANZA
Preside dell'Istituto Pastorale
"Redemptor Hominis" della
Pontificia Università Lateranense



***IX Congresso Europeo
FEAMC***



***XX Congresso Internazionale
FIAMC***



***XXII Congresso
Nazionale AMCI***



***Medicina
e diritti umani***

Roma, 3-7 luglio 2000

Preghiera del Santo Padre in occasione del Congresso dei Medici Cattolici

Signore Gesù,

Medico Divino, che nella tua vita terrena hai prediletto coloro che soffrono ed hai affidato ai tuoi discepoli il ministero della guarigione, rendici sempre pronti ad alleviare le pene dei nostri fratelli. Fa che ciascuno di noi, consapevole della grande missione che gli è affidata, si sforzi di essere sempre, nel proprio quotidiano servizio, strumento del tuo amore misericordioso. Illumina la nostra mente, guida la nostra mano, rendi attento e compassionevole il nostro cuore. Fa' che in ogni paziente sappiamo scorgere i lineamenti del tuo Volto divino.

Tu che sei la *Via*, donaci di saperti imitare ogni giorno come medici non soltanto del corpo ma dell'intera persona, aiutando chi è malato a percorrere con fiducia il proprio cammino terreno, fino al momento dell'incontro con Te.

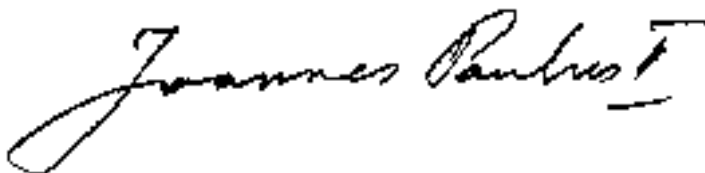
Tu che sei la *Verità*, donaci sapienza e scienza, per penetrare nel mistero dell'uomo e del suo trascendente destino, mentre ci accostiamo a lui per scoprire le cause del male e per trovarne gli opportuni rimedi.

Tu che sei la *Vita*, donaci di annunciare e testimoniare nella nostra professione il "Vangelo della vita", impegnandoci a difenderla sempre, dal concepimento al suo termine naturale, e a rispettare la dignità d'ogni essere umano, specialmente dei più deboli e bisognosi.

Rendici, o Signore, buoni Samaritani, pronti ad accogliere, curare e consolare quanti incontriamo nel nostro lavoro. Sull'esempio dei santi medici che ci hanno preceduto, aiutaci ad offrire il nostro generoso apporto per rinnovare costantemente le strutture sanitarie.

Benedici il nostro studio e la nostra professione, illumina la nostra ricerca ed il nostro insegnamento. Concedici infine che, avendo costantemente amato e servito Te nei fratelli sofferenti, al termine del nostro pellegrinaggio terreno possiamo contemplare il tuo volto glorioso e sperimentare la gioia dell'incontro con Te, nel tuo Regno di gioia e di pace infinita.

Amen.



Dal Vaticano, 29 Giugno 2000

Di fronte alla legislazione favorevole ai crimini dell'aborto e dell'eutanasia il medico si avvalga dell'obiezione di coscienza

IL DISCORSO DEL PAPA AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE DEDICATO AL TEMA «MEDICINA E DIRITTI UMANI»

1. Rivolgo il mio cordiale benvenuto a tutti voi, carissimi medici cattolici, giunti a Roma insieme ai vostri familiari, per partecipare al Congresso internazionale organizzato dall'Associazione Medici Cattolici Italiani, dalla Federazione Europea Associazioni Medici Cattolici e dalla Federazione Internazionale Associazione Medici Cattolici. Scopo principale di questo vostro incontro nella città eterna è celebrare il vostro Giubileo. Vi auguro di cuore che, rinfrancati da questa provvida sosta spirituale, sappiate promuovere un coraggioso rilancio della vostra testimonianza evangelica nel settore tanto importante della medicina e dell'attività sanitaria.

Tutti vi saluto con affetto, a cominciare dal Card. Dionigi Tettamanzi, Arcivescovo di Genova, e dai professori Domenico Di Virgilio, Paul Deschepper e Gian Luigi Gigli, presidenti rispettivamente degli organismi summenzionati. Saluto, poi, i sacerdoti Feytor Pinto e Valentin Pozaic, insieme con gli assistenti ecclesiastici presenti.

Il mio saluto si estende, inoltre, a Monsignor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, organismo al quale ho affidato il compito di stimolare e promuovere l'opera di formazione, di studio e di azione svolta dalla Federazione Internazionale Associazioni Medici Cattolici, specialmente nel contesto dell'Anno giubilare.

Un particolare ringraziamento rivolgo, infine, al prof. Domenico Di Virgilio, che ha ben interpretato i vostri comuni sentimenti, esprimendo la vostra fedele adesione alla cattedra di Pietro.

2. Il tema scelto per il vostro congresso – *Medicina e diritti dell'uomo* – è molto importante non solo per lo sforzo culturale che manifesta di coniugare il progresso della medicina con le esigenze etiche e giuridiche della persona umana, ma anche per l'attualità che riveste a motivo delle violazioni effettive o potenziali del fondamentale diritto

alla vita, su cui poggia ogni altro diritto della persona.

Nell'attività che esercitate, voi compite ogni giorno un nobile servizio alla vita. La vostra missione di medici vi mette in quotidiano contatto con la misteriosa e stupenda realtà della vita umana, inducendovi a farvi carico delle sofferenze e delle speranze di tanti fratelli e sorelle. Perseverate in questa vostra generosa dedizione, avendo cura in particolar modo degli anziani, degli infermi e dei disabili.

Voi toccate con mano che nella vostra professione non bastano le cure mediche ed i servizi tecnici, sia pure espletati con esemplare professionalità. Occorre essere in grado di offrire al malato anche quella speciale medicina spirituale che è costituita dal calore di un autentico contatto umano. Esso è in





grado di ridare al paziente amore per la vita, stimolandolo a lottare per essa, con uno sforzo interiore talora decisivo per la guarigione.

L'ammalato deve essere aiutato a ritrovare non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico e morale. Ciò suppone nel medico, accanto alla competenza professionale, un atteggiamento di amorevole sollecitudine, ispirata all'immagine evangelica del buon Samaritano. Presso ogni persona sofferente il medico cattolico è chiamato ad essere testimone di quei valori superiori che hanno nella fede il loro saldissimo fondamento.

3. Cari medici cattolici, voi ben sapete che è vostra missione imprescindibile difendere, promuovere ed amare la vita di ogni essere umano dall'inizio al suo tramonto naturale. Oggi, purtroppo, viviamo in una società nella quale spesso dominano sia una cultura abortista, che porta alla violazione del diritto fondamentale alla vita del concepito, sia una concezione dell'autonomia umana, che s'esprime nella rivendicazione dell'eutanasia come auto-liberazione da una situazione fatasi per qualche motivo penosa.

Voi sapete che al cattolico non è mai lecito farsi complice di un presunto diritto all'aborto o all'eutanasia. La legislazione fa-

vorevole a simili crimini, essendo intrinsecamente immorale, non può costituire un imperativo morale per il medico, il quale si avvarrà a buon diritto del ricorso all'obiezione di coscienza. Il grande progresso, registrato in questi anni dalle cure palliative del dolore, consente di provvedere in modo adeguato alle situazioni difficili dei malati terminali.

Le molteplici e preoccupanti forme di attentato alla salute e alla vita vanno coraggiosamente affrontate da ogni persona veramente rispettosa dei diritti dell'essere umano. Penso alle distruzioni, alle sofferenze, alle morti, che affliggono intere popolazioni a causa di conflitti e guerre fratricide. Penso alle epidemie ed alle malattie, che si registrano tra le popolazioni costrette ad abbandonare le loro terre per fuggire verso l'ignoto. Come restare indifferenti dinanzi a scene struggenti di bambini e di anziani, che vivono insostenibili situazioni di disagio e di sofferenza, soprattutto quando ad essi viene negato persino il diritto fondamentale all'assistenza sanitaria!

È un vasto campo d'azione che si apre dinanzi a voi, cari medici cattolici, ed esprimo caloroso apprezzamento a quanti tra voi con coraggio decidono di dedicare un po' del loro tempo a chi si trova in situazioni di così grande emergenza. La cooperazione missionaria in campo sanitario è stata sempre molto sentita ed auspicio di cuore che un tale generoso servizio all'umanità sofferente s'accresca ulteriormente.

4. Mentre entriamo nel Terzo Millennio, in particolar modo nei Paesi più poveri uomini e donne continuano purtroppo a non avere accesso a servizi sanitari e farmaci essenziali per curarsi. Molti fratelli e sorelle muoiono ogni giorno di malaria, di lebbra, di AIDS, talora nell'indifferenza generale di coloro che potrebbero o dovrebbero prestare loro sostegno. Sia sensibile il vostro cuore a questi appelli silenziosi! È vostro compito, cari membri delle associazioni di medici cattolici, adoperarvi perché il diritto primario a quanto è necessario per la cura della salute, e quindi ad un'adeguata assistenza sanitaria, diventi effettivo per ogni uomo, prescindendo dalla sua posizione sociale ed economica.

Tra voi ci sono ricercatori nelle scienze biomediche, le quali sono per loro natura finalizzate al progresso, allo sviluppo e al miglioramento delle condizioni di salute e di vita dell'umanità. Anche a loro rivolgo un pressante appello ad offrire generosamente il loro apporto per assicurare all'umanità

condizioni di salute migliori, sempre rispettando la dignità e la sacralità della vita. Tutto ciò che è scientificamente fattibile, infatti, non è sempre moralmente accettabile.

Ritornando nelle vostre rispettive nazioni, recate con voi il desiderio di continuare, con nuovo slancio, nella vostra attività di formazione e di aggiornamento non solo nelle discipline attinenti alla vostra professione, ma anche in ciò che riguarda la teologica e la bioetica. È quanto mai importante, particolarmente nelle nazioni dove vivono giovani Chiese, curare la formazione professionale ed etico-spirituale dei medici e del personale sanitario, posto non di rado di fronte a gravi emergenze che esigono competenza professionale e adeguata preparazione in campo morale e religioso.

5. Carissimi medici cattolici, il vostro congresso si è provvidenzialmente inserito

nel contesto del Giubileo, momento favorevole per la conversione personale a Cristo e per aprire il cuore a chi è nel bisogno. Frutto della celebrazione giubilare sia per voi una più profonda attenzione verso il prossimo, una generosa condivisione di conoscenze ed esperienze, un autentico spirito di solidarietà e di carità cristiana.

La Madonna Santissima, *Salus infirmorum*, vi assista nella vostra complessa e necessaria missione. Vi sia d'esempio San Giuseppe Moscati, perché mai venga meno in voi la forza di testimoniare con coerenza, integra onestà e assoluta rettitudine il «Vangelo della vita».

Mentre vi ringrazio nuovamente per la vostra visita, invoco la costante benevolenza del Signore su di voi, sui vostri familiari e su quanti sono affidati alle vostre cure ed impartisco a tutti di cuore una speciale benedizione apostolica.

135

Saluto

Un saluto cordiale agli organizzatori del IX congresso europeo, XX mondiale e XXII nazionale dei medici cattolici, sul tema "Medicina e diritti umani".

I diritti umani sono un'esigenza di realizzazione della persona umana, la persona umana sempre è una realizzazione e anche è una capacità; come capacità è un progetto da attuarsi, come realizzazione è una storia compiuta; e il diritto della persona è il diritto d'affermarsi nella sua storia e di attuarsi nella sua capacità.

Il diritto umano della persona come storia nel campo della medicina significa il diritto di usufruire di tutte le conquiste che fin qui ha avuto l'uomo nel campo della medicina; il diritto umano

della persona come capacità significa la possibilità sempre aperta verso una speranza di perfetta realizzazione futura, che nel campo della medicina comporta il pro-



gresso continuo per realizzare, in ogni tappa della vita, l'armonia. È aprirsi verso una tensione che cerca l'unità dell'essere umano strutturato nelle branche economiche, sociali, politiche e culturali.

Voglia questo congresso approfondire questi diritti alla luce del Vangelo in modo che i medici cattolici diano al mondo, in questo inizio del nuovo Millennio, delle vie sicure per incarnare la dottrina di Cristo sulla medicina e contribuiscano così al bene di tutta l'umanità.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO
BARRAGÁN

*Arcivescovo Vescovo emerito
di Zacatecas
Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della salute
Santa Sede*

Cari amici,

È per me un grande onore darvi il benvenuto a Roma, a nome della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici. Nel mezzo dell'anno del Grande Giubileo, voi siete venuti a Roma per discutere di "Medicina e diritti dell'uomo", il tema molto significativo scelto per il XX congresso mondiale della FIAMC. Il nostro incontro in Roma, tuttavia, acquista quest'anno una valenza particolare, andando al di là dello stesso tema congressuale, pur così importante.

Voi, infatti, siete giunti a Roma non soltanto quale luogo del congresso, ma anche in quanto meta del vostro pellegrinaggio, città delle memorie degli apostoli e sede del Papa, segno visibile dell'unità della Chiesa e primo difensore dei diritti dell'uomo in tutto il mondo.

Analogamente a tanti fratelli dei secoli passati, siete venuti alle tombe degli apostoli Pietro e Paolo, per riscoprire le origini della vostra fede, per compiere un percorso di purificazione interiore, per aprirvi ad una solidarietà ed una fraternità più grandi. L'uomo che vive all'inizio del terzo millennio dell'era cristiana, forse ancor più dei pellegrini del medioevo, ha bisogno di mettersi in viaggio lungo le vie della ricerca del vero e del bene, alla riscoperta del significato più profondo della sua umanità, quello che solo Gesù Cristo può svelarci. Il pellegrinaggio alle tombe degli apostoli diviene allora immagine dell'altro pellegrinaggio, quello che dura tutta la vita.

Il pellegrinaggio del Giubileo può aiutarci a riscoprire il rispetto per la vita, il senso della sofferenza umana, la solidarietà con coloro che più da vicino si accompagnano a Gesù Cristo sulla croce, il si-



gnificato della morte, che non è una finestra aperta sul nulla, ma la meta vera dell'uomo pellegrino sulla terra, quella che ci aprirà alla visione beata del volto di Dio.

Profondamente ispirati da queste riflessioni, noi saremo in grado di comprendere ancora meglio i dilemmi e le contraddizioni che riguardano il rispetto dei diritti dell'uomo nelle applicazioni della medicina. In molte regioni del mondo, i medici cattolici costituiscono certo solo una minoranza, talvolta oppressa. Siamo tuttavia consapevoli e fieri di essere una minoranza importante, capace di esprimere una presenza profetica, specialmente sul fondamento di tutti gli altri diritti dell'uomo, il diritto alla vita.

La lotta per una medicina rispettosa dei diritti dell'uomo tocca il cuore stesso della nostra testimonianza cristiana, giacché, come membri laici della Chiesa, noi siamo chiamati ad essere presenti al centro della vita professionale, cercando di modificarne strutture e comportamenti, per fare in modo che questi possano diventare un'immagine più trasparente dell'amore risanante di Cristo. Tuttavia, senza un rinnovamento della nostra fede ed una più

intima partecipazione alla vita della Chiesa, noi non avremo nulla di speciale da dire ai nostri pazienti ed ai nostri colleghi.

Il Giubileo ci offre un'occasione unica per questo nostro personale rinnovamento interiore. Esso ci chiama a confessare la nostra fede ed a cambiare la nostra vita. Esso c'invita a riscoprire Cristo, vivo nella Chiesa e ad impegnarci nella realtà temporale della nostra professione, nelle trasformazioni culturali, nella gratuità delle opere di carità, nell'azione sociale e politica.

A nome della Federazione internazionale, che, sulla base di un preciso mandato conferito dalla Chiesa, coordina il lavoro delle singole associazioni, vorrei ringraziare gli amici dell'associazione italiana per il grande e generoso lavoro svolto nella preparazione di questo congresso. Desidero anche ringraziare quanti lavorano nelle associazioni di tutto il mondo, aiutando i medici cattolici a vivere la loro fede e testimoniando i diritti dell'uomo ed i doveri verso Dio tra i pazienti, i colleghi medici e gli altri professionisti della salute. Vorrei, se possibile, incoraggiarvi a fare ancora di più, inventando nuove e più efficaci modalità di presenza nella professione medica, nell'insegnamento, nella ricerca, in spirito di comunione e di servizio soprattutto verso coloro i cui diritti sono più conculcati.

Possa Iddio aiutare e benedire i nostri sforzi. Nel fare ciò, potremo sperare con fiducia che il nostro pellegrinaggio terreno non diventi mai un cammino privo di significato.

Prof. GIAN LUIGI GIGLI
*Presidente della FIAMC,
Federazione Internazionale delle
Associazioni di Medici Cattolici*

L'Associazione Medici Cattolici Italiani accoglie con entusiasmo e fraterna amicizia i medici ed amici provenienti da oltre 40 nazioni per partecipare al congresso del Giubileo del 2000!

Il nostro è innanzi tutto il congresso del Grande Giubileo del 2000: a noi è stato riservato dalla provvidenza l'emozionante privilegio di vivere questo incrocio esaltante di vari avvenimenti: il passaggio di secolo, il sorgere del Terzo Millennio, l'indizione del Giubileo del 2000, l'intreccio dei tre congressi. Sapremo rispondere a questi suggestivi richiami?

Sapremo essere "attori" consapevoli di questi travolgenti eventi?

Ed in questa circostanza ci appare quanto mai centrato il tema che ci siamo proposti: "La medicina ed i diritti umani". Quale altro secolo infatti ha assistito ad un tale e prorompente evolversi di eventi, talora drammatici che hanno visto l'uomo ora esaltato ora indifeso e violentato?

In quale altro secolo è risuonato, sempre più potente, il grido, accorato, del rispetto dei diritti dell'uomo? Ma di quali diritti? Ma è proprio vero che questo ultimo tratto di secolo ha costituito un faro luminoso nel travolgente cammino della comunità umana dinanzi ad un avvicinarsi di "costruttori e distruttori" dei diritti umani?

In tale scenario, luminosa e prorompente, per fortuna di tutti gli uomini, si erge la figura di Giovanni Paolo II che ha centrato il suo magistero non solo sulla difesa e sulla promozione dei diritti umani ma ha legato questi a fondamenti certi nella prospettiva cristiana.

E la prospettiva dell'amore è l'orientamento in cui si attua l'azione del cristiano per i diritti umani. Il nostro "grande"

Pontefice ha dedicato addirittura alcune encicliche a questi temi a lui cari. E nella *Centesimus Annus* (1991) ci segnala una serie di diritti umani: "il diritto alla vita, di cui è parte integrante il diritto a crescere sotto il cuore della madre dopo essere stati generati, il diritto a vivere in una famiglia unita e in un ambiente morale, il diritto a maturare la propria intelligenza e la propria libertà nella ricerca e nella conoscenza delle verità, il diritto a partecipare al lavoro per valorizzare i beni della terra e ricavare da esso il sostentamento proprio e dei propri cari; il diritto a fondare liberamente una famiglia e ad accogliere e educare i figli, esercitando responsabilmente la propria sessualità, il diritto a vivere nella verità della propria fede ed in conformità alla trascendente dignità della propria persona".

Sono in fondo gli stessi diritti, anche se meno esplicitati, che si trovano nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, spesso ricordati ed in molte circostanze volutamente dimenticati o disattesi.

Ma molte legislazioni hanno poi di fatto negato il diritto alla vita con provvedimenti permissivi in materia di aborto, manipolazioni genetiche, di eutanasia e di restrizione della libertà dell'individuo! E le tra-

volgenti ed esplosive conquiste della tecnologia e della scienza in campo biomedico sono state sempre indirizzate a favorire lo sviluppo ed il rispetto della dignità della persona? O talora esse non hanno costituito rischi per l'uomo che sembra essere minacciato proprio da ciò che produce fino a temere che i traguardi raggiunti possano essere rivolti contro di lui? Da qui come ci ricorda Giovanni Paolo II (*Redemptor Hominis*, 1979), la necessità che all'esplosivo sviluppo tecnologico possa corrispondere un proporzionale sviluppo della vita morale e dell'etica affinché l'uomo "diventi veramente migliore, più maturo spiritualmente, più cosciente della dignità della sua umanità".

Noi medici cattolici convenuti a Roma da tutto il mondo vogliamo contribuire all'accoglienza integrale degli appelli del Pontefice, vogliamo testimoniare con forza che la medicina e le sue conquiste saranno sempre indirizzate al servizio dell'uomo; che la solidarietà ed il rispetto insieme all'amore debbano cementare i rapporti tra tutti gli uomini e per questo ci dichiariamo contro ogni attentato alla vita, sempre e di ogni creatura, e per questo ci dichiariamo contrari ad ogni tipo di restrizione delle libertà individuali e quindi contro ogni forma di tortura e contro la pena di morte. E la speranza, nutrita dalla fede e corroborata dalla carità, ci rende consapevoli che dobbiamo porci ogni giorno a servizio dei malati, dei più deboli ed indifesi, e in ascolto a cominciare con quanti, credenti o meno, si riconoscono appartenenti ad una società fondata sul rispetto e sull'amore!

Prof. DOMENICO DI VIRGILIO
Presidente dell'Associazione
dei Medici Cattolici Italiani (AMCI)
Italia



Anno 2000

Attività del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Introduzione

La pianificazione del lavoro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, fatta nell'Assemblea Plenaria del 1998, successivamente approvata dal Santo Padre, abbraccia 50 programmi organizzati intorno ai Ministeri della Parola, della Santificazione e della Comunione ed affidati alle 18 persone componenti il Dicastero: superiori, ufficiali e collaboratori. Con essa, il Pontificio Consiglio, specialmente nell'anno della celebrazione del Grande Giubileo 2000 ha cercato rispondere in maniera più efficace alla missione affidatagli dal Santo Padre: di essere un aiuto al Suo prezioso ministero petrino nel campo specifico della pastorale della salute e della sanità.

Per elaborare il Piano di lavoro ci si è riferiti al Motu Proprio istitutivo *Dolentium Hominum* e alla Cost. Apost. *Pastor Bonus*, e ci si è ispirati, per quanto concerne il significato cristiano della sofferenza e della vita, alla Lettera apostolica *Salvifici doloris* e all'Enciclica *Evangelium Vitae*.

Nel formulare le linee concrete del Piano generale di lavoro, si è fatto tesoro dei suggerimenti e delle indicazioni della lettera Apostolica *Tertio Millennio Adveniente* e della *Carta degli Operatori Sanitari*.

Sulla base delle suddette premesse dottrinali, questo Pontificio Consiglio ha elaborato il suo Piano di lavoro rispetto a quattro aspetti: finalità, politiche, modi di azione, programmi.

Il Piano di lavoro del Dicastero ha avuto come culmine l'anno giubilare. Tuttavia nell'anno giubilare si sono dovuti adoperare alcuni cambiamenti che riguardano la specificità di quest'anno. I cambiamenti si riferiscono agli obiettivi; i programmi sono rimasti invariati in quanto al loro enunciato, bensì la loro forma è stata cambiata.

a) Obiettivo generale

In riferimento a quanto è stato detto poco anzi, è stato fissato l'obiettivo generale del Pontificio Consiglio, in particolare in questo tempo della Celebrazione del

Grande Giubileo dell'Anno 2000, ossia: "Celebrare l'Incarnazione del Verbo secondo la Bolla d'Indizione del Grande Giubileo dell'Anno 2000 "Incarnationis Mysteriorum", per illuminare le culture sanitarie con il Vangelo, santificare l'ammalato e l'ambiente della salute in generale, e pervenire alla comunione della pastorale della salute in tutta la Chiesa".

b) Operatività del Dicastero

Per quanto concerne il piano pratico, per raggiungere la suddetta finalità sulla base dei propri obiettivi specifici, nel ministero della Parola, contenente 11 programmi, il Pontificio Consiglio ha fissato come obiettivo: "Celebrare l'incarnazione del Verbo per illuminare con il Vangelo le culture sanitarie tramite i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Nel ministero della santificazione, che ha 7 programmi, l'obiettivo è stato il seguente: "Celebrare l'Incarnazione del Verbo per santificare l'ammalato e in generale il mondo della salute attraverso i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Nel ministero di comunione, che ha avuto 29 programmi da sviluppare, l'obiettivo è stato: "Celebrare l'Incarnazione del Verbo per pervenire alla comunione solidale dei malati e degli operatori della salute in tutta la Chiesa attraverso i segni giubilari della Peregrinazione, della Porta Santa e dell'Indulgenza".

Per raggiungere la finalità che il Dicastero ha fissato nel ministero della Parola, si sono messe in atto le seguenti azioni: si è cercato di dare il senso della vita e della sofferenza e il senso della natura e la sua manipolazione, spiegandoli, diffondendoli e divulgandoli a tutti, in particolare ai Vescovi incaricati per la Pastorale della Salute nelle loro Conferenze Episcopali. Al riguardo, ci sono state di grande aiuto la celebrazione della XV Conferenza internazionale, la pubblicazione della rivista *Dolentium hominum*, la partecipazione a vari congressi, seminari e convegni da parte dei

Superiori ed Officiali del Dicastero, ecc.

Per quanto riguarda l'evangelizzazione delle facoltà di medicina, il Pontificio Consiglio ha cercato di tenersi in contatto con le più importanti facoltà cattoliche di medicina, di farmacia e quelle di diritto, per promuovere in futuro corsi adeguati; gli altri programmi promossi nel settore della Parola con doveroso impegno riguardano: le Pubblicazioni, l'Organizzazione Mondiale della Salute, il manuale pastorale per i tossicodipendenti, la guida pastorale della salute, le conferenze, la conferenza internazionale, le ricerche, i centri di insegnamento, i "dossiers".

Come già è stato esposto, nel ministero della santificazione, il Pontificio Consiglio ha posto 7 programmi di notevole importanza: il battesimo, l'unzione degli infermi, altri sacramenti, il manuale di preghiera e di sacramenti, la Giornata mondiale del malato, la preghiera, e "l'Intenzione" dell'Apostolato della Preghiera.

Per raggiungere l'obiettivo che il Dicastero si è posto nel ministero della comunione per il 2000, i 32 programmi tendevano a rafforzare o conseguire questa comunione solidale. Si tratta di programmi che riguardano l'unione dei Medici, Infermieri e Farmacisti cattolici, sostenendo le loro associazioni nel mondo, soprattutto a livello mondiale. In questa programmazione verso l'unificazione della pastorale sanitaria in tutto il mondo è anche molto importante la creazione di una unione internazionale di cappellani cattolici negli ospedali e la stessa unione degli ospedali cattolici, come pure l'unione dei religiosi ospedalieri, dei vescovi incaricati della pastorale della salute nelle CC.EE. Inoltre si è tentato di aumentare l'azione pastorale del volontariato sanitario cattolico e di incrementare le associazioni dei malati. Tra i vari programmi nel settore comunione si possono menzionare: i centri di bioetica, lo sforzo per la loro unificazione, l'organizzazione e la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, il diritto universale alla salute, la comunicazione cristiana dei beni, le malattie emergenti:

AIDS, Lebbra; la Droga, i rapporti interdicasteriali, i Vescovi incaricati per la pastorale sanitaria, le nunziature, le visite *ad limina*, la partecipazione e rappresentanza del Dicastero a congressi e convegni fuori sede, visite e viaggi pastorali, ecc.. Nel Piano di lavoro si è tenuto anche conto dei programmi amministrativi interni del Dicastero, che entrano nell'ambito del settore comunione, cioè a dire: la segreteria, l'amministrazione, l'archivio, il servizio di documentazione, la cura e il deposito di documenti e di pubblicazioni.

I summenzionati 50 programmi sono stati portati avanti con doveroso impegno da parte di tutti i componenti del Dicastero. I risultati sono stati molto soddisfacenti e confermano la sintonia della pianificazione di lavoro con l'obiettivo fissato per il 2000.

Detto questo, vogliamo elencare in maniera più dettagliata alcuni punti salienti dell'attività del Dicastero nell'arco dell'intero anno 2000.

1. Celebrazione del Giubileo dei Malati e degli Operatori della Sanità

Nel Ministero della Santificazione, c'è un programma molto importante per l'attività del Pontificio Consiglio: la celebrazione annuale della Giornata Mondiale del Malato.

Nell'Anno Giubilare 2000 essa è stata celebrata solennemente a Roma come "Giubileo dei Malati e degli Operatori della Sanità".

Quattro momenti salienti hanno contrassegnato le varie manifestazioni celebrative: la preghiera, lo studio, la festa e le visite ad alcuni luoghi strettamente legati all'evento giubilare.

1) *La Preghiera*. Oltre 20.000 pellegrini tra ammalati e operatori della Sanità giunti da tutto il mondo hanno assistito ai diversi uffici e alle celebrazioni preparate con molta cura dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Momenti di intensa spiritualità sono state: la celebrazione della Santa Messa d'accoglienza e benvenuto il giorno 10 febbraio, nella Basilica di San Paolo fuori le mura, presieduta da S. E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Dicastero; Processione mariana "Aux Flumbeaux" per via della Conciliazione, guidata dal Presidente del Dicastero, che si è conclusa in Piazza San Pietro con la Benedizione del Santo Padre; la pia pratica della Via Crucis al Colosseo.

Il momento celebrativo più significativo è stata senz'altro la solenne concelebrazione eucaristica, **di venerdì 11 febbraio**, memoria della Beata Vergine di Lourdes, presieduta dal Santo Padre in Piazza San Pietro che era diventata come una grande ed immensa corsia all'aperto.

Accanto all'altare la bianca statua della Madonna di Lourdes. Cinquanta i concelebbranti con la casula bianca, tra i quali S.E.m.za il Card. Etchegaray, Presidente del Comitato del Grande Giubileo dell'Anno 2000, con il Segretario Arcivescovo Crescenzo Sepe; S.E. Mons. J. Lozano Barragán,



Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute con il Segretario S.E. Mons. José L. Redrado, e Sottosegretario P. Felice Ruffini, M.I., e 47 Arcivescovi e Vescovi Incaricati delle Conferenze Episcopali per la Pastorale della Salute. Concelebbravano anche 350 sacerdoti impegnati in tutto il mondo nella pastorale sanitaria, alla presenza di Autorità civili e militari.

Solenne e composta è stata la concelebrazione eucaristica alla quale hanno partecipato oltre 30.000 di pellegrini, tra i quali 2.400 malati in carrozzella; e 1.700 deambulanti ai piedi del sagrato nei reparti dei santi Pietro e Paolo. Familiari, medici, paramedici, infermieri, accompagnatori e volontari, religiosi e religiose.

Il Santo Padre rivolgendosi nella sua omelia agli ammalati e agli operatori sanitari ha lasciato questa consegna: "... Il Giubileo è esperienza d'una visitazione quanto mai singolare. Facendosi uomo, il Figlio di Dio è venuto a visitare ogni persona e si è fatto per ciascuno "la Porta": Porta della vita, Porta della salvezza. L'uomo deve entrare attraverso questa Porta se vuol trovare la salvezza. Ciascuno è invitato a

varcare questa soglia... La Chiesa entra nel nuovo millennio stringendo al suo cuore il Vangelo della sofferenza, che è annuncio di redenzione e di salvezza. Fratelli e sorelle ammalati, voi siete testimoni singolari di questo Vangelo. Il terzo millennio attende dai cristiani sofferenti questa testimonianza. La attende anche da voi, operatori della pastorale sanitaria, che con ruoli diversi svolgete accanto ai malati una missione tanto significativa ed apprezzata, apprezzatissima".

Un momento molto toccante è stato anche l'amministrazione del sacramento dell'Unzione degli Infermi. Il Santo Padre l'ha conferita personalmente a 10 malati, mentre agli altri 90 malati è stata conferita da alcuni Vescovi e sacerdoti tra i quali il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano, S.E. Mons. Redrado, O.H., il Rev. P. Felice Ruffini, M.I., rispettivamente Segretario e Sottosegretario del Pontificio Consiglio.

La celebrazione della Giornata si è conclusa con la solenne Benedizione di tutti i partecipanti, e specialmente dei malati.

2) *Lo Studio*. Nei giorni 9-10 febbraio ha avuto luogo nell'Aula nuova del Sinodo in Vaticano, il Convegno dei Vescovi Incaricati per la Pastorale della Salute presso le Conferenze Episcopali e delle Associazioni Cattoliche degli Operatori della Sanità. In queste due giornate di studio, nelle distinte sale, si è riflettuto, sia con le Conferenze magistrali che con il Forum dei gruppi, sull'Identità degli Operatori della sanità cattolici di fronte alle sfide del Terzo Millennio. Erano presenti oltre 200 partecipanti in rappresentanza di ogni continente. Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano dopo aver presentato le Giornate di Studio è intervenuto con due conferenze magistrali. Una indirizzata ai Vescovi Incaricati sulla *Pastorale della salute* e l'altra ai Medici Cattolici sull'*Identità del Medico Cattolico*. Oltre al Presidente del Dicastero sono intervenuti: S.E. Mons. Redrado, O.H., Segretario del Dicastero che ha parlato su: "Programma del Dicastero: Piano di lavoro", il Dr. Gian Luigi Gigli, Presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni Medici Cattolici (FIAMC) sul tema: "Le sfide dei medici cattolici per il Terzo Millennio", P. Joseph Joblin, Assistente Ecclesiastico del Comitato Internazionale degli Infermieri ed Assistenti medico-sociali (CICIAMs) sul tema: "Identità del-

l'infermiere cattolico", la Sig.ra An Verlinde, Segretaria Generale del CICIAMS sulle *Sfide per il Terzo Millennio*, il Rev.do P. Felice Ruffini, M.I., Sottosegretario del Dicastero sull'*Identità del Farmacista Cattolico* e Prof. Alain Lejeune, Presidente della Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (F.I.U.P.C.) sulle *Sfide del Terzo Millennio*.

3) *Festa*. Due splendidi momenti di festa e di forte significato spirituale: la sera dell'**11 febbraio**, in piazza San Pietro, alla fine della fiaccolata ha avuto luogo la *Festa di Suoni e Luce* e il giorno **12 febbraio**, nell'Aula Paolo VI in Vaticano, la *Festa della Gioia e della Speranza*, con la testimonianza di diverse persone tra cui artisti e persone del mondo dello sport, che attraverso la sofferenza hanno incontrato Cristo, loro gioia e speranza. I malati sono stati dei veri protagonisti.

4). *Visite*. Il **12 febbraio**, nella mattinata, hanno avuto luogo le visite per gruppi linguistici alle Basiliche del "Giubileo": Santa Maria Maggiore, San Giovanni in Laterano, Santa Croce in Gerusalemme. Inoltre le Chiese Nazionali hanno organizzato le varie visite per i propri pellegrini.

Le varie celebrazioni e le feste sono state trasmesse dalla TV a tutto il mondo via satellite. Soprattutto, va sottolineato il collegamento con i Santuari mariani dove nel passato è stata celebrata la Giornata Mondiale del malato, oppure dove prossimamente sarà celebrata.

La celebrazione della Giornata si è conclusa domenica 13 febbraio con la Santa Messa nei luoghi di accoglienza.

2. Riunioni interdicasteriali

Nell'ambito del Ministero della Comunione, il Pontificio Consiglio ha mantenuto vivi i rapporti con gli altri Dicasteri della Curia Romana, partecipando alle diverse riunioni interdicasteriali

– presso il Pontificio Consiglio "Giustizia e Pace". Il Rev.do Don Antonio Soto, Ufficiale del Dicastero ha partecipato l'8 aprile alla riunione interdicasteriale in vista della preparazione della Giornata Mondiale della Pace (2001).

– presso il Pontificio Consiglio della Cultura. L'8 giugno, il Rev.do Don Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero, ha preso parte all'Incontro interdicasteriale sul tema: "Dialogo Scienza-Fede. Nuove prospettive".

3. Partecipazione e rappresentanza a Congressi e Convegni

Un altro programma del Ministero della Parola è stata la partecipazione e rappresentanza a vari congressi e convegni. Questi hanno visto impegnati i Superiori e gli Officiali del Dicastero per tutto l'anno 2000.

GENNAIO

– Dal 24 al 29, a Ginevra, il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha preso parte in seno alla Delegazione della Santa Sede alla riunione del Consiglio Esecutivo della Organizzazione Mondiale della Sanità.

FEBBRAIO

– Il giorno 14, in Vaticano, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato alla Giornata dedicata alla Commemorazione dell'Enciclica "Evangelium Vitae", promossa dalla Pontificia Accademia per la Vita.

– Il giorno 17, a Roma, Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano ha presieduto la Celebrazione Eucaristica al termine del



Simpósio sui Martiri cattolici messicani, sottolineando che il simposio è situato nella cornice delle celebrazioni giubilari e ha ricordato che i martiri sono un segno perenne della verità dell'amore cristiano.

– Il giorno 23, a Roma, l'Ufficiale del Dicastero il Rev.do Mons. Jean Marie Mpendawatu ha preso parte all'Incontro, organizzato dall'Ospedale Bambino Gesù sul tema del supporto internazionale a favore dei bambini malati di Aids della Romania.

– Dal 25 al 27, in Vaticano, S.E. Mons. Lozano e S.E. Mons. Redrado, hanno partecipato al Convegno internazionale di studio sull'*attuazione del Concilio Ecumenico Vaticano II*, organiz-

zato dalla Commissione Teologico storica del Grande Giubileo.

MARZO

– Il giorno 3, a Frosinone, su invito di S.E. Mons. Salvatore Boccaccio, Vescovo di Frosinone, il Presidente del Dicastero ha partecipato al Seminario dal titolo: "La tragedia della malattia e la speranza del sollievo. Dalla solidità del malato alla compartecipazione del suo dolore" e ha svolto una relazione sul tema: "La speranza e il malato. Prospettive teologiche".

– Il giorno 28, nella Basilica di San Pietro, il Presidente S.E. Mons. Lozano ha presieduto la concelebrazione eucaristica di apertura del 7° Congresso Nazionale del "Collegio dei Docenti di Odontoiatria". Per i partecipanti è stata anche una occasione propria per osservare il Giubileo.

APRILE

– Dal 4 al 6, a Città di Messico, accompagnato dall'Ufficiale del Dicastero il Rev.do Don Krzysztof Nykiel, S.E. Mons. Javier Lozano ha partecipato al IV Congresso Nazionale e III Internazionale delle Istituzioni Religiose al servizio della Salute, organizzato dalla Commissione Arcidiocesana per la Pastorale della Salute dell'Arcidiocesi del Messico e dalla Congregazione delle Religiose francescane dell'Immacolata Concezione, A.R., sul tema: "Curando el cuerpo, sanando el alma. Hacia el Tercer Milenio". Il Presidente è intervenuto con una relazione sul tema: "Curando el cuerpo y sanando el alma".

– Dal 6 al 7, a Città di Messico, il Presidente del Dicastero ha partecipato al *Second Annual Panamerican Catholic Health Care Dialogue*, organizzato dal CELAM in collaborazione con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e dall'Arcidiocesi di New York sul tema: "A Jubilee Celebration for the Whole of Humanity", ed ha tenuto una conferenza sul tema: "La Celebración del Jubileo y el Enfermo". Ai Lavori ha preso parte anche il Rev.do Don Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero.

– Il giorno 7, a Roma, Il Segretario del Dicastero S.E. Mons. Redrado ha presieduto la Concelebrazione eucaristica in occasione del Convegno nazionale sul tema: "Quali le risposte della vita religiosa italiana per persone portatrici di disabilità" ed ha tenuto una omelia relativa alla tematica del Convegno.

– Il giorno 27, a Roma, Il Rev.do Don Krzysztof Nykiel, Ufficiale del Dicastero ha parteci-

pato in rappresentanza del Dicastero al Convegno organizzato dalla Facoltà di Teologia e dal Pontificio Istituto Pastorale "Redemptor Hominis" della Pontificia Università Lateranense, in collaborazione con il Comitato locale per il XLVII Congresso Eucaristico Internazionale della Diocesi di Roma sul tema: "Gesù Cristo unico salvatore del mondo, pane per la nuova vita".

MAGGIO

– Il giorno 10, a Genzano di Roma, l'Officiale Rev.do Don Krzysztof Nykiel ha partecipato all'I° Workshop Internazionale sugli Interventi Umanitari e le Esperienze di Cooperazione delle Organizzazioni non Governative (ONG) e le Organizzazioni non Profit (ONP), organizzato dall'Associazione con i Fatebenefratelli per i malati lontani, e ha tenuto una relazione sul tema: "L'attività del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute".

– Dal 15 al 20, a Ginevra, Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. J. Lozano ha partecipato, quale Capo della Delegazione della Santa Sede, alla 53ª sessione dell'Assemblea Mondiale della Sanità ed è intervenuto parlando sul concetto della salute nel Magistero della Chiesa. Faceva anche parte della delegazione il Rev. Mons. Jean-Marie Mpendawatu, Officiale del medesimo Dicastero.

– Il giorno 22, a Roma, S.E. Mons. Lozano ha inaugurato la Riunione del Consiglio Direttivo della Pontificia Accademia per la Vita, rivolgendo a tutti Partecipanti un indirizzo di saluto.

GIUGNO

– Il giorno 1, a Napoli, su invito di S.E. Mons. Antonio Riboldi, Vescovo emerito di Acerra, il Presidente del Dicastero ha partecipato al Convegno internazionale su "Il diritto del bambino alla salute" ed è intervenuto con una conferenza dal titolo: "Il diritto del bambino alla tutela della salute".

– Dal 12 al 15, a Itaiaci, Brasile, S.E. Mons. Lozano ha preso parte al Convegno, organizzato dalla Conferenza Nazionale dei Vescovi del Brasile su: "AIDS e desafios para a igreja do Brasil" e ha tenuto una relazione sul tema: "El Sida, realidad eclesial y perspectivas futuras".

LUGLIO

– Dal 12 al 15, a Kuala Lumpur (Malaysia), S.E. Mons. Lozano e S.E. Mons. Redrado, hanno partecipato al 12th Congress of the Asian Federation of Catholic Medical Associations, organizzato

dal Associazione dei Medici Cattolici del Malaysia, sul tema: "Health Challenges in Asia in the New Millennium". Il Presidente è intervenuto con una relazione dal titolo: "Healing in the Gospels".

AGOSTO

– Il giorno 20, a Zamora (Messico), S.E. Mons. Lozano, alla presenza di 200 Medici ed altri operatori sanitari, ha tenuto una conferenza sull'*Identità del Medico cattolico*.

SETTEMBRE

– Il giorno 5, a Chieti, Il Segretario del Dicastero S.E. Mons. Redrado ha presieduto i Lavori del Congresso internazionale dal tema "Le problematiche etiche della sperimentazione clinica", organizzato dall'Arcidiocesi di Chieti-Vasto nell'ambito del giubileo dei docenti universitari. Inoltre ha tenuto una relazione su "la ricerca ed il rispetto della dignità umana".

– Il giorno 6, a Roma, il Segretario del Dicastero S.E. Mons. Redrado ha partecipato al Giubileo delle Università e ha tenuto una relazione introduttiva ai Lavori sul tema: "El sentido de la enfermedad terminal y de la muerte".

– Il giorno 15, a Roma, S.E. Mons. Redrado ha presieduto una celebrazione eucaristica in occasione di un Corso di Formazione Permanente, organizzato dalla Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione e ha tenuto una omelia per circostanza.

Dal 25 al 29, a Caltanissetta (Sicilia), accompagnato dal Rev.do Antonio Soto, Officiale del Dicastero, S.E. Mons. Lozano ha partecipato alla IIIª Conferenza Mondiale sulla Prevenzione della Droga, organizzata dall'Associazione "Casa Famiglia Rosetta" sul tema: "Nuove frontiere per la prevenzione della droga e della criminalità per i Giovani e le Comunità". Il Presidente ha tenuto una conferenza dal titolo: "Posizione etica e morale della Santa Sede in relazione alla droga".

– Dal 25 al 27, a Madrid, S.E. Mons. Redrado ha partecipato alle XXV Giornate Nazionali della Pastorale della Salute e ha tenuto una relazione sul tema: "Necesidades espirituales del niño enfermo y su atención pastoral".

OTTOBRE

Dal 5 all'8, a Pittsburgh, il Presidente S.E. Mons. Lozano ha partecipato al 68° l'Incontro annuale dell'Associazione dei Medici Cattolici di Pittsburgh ed è intervenuto con una relazione dal titolo:

"The Medical Doctor and his Vocation in relation to the Mission of the Church". Inoltre ha presieduto una solenne celebrazione eucaristica con il rito di affidamento dei Medici Cattolici degli Stati Uniti d'America al Cuore Immacolato di Vergine Maria.



Il giorno 10, a Roma, S.E. Mons. Redrado ha presieduto un Incontro di preghiera organizzato dal Pontificio Ateneo "Regina Apostolorum" ed ha tenuto una riflessione sul tema: "Testimoni e servitori della speranza".

– Dal 11 al 13, in Vaticano, l'Officiale del Dicastero il Rev.do Don Krzysztof Nykiel ha rappresentato il Dicastero al Congresso internazionale teologico pastorale, organizzato dal Pontificio Consiglio per la Famiglia sul tema: "I figli primavera della famiglia e della società".

NOVEMBRE

– Il giorno 7, a Roma, su invito del Dott. Agostino Falconi, il Presidente dell'Associazione Trapiantati d'Organo delle Marche, S.E. Mons. Lozano ha presieduto una celebrazione eucaristica in occasione del loro Giubileo tenendo una omelia per circostanza.

– Dal 7 al 9, a Quito, l'Officiale del Dicastero, il Rev.do Mons. Jean-Marie Mpendawatu ha preso parte in qualità di Osservatore della Santa Sede alla VII Sessione del Comitato Internazionale di bioetica dell'UNESCO (CIB).

– Il giorno 9, a Roma, S.E. Mons. Redrado ha partecipato alla Cerimonia di inaugurazione dell'anno accademico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore "A. Gemelli".

– Dal 9 al 11, a Svit, accompagnato dal Rev.do Don Krzysztof Nykiel, Officiale del Dicastero, S.E. Mons. J. Lozano ha partecipato al 9° Simposio internaziona-

le, organizzato dalla Facoltà Teologica dell'Università di Tirnava sul tema: "Nuova Evangelizzazione" ed è intervenuto con una relazione su "Identità del Medico Cattolico". Il giorno 11, il Presidente S.E. Mons. Lozano ha partecipato anche alla Riunione della Federazione Europea dei Medici Cattolici a Bratislava e il giorno seguente ha presieduto una celebrazione eucaristica per loro, tenendo una omelia pertinente.

– Il giorno 25, a Padova, Il Presidente S.E. Mons. Lozano ha partecipato al Convegno Internazionale organizzato dal Collegio Universitario Medici Missionari (CUAMM) in occasione del 50° Anniversario della Fondazione, tenendo una relazione su: "Africa nel 2000: Salute per tutti".

– Il giorno 28, a Fatima, il Rev.do Don Antonio Soto, Ufficiale del Dicastero ha partecipato ai Lavori del XIV Incontro Nazionale della Pastorale della Salute del Portogallo ed è intervenuto con una relazione sul tema: "Salute e Solidarietà nell'Anno Giubilare 2000"

DICEMBRE

– Dal 6 al 8, a el Alto, Il Presidente S.E. Mons. Lozano ha partecipato all'Incontro Nazionale della Pastorale della Salute di Bolivia e ha tenuto due relazioni: una *sulla Bioetica* ed un'altra *sulla Pastorale della salute in Bolivia*.

4. Visite e Viaggi Pastoral

Con le visite ed i viaggi pastorali si è cercato di essere presenti in modo concreto nel mondo della salute e della sofferenza per aiutare a santificare l'ammalato ed in generale il mondo della salute.

MARZO

– Il giorno 26, S.E. Mons. Lozano, invitato dal Primate della Polonia, S. Em.za il Card. Jozef Glemp ha partecipato alla Consacrazione della Chiesa dedicata alla Nostra Signora di Guadalupe a Laski (Varsavia) ed ha parlato sul significato antropologico del quadro della Madonna di Guadalupe. Inoltre ha visitato il più grande Centro cattolico per i non vedenti. Il Presidente è stato accompagnato dal Rev.do Antonio Soto, Ufficiale del Dicastero.

5. Giornata Seminariale sul morbo di Hansen

In occasione della "Giornata Mondiale della lebbra 2000" si è

tenuta in Vaticano (Aula Nuova del Sinodo) il 15 gennaio, una *Giornata Seminariale sul morbo di Hansen*, promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e dall'Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau sul tema: "Morbo di Hansen. Realtà e Prospettive". Questa Giornata internazionale ha visto una numerosa partecipazione cir-



ca 1000 persone provenienti da tutti i continenti, tra cui Autorità ecclesiastiche e civili. Erano presenti all'inaugurazione S.Em.za il Card. Angelo Sodano, Segretario di Stato della Santa Sede, S.E. Mons. J. Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, S.E. Mons. Redrado, il Segretario del Dicastero, On. Rosy Bindi, già Ministro della Sanità, Prof. Henry T. Valère Kiniffo, Presidente dell'Associazione Raoul Follereau del Benin.

Il Presidente dell'AIFO Dr. Enzo Zecchini ha rivolto un indirizzo di saluto ai partecipanti.

Durante i lavori della Giornata Seminariale, si è riflettuto sui temi come: "povertà, sviluppo e salute", "La lebbra nel mondo-analisi della situazione e nuovi sviluppi scientifici", "L'impegno delle Associazioni Membri della Federazione Internazionale (ILEP) – Sviluppo storico e prospettive future", "La Figura di Raoul Follereau – Fondation Luxembourgeoise Raoul Follereau", "La Figura di Padre Damiano – Fondation Damien Belgique", "Disabilità e Lebbra", "Il Cronista e i Malati di Lebbra", "Lebbra – parola come sinonimo di emarginazione".

La Giornata si è conclusa con una preghiera presieduta dal Presidente del Dicastero S.E. Mons. J. Lozano.

All'Angelus, domenica 16

gennaio, il Santo Padre ha rivolto ai partecipanti della Giornata Seminariale un cordiale saluto, esprimendo apprezzamento per il loro impegno in favore dei malati di lebbra, che nel mondo sono ancora circa quindici milioni ed ha auspicato che l'anno 2000 segni un deciso passo avanti per la guarigione e il riscatto dei nostri fratelli malati di lebbra, e possa anche suscitare nell'animo dei cristiani una generosa disponibilità verso tutti i fratelli che sono nel bisogno. A tale proposito, il Santo Padre ha voluto ricordare che "Il morbo di Hansen, infatti, è curabile con medicinali relativamente poco costosi, ma che spesso non sono alla portata dei malati per la grande povertà in cui si trovano. In fondo, la "lebbra" più pericolosa è la miseria, che va combattuta sul piano economico, e, prima ancora, con una profonda conversione della logica dell'egoismo a quella della solidarietà.

6. Riunione Congiunta dei Delegati Continentali e Gruppo di Esperti dell'AISAC

Nella programmazione verso l'unificazione della pastorale sanitaria in tutto il mondo, Il Pontificio Consiglio ha promosso e organizzato, in seguito al Simposio mondiale dell'AISAC (Associazione Internazionale degli Istituti Sanitari Cattolici) tenutosi in Vaticano (Nova Domus Sanctae Marthe) dal 1 al 3 luglio 1999 sul tema: "*Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche Testimonianza di Chiesa*", una Riunione congiunta dei Delegati Continentali e Gruppo di Esperti che si è svolta in Vaticano dal 26 al 28 maggio scorso.

Alla Riunione hanno partecipato circa 25 persone che si è articolata in 2 giornate di studio e di riflessione. Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano ha aperto i lavori della Riunione con un saluto, seguito da quello del Direttore dell'AISAC Fra Pierluigi Marchesi, O.H.. In due giorni si è discusso sulle strategie dopo il Simposio del luglio 1999; i rappresentanti continentali hanno esposto a tutti le attività svolte o programmate per sviluppare l'AISAC nel loro continente. Unanimemente è stata ribadita l'importanza nella Chiesa di un Organismo come l'AISAC. Tra gli obiettivi fissati: l'organizzazione del nuovo Simposio nell'anno 2001.

Il Presidente del Pontificio Consiglio S.E. Mons. Javier Lo-

zano, intervenendo alla fine dei Lavori ha voluto ringraziare tutti per il lavoro svolto e ha fatto una sintesi conclusiva.

7. Il Seminario di Studio "I Sacramenti nella Pastorale della Salute"

Nel "Piano di Lavoro" del Pontificio Consiglio, nell'ambito del Ministero della santificazione, ci sono tre programmi che riguardano i sacramenti nell'ambito della pastorale sanitaria. Si tratta del Battesimo, dell'Unzione degli Infermi, nonché degli altri Sacramenti.

Detti "programmi" hanno come finalità la santificazione dell'ammalato e in generale del mondo della salute.

Al riguardo, come Pontificio Consiglio, tra le diverse azioni da mettere in atto, è stato promosso e organizzato nei giorni 2-3 giugno 2000, in collaborazione con l'Istituto Pastorale "Redemptor Hominis" della Pontificia Università Lateranense, un Seminario di Studio sui *Sacramenti nella Pastorale della Salute* indirizzato ai Teologi, Esperti ed Operatori di Pastorale sanitaria. Durante questo Seminario si è cercato di indicare ed approfondire la tematica in oggetto nei suoi diversi aspetti: socioculturale, antropologico, teologico dogmatico, teologico pastorale.

Il Seminario si è sviluppato in due ambiti di riflessione:

- i sacramenti in relazione alla salute/malattia
- la salute/malattia come luogo favorevole e significativo per la celebrazione dei sacramenti.

Dalle due giornate di studio sono scaturite delle riflessioni ed alcuni orientamenti circa il significato e l'importanza dei Sacramenti e la loro incidenza nella Pastorale sanitaria.

In modo particolare durante i lavori si è insistito per organizzare un altro Seminario di studio sull'Unzione degli Infermi.

Per questo motivo, vista l'importanza e la delicatezza di tale argomento, il Pontificio Consiglio si è rivolto alla Congregazione per la Dottrina della Fede (Prot. N. 27.292/2000, 6 giugno 2000) chiedendo l'autorevole partecipazione della suddetta Congregazione, anche con l'intervento di un Rappresentante qualificato.

La Congregazione per la Dottrina della Fede, con la lettera del 25 luglio 2000 (Prot. N. 41/74 – 11169) ci ha comunicato che il Seminario in oggetto dovrebbe concentrarsi su argomenti specifi-

catamente pastorali, assicurando nello stesso tempo la collaborazione anche tramite un delegato nella fase di programmazione del summenzionato Seminario, informando nello stesso tempo che allo studio della Congregazione della Fede si trova attualmente il problema della qualificazione teologica della dottrina relativa al ministero dell'Unzione degli Infermi.

Come data del prossimo Seminario è stato proposto l'anno 2002.

8. XV Conferenza Internazionale

Si è tenuta in Vaticano (Aula Nuova del Sinodo) dal 16 al 18 novembre, la XV Conferenza Internazionale, promossa e organizzata dal Pontificio Consiglio, sul tema: *"Salute e Società"*. L'annuale Conferenza internazionale è di molta importanza per la vita del Dicastero, anche perché fa parte dei programmi del ministero della Parola che hanno avuto come finalità nell'anno giubilare: Celebrare l'incarnazione del Verbo per illuminare con il Vangelo le culture sanitarie.

Hanno partecipato circa 600 partecipanti provenienti da 66 paesi; erano presenti 15 Ambasciatori presso la Santa Sede, 1 Rappresentante dell'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), 3 Ministri della Sanità, 250 medici, rappresentanti delle Associazioni e Federazioni Cattoliche del mondo della salute. Tra gli illustri relatori: 2 Cardinali, 2 Vescovi, nonché autorevoli ricercatori, scienziati e studiosi delle scienze umanistiche, sociali, biomediche e teologico pastorali.

Il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano ha introdotto i Lavori, e S.Em.za il Card. F. Angelini, Presidente emerito del medesimo Dicastero ha rivolto un indirizzo di saluto ai partecipanti.

La tematica generale "Sanità e Società" è stata trattata da vari relatori alla luce della parola di Dio e della teologia in modo da evidenziare le attuali sfide tecnologiche e l'istanza morale per una umanizzazione della medicina in una società sempre più globalizzata.

Durante i Lavori della Conferenza si sono messi a fuoco i seguenti temi: le nuove frontiere della tecnologia medica, i nuovi luoghi di cura, gli ospedali e i propri domicili, i nuovi operatori della salute, i nuovi servizi offerti ai malati, i nuovi malati e le nuove malattie emergenti come l'Alzheimer, l'AIDS, e quelle de-

rivanti dall'uso della droga, ecc., la medicina nei cambiamenti culturali, i quesiti attuali di teologia morale, le prospettive offerte alla medicina moderna dal dialogo inter-religioso con l'ebraismo, l'islamismo, l'induismo e buddismo, la formazione degli operatori sanitari, dei cappellani e dei volontari

I partecipanti alla Conferenza sono stati ricevuti in Udienza nell'Aula del Sinodo dal Santo Padre che con un Suo autorevole discorso ha ribadito tra l'altro *che l'impegno degli operatori sanitari ha le caratteristiche di una vocazione: andare incontro al malato vuol dire quindi andare incontro alla persona sofferente e non semplicemente trattare un corpo malato.*

Il Santo Padre ha sottolineato anche il concetto della salute affermando: *la salute, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come una tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, spirituale e sociale. In questa prospettiva, la persona stessa è chiamata a mobilitare tutte le energie disponibili per realizzare la propria vocazione e il bene altrui.*

9. Incontro Intercontinentale sull'AIDS

Un altro momento significativo ed importante per l'attività del Dicastero alla fine dell'anno 2000, sempre nell'ambito del ministero della comunione, è stato il Raduno intercontinentale sull'AIDS, tenutosi in Vaticano (Nuova Domus Sanctae Marthae) dal 30 novembre al 1 dicembre.

S.E. Javier Lozano, Presidente del Pontificio Consiglio ha aperto i Lavori del Raduno con un saluto ed una parola di introduzione relativa alla Giornata Mondiale dell'Aids.

Nella prima giornata del Raduno, S.E. Mons. Redrado ha presentato l'Iter di lavoro svolto durante l'anno 1999-2000, poi sono state presentate la Biblioteca e l'Archivio sull'Aids. Di notevole importanza è stata la Conferenza Stampa sulla Giornata Mondiale dell'Aids, presso la Sala Stampa Vaticana, inoltre la presentazione del progetto sul Vademecum sull'Aids da parte del Segretario del Dicastero S.E. Mons. Redrado, nonché gli interventi sulle realtà, problemi e proposte delle Chiese locali sull'Aids nei diversi continenti: Africa, America, Asia, Europa.

La seconda giornata è stata interamente dedicata alla visita di

due strutture nelle quali è presente il problema dell'Aids: l'Ospedale Bambin Gesù e il Carcere di Rebibbia, nelle quali si sono tenute brevi Tavole Rotonde che hanno visto la partecipazione anche dei responsabili delle strutture.

I Lavori si sono conclusi con l'auspicio che i malati di AIDS siano accompagnati dalla solidarietà della Chiesa e dalla generosità fraterna degli uomini e delle donne di buona volontà, secondo l'esempio del Buon Samaritano e siano soccorsi con i mezzi adatti, prendendosene cura fino alla fine.

10. La preghiera mensile con e per i malati nell'anno giubilare

Il Santo Padre, all'inizio di questo anno giubilare, ha espresso il desiderio che nella Basilica Liberiana di Santa Maria Maggiore in Roma, durante tutto l'Anno 2000, ci siano speciali momenti di preghiera da parte degli infermi e di tutti coloro che vi si recheranno, per ottenere l'Indulgenza del Giubileo. Come data dell'Incontro di preghiera con e per i malati è stato scelto l'ultimo **Martedì di ogni mese**. Al fine di coinvolgere tutti i Paesi del mondo, sono state riservate alcune date per ciascuna zona geografica e sono state invitate eminenti Autorità religiose a presiedere il suddetto incontro.

Durante questo momento di preghiera viene letto un brano del Vangelo indicativo dell'incontro, al quale segue un breve pensiero di meditazione del Celebrante. La preghiera prosegue davanti al Santissimo Sacramento esposto e si conclude con la Benedizione ai presenti e con la preghiera alla Vergine Santa "Salus Infirmorum"

composta dal Santo Padre Giovanni Paolo II per questa circostanza.

Ogni mese per ciascuna area geografica c'è stata un'intensa partecipazione da parte dei fratelli malati, disabili ed i loro accompagnatori, come anche da parte delle varie organizzazioni di assistenza ai malati quali l'UNITALSI, l'Istituto Don Guanella, il Cottolengo ed altri, rispondendo così alla precisa volontà del Papa.

11. Attività editoriale

L'attività editoriale fa parte dei programmi del ministero della Parola. Vogliamo segnalare prima di tutto la **Rivista** del Dicastero "Dolentium Hominum. Chiesa e salute nel mondo" che è uscita regolarmente; essa viene offerta ai lettori in quattro versioni linguistiche (italiano, spagnolo, francese e inglese). Un numero di essa contiene gli Atti integrali della Conferenza internazionale organizzata e promossa dal Pontificio Consiglio. Inoltre nell'anno 2000 sono stati pubblicati anche gli Atti integrali del Convegno sull'Aids, del Seminario di Studio sull'Identità del Cappellano Cattolico in Pastorale della Salute e Sanità, della Giornata seminariale sul Morbo di Hansen, e del Seminario di Studio su "I Sacramenti nella Pastorale della Salute".

La **Carta degli Operatori Sanitari**, che è stata pubblicata nel 1994 in lingua italiana, su iniziativa del Dicastero, è stata finora tradotta e pubblicata da diversi Paesi nelle seguenti lingue: spagnola, inglese, francese, tedesca, olandese, polacca, portoghese, russa, ceca, slovena, rumena, ed è in corso, con il nulla osta del Pontificio Consiglio, la pubblicazione

della Carta in lingua: ungherese e lituana, è invece in fase di traduzione nella lingua: malgascia, albanese e "thai".

Sono uscite quattro edizioni in lingua spagnola (due in Messico, una in Perù e una in Colombia) del libro del Presidente del Dicastero S.E. Mons. Lozano "**Teologia e Medicina**" ed è in preparazione l'edizione italiana; inoltre è stato pubblicato in lingua italiana un volume dal titolo "**La Donna e il Buon Samaritano**" – immediato frutto del I° Convegno, a livello di Chiesa universale, sulla presenza e l'attività delle donne consacrate nel mondo della sanità e della salute. Si tratta del primo ed esauriente sussidio per la formazione iniziale delle candidate alla vita religiosa che si preparano al ministero dell'assistenza a chi soffre.

12. Conclusione

I summenzionati programmi del Piano di lavoro di questo Pontificio Consiglio hanno coinvolto in prima linea i Superiori, gli Officiali ed i collaboratori interni ed esterni del Dicastero. L'attività è stata molto intensa in sede. Hanno avuto luogo incontri al fine di preparare i Congressi e Convegni, raduni interdicasteriali e di esperti in seno ai diversi gruppi di studio per studiare i problemi della Droga, l'AIDS, la Lebbra, l'AISAC, la Guida pastorale della salute, il Manuale di preghiera e di sacramenti, la preghiera dei malati a Santa Maria Maggiore, ecc..

Grazie a questo comune impegno, molte iniziative si sono potute portare a termine come abbiamo dimostrato sopra, altre invece sono in corso. Inoltre non si può dimenticare che durante l'anno 2000 è continuata sia la corrispondenza epistolare con gli episcopati sia quella con i rappresentanti pontifici, in particolare con quelli di nuova nomina, con Arcivescovi, Vescovi, presenti a Roma per diverse circostanze giubilari o altre, con sacerdoti, religiosi/e, operatori sanitari.

Rev.do Don KRZYSZTOF
NYKIEL

Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute

