



## DOLENTIUM HOMINUM

N. 51 – anno XVII – N. 3, 2002

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:** PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE  
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799,  
Fax: 06.698.83139 - [www.healthpastoral.org](http://www.healthpastoral.org) - E-MAIL: [opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € per l'Europa, 30 \$ per extra Europa  
compresa spedizione

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

# Sommario

- 4 **Messaggio di Giovanni Paolo II per la XI Giornata Mondiale del Malato, 11 febbraio 2003**

V ASSEMBLEA PLENARIA  
DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA  
PASTORALE DELLA SALUTE  
2 - 4 MAGGIO 2002

- 8 **Indirizzo d'omaggio al Santo Padre**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*

- 9 **Le nuove frontiere del progresso delle scienze siano improntate alla cultura della vita per dare all'uomo risposte valide e profonde**  
*Giovanni Paolo II*

- 11 **Cronaca**  
*S.E. Mons. José L. Redrado, OH*

- 12 **Omelia alla Messa di Apertura**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*

- 13 **Omelia del secondo giorno**  
*S.Em.za Card. Nasrallah Pierre Sfeir*

- 15 **Omelia del terzo ed ultimo giorno**  
*S.Em.za Card. Jaime Ortega y Alamino*

ARGOMENTI

- 18 **L'umanizzazione della morte**  
*Prof. Salvino Leone*

- 26 **L'accompagnamento pastorale dei morenti**  
*P. Arnaldo Pangrazzi*

- 29 **Il consenso informato: tra etica e diritto**  
*Prof. Franco Pilotto*  
*Prof. Pierluigi Badon*

- 35 **Duc in altum! I medici e la nuova evangelizzazione**  
*Prof. Gian Luigi Gigli*

- 44 **San Josemaría Escrivá: il valore della preghiera e della sofferenza degli ammalati**  
*P. Miguel Angel Monge*

TESTIMONIANZE

- 48 **La vita e l'opera di Fra Pierluigi Marchesi**  
*S.E. Mons. José L. Redrado, OH*

- 53 **Maratona contro l'AIDS**  
*Fra Ramon Ferreró, OH*

- 55 **Dipartimento Episcopale di Pastorale della Salute, Conferenza Episcopale Peruviana**

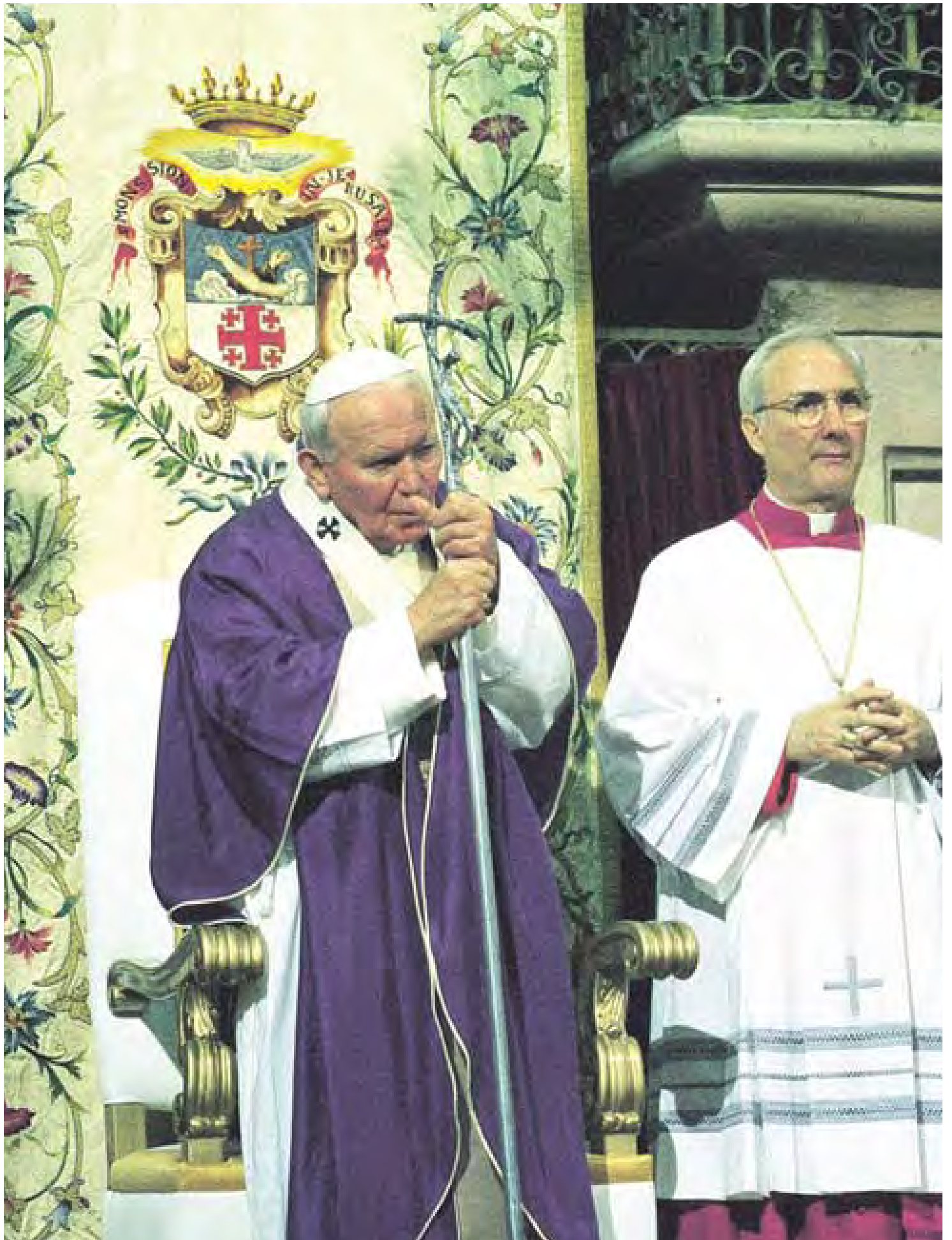
XXI CONGRESSO MONDIALE  
DEI MEDICI CATTOLICI A SEOUL

- 60 **Lettera del Cardinale Angelo Sodano a Mons. Javier Lozano Barragán**

- 61 **Cronaca**  
*Prof. Gian Luigi Gigli*

- 64 **XXI Congresso Mondiale della FIAMC**  
**Mozione Finale**

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:  
"Tommaso Gismondi, un viaggio attraverso l'arte  
e la fede di un insigne scultore italiano"  
Realizzato dai Cavalieri di Colombo  
New Haven, Connecticut*



# Messaggio di Sua Santità Giovanni Paolo II per la XI Giornata Mondiale del Malato

WASHINGTON D.C., U.S.A., 11 FEBBRAIO 2003

1. “Noi stessi abbiamo veduto e attestiamo che il Padre ha mandato il suo Figlio come Salvatore del mondo... Noi abbiamo riconosciuto e creduto all’amore che Dio ha per noi” (1 Gv 4,14.16).

Queste parole dell’apostolo Giovanni ben sintetizzano anche le finalità della Pastorale della Salute, attraverso cui la Chiesa, riconoscendo la presenza del Signore nei fratelli che sono nel dolore, si impegna a recare loro il lieto annuncio del Vangelo e ad offrire a ciascuno segni credibili di amore.

In tale contesto si inserisce l’XI Giornata Mondiale del Malato, che si terrà l’11 febbraio 2003 a Washington D.C., negli Stati Uniti, presso la basilica dell’Immacolata Concezione, santuario nazionale. Il luogo e il giorno prescelti invitano i credenti a volgere lo sguardo verso la Madre del Signore. Affidandosi a Lei, la Chiesa si sente spinta ad una rinnovata testimonianza di carità, per essere icona vivente di Cristo, Buon Samaritano, nelle tante situazioni di sofferenza fisica e morale del mondo d’oggi.

Domande urgenti sul dolore e sulla morte, drammaticamente presenti nel cuore di ogni uomo nonostante i continui tentativi di rimuoverle o di ignorarle messi in atto da una mentalità secolarizzata, attendono risposte valide. Specialmente quando si è in presenza di tragiche esperienze umane, il cristiano è chiamato a testimoniare la consolante verità del Cristo risorto, che assume le piaghe e i mali dell’umanità, compresa la morte, e li converte in occasioni di grazia e di vita. Quest’annuncio e questa testimonianza vanno comunicati a tutti, in ogni angolo del mondo.

2. Grazie alla celebrazione della prossima Giornata Mondiale del Malato, possa il Vangelo della vita e dell’amore risuonare con vigore specialmente in America, dove vive più della metà dei cattolici. Nel Continente americano, come in altre parti del mondo, “sembra oggi profilarsi un modello di società in cui dominano i potenti, emarginando e persino eliminando i deboli: penso qui ai bambini non nati, vittime indifese dell’aborto; agli anziani ed ai malati incurabili, talora oggetto di eutanasia; ed ai tanti altri esseri umani messi ai margini dal consumismo e dal materialismo. Né posso dimenticare il non necessario ricorso alla pena di morte... Un simile modello di società è improntato alla cultura della morte ed è perciò in contrasto col messaggio evangelico” (Esort. post-sinodale *Ecclesia in America*, 63). Di fronte a tale preoccupante realtà, come non porre tra le priorità pastorali la difesa della cultura della vita? È urgente compito dei cattolici, che operano nel campo medico-sanitario, fare il possibile per difendere la vita quando maggiormente è in pericolo, agendo con una coscienza rettamente formata secondo la dottrina della Chiesa.

A tale nobile fine già concorrono in modo confortante i numerosi Centri della Salu-

te, attraverso i quali la Chiesa cattolica offre un'autentica testimonianza di fede, di carità e di speranza. Finora essi hanno potuto contare su di un numero significativo di religiosi e religiose a garanzia di un qualificato servizio professionale e pastorale. Auspico che una rinnovata fioritura vocazionale possa consentire agli Istituti religiosi di proseguire in questa loro benemerita opera ed anzi di intensificarla con l'apporto di tanti volontari laici, per il bene dell'umanità sofferente nel Continente americano.

3. Questo privilegiato campo di apostolato riguarda tutte le Chiese particolari. Occorre, quindi, che ogni Conferenza Episcopale si impegni, anche attraverso organismi appropriati, a promuovere, orientare e coordinare la Pastorale della Salute, per suscitare nell'intero Popolo di Dio attenzione e disponibilità verso il variegato mondo del dolore.

Perché questa testimonianza di amore sia sempre più credibile, gli operatori della Pastorale della Salute devono agire in piena comunione tra loro e con i loro Pastori. Ciò è particolarmente urgente negli ospedali cattolici, chiamati a riflettere sempre meglio nella loro organizzazione, rispondente alle necessità moderne, i valori evangelici, come insistentemente ricordano le direttive sociali e morali del Magistero. Ciò esige un movimento unitario tra gli ospedali cattolici, che interessi tutti i settori, non escluso quello economico-organizzativo.

Gli ospedali cattolici siano centri di vita e di speranza, dove si incrementino, insieme alle cappellanie, i comitati etici, la formazione del personale sanitario laicale, l'umanizzazione delle cure ai malati, l'attenzione alle loro famiglie ed una particolare sensibilità verso i poveri e gli emarginati. Il lavoro professionale si concretizzi in autentica testimonianza di carità, tenendo presente che la vita è dono di Dio, del quale l'uomo è soltanto amministratore e garante.

4. Questa verità va continuamente ribadita di fronte al progresso delle scienze e delle tecniche mediche, finalizzate alla cura ed alla migliore qualità dell'umana esistenza. Postulato fondamentale resta infatti che la vita va protetta e difesa dal suo concepimento fino al suo naturale tramonto.

Come ho ricordato nella Lettera apostolica *Novo millennio ineunte*: "Il servizio all'uomo ci impone di gridare, opportunamente e importunamente, che quanti s'avvalgono delle *nuove potenzialità della scienza*, specie sul terreno delle biotecnologie, non possono mai disattendere le esigenze fondamentali dell'etica, appellandosi magari ad una discutibile solidarietà, che finisce per discriminare tra vita e vita, in spregio della dignità propria di ogni essere umano" (n. 51).

La Chiesa, aperta all'autentico progresso scientifico e tecnologico, apprezza lo sforzo e il sacrificio di chi, con dedizione e professionalità, contribuisce ad elevare la qualità del servizio stesso offerto agli ammalati, nel rispetto della loro inviolabile dignità. Ogni azione terapeutica, ogni sperimentazione, ogni trapianto deve tener conto di questa fondamentale verità. Pertanto, mai è lecito uccidere un essere umano per guarirne un altro. E se nella tappa finale della vita possono essere incoraggiate le cure palliative, evitando l'accanimento terapeutico, non sarà mai lecita alcuna azione o omissione che di sua natura e nelle intenzioni dell'agente sia volta a procurare la morte.

5. Il mio vivo auspicio è che l'XI Giornata Mondiale del Malato susciti nelle Diocesi e nelle comunità parrocchiali un rinnovato impegno per la Pastorale della Salute. Adeguata attenzione sia prestata ai malati che restano nelle proprie case, dato che la degenza ospedaliera si va sempre più riducendo e spesso i malati si trovano affidati ai loro familiari. Nei Paesi dove mancano appositi centri di cura, anche i malati terminali vengono lasciati nelle loro abitazioni. I parroci e tutti gli operatori pastorali siano attenti e mai facciano venir meno agli infermi la consolante presenza del Signore attraverso la Parola di Dio e i Sacramenti.

Adeguato spazio sia riservato alla Pastorale della Salute nel programma di formazione dei sacerdoti, dei religiosi e delle religiose, perché nella cura dei malati, più che altrove, si rende credibile l'amore e si offre una testimonianza di speranza nella risurrezione.

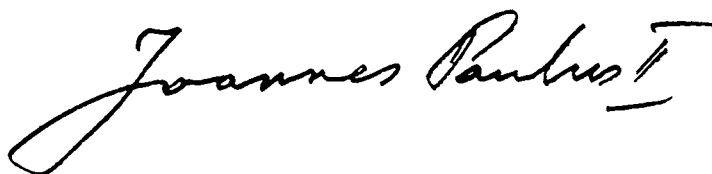
6. Carissimi cappellani, religiosi e religiose, medici, infermieri e infermiere, farmacisti, personale tecnico e amministrativo, assistenti sociali e volontari, la Giornata Mondiale del Malato vi offre l'occasione propizia per impegnarvi ad essere sempre più generosi discepoli di Cristo Buon Samaritano. Consapevoli della vostra identità, scorgete nei sofferenti il Volto del Signore dolente e glorioso. Siate pronti a recare assistenza e speranza soprattutto alle persone colpite dalle malattie emergenti, quali l'AIDS, o tuttora presenti quali la tubercolosi, la malaria, la lebbra.

A voi, carissimi Fratelli e Sorelle che soffrite nel corpo o nello spirito, auguro di vero cuore di saper riconoscere ed accogliere il Signore che vi chiama ad essere testimoni del Vangelo della sofferenza, guardando con fiducia ed amore al Volto di Cristo crocifisso (cfr. *Novo millennio ineunte*, 16), e unendo le vostre alle sue sofferenze.

Vi affido tutti alla Vergine Immacolata, Madonna di Guadalupe, Patrona d'America e Salute degli Infermi. Ella ascolti l'invocazione che sale dal mondo della sofferenza, asciughi le lacrime di chi è nel dolore, sia accanto a quanti vivono in solitudine la malattia e, con la sua materna intercessione, aiuti i credenti che operano nell'ambito della salute a rendersi testimoni credibili dell'amore di Cristo.

A ciascuno la mia affettuosa Benedizione!

Dal Vaticano, 2 febbraio 2003





# Indirizzo d'omaggio al Santo Padre

Beatissimo Padre:

Sono lieto di presentare a Vostra Santità i Membri ed alcuni dei Consultori, da Lei recentemente nominati o confermati nell'incarico per il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Sono gli Eminentissimi Signori Cardinali, gli Eccellentissimi Signori Arcivescovi, Vescovi, Presbiteri, Religiosi, Religiose e Laici qui presenti. Desidero anche presentarLe il Segretario, S.E.R. Mons. José Luis Redrado, O.H., il Sottosegretario, il Rev. Padre Felice Ruffini, M.I., e gli Officiali e i Componenti del Pontificio Consiglio.

Durante questi tre giorni ci riuniremo nella V Assemblea Plenaria, per elaborare un progetto di pianificazione del nostro Dicastero secondo le Vostre direttive per la Pastorale della Salute. Queste direttive le abbiamo prese dal Motu Proprio "Dolentium Hominum", con il quale Vostra San-

tità ha istituito il Dicastero, e dalla Costituzione Apostolica "Pastor Bonus", che riassume i nostri compiti; tutto ciò alla luce della Lettera Apostolica *Novo millennio ineunte*, senza trascurare la ricca dottrina esposta da Vostra Santità nell'Enciclica *Salvifici Doloris*. Vogliamo sottoporre il nostro progetto alla Vostra eventuale approvazione perché possa costituire il piano di lavoro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute per i prossimi cinque anni.

Il punto di partenza, l'obiettivo generale del nostro piano di lavoro è: mostrare il Volto di Cristo, dolente e gioioso, nel mistero della sua morte e della sua risurrezione, per compiere la nuova Evangelizzazione nel mondo della sofferenza e della salute. In questo Volto contempliamo il senso più profondo dell'intuizione che Vostra Santità ha avuto nell'istituire il nostro Dicastero, che manifesta la sollecitudine della Chiesa per

gli infermi e i sofferenti, aiutando spiritualmente gli Operatori della Salute. La stessa struttura del triplice ministero della Chiesa ci ha permesso di ordinare il lavoro del nostro Dicastero intorno a tre obiettivi specifici: Parola di Dio, Santificazione, e Comunione ecclesiale. Ci siamo interrogati sul modo di essere più efficaci nell'aiutare Vostra Santità nel lavoro primaziale della Pastorale della Salute, e il nostro progetto di pianificazione è la risposta che dobbiamo tracciare, perfezionando i 51 programmi del Dicastero che fino ad oggi abbiamo compiuto.

Voglia Vostra Santità benedire la nostra umile cooperazione, indicarci la Sua volontà e illuminarci con la Sua autorevole parola.

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





# Le nuove frontiere del progresso delle scienze siano improntate alla cultura della vita per dare all'uomo risposte valide e profonde

DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II AI PARTECIPANTI ALL'ASSEMBLEA PLENARIA, RICEVUTI IN UDIENZA NELLA SALA CLEMENTINA, GIOVEDÌ 2 MAGGIO 2002

Venerati Fratelli nell'Episcopato  
e nel Sacerdozio,  
carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono particolarmente lieto di questo nostro incontro, in occasione dell'Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, nel corso della quale vi proponete di studiare e delineare un nuovo piano di lavoro per i prossimi cinque anni.

Saluto il Presidente del Dicastero, l'Arcivescovo Mons. Javier Lozano Barragán, e lo ringrazio per le cordiali parole rivoltemi per interpretare i comuni sentimenti dei presenti. Il mio saluto si estende ai Signori Cardinali ed ai venerati Fratelli nell'Episcopato, Membri del Pontificio Consiglio, ai Consultori ed Esperti, al Segretario, al Sottosegretario, nonché agli Officiali sacerdoti, religiosi e laici. Tutti vi ringrazio, carissimi, per il prezioso aiuto che mi date, in un ambito così qualificato della testimonianza evangelica.

2. La mole di lavoro svolto dal vostro Dicastero, in questi diciassette anni dalla sua istituzione, conferma quanto è necessario che, tra gli organismi della Santa Sede, ve ne sia uno specificamente deputato a manifestare "la sollecitudine della Chiesa per gli infermi, aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati ed i sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, a cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze" (Cost. ap. *Pastor Bonus*, art. 152).

Rendiamo grazie al Signore per l'ampia e articolata attività pastorale che si compie a livello mondiale nel campo della sanità con lo stimolo e il sostegno del vostro Dicastero. Vi incoraggio tutti a proseguire con ardore e fiducia in tale cammino, pronti a offrire agli uomini del nostro tempo il Vangelo della misericordia e della speranza.

3. Prendendo lo spunto dalla Lettera apostolica *Novo millennio ineunte*, la vostra Assemblea si pone come obiettivo quello di riflettere su come meglio *mostrare il Volto di Cristo dolente e glorioso, illuminando* con il Vangelo il mondo della salute, della sofferenza e della malattia, *santificando* il malato e gli operatori



della salute, e *promuovendo* il coordinamento della pastorale della salute nella Chiesa.

In questo tempo pasquale noi contempliamo il *Volto glorioso* di Gesù, dopo averne meditato, specialmente nella Settimana Santa, il *Volto dolente*. Sono due dimensioni nelle quali si trova il nocciolo del Vangelo e del ministero pastorale della Chiesa.

Ho scritto nella Lettera apostolica *Novo millennio ineunte* che Gesù, "mentre si identifica col nostro peccato, «abbandonato» dal Padre, si «abbandona» nelle mani del Padre"; in questo modo vive "insieme l'unione profonda col Padre, di sua natura fonte di gioia e di beatitudine, e l'agonia fino al grido dell'abbandono" (n. 26).

Nel Volto dolente del Venerdì Santo è nascosta la vita di Dio offerta per la salvezza del mondo. Mediante il Crocifisso, la nostra contemplazione deve aprirsi al Risorto. Confortata da questa esperienza, la Chiesa è sempre pronta a riprendere il suo cammino per annunciare Cristo al mondo.

4. La vostra attuale Assemblea Plenaria pone a fuoco programmi che mirano ad illuminare con la luce del *Volto dolente e glorioso*

di Cristo l'intero universo della sanità. È decisivo approfondire la riflessione sulle tematiche attinenti alla salute, alla malattia e alla sofferenza in tale prospettiva, lasciandosi guidare da una concezione della persona umana e del suo destino fedele al piano salvifico di Dio.

Le nuove frontiere aperte dal progresso delle scienze della vita, e le applicazioni che ne derivano, hanno posto un potere e una responsabilità enormi nelle mani dell'uomo. Se prevarrà la *cultura della morte*, se nel campo della medicina e della ricerca biomedica gli uomini si lasceranno condizionare da scelte egoistiche o da ambizioni prometeiche, sarà inevitabile che la dignità umana e la vita stessa siano pericolosamente minacciate. Se, al contrario, il lavoro in questo importante settore della salute sarà improntato alla *cultura della vita*, sotto la guida della retta coscienza, l'uomo troverà risposte valide alle sue attese più profonde.

Il vostro Pontificio Consiglio non mancherà di dare il suo contributo ad una nuova evangelizzazione del dolore, che Cristo assume e trasfigura nel trionfo della Resurrezione. Essenziale, a questo riguardo, è la vita di preghiera e il ricorso ai Sacramenti, senza i quali diventa difficile il cammino spirituale non soltanto dei malati, ma anche di quanti li assistono.

5. L'ambito della salute e della sofferenza sono oggi di fronte a nuovi e complessi problemi, che richiedono un impegno corale da parte di tutti. Il numero decrescente di religiose impegnate in questo ambito, il non facile ministero dei cappellani ospedalieri, la difficoltà ad organizzare a livello delle Chiese locali un'adeguata ed incisiva pastorale della salute e l'approccio con il personale sanitario, che non sempre è in sintonia con gli orientamenti cristiani, costituiscono un insieme di temi, con risvolti problematici, che non sfuggono certamente alla vostra attenta riflessione.

Fedele alla sua missione, il vostro Dicastero proseguirà nel manifestare la sollecitudine pastorale della Chiesa per i malati; aiuterà tutti coloro che hanno cura dei sofferenti, in modo particolare chi lavora negli ospedali, ad avere sempre un atteggiamento di rispetto per la vita e la dignità dell'essere umano. Per conseguire tali obiettivi, utile risulta la collaborazione generosa con le organizzazioni internazionali della salute.

Il Signore, Buon Samaritano dell'umanità dolorante, vi assista sempre. La Vergine Santissima, Salute degli Infermi, vi sostenga nel vostro servizio, e sia vostro modello nell'accoglienza e nell'amore.

Nell'assicurarvi la mia preghiera, vi imparto di cuore la Benedizione Apostolica.



Dal 2 al 4 maggio il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute si è riunito in Assemblea Plenaria, assieme ai suoi Membri e ad alcuni Consultori.

Compito dei partecipanti è stato:

1) valutare la realizzazione dei nostri programmi, secondo le finalità che ci siamo proposte nei cinque anni passati;

2) apportare suggerimenti per disegnare la finalità concreta del Dicastero all'inizio del terzo millennio, secondo la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, il Motu Proprio *Dolentium Hominum*, documento istitutivo del Dicastero, e l'Esortazione Apostolica *Novo millennio ineunte*;

3) alla luce di quanto detto, indicare suggerimenti per migliorare i programmi esistenti, rinnovarli o aggiungerne degli altri.

Dopo un saluto rivolto a tutti i partecipanti, il Presidente del Dicastero S.E. Mons. Javier Lozano Barragán ha introdotto i lavori presentando i temi da trattare e la metodologia da seguire. L'obiettivo di questa Assemblea è stato quello di fare del Pontificio Consiglio uno strumento più adatto al Santo Padre per la nuova Evangelizzazione nella Pastorale della Salute, all'inizio del terzo millennio. Infatti, secondo la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus* al n.152: "Il Consiglio manifesta la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio verso i malati ed i sofferenti, affinché l'apostolato della misericordia, cui attendono, risponda sempre meglio alle nuove esigenze".

Questo compito è stato svolto nelle seguenti linee, segnate anche dalla stessa costituzione al numero 153, cioè: "1. Spetta al Consiglio far conoscere la dottrina della Chiesa circa gli aspetti spirituali e morali della malattia ed il significato del



dolore umano. 2. Esso offre la sua collaborazione alle Chiese locali perché gli operatori sanitari possano ricevere l'assistenza spirituale nello svolgimento della loro attività secondo la dottrina cristiana; e perché, inoltre, non manchino i sussidi adeguati nel compimento del loro lavoro a coloro che compiono l'azione pastorale su questo settore. 3. Favorisce l'attività teorica e pratica, che in questo campo si sviluppa in vari modi (sia per quanto riguarda le organizzazioni cattoliche internazionali, sia per quanto riguarda le altre Istituzioni). 4. Segue attentamente le novità nel campo legislativo e scientifico che considerano la salute come scopo principale dell'azione pastorale della Chiesa".

Nel Pontificio Consiglio abbiamo cercato di realizzare il mandato del Santo Padre facendo una pianificazione del lavoro del Dicastero che sfocia in oltre cinquanta programmi, che abbiamo ordinato secondo il triplice munere classico della Chiesa, cioè insegnare, santificare e fare la comunione.

Durante l'udienza nella Sala Clementina, concessa ai partecipanti all'Assemblea Plenaria, il primo giorno, giovedì 2 maggio, il Santo Padre dopo essersi compiaciuto dell'attività svolta dal Dicastero, ha

sottolineato: "La vostra Assemblea si pone come obiettivo quello di riflettere su come meglio *mostrare il Volto di Cristo dolente e glorioso, illuminando* con il Vangelo il mondo della salute, della sofferenza e della malattia, *santificando* il malato e gli operatori della salute, e *promuovendo* il coordinamento della pastorale della salute nella Chiesa". E ancora: "Le nuove frontiere aperte dal progresso delle scienze della vita... hanno posto un potere e una responsabilità enormi nelle mani dell'uomo. Se prevarrà la *cultura della morte*, ...sarà inevitabile che la dignità umana e la vita stessa siano pericolosamente minacciate. Se, al contrario, il lavoro in questo importante settore della salute sarà improntato alla *cultura della vita*, sotto la guida della retta coscienza, l'uomo troverà risposte valide alle sue attese più profonde".

Il frutto della V Assemblea Plenaria è il piano di lavoro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, uno strumento valido per il lavoro quotidiano del dicastero. Approvato dal Santo Padre, il piano di Lavoro comprende 53 programmi, organizzati attorno ai Ministeri della Parola, della Santificazione e della Comunione, ed affidati alle persone componenti il Dicastero: superiori, ufficiali e collaboratori volontari.

Una copia del "Piano di lavoro 2002-2007 del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute" è stata inviata ai Capi Dicastero della Curia Romana, ai rappresentanti Pontifici, ai Presidenti delle Conferenze Episcopali, ai Vescovi incaricati della Pastorale della salute, nonché ai Membri ed ai Consultori del Dicastero.

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

# Omelia di S.E. Mons. Lozano Barragán, alla Messa di Apertura della V Assemblea Plenaria

2 MAGGIO 2002

Eminenze, Eccellenze, cari Membri, Consultori, Officiali ed altri componenti il nostro Dicastero.

Vi do un primo benvenuto a questa nostra V Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. E mi congratulo con Voi, giacché è un grande privilegio poter aiutare il Santo Padre nel disimpegno della Sua missione primaziale nella Pastorale della Salute. Questo è lo scopo di questa nostra V Assemblea Plenaria.

Iniziamo invocando lo Spirito Santo perché ci guidi e ci illumini nell'aggiornamento della nostra missione in questo campo tanto difficile quanto importante, giacché la nuova Evangelizzazione ha il suo punto critico proprio quando riesce a dare o a trovare una risposta adeguata ai problemi che noi trattiamo rispetto al dolore, alla sofferenza e, principalmente, alla morte. La nostra risposta alla salute, alla vita, proprio come possiamo rispondere in questi giorni di Pasqua con il mistero che è la chiave di volta della Storia, è la morte e la risurrezione di Cristo. Imploriamo lo Spirito Santo affinché voglia aprirci nuovi orizzonti, per evangelizzare questo mondo secolarizzato che ha tanta paura della morte e fa di tutto per nasconderla.

In questa Eucaristia chiediamo allo Spirito Santo l'aiuto per capire le linee fondamentali evangeliche della Pastorale della Salute, contemplando il Signore Gesù risanando i malati e ridando la vita ai morti. Il testo evangelico che abbiamo ascoltato ci narra di tutti i miracoli della salute in un insieme, ma penso che sarebbe utile fare una breve menzione di ognuno dei singoli Vangeli, per trovare gli elementi comuni e così le linee che il Buon Pastore ci

vuole mostrare per compiere questa specifica azione pastorale.

San Matteo ci racconta di quattro guarigioni: quella del servo del centurione, quella dei due ciechi, la guarigione del cieco e del muto, e la guarigione dei due ciechi di Gerico (*Mt* 8, 5-13; 9, 27-31; 12, 22-23; 20, 29-34).

San Marco ci parla di otto miracoli: la guarigione della suocera di Pietro, la guarigione del lebbroso, quella del paralitico che fu fatto scendere togliendo il tetto della casa dove Cristo si trovava ad insegnare, la guarigione dell'uomo con la mano inaridita che era nella sinagoga, la risurrezione della figlia di Jairo, la guarigione della donna affetta da emorragie, la guarigione di un sordomuto, e la guarigione del cieco di Betsaida (*Mc* 1, 29-32; 40-45; 2, 1-12; 3, 1-6; 5, 21-43; 7, 31-37; 8, 22-26).



San Luca ci offre cinque esempi: la risurrezione del figlio della vedova di Naim, la guarigione della donna curva nella sinagoga il giorno di sabato, la guarigione dell'idropico, quella dei dieci lebbrosi e quella dell'orecchio di Mal-

co nell'orto del Getsemani (*Lc* 7, 11-17; 13, 10-13; 14, 1-6; 17, 11-19; 22, 50-51).

San Giovanni ci parla di Quattro miracoli: la guarigione del figlio di un funzionario reale, quella del paralitico nella piscina di Betzaeta, la guarigione del cieco nato e la risurrezione di Lazzaro (*Gv* 4, 46-54; 5, 1-9; 9, 1-7; 11, 38-44).

Così gli evangelisti ci raccontano 21 guarigioni. Alcune sono descritte dai tre sinottici, ed altre soltanto dall'evangelista Giovanni. Si tratta di diverse forme di malati: ciechi, muti, sordi, zoppi, paralitici, ecc., ed anche di coloro che sono ormai morti. Alcuni miracoli non si ripetono, altri sì. La febbre viene curata due volte, ad un malato terminale si restituisce la salute, si guarisce un idropico, si guariscono tre paralitici, sei ciechi possono vedere, un cieco e muto vede e parla, un sordomuto sente e parla, si restituisce un orecchio, undici lebbrosi vengono sanati e tre morti risuscitano.

In questi miracoli si sottolineano i seguenti elementi: i miracoli sono il segno che il Regno di Dio è presente; la liberazione dal peccato e dalla malattia appaiono indirizzati al grande miracolo della risurrezione di Cristo. Il contatto fisico di Cristo con il malato è molto importante, appare come un segno di trasmissione di vita, come un'espressione dell'amore di Dio e del Regno; anche il tempo sacro, il sabato, si unisce ai miracoli come un contatto con Dio, come un ritorno all'armonia originale, come il tempo dell'attesa della festa continua del cielo, come la presenza salvifica oggi del Signore, come assoluta fiducia. Il recupero della vista appare come simbolo della luce che è Cristo che illumina il mondo; le tap-

pe che appaiono in un caso per rendere la vista, segnalano il cammino penoso e lento del crescere della fede. Appare anche l'importanza della gratitudine di coloro che sono guariti, e del nuovo inserimento nella comunità di quelli che erano stati esclusi. I miracolati diffondono la fama del Signore, oggi potremmo dire si forma la retta opinione pubblica. Si insiste anche molto sulla preghiera, la lode di Dio, l'azione di grazie, la fede, la compassione effettiva, il dominio sopra la vita.

Secondo questa lezione del divino Maestro e Medico, sembra che la nostra Pastorale della Salute debba sottolineare i seguenti punti:

– Presentare la Pastorale della Salute come il segno che il Regno di Dio è arrivato, come un ritorno all'armonia originale, come il tempo dell'attesa della festa continua del cielo.

– Fondare la Pastorale della Salute nella preghiera di petizione, di lode e di adorazione a Dio Padre Onnipotente.

– Creare il contatto vitale fra Cristo e il mondo della salute.

– Sentire e far vedere Dio nella Pastorale della Salute, immedesimarsi nel malato, incorporandosi alla Passione, Morte e Risurrezione di Cristo.

– Operare in modo che tutte le nostre azioni convergano nella Risurrezione di Cristo e nella nostra.

– Mostrare Cristo come il Signore della vita, come fonte piena d'amore, come presenza salvifica.

– Ravvivare le tre virtù teologali, la Fede, la Speranza e la Carità; forse ponendo oggi l'accento sulla Speranza nel mondo secolarizzato.

– Sviluppate una Pastorale piena di amicizia e delicatezza, assimilandosi a ogni persona malata, avendone vera compassione.

– Perdonare, bandire tutte le procedure che possano alienare la persona.

– Favorire un ambiente di fiducia, gratuità e gratitudine nella Pastorale della Salute.

– Adeguarsi al ritmo della fede e della malattia in ogni paziente e sofferente.

– Unire i sofferenti ed i malati alla propria famiglia e comunità.

– Diffondere una cultura cristiana sulla salute.

Voglia lo Spirito Santo aiutarci in questa V Assemblea Plenaria a capire ed a sperimentare più profondamente il Volto dolente di Cristo come salute, vita e risurrezione, così come lo celebriamo in questa Eucaristia.

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

13

## Omelia del Cardinal Sfeir il secondo giorno dell'Assemblea Plenaria

3 MAGGIO 2002

Sia lodato Gesù Cristo,  
“Qualunque cosa chiederete  
nel nome mio, lo farò” (Gv  
14, 13).

Eminenze, Eccellenze, Carissimi fratelli e sorelle,

Questo versetto del Vangelo di San Giovanni, che ho scelto come argomento della nostra meditazione di oggi, mi appare ricco di senso teologico. Esso ci apre degli orizzonti inimmaginabili. Il Signore ci invita implicitamente a pregare suo padre che è nei cieli. Ci assicura che la nostra preghiera sarà certamente esaudita. Ci impone, però una condizione,

e cioè che tale preghiera deve essere indirizzata al Padre tramite Lui che è il Figlio Unico.

1 – È giovedì Santo, Gesù lava i piedi dei suoi discepoli, scarta Giuda il traditore, e dà loro un comando nuovo: quello dell'amore che devono avere gli uni verso gli altri. Poi se ne va, ma Pietro non può seguirlo; “Poiché protestava dicendo: perché non posso seguirti ora? Darò la mia vita per te! Rispose Gesù: Darai la tua vita per me? In verità, in verità ti dico: non canterà il gallo, prima che tu non m'abbia rinnegato tre volte” (Gv 13, 37-

38). Lezione severa diretta a Pietro. Mai si deve contare sulle proprie forze, ma solo su quelle che ci vengono dall'alto. Fu il primo discorso che Gesù fece ai suoi discepoli mentre stava per ritornare al Padre. Sarà seguito da un altro che sarà quello dell'addio. È proprio in questo contesto che Egli invita i discepoli a pregare, dicendo: “Tutto quello che chiederete nel mio nome, lo farò”.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica, a proposito della preghiera insegna: “Quando Gesù confida apertamente ai suoi discepoli il mistero della

preghiera al Padre, svela loro ciò che debba essere la loro preghiera, e la nostra, quando sarà tornato, nella sua umanità glorificata, presso il Padre. Ciò che è nuovo ora è di chiedere nel suo Nome. La fede in lui introduce i discepoli nella conoscenza del Padre, perché Gesù è la via, la verità e la vita (Gv 14, 6)”.

2 – Non è certo la prima volta che il Signore ci invita a pregare. È lui che ci ha insegnato a pregare con il suo esempio e soprattutto a suo esempio e sua assiduità alla preghiera. È lui che ci ha detto: “Pregando non sprecate parole come i pagani, i quali credono di venire ascoltati a forza di parole. Non siete dunque come loro... voi pregate così: Padre nostro che sei nei cieli...” (Mt 6, 9). Per di più, colui che ha la fede, fortificato di questa preghiera rivolta al Padre nel Nome del Figlio, farà le stesse opere di Gesù, e anche di più grande. Quanto abbiamo bisogno di penetrarci nelle parole salvifiche di Gesù? Dopo tutto, non c’è che la fede in Dio che possa far regnare la pace in un’anima in preda al dolore e alla paura. È vero, che stiamo incamminando, finché siamo qua giù su questa terra, nell’oscurità della fede, perché la visione perfetta è riservata all’eternità. Ed è questa fede che ci conduce verso quella eternità beata se credessimo a questa unità che esiste tra il Figlio e il Padre, e

se facessimo le nostre domande al Padre nel nome del figlio. Il Padre esaudisce la preghiera di Gesù, come Gesù ha esaudito la preghiera di tanti malati venuti a sollecitare la loro guarigione presso di Lui. Sant’Agostino ha riassunto in modo ammirabile le tre dimensioni della preghiera: “Egli prega per noi in quanto nostro Prete, prega con noi in quanto nostro Capo, ed è pregato da noi in quanto nostro Dio. Riconosciamo, dunque in Lui le nostre voci e la sua voce in noi”.

3 – La lettera Apostolica *Motu Proprio*, con la quale il Santo Padre ha istituito la Pontificia Commissione della Pastorale per gli Operatori Sanitari, dice: “Nel suo approccio agli infermi e al ministero della sofferenza, la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio. Essa ritiene che la medicina e le cure terapeutiche abbiano di mira non solo il bene e la salute del corpo, ma la persona come tale che, nel corpo, è colpita dal male. La malattia e la sofferenza, infatti, non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell’uomo, ma l’uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale. È noto del resto come talora la malattia che si manifesta nel corpo abbia la sua origine e la sua vera causa nei recessi della psiche umana” (par. 2). Ora

lo spirito umano non è alleviato che con quella pace che solo il Cristo sa donare. Non ha forse detto: “Vi lascio la pace, vi do la mia pace. Non come la dà il mondo, io la do a voi” (Gv 14, 27).

Nel suo discorso ai partecipanti dell’ultima Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio, il Santo Padre ha segnalato alcuni ostacoli che erigono la mentalità e il comportamento degli uomini contro la difesa della salute: “La violenza, la droga, i sequestri di persona, l’emarginazione degli immigrati, l’aborto, l’eutanasia, sono attentati alla vita che dipendono dall’iniziativa umana” (n. 3). Non è forse questo che prevale nella vita di tanta gente dei nostri giorni? Potremmo non pensare a ciò che avvenne l’undici settembre negli Stati Uniti d’America e ciò che avviene fra palestinesi e israeliani in Terra Santa dove il Cristo è nato, vissuto, morto sulla croce e risuscitato? Ovvero, questa terra rischia di rimanere con tutta la regione senza testimonianza cristiana?

Preghiamo il Signore della vita e della morte di darci un cuore di carne che sappia soccorrere e pregare. Abbiamo fiducia in ciò che ci ha detto: “Tutto quello che chiederete nel mio nome, lo farò”.

S. Em.za Card. NASRALLAH  
PIERRE SFEIR  
*Patriarca di Antiochia dei Maroniti*  
Libano



# Omelia pronunciata dal Cardinal Ortega y Alamino il terzo ed ultimo giorno dell'Assemblea Plenaria

4 MAGGIO 2002

Cari fratelli e care sorelle,  
il testo di Isaia su una vergine che avrebbe dato alla luce un figlio può essere letto in una prospettiva storica immediata; il profeta pertanto si starebbe riferendo al figlio del re Acaz, ossia Ezechia, che doveva nascere come un segno di Dio per indicare il perdurare della dinastia. Però la grandezza e la solennità del dialogo di Dio con il Re, il nome altamente simbolico del bambino, che si sarebbe chiamato "Dio con noi", e la lettura messianica che fa del testo il popolo ebraico, lo collocano in una prospettiva profetica privilegiata. La versione greca dei Settanta tradusse sempre il termine "ragazza" o "fanciulla" con "vergine" e così lo ricevettero i cristiani. L'evangelista San Matteo non esita a considerarlo annuncio della nascita verginale di Gesù, a cui, d'altra parte, il nome di "Dio con noi" si adatta perfettamente (Mt 1, 23).

Con questa duplice forza profetica, Isaia ci presenta un dialogo di Dio con il Re Acaz, in cui il Signore mostra la sua generosità e Acaz la sua me-

schinità. Dio propone al Re di chiedere un segno dal cielo. È una proposta divina, Dio non è un tentatore che pretende di ingannarlo, anzi gli lascia la libertà di scegliere il tipo di segno che desidera, nell'alto dei cieli o nel profondo degli inferi.

Però Acaz pare disconoscere l'immensità di Dio e la sua bontà, è come se dubitasse delle intenzioni di Dio, che vanno sempre nel senso della misericordia e dell'amore. In fondo Acaz teme la responsabilità che porta con sé ogni segno del cielo. Il rovo ardente fu il segno che Dio diede a Mosè e che lo portò a una missione che gli avrebbe chiesto il sacrificio della vita a favore del suo popolo. Cosa poteva chiedere, dunque, Dio al Re Acaz? Questo sospetto lo inquietava ed ebbe paura di ciò che il Signore avrebbe potuto esigere da lui, forse una missione difficile e piena di sacrifici come guida del popolo. Acaz si coprì allora di falsa umiltà e di finta reverenza e rispose di no.

Questa nota profezia dell'Emmanuele desta in noi la

meraviglia ogni volta che la mettiamo a confronto con l'annuncio dell'Angelo a Maria, che risponde con un sì inequivocabile a Dio e così, per mezzo di lei, il "Dio con noi", che era solo annuncio, si fa carne e abita realmente in noi.

Maria è la ragazza sposata a Giuseppe, ma con il quale non ha avuto nessun rapporto: *Non conosco uomo*. Ella è la Vergine posta d'un tratto di fronte al segno che Dio le dà: un angelo che la saluta chiamandola *piena di grazia*. Maria si sorprese di quel saluto ed ebbe timore.

Però il timore di Maria non era come quello di Acaz, era il timore reverenziale di non sapere come compiacere Dio che la visitava con tanta delicatezza, era come il turbamento del fiore di fronte alla rugiada che lo rende ancor più bello, era lo stupore che produceva in lei il mistero che la circondava, era il timore dell'umile di fronte all'immenso, nel pensare che la realtà meravigliosa che la circondava potesse superare la sua piccolezza. Avrebbe dato alla luce

15



un figlio... sarebbe stato Figlio dell'Altissimo, però che fare? Come era possibile tutto ciò? Non temere Maria, lo Spirito Santo ti coprirà con la sua ombra. E Maria disse: sì, sono la serva del Signore.

E la parola si fece carne e venne ad abitare in mezzo a noi.

In Maria tutto è accoglienza della grazia e dedizione di sé al disegno imperscrutabile di Dio.

Maria sapeva di chi si fidava, ella non conosceva il piano di Dio nei suoi dettagli sublimi, però sapeva in Chi aveva riposto la sua fiducia. Per questo la Madre del Salvatore è il modello di credente.

Il re Acaz non ebbe fiducia in ciò che Dio voleva da lui e vacillò, non per debolezza, bensì per calcolo. Nel suo ragionamento c'è una concezione contorta di Dio; non scopre Dio in tutta la sua grandezza e bontà, per questo cerca di evitarlo. Nel suo agire c'è blasfemia. E in questo consiste il suo grande peccato.

In Maria la fiducia in Dio inonda di serenità e pace la scena dell'Annunciazione.

Colui che invia l'Angelo l'ama. La saluta con belle parole, la avvolge con la sua ombra per proteggerla e rendere fecondo il suo seno ed ella è tutta fiducia e disponibilità.

Quando si crede come Maria non ci sono dubbi, né ci sono pene che ci tormentano per sempre, né angoscia insuperabile, né depressione di fronte all'avversità, perché *per Dio nulla è impossibile*.

*Beata tu che hai creduto*, dice Elisabetta a Maria nel riceverla nella sua casa.

*Tutte le generazioni mi chiameranno beata*, le risponde emozionata Maria nel suo cantico di lode. Noi, salvati da Gesù, il frutto del seno della Vergine Madre, supplichiamo Maria di liberarci dalla tristezza di non credere, o di credere in maniera contorta, con sfiducia, come il Re Acaz. Chiediamo alla Madre del Signore di aiutarci a scoprire nel volto del suo Figlio il vero e unico Dio, che è amore, la cui misericordia giunge ai suoi fedeli di generazione in generazione, anche ai nostri tempi, apparentemente freddi e miscredenti.

Gli uomini e le donne di oggi vogliono vedere Gesù. Aspettano da noi una risposta impegnata con la nostra fede che favorisca il loro incontro con Gesù; allontaniamo da noi l'evasione calcolata di Re Acaz, il nostro cuore si apra a una fede fiduciosa e capace di accettare i rischi, come quella di Maria.

Il secolarismo attuale, la tepidezza nell'evangelizzare, le considerazioni sociologiche pessimistiche e paralizzanti rispetto alla fede religiosa, l'insensibilità e l'indifferenza dei popoli cristiani di fronte alla moltitudine depauperata, malata e affamata; tutte queste miserie dello spirito che sembrano permeare il cristiano di oggi provengono dalla mancanza di fede dei discepoli di Gesù. Con lo sguardo su Maria, modello di credente, ripetiamo a Gesù in questa Eucaristia la supplica del padre dell'epilettico: *Credo Signore, ma aumenta la mia fede*.

S.Em.za Card. JAIME ORTEGA  
Y ALAMINO  
Arcivescovo de La Habana,  
Cuba





# *Argomenti*



*L'umanizzazione  
della morte*

*L'accompagnamento  
pastorale dei morenti*

*Il consenso informato  
tra etica e diritto*

*Duc in altum! I medici  
e la nuova evangelizzazione*

*San Josemaría Escrivá*

# L'umanizzazione della morte

## 1. L'uomo di fronte al morire

Nel corso dei secoli le problematiche relative alla cultura della morte hanno contribuito a delinearne una certa "idea" o ancor meglio un diverso modo di "viverla" in rapporto alla diversa sensibilità culturale dei vari periodi storici.

Lo storico che, meglio di ogni altro, ha studiato il problema è stato Philippe Ariès il cui testo è ormai un luogo di riferimento obbligato<sup>1</sup>. Nella sua indagine egli identifica quattro grandi periodi.

a. Il primo è quello della *morte addomesticata*. Praticamente ha la durata di millenni e si estende fino al Medioevo. L'uomo sa che deve morire e aspetta l'evento con una certa tranquillità, spesso sa che gli rimane poco tempo da vivere ma non se ne angoschia. A volte, addirittura, si prepara ad attendere la morte con gesti rituali (incrocia le braccia sul petto, si distende verso Gerusalemme, ecc.). L'evento non è vissuto nella più cupa solitudine, anzi è quasi una cerimonia pubblica, organizzata.

"La camera del moribondo si trasformava allora in luogo pubblico. Si entrava liberamente. I medici della fine del secolo XVIII che scoprivano le prime regole di igiene si lagnavano del sovraffollamento delle camere degli agonizzanti. Ancora all'inizio del XIX secolo i passanti che incontravano per strada il piccolo corteo del prete che portava il viatico lo accompagnavano ed entravano dietro di lui nella stanza del malato. Era necessario che i parenti, gli amici, i vicini fossero presenti. Si conducevano i bambini: fino al XVIII secolo non esiste immagine di una stanza di agonizzante senza qualche bambino. Quando si pensa alle precauzioni che si prendono oggi per

allontanare i bambini dalle cose della morte! Infine, ultima conclusione, la più importante: la semplicità con cui i riti mortuari venivano accettati e compiuti, in modo cerimonioso, certo, ma senza carattere drammatico, senza eccessiva emozione"<sup>2</sup>.

b. Dal XII al XVIII secolo la dimensione così "socializzata" della morte inizia a restringersi coinvolgendo in via sempre più esclusiva il singolo individuo: è quella che Ariès chiama la *morte di sé*.

"Alle raffigurazioni tombali del passato genericamente apocalittiche si sostituiscono elementi «personalizzati» come il giudizio sulle proprie opere, Cristo giudice, la Madonna e i Santi che intercedono ai suoi piedi, il «libro» delle opere appeso al collo, ecc. Nell'iconografia le camere dei moribondi si affollano di nuovi personaggi: potenze angeliche e infernali che si contendono la sua anima. Anche per l'influsso degli ordini mendicanti acquista sempre più rilievo la valutazione delle opere compiute in vita. Infine, compaiono i «temi macabri»: teschi, ossa, cadaveri, immagini lugubri e tenebrose. È il segno di un «orrore» che comincia a farsi strada e che sottolinea l'elemento del «distacco» dai beni goduti in vita. In pratica è avvenuto un riavvicinamento fra tre categorie di rappresentazioni mentali: quelle della morte, della conoscenza da parte di ciascuno della propria biografia, dell'amore appassionato per le cose e gli esseri posseduti durante la vita. La morte è divenuto il luogo in cui l'uomo ha preso meglio coscienza di se stesso"<sup>3</sup>.

c. A partire dal XVIII secolo la morte subisce un nuovo processo di socializzazione che non recupera la scontata

asetticità della "morte addomesticata" ma sviluppa, integra e proietta il vissuto della "morte di sé": è la *morte dell'altro*.

"La morte nel proprio letto, come avveniva una volta, aveva la solennità, ma anche la banalità delle cerimonie stagionali. Tutti se l'aspettavano e si prestavano ai riti previsti dalla consuetudine. Invece, nel XIX secolo, una passione nuova s'è impadronita degli astanti. L'emozione li agita, piangono, pregano, gesticolano. Non rifiutano i gesti dettati dall'uso, al contrario, ma li compiono privandoli del loro carattere banale e consueto. Oramai quei gesti sono descritti come se fossero inventati per la prima volta, spontanei, ispirati da un appassionato dolore, unico nel suo genere. Certo l'espressione del dolore dei sopravvissuti è dovuta a un'intolleranza nuova per la separazione. Ma il turbamento non sopravviene solo al capezzale degli agonizzanti o al ricordo degli scomparsi. La sola idea della morte commuove"<sup>4</sup>.

d. L'ultimo periodo, che va dal XIX secolo ad oggi è quello della *morte proibita*, frutto di un vasto movimento culturale probabilmente originatosi in America e da lì estesosi perlomeno ai paesi del mondo occidentale<sup>5</sup>. Ne è derivato un profondo mutamento di sensibilità, atteggiamenti e comportamenti nei confronti della morte che, date le ripercussioni sui problemi etici che stiamo affrontando in questo capitolo, merita una più approfondita analisi.

## 2. La "morte proibita" nella società occidentale contemporanea

Volendo allora approfondire le caratteristiche della "morte

proibita” come la definisce Ariès, queste possono riassumersi in alcuni concetti-chiave di carattere antropologico-culturale volutamente limitati alla società occidentale dato che il suo vissuto nelle culture orientali o nelle culture tribali si pone in modo nettamente diverso.

#### a. Negazione

Si esprime essenzialmente in vari tipi di “censure” a cui l’odierna cultura ha sottoposto la morte. Innanzitutto *censure sociali* per cui, come dice un’espressione molto efficace di uno studioso, oggi si è in-



staurata una vera “pornografia” della morte<sup>6</sup>. Quello che un tempo era il tabù del sesso ora è il tabù della morte: si è solo spostato l’oggetto tabuizzato.

Da questo scaturiscono varie *censure verbali*: non sono più i bambini a nascere sotto i cavoli ma i nonni a partire per un lungo viaggio o a passeggiare in un grande giardino<sup>7</sup>. Della morte non si parla, non si tratta, non si discute; il suo stesso nome viene eufemisticamente mascherato ed evitato: la persona cara “non c’è più”, “se n’è andata”, è stata “persa”.

Il mascheramento della morte si fa ancora più evidente nelle *censure visive* che si realizzano di fatto nella comune prassi americana del *maquillage* dei cadaveri per cui il morto non deve apparire tale ma quasi un vivente che dorma.

Anche in questa luce po-

trebbero essere interpretate le *censure fisiche* che si concretizzano oggi nella crescente preferenza per la *cremazione* al posto della più consueta inumazione, quasi a voler testimoniare il rifiuto di una corporeità destinata al disfacimento.

Ma il massimo della tabuizzazione lo si raggiunge certamente nelle *censure conoscitive*, laddove la morte viene nascosta allo stesso morente. Da un giusto criterio di “proporzionalità psicologica”, di adeguamento alle capacità recettive del soggetto si è passati, infatti, all’arbitraria e ormai pressoché universale consue-

tudine di nascondere la gravità di uno stato patologico o dell’imminente possibilità di decesso allo stesso interessato. Il timore di nuocergli provoca così una certa “espropriazione” dell’evento che appartiene a lui e che ha il diritto di vivere con piena consapevolezza. Questa lodevole ma superficiale delicatezza nei confronti del morente spinge perfino alla richiesta da parte dei familiari di un comatoso di “non parlare perché *può sentire*” o alla costruzione di complicatissimi intrighi di bugie che coinvolgono anche il medico, pregato dai familiari di “stare al gioco”.

#### b. Privatizzazione

La morte di un tempo era una morte estremamente partecipata. Il vicinato esprimeva sensibilmente la sua solidarietà provvedendo per più

giorni al vitto, o sbrigando le faccende domestiche. Vicini negli eventi gioiosi (matrimoni, nascite, battesimi) gli altri lo diventavano anche nel momento del dolore.

Tutto questo va progressivamente scomparendo. Il dolore, ma anche la morte come evento “sociale”, si va intimizzando sempre più al punto che l’“altro” un tempo ricercato per il suo conforto e il suo aiuto adesso disturba: “si dispensa dalle visite”. L’uomo del XX secolo vuole essere lasciato solo col suo dolore ma soprattutto solo con la sua morte.

Tale privatizzazione, poi, non investe solo la sfera individuale ma anche quella sociale. Se da un lato si vuole essere lasciati soli col proprio dolore, dall’altro non si sente il bisogno di segnalarlo alla collettività: scompare e, anzi, infastidisce l’esteriorità del lutto, non vi sono più necrologi murali, spesso neanche si comunica la morte di un congiunto. Oggi il rito funebre, e non solo quello strettamente religioso, si semplifica sempre di più: si vuole la bara *semplice*, il funerale *semplice*, la tomba *semplice*, la cerimonia *semplice*. Scompaiono i baldacchini davanti le chiese, gli otto giorni di lutto, i lunghi “accompagnamenti”. Le “pompe” funebri, d’altra parte si trasformano anche linguisticamente in “imprese funebri”.

#### c. Solitudine

Su un altro versante, tuttavia, tale radicale privatizzazione è anche espressione della solitudine che circonda il morente. Da lui fuggono tutti. Innanzitutto *i familiari*, sia perché spesso estenuati anch’essi dall’assistere impotenti a una lunga sofferenza o perché emotivamente incapaci di trasmettere alla persona cara l’ineluttabilità dell’evento.

In secondo luogo *i sanitari*. Sotto questo aspetto andrebbe radicalmente rovesciato il solito problema sulla verità da dire o non dire al malato. Troppe volte si tratta, infatti, di un falso problema che nasconde in realtà la difficoltà, l’imbarazzo o la vera e propria incapacità, da parte del medi-

co, di comunicare una prognosi infausta o di esser pronto ai rispondere ai tanti perché che, a causa di tale comunicazione, il malato potrà porre.

Infine *l'intera comunità*, non solo civile ma anche ecclesiale. Si diceva prima del fastidio che provoca oggi una visita di condoglianze o il farsi in qualche modo presenti a chi è nel lutto. Tale disagio continua anche dopo, nelle fasi successive, in cui la comunità dovrebbe essere determinante nel favorire l'elaborazione del lutto stesso che, invece, il più delle volte viene abbandonato ai suoi ritmi propri indipendentemente da qualsiasi positivo aiuto da parte degli altri. Ma anche la Chiesa, bisogna ammetterlo, non è da meno. Manca un'organica e ricca pastorale dei defunti. Nelle comunità parrocchiali i vari gruppi presenti si occupano di tante attività, tutte lodevoli beninteso, ma trovano assai poco spazio per accompagnare al trapasso i malati della parrocchia.

#### d. Secolarizzazione

Avendo toccato il tasto delle responsabilità ecclesiali non possiamo non evidenziare un'altra carenza, per certi versi anche più grave. Il processo di secolarizzazione che ha pervaso la nostra società ha avuto delle indubbe ripercussioni sulla concezione della vita, della morte, dell'aldilà.

Non è questa la sede per analizzare le eventuali responsabilità ecclesiali in tale processo. Quello che certamente dobbiamo evidenziare è come da tutto ciò sia derivato, anche in ambito teologico-pastorale, un affievolirsi della originaria tensione escatologica del messaggio cristiano. Naturalmente questo non vuole dire assolutamente che si debbano rimpiangere o riproporre gli "esercizi della buona morte", le tuonanti prediche sul fuoco dell'inferno, l'offuscamento della gioia cristiana e così via ma si devono trovare nuove vie, con saggia creatività pastorale, per ridare slancio a una escatologia adeguata al terzo millennio. Fondata sulla resurrezione più che sul casti-

go eterno ma informante di sé tutto il cammino esistenziale dell'uomo.

Forse a tale vuoto catechetico dobbiamo attribuire anche un indubbio impoverimento del culto dei defunti prevalentemente "cimiteriale" e ridotto qualche volta a semplice culto dei cadaveri. Non è escluso che alcune perplessità suscitate dalla donazione d'organi alberghino proprio in tale retroterra culturale.

#### e. Medicalizzazione

È uno degli aspetti più tristi e "disumani" della morte contemporanea. L'allungamento della vita media, le conquiste della medicina, l'aumentato benessere individuale e sociale fanno sì che sempre più raramente si muoia in casa e sempre più frequentemente in ospedale, essendo la morte non più l'evento conclusivo di una lunga vita ma l'evento terminale della malattia<sup>8</sup>. La validità generale di questa affermazione diventa ancora più attuale se applicata alla morte di individui giovani o in ogni caso, al di sotto della cosiddetta "terza età", per cui ogni cura medica, anche la più estrema

dire che non esista più una morte "naturale".

La disumanizzazione "medica" della morte, poi, non è solo ambientale ma anche relazionale. Voglio dire non solo è in qualche misura "innaturale" medicalizzare fino a tal punto la morte ma anche gestirla in modo disumano. Entra, qui, in gioco l'*humanitas* del medico e la sua capacità di empatizzare col malato (in questo caso col morente) e coi suoi familiari senza allontanare l'uno dagli altri. Si tratta pertanto di un fenomeno molto complesso ma è di primaria importanza che l'assoluta e doverosa asetticità del medico-tecnico (che non può e non deve essere assolutamente disturbato da fatti emotivi) si sposi con la calda relazionalità del medico-uomo pienamente e qualificamente coinvolto dall'evento che assiste.

#### f. Oggettivazione

Se in passato la morte era un evento profondamente coinvolgente la soggettività dell'individuo e non oltrepassante tale limite, oggi essa si presenta nella sua dimensione "oggettiva" e come tale è pos-



viene cercata, richiesta, pretesa con ogni mezzo.

Per contro la "morte in casa" viene riservata ai malati terminali per i quali si presume non ci sia più niente da fare o agli anziani rifiutati dagli ospedali o abbandonati a se stessi dall'indolenza dei parenti. In ogni caso diventa un evento quasi anomalo. Si può

sibile viverla. Il primo colpo di timone è stato dato nel secolo scorso dai progressi dell'*anatomia patologica*. La morte non viene più solo accettata ma viene indagata, analizzata, definita. Si cercano le cause del suo determinarsi, la si studia al tavolo anatomico, si trasforma la viva esistenza di un individuo nella fred-

da oggettualità di un cadavere. Lungi dal voler demonizzare il benefico avvento di tali conquiste è indubbio che esse incidono su quella intangibile sacralità del defunto molto più di quanto non avessero già fatto i semplici studi anatomici. Quelli, infatti, si limitavano al riscontro descrittivo di una corporeità non più vitale, questi scavano all'interno di tale corporeità per scoprire le cause della morte.

Un secondo elemento oggettualizzante è venuto dalla *finzione rappresentativa*. Certo il teatro ha, da tempi immemorabili, rappresentato la morte ma solo con l'avvento del cinema e della televisione la finzione ha raggiunto un livello di così alta e raffinata verosimiglianza. Il risultato è quello di un'abitudine alla, sia pur finta, morte dell'altro tranquillamente visionata in poltrona. Da qui ad assistere a una vera "morte in diretta" il passo è breve e in occasione di alcune calamità naturali questo è stato compiuto, con grande esecrazione esteriore certo, ma di fatto, con assoluta indifferenza dello spettatore medio.

L'ultimo contributo a tale progresso di oggettivazione viene ancora una volta dalla scienza, in particolare dalla *medicina dei trapianti*. La più elementare delle riflessioni etiche (che, d'altra parte, si sovrappone al più comune buon senso) ritiene elemento indispensabile per procedere al prelievo di organi unici e vitali come il cuore, il fegato, il pancreas che l'individuo sia "morto". Tuttavia se, da un lato, la morte deve essere certa, dall'altro non può essere così avanzata da non permettere più l'utilizzazione dell'organo. Da qui l'esigenza di definire con assoluta certezza lo stato di morte: da un lato senza incorrere in tragici errori di morti solo cliniche ma non cerebrali (pubblicisticamente divulgate come "morti apparenti"), dall'altro senza superare il limite temporale dell'indisponibilità biologica dell'organo. D'altra parte l'equazione: "non respira più = è morto" coi moderni progressi della rianimazione non è più sostenibile per cui occorre anco-

ra una volta "anatomizzare la morte" definendone gli elementi caratteristici al di sotto dei quali c'è la vita, al di sopra la sua irreversibile perdita.

#### g. *Paradossi*

Accanto a tutti i comportamenti prima analizzati tendenti a censurare, allontanare, negare, occultare la realtà della morte, ne troviamo altri in cui questa si fa protagonista e oggetto specifico dell'agire umano. In primo luogo nel *desiderio di infliggerla*. Non parlo tanto del criminale omicida o dell'assassino psicopatico quanto del grandissimo numero di persone assolutamente favorevole alla pena di morte. Questa, peraltro, non viene vista come una sia pur dolorosa ma inevitabile necessità quanto piuttosto come una giusta punizione delegando allo stato la vendetta personale e l'impossibilità a farsi giustizia capitale da soli.

Paradossale negazione della morte può essere, invece, il *suicidio* in cui la richiesta di morte a volte è solo richiesta di senso e, quindi desiderio di vita, di una vita bella, piena, gioiosa che non si riesce ad ottenere: non è la vita ad essere negata ma, in un certo senso, la componente di morte che questa comporta.

Così pure costituisce una sorta di confronto con la morte, quasi un volerla sfidare in competizione, quella di alcuni consapevoli *comportamenti a rischio* come i "giochi di morte" (la roulette russa, lo sdraiarsi sulle autostrade, il gareggiare in moto a fari spenti, ecc.) o i più innocui, ma simbolicamente non diversi, "sport estremi". Per certi versi, anche se solo implicitamente, una componente di questo tipo possiamo trovare anche nella tossicodipendenza.

Infine non deve sfuggire, nel globale contesto culturale di rifiuto della morte ma anche, come si diceva prima, dell'assenza di un'escatologia forte, il prepotente risorgere di nuovi *animismi* non più nella forma dello spiritismo di un tempo o dell'esoterismo occultista quanto piuttosto nella componente animistica della

parapsicologia o di tante filosofie orienteggianti. Basti vedere quanta popolarità suscitino in televisione personaggi che insegnano a "comunicare con l'aldilà" o "testimonianze" della vita ultraterrena che sotto varia forma sono presenti sui mass media.

### 3. Umanizzare la cultura della morte

Da quanto detto prima deriva che il primo compito nell'ambito dell'umanizzazione della morte è quello di umanizzare *la cultura* della morte. Proprio questa, infatti, costituisce quell'humus su cui germinano poi gli attuali atteggiamenti di "incomprensione" nei confronti della morte da cui possono derivare comportamenti disvaloriali (primi tra tutti l'eutanasia e l'accanimento terapeutico, ecc.).

#### a. *Superare il tabù*

Il primo compito in tal senso dovrebbe essere quello della sua detabuizzazione. Non è impresa impossibile; con la sessualità tale radicale mutamento è stato compiuto, anzi si è spinto fino all'eccesso opposto. Detabuizzare la morte significa allora essere in grado di parlarne, di pronunziare il nome suo e di ogni altra realtà che ad essa conduce. Se oggi divulghiamo, ed è giusto farlo, l'educazione sessuale, è venuto forse il tempo di cominciare a pensare anche a una "educazione tanatologica". Certo c'è modo e modo di parlare della morte. Non nasconderne la realtà non significa scaraventarla in faccia con grezza violenza. Ma al tempo stesso significa "riuscire" a parlarne, a non occultarla, in primo luogo a noi stessi. È fin troppo evidente che le difficoltà a parlare della morte, in assoluto e col morente proiettano le difficoltà a confrontarsi con la propria morte. Pertanto il primo processo di "detabuizzazione" dovrà essere rivolto innanzitutto a noi stessi. Il vero allontanamento della lugubre presenza della morte non si effettua con più o meno eleganti scongiuri ma

col superare le barriere di “incomunicabilità” che ci separano da essa.

#### *b. Dare un senso all'evento*

Ovviamente non si potrà portare a compimento tale processo se non lo si inquadrerà nel senso ultimo che assume la vita. Il vero senso della morte, infatti, è il senso della vita. Una morte sconosciuta, che pone termine a una vita vuota e insulsa (che non significa ovviamente piena di “successo” o ricca di cose “importanti”) è una morte che fa paura e come tale non può essere pronunciata. Ma una morte che è epilogo di una vita autenticamente e pienamente umana spesa al meglio delle proprie potenzialità, diventa una morte “dicibile” ancorché carica di mistero e, nel caso della morte altrui, anche di dolore. Occorre, allora, riuscire a instaurare una sorta di dialogo con la propria morte, scoprirne il volto. *L'estote parati* a cui il Vangelo ci esorta (Mt 24, 44) ha un significato che trascende la logica puramente religiosa acquisendo una dimensione assolutamente universale che ogni uomo dovrebbe far sua.

#### *c. Rinnovare l'escatologia*

La tenebrosa sovraccettazione dei secoli passati, giustamente contrastata da una dimensione orizzontale del cristianesimo rimasta troppo in ombra, rischia a sua volta di eclissarsi o di ripresentarsi con toni che l'uomo contemporaneo non riesce più a comprendere ed accettare. Il Concilio Vaticano II ha profondamente rinnovato l'ecclesiologia, la liturgia, l'ecumenismo, ha posto le basi del rinnovamento della morale, ma credo che abbia ancora davanti a sé l'arduo compito di una profonda rivisitazione dell'escatologia. Non che questo non sia stato fatto sul piano teologico ma è ancora del tutto carente su quello catechetico ed omiletico. Le difficoltà che oggi si incontrano ad accettare l'idea stessa di un “inferno” (la cui parola suscita già profondo disagio), la non facile conciliazione tra dimensio-

ne terrena e compimento del Regno, il senso nebuloso attribuito alla risurrezione di Cristo (in genere percepita come la prodigiosa auto-rianimazione di un cadavere) sono tutti elementi che dovrebbero convocarci a una mediazione pastorale più attenta alla sensibilità dell'uomo contemporaneo. Peraltro il desiderio e il “fascino” dell'aldilà è quanto mai vivo: lo dimostrano il moltiplicarsi del ricorso all'occulto per “comunicare” con i propri defunti o l'interesse suscitato dalle cosiddette esperienze di “pre-morte”. Quanto detto, ancora un volta, non ha valore solo in ambito di fede cristiana ma, attraverso di questa assume una inevitabile più vasta ricaduta di ordine culturale.

#### *d. Ripensare il culto dei defunti*

Il culto dei defunti ancor oggi coincide praticamente con il “culto dei cadaveri”. Fatta eccezione per qualche momento liturgico nella immediata prossimità della morte o nelle sue prime ricorrenze celebrative, il nostro culto dei defunti è culto prevalentemente cimiteriale. Indubbiamente il raccogliersi presso la tomba può avere un forte richiamo simbolico così come il pregare sotto la statua di un santo o il recarsi in un santuario famoso. Ma questo non deve portarci a una indebita sacralizzazione della corporeità cadaverica che rischia di avere pericolose implicanze, ad esempio, nelle difficoltà alla donazione d'organo che riconoscono, in tale atteggiamento uno degli ostacoli a una più generosa prassi.

#### *e. Domiciliare la morte*

Anche se l'ospedale costituisce una tappa quasi obbligatoria o quantomeno intermedia bisogna riuscire a creare atteggiamenti che serenamente, senza temere comportamenti velatamente eutanasi o sensazioni di non aver fatto tutto il possibile, portino il malato, quando è possibile, a morire nella propria casa, circondato dai suoi (se a loro volta non fuggono via!), dalle sue cose, dai suoi ricordi, dai suoi vis-

siti affettivi ed emotivi. È possibile che tutto questo abbrevi di qualche giorno l'esistenza ma nel farlo la arricchisce di un senso di profonda umanità. Si parla tanto, oggi, di qualità della vita, ebbene esiste anche una qualità della morte e se riteniamo dovere umano e cristiano non opporci alla vita, dovremmo essere in grado di percepire la doverosità di non opporci oltranzisticamente a una morte ormai imminente ma, semmai, a renderne il suo approssimarsi meno traumatico possibile.

#### **4. Umanizzare il rapporto con la morte**

I generici impegni etici prima analizzati in ordine alla umanizzazione culturale di un'anonima collettività, assumono un volto e una specificità che costringe a un più diretto e meditato approccio al problema generale, quando questo lo si rapporta all'uomo.

#### *a. Le consolazioni doloristiche*

Anche se superato sul piano della riflessione filosofica e, per la Chiesa cattolica, anche su quello dottrinale, permangono nell'approccio al morente ampie distorsioni “doloristiche”. Non è questa la sede per approfondire questo problema che ha origini remote e articolazioni complesse. In poche battute potremmo dire che il dolorismo costituisce l'interpretazione del dolore come elemento valoriale, la sua esaltazione e, in qualche caso, anche la sua deliberata ricerca. È fin troppo ovvio ormai che nella visione cristiana il dolore non è mai un bene in sé ma può trasformarsi ed essere vissuto in occasione di bene. L'emblematica sintesi che ne fa Giovanni Paolo II nella *Salvifici Doloris* è che “Cristo, con la sua sofferenza ha insegnato a far del bene con la sofferenza e a far del bene a chi soffre” (n. 30). Ora proprio in tale prospettiva il bene da fare all'altro consiste sia nel condurlo al superamento oggettivo della sua sofferenza, sia alla sopportazione attiva, non alla passiva rasse-

gnazione. Il dolorismo di cui parliamo si esprime in frequenti atteggiamenti pseudo-cristiani o pseudo-consolatori con l'invito, ad esempio, a "rassegnarsi alla volontà di Dio". Si è tanto insistito in questa prospettiva da aver fatto coincidere il richiamo alla volontà di Dio con l'occorrenza di un evento sgradito. Tale dolorismo si è spinto spesso all'invito a sentirsi "malati in quanto prediletti da Dio" e non com'è giusto "prediletti in quanto malati".

#### *b. L'atteggiamento di ascolto*

Purtroppo viviamo in un'epoca che ha totalmente cancellato la capacità di "ascoltare" sostituendola con la capacità di "vedere". Le culture antiche, che pure avevano moda-

storale sanitaria ci si interroga spesso su "cosa dire" al malato o a chi è prossimo alla morte. Questo è indice di una preoccupazione verbale che scavalca quella che dovrebbe essere la vera preoccupazione cioè quella uditiva. La più corretta domanda dovrebbe essere "come devo ascoltare?". Non esistono ricette, né bisogna cadere nell'eccesso opposto di un ascolto "muto" che non sappia, al momento opportuno, con intelligenza e discrezione intervenire. Atteggiamento di ascolto significa attitudine a lasciarsi riempire da quanto chi ci sta dinanzi vuole comunicarci, anche in modo non verbale, con un gesto, una smorfia, una reticenza. Significa saper cogliere "ciò che non dice", più che ciò che dice, testimoniare con la

ge spontaneo andrebbe promosso anche di fronte al morente. Una delle più frequenti cause di mestizia consiste infatti nella svalorizzazione del proprio passato che appare vuoto, inconcludente, sprecato, occasione perduta per realizzare tutte le potenzialità che si sentono proprie. La "buona morte" che tutti vorremmo avere e, quindi, a cui tutti dovremmo preparare gli altri comporta anche il morire in pace con se stessi. Questo non va detto solo in termini religiosi, ma anche prettamente umani. Nessun passato è realmente "vuoto". Dietro la vita più "inutile" c'è un bagaglio se non altro di sofferenze e di scelte sbagliate che possono essere rilette alla luce della situazione presente.

#### *d. La funzione mediatrice nelle reazioni del malato*

Umanizzare la morte significa non tanto abolire le reattività umane dinanzi alla prossimità della morte che sono in qualche modo "normali" e appartengono al processo di adeguamento alla sua realtà ma incanalarle, orientarle, e trasformarle in risorse attive con cui il paziente può affrontare con forza la sua situazione. Questo significa innanzitutto prendere in seria considerazione l'oggetto stesso della sua reattività che non è distorta visione delle cose o atteggiamento vittimistico ma effettiva tensione interiore che lacerava l'equilibrio che l'uomo aveva con realtà fino a ieri ritenute non problematiche. Ancora una volta in quest'opera di mediazione grande spazio va dato all'ascolto perché è anche attraverso il progressivo processo di verbalizzazione del paziente che si compie quel cammino che dalla negazione iniziale lo può portare alla finale accettazione della sua condizione.

#### *e. Il comprendere l'universo culturale del paziente*

Questo non riguarda solo le scelte valoriali di cui s'è detto ma, a più vasto raggio, l'intero orizzonte di senso che il morente attribuisce alla sua esi-



lità di espressione visiva non indifferenti, basti pensare alla pittura e alla scultura certamente assai più importanti di quanto non lo siano oggi, avevano privilegiato la dimensione dell'ascolto. L'atteggiamento del maestro che parla al discepolo, ad esempio, la trasmissione orale delle memorie letterarie o storiche, e la stessa dimensione religiosa dell'esistenza. In ordine all'approccio al morente tale attitudine all'ascolto deve comportare la rinuncia attiva all'onnipotenza che spesso attribuiamo alle nostre parole. In molti incontri con gruppi di volontariato o operatori di pa-

propria presenza che c'è qualcuno a cui interessa la sua vicenda, specie quando questa è l'ultima delle vicende significative che egli potrà vivere.

#### *c. La valorizzazione del passato come eredità per il futuro*

Vi è un atteggiamento pressoché costante nell'elaborazione del lutto che consiste nella "positivizzazione" della figura del defunto di cui si ricordano e si esaltano gli aspetti positivi minimizzando o negando quelli negativi. Un tale processo di positivizzazione che, nel caso in questione, sor-

stenza. Ovviamente la condizione è un processo equidistante tanto dall'assimilazione che dal distacco. Comprendere significa in qualche modo vedere il mondo con gli occhi di chi ci sta innanzi, senza necessariamente doverne condividere la visione. È un po' un filtro da assumere per capire le percezioni e provocazioni che il morente riceve, così come vengono decodificate dai suoi personali codici culturali. È chiaro che questo compito sarà tanto più facile quanto più si saprà conoscerli. Proprio per questo credo sia particolarmente importante un'adeguata conoscenza dei background culturali che più frequentemente si potranno incontrare in un'area geografica in cui vi sia la presenza di una cospicua comunità ebraica o musulmana, oppure un contesto in cui si sia realizzato un forte flusso migratorio. Ogni cultura e ogni religione (oltre che ogni individuo) hanno uno specifico sentire in rapporto alla morte ed è un sentire che va rispettato, perché intimamente strutturante l'esistenza del soggetto.

#### f. *La proposta prudentiale dell'orizzonte cristiano*

Quanto detto a proposito del rispetto dell'universo religioso-culturale del soggetto non significa che non si debba offrire al morente la risorsa della speranza cristiana. Infatti il tenere un'atteggiamento sensibile ai valori del morente e il rifiuto dell'"accanimento conversionistico" non devono occultare il dovere dell'evangelizzazione che fino e proprio in punto di morte può farsi ancora più forte. Certamente occorre saper discernere le varie situazioni, avere la capacità di far tutto questo senza l'idea ossessiva di vedere accanto a sé solo "anime da salvare", comprendere che anche in punto di morte l'amministrazione dei sacramenti non è l'unica via salvifica di cui Dio si serve. Il primato dell'evangelizzazione, come si ama dire oggi, deve esser tenuto presente anche in tale circostanza. Dio lascia libero l'uomo e usa delicatezza e rispetto nei suoi

confronti. L'uomo che si rivolge al morente non può essere da meno, anche se ha il dovere di offrire con tatto e sensibilità umana l'orizzonte dell'escatologia cristiana nei modi e nelle forme più consone alla sensibilità dell'uomo contemporaneo.

#### g. *L'accettazione delle sconfitte*

Infine credo che chiunque si accosti al morente, così come a ogni altra persona in stato di bisogno, debba aver sempre presente il senso del limite connesso alla propria azione. Vi è sempre il rischio, infatti, di una sottile tentazione messianica. Non è raro vedere persone animate dalle migliori intenzioni (soprattutto nei gruppi di volontariato) pronte ad accostarsi al malato con la ferma intenzione di "convertirlo" o quantomeno di fargli accettare in modo sereno la morte o, che so io, di farlo riconciliare con la moglie o con i figli. In realtà occorre essere pronti ad accettare anche i fallimenti che in questo come in altri campi spesso sono più frequenti e dolorosi. Soprattutto in assenza di un orizzonte di fede che apra le porte alla speranza, rimane l'amaro di un "successo" che non si è riusciti ad avere. Il senso della "gratuità" insito nell'approccio al morente dovrà, allora, costituire una sorta di valore-guida lungo cui orientare l'agire.

### 5. Due metafore conclusive

Ovviamente non potrà mai dirsi concluso il discorso che abbiamo appena abbozzato. Ma dovendo trovare una qualche formula conclusiva, vorrei farlo con due metafore. La prima è quella che il regista Ingmar Bergman raffigura mirabilmente nel *Settimo sigillo*, la seconda è data dall'antico ma sempre attuale esercizio ascetico-devozionale della *Via Crucis*.

#### a. *Il settimo sigillo*

Com'è noto il film trae il titolo dalla descrizione che troviamo nell'*Apocalisse* in me-

rito all'apertura dell'ultimo sigillo con cui è chiuso il rotolo che l'Agnello apre. Dice il testo: "Quando l'Agnello aprì il settimo sigillo si fece silenzio in cielo per circa mezz'ora..." (Ap 8, 1). Il film di Bergman è giocato proprio in questa strana "attesa" che la mezz'ora di silenzio esprime. L'azione è ambientata nel medioevo: un cavaliere incontra la morte che è pronta a prendergli la vita, ma egli la sfida a scacchi chiedendole di mantenerlo in vita finché durerà la partita. Se vincerà lui lo lascerà libero, se vincerà lei si arrenderà al suo destino. La morte accetta il patto. Il giocatore approfitta così di questo intervallo di tempo per sanare varie situazioni della sua esistenza dandole al tempo stesso un senso che prima non aveva saputo o voluto dare. In uno degli episodi descritti si confessa ma in realtà il confessore è la morte travestita da frate che gli chiede come farà a vincere la partita. Il giocatore gli rivela allora che ha una mossa segreta. A questo punto la morte si disvela, conosce il segreto del cavaliere e ne prenderà la vita. Ecco, in questo alternarsi di paura di un evento ineluttabile ma al tempo stesso di una strana pattualità che si instaura con esso mi sembra di ravvisare tutti i tabù e le contraddizioni di cui s'è detto. L'ultima è proprio quella che il film di Bergman, riletto in positivo, ci propone: la vittoria sulla morte non consiste nel vincerla materialmente, perché in questo la partita sarà sempre perdente ma nel vincerla esistenzialmente dando senso a quella vita da cui può trarre tutta la sua positività.

#### b. *La Via Crucis*

Una lettura metaforica del racconto evangelico e della sua riproposizione devozionale ci appare infatti come una tragica esemplarità di accompagnamento alla morte con tutto il variegato universo emozionale che accompagna tale processo: dalla fuga delle persone care (leggiamo nell'abbandono degli apostoli quello odierno di familiari ed amici) all'insospettata presen-



za di persone non ritenute forti (come, nella cultura del tempo, le donne).

Ai piedi della croce, d'altra parte, quando tutti fuggono rimane uno sparuto gruppetto di persone. Sono proprio loro che aiutano il morente a non rimanere "solo" a guardare negli occhi un volto amico che gli offra uno sguardo di affetto come ultima memoria della vita che lo sta lasciando.

L'evento morte spesso "costringe" ad aiutare il morente, se non altro perché inserito nel nucleo familiare a cui si appartiene. Come quel Simone di Cirene che torna dai campi e viene costretto a portare una croce che non è sua, una croce e un aiuto che irrompono nella quotidianità della sua giornata.

Se da un lato qualcuno è costretto, dall'altro qualcuno volontariamente si offre di asciugare le lacrime e come quella donna a cui un apocrifo ha dato in nome di Veronica (in realtà "vera immagine" = vera icona) se ne torna a casa recando impresso in sé qualcosa della persona che voleva consolare.

E l'attenzione di chi muore nei confronti di chi resta è testimoniata da quell'affidamento di Maria a Giovanni e viceversa, non solo invito a prendersi cura di una madre rimasta sola ma invito alla "reciprocità" a farsi dono l'un l'altro dell'accoglienza.

Persino dietro la spartizione delle vesti da parte dei soldati possiamo leggere non solo o non tanto le tristi e ancor presenti liti per le divisioni ereditarie ma il raccogliere nel senso più alto e più nobile l'eredità di chi muore. Ciò che rimane è di chi rimane. Non solo una tunica o una veste ma anche e soprattutto una memoria, quella stessa che gli evangelisti ci hanno consegnato col racconto della croce.

Infine quando tutto sembra finito emerge l'ardimento di chi, come Giuseppe d'Arimatea, ha il coraggio di togliere Gesù dalla croce. In lui dovrebbe riconoscersi ogni persona che si proponga (al di là di ogni effettivo "successo") di togliere dalla croce un suo simile. Questo non sarà sempre attuabile sul piano materiale (anche se si dovrà fare ogni

sforzo per cercare di attuarlo) ma dovrà essere sempre possibile su quello psicologico ed umano. Dalla croce si toglie eliminandola di fatto o aiutando a darvi un senso, a saper guardare "oltre": l'etica dell'umanizzazione della morte si può racchiudere in questo impegno.

Prof. SALVINO LEONE  
Docente di Teologia morale  
alla Facoltà Teologica di Sicilia  
Consulatore del Pontificio Consiglio  
per la Pastorale della salute

## Note

<sup>1</sup> PH. ARIÈS: *Storia della morte in occidente*, Milano 1980.

<sup>2</sup> *Ibidem*, pp. 24-25.

<sup>3</sup> *Ibidem*, pp. 24-25.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 53.

<sup>5</sup> *Ibidem*, p. 68.

<sup>6</sup> È questa la tesi esposta da G. GÖRER sul suo *The pornography of death* ("Encounter", Ottobre 1955) in cui praticamente sostiene che oggi "la morte occupa il posto del sesso nell'area dell'indicibile".

<sup>7</sup> PH. ARIÈS, *op.cit.*, p. 73 (in cui, però riporta il pensiero di Görer).

<sup>8</sup> Cf. A. MALLIANI, *La morte improduttiva*, in AA.VV., *La morte oggi*, Milano 1985, pp. 102-106; cf. pure I. ILLICH, *Nemesi medica*, Mondadori, Milano 1977, pp. 214-233, il quale parla addirittura di una "paura della morte immediata".



# L'accompagnamento pastorale dei morenti

26

Uno degli ambiti privilegiati dell'azione pastorale riguarda l'accompagnamento dei morenti.

La pastorale dei morenti è molto condizionata dal clima culturale che pervade la società odierna, portata ad esorcizzare la morte.

*Aspetti culturali* che contribuiscono a complicare l'incontro con la morte, sono:

- il clima di edonismo e materialismo di oggi;
- la negazione della morte, considerata un tabù;
- la medicalizzazione e il tecnicismo che disumanizzano il morire;
- l'istituzionalizzazione, che confina il morire ai centri sanitari;
- la rimozione della morte dalla vita quotidiana;
- il linguaggio intriso di eufemismi che maschera la realtà per cui il cancro diventa "quel brutto male" o una "neoplasia"; la morte si annunzia con: "se n'è andato", "ci ha lasciato", "è sparito", perché dire "è morto" risulta disumano;
- il paternalismo, che si manifesta in atteggiamenti protettivi;
- l'enfasi biologica che riduce il morire al processo fisico senza abbracciare l'essere globale della persona.

## Umanizzare il morire

La morte è, per tutti, l'unica certezza nella vita. Il rischio è, però, che la paura prenda il sopravvento mortificando la libertà e paralizzando la creatività umana.

La sfida consiste nell'agire all'interno della cultura per ridimensionare gradualmente gli atteggiamenti e i condizionamenti sopramenzionati, che impediscono scelte più mature dinanzi all'evento che accomuna tutti gli esseri umani.

*Le tappe per umanizzare il morire*, includono:

- prendere consapevolezza che la vita è intrisa di morte e la morte è feconda di vita;
- affrontare la morte in prima persona cogliendo e non rifuggendo quelle occasioni che si presentano, per guardarla in faccia e riflettere sul suo significato;
- imparare a dare un nome alle *proprie paure e ansietà*, dinanzi all'eventualità della propria o altrui morte;
- partecipare a momenti *formativi* sull'argomento per attenuare il peso dei meccanismi di difesa ed espandere l'orizzonte della libertà interiore;
- valorizzare l'opportunità di comunicare con chi è disposto a parlare del proprio morire, per non affidare i propri sentimenti e pensieri al silenzio.

## Il processo del morire: atteggiamenti, sentimenti e risorse

L'approssimarsi della morte produce in chi la vive il cordoglio anticipatorio, che si manifesta in un ventaglio di atteggiamenti e stati d'animo.

Gli *atteggiamenti* sono influenzati da diversi fattori, quali: il proprio carattere, i ruoli interpretati, la presenza o meno di una fede, il modo con cui si guarda al proprio passato o alla progettualità futura, la riconciliazione o meno con la propria fragilità e provvisorietà, e così via.

Gli *atteggiamenti ricorrenti dinanzi alla morte*, sono:

- la confusione e lo smarrimento
- la rassegnazione
- la ribellione o la protesta
- la chiusura
- la disperazione e/o lo sconforto
- la fuga e/o l'evitamento

Gli atteggiamenti sono accompagnati da una varietà di *stati d'animo e sentimenti*, tra cui: lo shock, l'ansietà, l'angoscia, la paura, la tristezza, la solitudine, la depressione, il risentimento, la collera, il senso di colpa, l'invidia, la vergogna.

Il morente può attingere a un mosaico di *risorse*, interne ed esterne, per fronteggiare l'eventuale distacco dai beni e dalle persone amate.

La quantità e la qualità delle risorse incide direttamente nel modo di vivere il processo del morire.

Tra le *risorse esterne* si segnalano:

- la disponibilità, nelle vicinanze, di adeguati centri sanitari, di personale sanitario e di farmaci;
- il supporto della propria famiglia, dei propri cari ed amici;
- l'appartenenza ad una comunità o a una fede religiosa;
- la vicinanza di persone sensibili, quali il sacerdote, i volontari;
- le risorse economiche.

Tra le *risorse interne*, che risultano poi determinanti, si annoverano:

- la propria filosofia di vita;
- i doni o le qualità che l'individuo possiede, (es. pazienza, coraggio, tenacia...);
- la capacità di aprirsi, comunicare e interagire con altri;
- la soddisfazione verso il proprio passato;
- la fiducia verso il futuro;
- la qualità della propria fede e spiritualità;
- il saper rendere fecondo il dolore;
- la pace e/o serenità interiore;
- la preghiera...

Il seguente colloquio mette in luce reazioni e atteggiamenti di un morente e lo stile relazionale di un operatore pastorale che lo visita.

## Questa malattia sta distruggendo ciò che ho di più caro al mondo

### Informazioni:

Laura è ricoverata presso il reparto di oncologia. Ha 55 anni circa, è sposata e ha tre figlie.

La diagnosi di ricovero è tumore al fegato. La paziente si trova in ospedale da 10 giorni per eseguire un ciclo di chemioterapia, ne ha già eseguiti altri. È la prima volta che ho un dialogo con lei.

### Colloquio:

L. = Laura D. = Davide  
*(Dopo aver terminato il colloquio con la paziente del letto accanto mi avvicino al letto della sig.ra Laura, ma mi accorgo che dorme e sto per andare via quando la sig.ra Laura mi ferma).*

L1. Non sto dormendo, ho ascoltato quello che diceva alla signora *(con tono di voce non severo, ma sconfortato)*.

D1. Pensavo che dormisse...

L2. No, ho solo poca voglia di vedere persone, sa questo luogo mi deprime molto...

D2. Se vuole posso andare via... *(rispondo con un certo imbarazzo)*.

L3. No rimanga, non si preoccupi *(il tono di voce è più accogliente)*.

D3. Mi chiamo Davide e collaboro con i cappellani... *(mi interrompe bruscamente)*.

L4. Sì, l'ho già vista la settimana scorsa, era passato di qui, ma io facevo finta di dormire.

D4. *(Rimango per un attimo perplessa su cosa dire)* Immagino che stia soffrendo molto, per questo non vuole vedere nessuno...

L5. Sì, sto soffrendo molto di questa mia malattia e non trovo nessuna via d'uscita *(questa sua apertura mi sorprende e contemporaneamente mi mette in difficoltà; rimango per alcuni momenti in silenzio non sapendo cosa dire. Poi riprende)*. Io ho chiesto al Signore che mi guarisca, ed invece Lui non mi ascolta *(piange, le porgo un fazzoletto)*. Ma che vita è questa? È da sette anni che questa malattia

mi distrugge... era partita dal seno... nonostante l'operazione, il tumore si è diffuso.

D5. Sento che ha un dolore molto grande dentro di lei...

L6. Sì, è così, ma la cosa che mi fa soffrire di più non è tanto il male che ho dentro, quanto il fatto di essere causa di sofferenze per i miei figli e mio marito. Io vedo che quando loro sono qui soffrono più di me.

D6. È molto preoccupata per loro...

L7. Sì, stiamo in silenzio...



io soffro e anche loro, non riusciamo a parlare. Io non voglio... *(scoppia a piangere)*.

D7. *(Rimango anch'io in silenzio, provo per lei molta compassione, sono indeciso su cosa dire, poi mi faccio coraggio per parlare della morte)*. Ha difficoltà con i suoi figli e con suo marito per quello che può succedere a lei, a causa del tumore che ha?

L8. Sì, è proprio questo che mi angoscia. Come posso dire loro che sto morendo? Loro stanno già tanto in pena per me...

D8. Non pensa che sia meglio parlare con loro che lei li sta lasciando ed affrontare insieme questo argomento della

morte, questa esperienza di separazione?

L9. Io non posso farlo, li farei soffrire ancora di più.

D9. Lei vuole molto bene ai suoi figli, vero?

L10. Sono la cosa più importante che ho, ma adesso questa malattia sta distruggendo quello che ho di più caro: la mia famiglia. Ma perché questa sofferenza? A che serve stare qui a vivere come un cane?

D10. *(Rimango in silenzio non sapendo cosa rispondere... poi prendo le mani della paziente che piange)*. Le sta insegnando qualcosa questo suo soffrire?

L11. Mi ha fatto capire che mio marito e i miei figli sono le persone a cui voglio veramente bene... *(mi sorride piangendo)*.

D11. Questo che dice è molto bello *(rimango ancora in silenzio, riprendo dopo un po')*. Vuole fare una preghiera e chiedere aiuto al Signore in questo momento difficile?

L12. Non mi sento di pregare, non ci rimanga male.

D12. Assolutamente no, se vuole posso pregare io per lei.

L13. Sì, lo faccia; grazie. Io mi sento lontana da Dio.

D13. Io credo che il Signore le è vicino *(sorridendo e ricevendo una risposta non verbale di accoglienza alle parole da me dette)*. Arrivederci signora. *(Le stringo con calore la mano)*.

L14. Arrivederci e grazie.

### Valutazione dell'incontro:

Laura trasmette con chiarezza il suo travaglio interiore: il risentimento che avverte verso Dio per non averla guarita, il senso di inutilità del dolore (L5) "che vita è questa?"; "A che serve stare qui a vivere come un cane?" (L10), il sentimento di colpa per causare sofferenze ai familiari (L6, L7, L8, L9, L10).

L'operatore pastorale dimostra complessivamente un buon approccio: è delicato e rispettoso nell'intervenire, gestisce bene il silenzio, è capace di empatia, sa comunicare con la propria gestualità, è onesto e introspettivo nel confidare i suoi disagi.

Si addentra anche nel tema delicato della morte (D7), pur rispettando i limiti tracciati da Laura.

Qualche suo intervento (es. D2, D8, D10) poteva essere più focalizzato; inoltre la preghiera nel finale pareva opportuna per raccogliere il travaglio, i sentimenti e i bisogni di Laura.

In generale, il suo intervento risulta benefico: per un po', Laura abbandona il rifugio della solitudine per confidare e affidare a qualcuno le sue pene e le sue ferite.

Il colloquio offre lo spunto per suggerire i seguenti orientamenti per chi accompagna i morenti.

#### *Atteggiamenti da evitare e da coltivare*

In termini essenziali, si prospetta un decalogo di *atteggiamenti da evitare* dinanzi ai morenti:

- assumere volti tristi;
- trasmettere pietà invece di rispetto;

– trattarli da malati (es. di cancro, di AIDS...) invece che da persone;

– restare confinati all'orizzonte fisico senza spaziare sulle altre dimensioni della persona;

– usare frasi fatte, che turbano invece di confortare;

– imporre i propri valori o schemi di riferimento;

– aspettarsi cambiamenti drammatici, ora che stanno per morire;

– minimizzare o banalizzare le loro perdite, per tenerli su di morale;

– giudicare i loro sentimenti (es. "non dire così", "non sentirti così", ecc.);

– dare false speranze.

Sull'altro versante si propone un altro decalogo di *atteggiamenti da coltivare* per essere migliori "compagni di viaggio" di chi muore:

– valorizzare il dono della propria presenza;

– privilegiare la comunicazione non-verbale e il contatto;

– ascoltare e vivere bene con il silenzio;

– rispettare le diverse scelte e credenze

– rivisitare il passato e accogliere i ricordi;

– affermare i vissuti e le realizzazioni di chi muore;

– accettare le confessioni, i rimorsi e il rammarico per il fallimento o le cose incomplete;

– fare tesoro delle piccole cose e dei piccoli gesti;

– portare alla luce le risorse umane e spirituali degli interlocutori;

– mantenere le visite brevi e pregare, lì dove le circostanze lo suggerissero.

Una presenza sensibile può aiutare il morente a sperare realisticamente, a ricordare con gratitudine e a vivere positivamente il mistero della vita e della morte.

ARNALDO PANGRAZZI

*Docente di pastorale presso il "Camillianum", Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria e Supervisore di Clinical Pastoral Education, Roma*



## 1. Il consenso informato: tra etica e diritto

La pratica medica non può prescindere dal consenso, almeno implicito, della persona da curare: un intervento chirurgico o una terapia medica che vengano praticati contro la volontà del paziente, oppure oltre il suo consenso, sarebbero una violazione della sua dignità di persona; il malato verrebbe così trattato come oggetto della scienza medica e non come soggetto cui spetta libera autodeterminazione.

Il dovere di richiedere e il diritto di dare il consenso, dopo un'avvenuta informazione sullo scopo e sulla natura dell'intervento, sulle conseguenze e i possibili rischi, restano un'autentica esigenza etica oltre che deontologica.

Questa maggiore attenzione



deriva principalmente da un'evoluzione della medicina (sempre più complessa dal punto di vista tecnico) e del rapporto operatore sanitario-paziente, quest'ultimo sempre più consapevole e partecipe delle scelte riguardanti la sua salute.

Se nella medicina tradizionale il medico agiva "per" e "in vece" del paziente (medicina ipocratica-paternalistica) e decideva ciò che riteneva più utile per il malato, nel-

l'epoca moderna il paziente collabora con il medico, partecipando in prima persona (medicina contrattualistica). Nel contesto attuale, il consenso è diventato un mezzo per promuovere ed assicurare l'autonomia del paziente. Il consenso da un semplice atto medico è diventato sinonimo di interscambiabilità e di collaborazione tra operatore sanitario-utente.

### 1.1 Origine e diffusione del consenso informato

Per effetto di spinte culturali, di pronunciamenti legislativi e giurisprudenziali inglesi e americani, nei quali è sancito il diritto del paziente ad una informazione completa, l'esigenza etica e giuridica del consenso informato in questi ultimi decenni è stata recepita anche in Italia.

Nel nostro Paese questa particolare formula etico-giuridica ha preso piede solo all'inizio degli anni '90, mentre negli Stati Uniti, ritenuti luogo di origine del consenso informato, e in molti altri Paesi era diffusa fin dal secolo scorso<sup>1</sup>.

Le ragioni di questa diffusione<sup>2</sup> negli ultimi anni sono da ricercare in:

- un nuovo atteggiamento della persona nei confronti della propria salute, frutto di un rapido mutamento della sensibilità sociale su questo tema;

- un aumento del numero degli interventi chirurgici complessi che spesso comportano un rischio elevato per il paziente;

- numerosi "trial clinici", sperimentazioni, per i quali è prevista la sottoscrizione di una formula di consenso;

- aumento dei procedimenti giudiziari intrapresi dai malati nei confronti dei sanitari;

- una progressiva afferma-

zione nella cultura giuridica del riconoscimento del principio di autonomia del paziente e della sua capacità di autodeterminarsi;

- un cambiamento nella relazione operatore sanitario-assistito.

Oggi il paziente non si affida più ciecamente al medico ma, conoscendo i propri diritti, intende capire e partecipare attivamente alla scelta terapeutica. Si è passati quindi da una medicina paternalistica a una medicina contrattualistica, rispettosa dei valori personali dell'individuo<sup>3</sup>. Il consenso diviene così un contratto tra operatore sanitario e paziente, dove quest'ultimo non offre più una semplice adesione passiva ad una decisione medica, ma l'espressione della sua piena volontà, resa possibile da una adeguata informazione.

### 1.2 Principi giuridici

Il consenso informato del paziente è una condizione essenziale per l'inizio e lo svolgimento di una prestazione sanitaria. Esso si basa su fondamenti giuridici che da un lato proteggono l'attività medica, dall'altro tutelano i diritti del malato.

A livello internazionale il Codice di Norimberga del 1947, quale conseguenza di esperimenti dei medici nazisti durante la seconda guerra mondiale, ribadisce il diritto della persona di capire la ricerca medica, di decidere liberamente se parteciparvi e ribadisce il dovere del medico di spiegare chiaramente al malato la sua situazione clinica, le possibilità terapeutiche, il rapporto rischi-benefici e le possibili complicanze.

Successivamente la Dichiarazione di Helsinki del 1964, elaborata dall'"Associazione mondiale della medicina" e

successive rielaborazioni, formula delle raccomandazioni guida per i medici nella ricerca biomedica che coinvolge esseri umani per salvaguardare la loro incolumità. In particolare afferma il rispetto dell'integrità personale e il benessere degli individui, che sono i veri responsabili di loro stessi.

Su questa dichiarazione si fondano le regole del "Good Clinical Practice", ovvero le "regole della buona condotta clinica", nelle quali vengono definiti i diritti-doveri del medico e del paziente, per assicurare la maggiore protezione dei soggetti di sperimentazione<sup>4</sup>.

I Principi di Etica Medica Europea del 1987 affermano che "salvo il caso di urgenza, il medico illustrerà al malato gli effetti e le conseguenze prevedibili della terapia. Acquisirà il consenso del paziente soprattutto quando gli atti proposti comportino un rischio serio. Il medico non può sostituire la propria concezione della qualità della vita a quella del suo paziente" (non è detto infatti che il bene per il medico coincida sempre con il bene per il paziente).

Il Comitato Nazionale per la Bioetica pubblica il documento "Informazione e Consenso all'atto medico" nel giugno '92, dove vengono specificate le caratteristiche che rendono valido il consenso: la qualità dell'informazione, la sua comprensione, la libertà decisionale del paziente e la sua capacità di decidere.

Più recentemente la Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina (1996) all'articolo 5 afferma che "un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato".

D'altronde anche nella nostra Costituzione troviamo dei riferimenti esplicativi sull'importanza del consenso all'atto medico. L'art. 13 afferma: "La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o di perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per

atto motivato dell'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge". È un articolo molto generico ma utile nella riflessione sulla libertà dell'individuo (principio di autodeterminazione). L'art. 32, invece, ribadisce la tutela della Salute come bene-diritto fondamentale e inalienabile della persona, escludendo ogni forma di obbligo alle cure, secondo il principio di autonomia di ogni individuo, se non le cure disposte per legge: "Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"<sup>5</sup>.

Ancora, l'art. 33 della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L.833/1978) stabilisce che anche gli accertamenti-trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da iniziative volte ad assicurare il consenso da parte di chi vi è obbligato<sup>6</sup>.

Importanti riferimenti giuridici al consenso informato sono alcuni articoli del Codice Penale. L'art. 50 esplica: "Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, con il consenso della persona che può validamente disporne". Con questa dichiarazione si giustifica l'atto sanitario, anche nel caso possa recare danno alla persona, purché ci sia il "consenso dell'avente diritto" e sia quindi rispettata la libertà personale; tutto ciò nei limiti imposti dall'art. 5 del Codice Civile, il quale vieta "gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume". Nel caso non sia possibile per il medico ottenere il consenso per le gravi condizioni del paziente, l'art. 54 del Codice Penale dichiara: "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé ed altri dal pericolo attuale". Quindi sottolinea che il pericolo non deve essere potenziale ma attuale, grave ed imminente, deve configurarsi "un danno

grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo". Si tratta dello "Stato di necessità": il sanitario effettua un intervento perché obbligato a salvare la vita della persona dato che la gravità della situazione non gli permette di astenersi.

Sempre nel Codice Penale, l'art. 728 punisce la pratica di qualsiasi trattamento che porti a perdita di coscienza del soggetto senza la sua volontà, il suo consenso; l'art. 610 parla del reato privato, quando chiunque costringe altri a fare, tollerare o omettere qualcosa<sup>7</sup>.

In una recente decisione della Cassazione Penale di Firenze (Cass. Pen. n. 5639/1992, sul caso Massimo), i giudici hanno ribadito il diritto del paziente di non subire trattamenti sanitari obbligatori, al di fuori dei casi previsti specificatamente dalla legge e quindi che "nulla il medico può fare senza il consenso del paziente o addirittura contro il volere di lui".

Ciò dimostra che il principio di autodeterminazione del malato ha assunto anche in Italia i connotati condivisi ormai a livello internazionale e che i giuristi avevano da tempo riconosciuto.

### *1.3 Principi etici*

Il consenso non ha principalmente un valore giuridico (medicina difensiva) ma etico; non bisogna quindi limitarsi a vedere il consenso come una forma di protezione giuridica, bensì come un valido strumento per la tutela dell'autonomia decisionale e della libertà del malato.

Nei primi anni '60 nella società statunitense si cominciava a percepire una crescente rivendicazione dei valori personali di libertà e autonomia e, di fronte al potere decisivo dello Stato, i cittadini rivendicavano il proprio spazio.

Il *principlismo* nordamericano ha avuto il vantaggio di cercare un'intesa tra le diverse correnti etiche: nel nord America degli anni '80, il filosofo Beauchamp e il deontologo

Childress<sup>8</sup> hanno individuato i principi guida di fronte ad un problema sanitario di tipo tecnico-operativo, decisionale di rilevanza etica:

– **principio di beneficenza:** base del rapporto tra operatore sanitario e malato, implica fare il bene alle persone bisognose o quantomeno per il maggior numero di esse (tendenza all' utilitarismo);

– **principio di non maleficenza:** esprime la necessità di promuovere il bene ed evitare il male di ogni persona;

– **principio di autonomia:** afferma il rispetto dell'autodeterminazione che si articola con l'autenticità (coerenza delle azioni del malato con le sue attitudini, i suoi valori) e con l'indipendenza delle scelte (il soggetto è a conoscenza del problema, ha capacità di ragionare ed agire);

– **principio di giustizia:** sottolinea che tutte le persone appartengono alla comunità e hanno uguale accesso alle strutture; di conseguenza occorre trattare le persone equamente ed offrire ad ognuno ciò che è dovuto.

Si tratta di principi *prima facie*: hanno tutti la stessa forza etico-decisionale ma, a seconda delle condizioni, uno di questi può emergere e dominare su tutti gli altri; sono quindi variabili, applicabili in base alla situazione concreta che si presenta tra operatore sanitario e problema clinico-decisionale.

Questi principi sono stati criticati dal personalismo per la loro fluttuazione e la mancanza di una fondazione antropologica. I principi dell'agire etico-personalista<sup>9</sup> invece affermano il:

– **principio della sacralità della vita e della sua indisponibilità:** il diritto alla vita è naturale ed inviolabile. La vita fisica è un bene primario seppure non supremo, ed è indisponibile;

– **principio di totalità o terapeutico:** la persona va inquadrata nella sua globalità, nelle componenti fisiche, psichiche e relazionali; esiste una relazione fra "parte" e "tutto", la parte è subordinata al tutto;

– **principio del duplice effetto:** secondo questo princi-

pio un'azione può portare un effetto positivo e uno negativo; l'effetto positivo non può comunque essere subordinato a quello negativo;

– **principio della solidarietà:** l'uomo è un essere sociale e il bene del singolo è in rapporto a quello della collettività;

– **principio della sussidiarietà:** si deve permettere a tutti di partecipare attivamente allo sviluppo individuale e collettivo;

– **principio dell'eccezione:** interviene quando c'è un conflitto di valori e prevede l'impossibilità di rispettare la norma (l'obiezione di coscienza, il principio del male minore e la cooperazione al male).

Sotto il profilo etico il tema del consenso si pone tra il principio di libertà-responsabilità, di autonomia e di beneficenza. L'operatore sanitario deve essere cosciente di questo per non agire in modo eticamente illecito.

Si può quindi affermare che sia l'aspetto etico che quello giuridico del consenso informato si propongono lo stesso obiettivo: la tutela della persona umana con i suoi diritti e i suoi valori.

#### 1.4 Caratteristiche e modalità di Consenso

Il consenso rappresenta, come già accennato in precedenza, un diritto-dovere dai caratteri etici e giuridici verso qualsiasi atto sanitario.

I presupposti per la validità del consenso, secondo il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, su "Informazione e Consenso all'atto medico" del 1992, sono:

– **la qualità dell'informazione:** l'informazione deve essere chiara, veritiera, essenziale ed esaustiva; va data in un ambiente tranquillo, garante della privacy e richiede tempo, per permettere al malato di capire, oltre che capacità di ascolto;

– **la comprensione dell'informazione:** l'informazione deve essere adattata al grado di cultura del paziente, il linguaggio deve essere semplice, comprensibile, non tec-

nico; la comprensione del destinatario va valutata attraverso la verifica;

– **la libertà decisionale del paziente:** il paziente non deve essere condizionato da persone o situazioni (nemmeno l'informazione offerta dal medico deve essere direttiva), il consenso deve derivare da una riflessione autonoma e consapevole del paziente;

– **la capacità decisionale del paziente:** il paziente deve essere maggiorenne e nel pieno delle facoltà mentali, deve



essere autonomo e consapevole per poter comprendere il procedimento diagnostico-terapeutico, valutare i rischi e decidere la sua cura.

Il consenso per rispondere alla sua valenza etica deve perciò essere:

– **informato:** l'informazione, che permette alla persona di essere consapevole e attiva, deve consentire al paziente di avere le conoscenze della sua situazione clinica e delle possibilità terapeutiche, sufficienti e necessarie per modificare autonomamente il proprio comportamento;

– **esplicito:** reale, specifico e documentato, espressamente fornito dal malato, specie per le prestazioni che possono

comportare gravi rischi per la persona;

– **libero**: non condizionato dall'esterno (persone o situazioni), ma deve derivare da una riflessione interiore autonoma e consapevole;

– **autentico**: deve pervenire da chi è titolare del diritto, è una scelta personale in nome del principio di autodeterminazione;

– **immune da vizi**: la persona deve poter essere in grado di intendere e di volere, per comprendere il procedimento diagnostico-terapeutico, per poter valutare i rischi-benefici e decidere sulla base di queste capacità.

Oltre ad essere nel pieno delle facoltà mentali, il soggetto deve essere maggiorenne: il minore non è considerato capace di azioni responsabili e, secondo l'art. 2 del Codice Civile, solo "con la maggiore età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stata stabilita un'età diversa"; ma il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante in funzione della sua età e del suo grado di maturità: si dà ormai diffusamente per scontato che, fra i 14 e i 18 anni, il minore debba partecipare alle decisioni mediche che lo riguardano<sup>10</sup>.

Se il paziente è in condizioni di incapacità momentanea (es. non cosciente per anestesia) e non vi è una condizione di emergenza, "il rispetto del principio del consenso esplicito comporta la necessità di attendere che l'interessato sia di nuovo in grado di esprimere la propria volontà"<sup>11</sup>. Per quanto riguarda la forma del consenso<sup>12</sup>, non esiste nessun obbligo giuridico di forma scritta, fatta eccezione per il donatore-ricevente di sangue, la sperimentazione non terapeutica e il test per l'HIV (Decreto 15 gennaio 1991).

Il consenso in forma scritta, obbligatorio solo nei casi sopra citati, negli interventi di maggiore importanza e pericolosità, risponde ad una legittima cautela del medico, nel predisporre una documentazione che possa facilitare il suo operato nel caso di even-

tuali contestazioni giudiziarie.

Quanto detto varrebbe anche per l'informazione data dal medico: la documentazione scritta del solo consenso, e non dell'informazione effettivamente fornita, può far supporre legittimamente che il consenso sia stato ottenuto senza le dovute spiegazioni. Pur in mancanza di un espresso obbligo legale, quindi, è corretto consegnare un modulo, con le informazioni fornite dal medico al paziente e sottoscritte da entrambi, e allegarlo alla cartella clinica del paziente<sup>13</sup>.

In qualsiasi forma sia, scritta o orale, il consenso deve comunque essere esplicito e informato: dopo aver chiarito i propri dubbi, il malato deve esprimere chiaramente la sua volontà.

### *1.5 L'informazione necessaria per acquisire il consenso informato*

Il consenso è sempre conseguente all'informazione: la mancata o difettosa informazione, infatti, comporta la nullità, la non validità del consenso, con tutte le conseguenze di carattere penale a carico del sanitario.

Un'informazione adeguata permette di orientare l'autodeterminazione del malato e di coinvolgerlo a pieno, rafforzando l'alleanza terapeutica medico-paziente.

L'obbligo di informare<sup>14</sup> è a carico del medico curante, che formula cioè la proposta terapeutica e che dà esecuzione alla stessa. In strutture complesse, se il soggetto è ricoverato, l'obbligo è a carico di chi dirige il reparto, secondo la gerarchia delineata dalla legge ospedaliera n. 128 del 1969. Il primario può comunque delegare tale compito all'aiuto o ad un assistente.

Sebbene l'informazione sia un atto medico per eccellenza, anche all'infermiere, in nome della tutela dei diritti del malato (in questo caso diritto alla consapevolezza informata), è fatto obbligo di informare. Nel codice deontologico dell'infermiere, all'art. 4.2, "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona... al fine

di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte" e all'art. 4.5 "l'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza... Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato"<sup>15</sup>.

L'informazione deve essere effettiva, essenziale, esaustiva<sup>16</sup> e nel caso di un intervento chirurgico deve riguardare:

- la diagnosi
- la prognosi
- le modalità di intervento
- le modalità dell'anestesia
- le possibili complicanze
- il decorso post-operatorio
- le alternative di cura.



Ogni ulteriore informazione richiesta dal paziente dovrà essere fornita.

L'informazione non è sempre sufficiente: essa da sola nella pratica clinica non permette al medico di instaurare alcun rapporto umano e di fiducia col malato. È la comunicazione, letteralmente "essere in contatto con", che coinvolge i soggetti della relazione, nei loro atteggiamenti anche non consapevoli, e che permette un'apertura psicolo-



gica del paziente, facilitando l'instaurazione di un rapporto ottimale, caratterizzato da trasparenza, rispetto e fiducia reciproca<sup>17</sup>. Il rapporto quindi va sempre personalizzato e deve basarsi su criteri di umanità.

L'informazione deve essere veritiera e proporzionata alla capacità di comprensione, determinata dalla cultura e dalla condizione psicologica del paziente, il linguaggio utilizzato deve essere semplice, comprensibile, non tecnico e adatto al destinatario.

Fondamentale è considerare la condizione emotiva del malato: spesso è fragile, turbato dalla diagnosi, dalla paura o dalla mancanza di conoscenze, quindi meno predisposto alla comprensione. Va valutata attentamente l'età del paziente: diverso è l'approccio relazionale a seconda che si tratti di un anziano, di una donna o di un adolescente.

Eccezioni i casi di emergenza, l'informazione va sempre data, specialmente prima di un intervento chirurgico, dal momento che è considerato al pari di una lesione personale<sup>18</sup>.

Per concludere, il rispetto del principio di veridicità è la condizione essenziale per creare un rapporto fiduciario con la persona, "non dire la verità vuol dire non riconoscere al paziente la capacità di autodeterminazione, impedirgli di decidere, a detrimento dello stesso rapporto con l'operatore sanitario che dovrebbe essere improntato alla fiducia e al rispetto della volontà personale"<sup>19</sup>.

## **2. Consenso informato nelle dinamiche relazionali medico-infermiere**

### *2.1 Evoluzione del rapporto operatore sanitario - paziente*

Fino a qualche decennio fa, per il prevalere del paternalismo benevolo del medico, il consenso informato era dato per scontato.

Infatti, fin dall'età ippocratica, prevaleva il modello dell'etica medica: il medico si proponeva di realizzare il bene del paziente (bene identifi-

cato nella risoluzione della malattia) ed era il principale artefice, colui che decideva al posto del malato; questi rimaneva l'"oggetto di cura", un semplice osservatore, che obbediva dal momento che per la sua condizione non era in grado di autodeterminarsi<sup>20</sup>.

In quel periodo tutti gli altri operatori, inclusi gli infermieri, erano meri esecutori delle decisioni mediche.

Il paternalismo benevolo però è entrato in crisi circa venti anni fa, quando ci si è chiesti se il vero fine della medicina fosse procurare il bene del paziente o anche il rispetto della persona, nelle sue scelte e nei suoi valori. Con questa crisi si è dichiarata la fine della disuguaglianza nel rapporto medico-paziente: l'autorità del sanitario viene ora democraticamente condivisa con il malato, il quale non rimane più a guardare, ma partecipa attivamente alla decisione della propria cura.

L'intervento sanitario viene così deciso attraverso un processo di contrattazione, ove il consenso si pone come cardine di tutto questo.

L'infermiere mantiene ancora il ruolo di coadiutore del medico, ma acquista una maggiore importanza nella "medicina del dialogo", poiché facilita la comunicazione, a beneficio di un paziente più autonomo e informato.

Medico ed infermiere devono contribuire all'indipendenza del malato, fornendogli le conoscenze necessarie affinché le sue scelte corrispondano ai suoi reali interessi, ma allo stesso tempo non possono diventare degli esecutori passivi della sua volontà<sup>21</sup>. L'autonomia del paziente, infatti, non è assoluta e non deresponsabilizza i sanitari dal processo di cura: il malato ha il dovere di non avanzare pretese improprie, sulle convinzioni del medico e sul suo diritto alla libertà e responsabilità. I sanitari, oltre a trattare la malattia (*to cure*), devono assicurare le attività quotidiane che mantengono in vita il paziente e che contribuiscono nel favorire la sua partecipazione al processo assistenziale (*to care*)<sup>22</sup>.

### *2.2 L'integrazione medico-infermieristica*

Medici ed infermieri sono due professionisti della relazione<sup>23</sup> e informare il malato è un atto, oltre che umano ed etico, altamente professionale.

Queste due figure dovrebbero lavorare insieme, unire le loro capacità per offrire una migliore informazione e assistenza; ma nella realtà clinica quotidiana è ancora scarsa tale collaborazione.

La difficoltà può derivare dall'autorità del medico (intesa come un potere legittimato dalla legge o dalla morale, che implica il diritto di dare direttive, di consigliare ed esigere il rispetto) e dall'eccessivo tecnicismo nelle prestazioni, dovuto in parte alla mancanza di tempo.

L'infermiere, pur collaborando con il medico, dovrebbe conservare la propria autonomia personale e professionale, che gli permetta di capire cosa è più giusto e opportuno per il paziente, confrontandosi con le opinioni dei colleghi, senza limitarsi quindi all'accettazione passiva e alla mera esecuzione di prestazioni.

Per quanto riguarda il consenso, l'infermiere non dovrebbe limitarsi (come succede frequentemente) ad essere il responsabile della consegna e ritiro del modulo: egli è un mediatore, dovrebbe sollecitare da un lato il paziente, ricordandogli per esempio che se presenta dubbi è il momento adatto per esporli, dall'altro il medico, eventualmente ponendo alcune domande riguardo l'intervento, per raggiungere una chiara ed esplicita informazione. Per arrivare a ciò ci dovrebbero essere, sia da parte del medico che dell'infermiere, la volontà di collaborare, l'accettazione dei ruoli, il rispetto reciproco, un buon dialogo e un'attenzione ai valori della persona.

### **Conclusioni**

Negli ultimi anni il malato, da semplice destinatario di scelte operate da altre persone, è diventato il protagonista del processo decisionale che

riguarda la sua salute. Superata l'epoca del paternalismo benevolo del medico, il quale era il principale artefice della situazione, l'operatore sanitario ha instaurato un nuovo rapporto, basato sulla condivisione, con l'utente, che ha ora la possibilità di scegliere, consentire o rifiutare un trattamento. La necessità del paziente di essere informato è quindi maggiore.

Spesso nei reparti di degenza si riscontrano difficoltà di comunicazione, tra il personale stesso e con i pazienti, e la presenza di un conflitto di interessi che vede da un lato il rispetto per l'autonomia e la libertà del malato, dall'altro il dovere degli operatori sanitari di assicurarne il benessere.

In un contesto come questo, il consenso informato si trova al centro di importanti discussioni, poiché, necessitando di una contrattazione tra operatore sanitario e paziente, è diventato una prova del sodalizio che si è affermato tra queste due figure.

Senza un'adeguata informazione, chiara, esaustiva e parametrata al grado di cultura del soggetto, non si può acquisire validamente il consenso. Per questo medici ed infermieri devono offrire tutte le informazioni necessarie, affinché il paziente possa essere consapevole e quindi autonomo.

Una migliore comunicazione, tra gli stessi operatori sanitari, renderebbe più efficace lo scambio di informazioni necessario per l'assistenza al malato; le riunioni di reparto, un dialogo più aperto e since-

ro, il riconoscimento dei ruoli e il rispetto reciproco tra medici ed infermieri, favorirebbero un'alleanza tra queste due figure, finalizzata ad assicurare il bene del paziente.

Gli operatori sanitari, inoltre, dovrebbero avere una formazione continua, un costante aggiornamento, e dovrebbero imparare a fare ricerca: l'esperienza quotidiana, i tentativi e gli errori fatti, permettono di capire ciò che non va ed attuare eventuali modifiche nella pratica assistenziale.

Una maggiore informazione, una stretta collaborazione tra il personale di reparto e un atteggiamento più critico nei confronti del proprio operato, sono degli elementi essenziali per migliorare, non solo la pratica del consenso informato, ma tutte le prestazioni assistenziali.

È importante mettersi in discussione, perché solo così è possibile accettare il cambiamento; modificare le attività assistenziali può provocare disagio all'interno di un'equipe, specie se si tratta di attività acquisite e consolidate nel tempo, ma la volontà di migliorare deve superare questa difficoltà, ricordando che l'obiettivo primo dell'assistenza è il benessere del paziente.

Professor FRANCO PILOTTO  
Docente di Bioetica  
alla Facoltà di Bioetica  
Università Regina Apostolorum  
Roma,

Professor PIERLUIGI BADON  
Docente di Infermieristica Clinica  
in area Materno Infantile  
alla Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università di Padova e di Udine

## Note

<sup>1</sup> SGRECCIA E., SPAGNOLO A., DI PIETRO M.L., *Bioetica, Manuale per i diplomati universitari della Sanità*, Vita e Pensiero, Milano, 1999.

<sup>2</sup> SPINSANTI S., *Bioetica in Sanità*, La Nuova Italia Scientifica, 1993.

<sup>3</sup> SPINSANTI S., *Dall'educazione sanitaria al consenso informato*, Mediamix, 1995.

<sup>4</sup> SGRECCIA E., SPAGNOLO A., DI PIETRO M.L., *op. cit.*; *Nursing Oggi*, n.1, 2000: "Il consenso informato nei trattamenti sperimentali; ruolo dell'infermiere".

<sup>5</sup> SGRECCIA E., SPAGNOLO A., DI PIETRO M.L., *op. cit.*

<sup>6</sup> BENCI L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, McGraw-Hill, Milano, 1996.

<sup>7</sup> Vedi nota 5.

<sup>8</sup> TOM L. BEAUCHAMP, JAMES F. CHILDRRESS, *Principi di etica biomedica*, Casa Editrice Le Lettere, Firenze, 1999.

<sup>9</sup> SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica. II Aspetti medico-sociali*. Vita e Pensiero, Milano, 1996.

<sup>10</sup> *Recenti sviluppi in materia di bioetica, in margine al progetto di Convenzione sulla bioetica del Consiglio d'Europa*, Giappichelli Editore, Torino.

<sup>11</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e Consenso all'atto medico*, 20 giugno 1992.

<sup>12</sup> FUCCI S., *Informazione e consenso nel rapporto medico-paziente*, Masson, Milano, 1996.

<sup>13</sup> Vedi nota 12.

<sup>14</sup> JANDOLO C., *L'etica al letto del malato*, Armando Editore, Roma, 1990.

<sup>15</sup> CALAMANDREI C., D'ADDIO L., *Commentario al nuovo Codice Deontologico dell'infermiere*, McGraw-Hill, 1999.

<sup>16</sup> SPINSANTI S., *Bioetica in Sanità*, La Nuova Italia Scientifica, 1993.

<sup>17</sup> SANTOSUOSSO A., *Il Consenso Informato*, Raffaello Cortina Editore, 1997.

<sup>18</sup> CARNELUTTI F., *Obblighi, poteri e diritti del malato e del chirurgo*, 1938, dalla rivista Alfonso Marra. Il Consenso Informato.

<sup>19</sup> SGRECCIA E., SPAGNOLO A., DI PIETRO M.L., *op. cit.*

<sup>20</sup> SPINSANTI S., *Bioetica nella professione infermieristica*, edizione EdISES, Napoli, 1995.

<sup>21</sup> JANDOLO C., *op. cit.*

<sup>22</sup> COLLIÈRE M.F., *Aiutare a vivere, dal sapere delle donne all'assistenza infermieristica*, ed. Sorbona, 1992.

<sup>23</sup> NOVARINI A., *Comunicare con il malato: una componente essenziale del "saper essere" nella formazione del medico*, in «La Formazione del Medico», 1996, volume 10, n.2.



## 1. La responsabilità della nuova evangelizzazione

L'anno 2000 è stato l'anno del Grande Giubileo. La Chiesa ha ricordato i duemila anni dell'Incarnazione di Cristo, il grande evento che ha diviso la storia e che la Chiesa stessa continua ad attualizzare nel tempo. Il Giubileo è stato occasione di ringraziamento, di lode, di conversione. Nel corso di esso abbiamo fatto esperienza della misericordia di Dio.

Anche noi, medici cattolici, abbiamo sperimentato la grazia del Giubileo, sia a livello individuale, nel segreto del nostro cuore, sia a livello diocesano e nazionale nei momenti proposti dalle nostre Associazioni. L'abbiamo sperimentata come dono ancora più grande nella cattolicità della Chiesa, quando l'11 febbraio 2000 abbiamo partecipato a Roma al Giubileo dei Malati e degli Operatori Sanitari e quando, in occasione del nostro XX Congresso Mondiale tenutosi a Roma dal 3 al 7 luglio, abbiamo vissuto con il Papa il Giubileo dei Medici.

Ora che il Giubileo è terminato e siamo ritornati nella quotidianità della nostra vita professionale e del nostro impegno pastorale, ci chiediamo: cosa resta del Grande Giubileo? È stato esso solo un momento celebrativo? Oppure la grazia e la misericordia riversatesi su di noi con abbondanza hanno dato nuova forza e nuovo slancio alla nostra vita di cristiani?

Gli stessi nostri interrogativi sono stati oggetto di profonde riflessioni del Santo Padre Giovanni Paolo II, che, a conclusione del Grande Giubileo, ha ritenuto opportuno proporle a tutta la Cristianità nella Lettera Apostolica *Novo millennio ineunte* (NMI), pubblicata il 6 gennaio del 2001<sup>1</sup>.

Nella Lettera, il Papa ci invita ad andare avanti, a guardare

al terzo millennio della Chiesa, a prendere il largo con la barca di Pietro per portare a tutti gli uomini l'annuncio della grazia e della gioia cristiana. *Duc in altum!* è l'esortazione con cui il Papa, riproponendoci le parole del Signore Gesù, ci invita a portare il lieto annuncio del Vangelo a tutti gli uomini: il nuovo millennio, come frutto del Grande Giubileo, deve essere il millennio della nuova evangelizzazione.

In questo articolo vorrei declinare la Lettera Apostolica NMI nello specifico della nostra vita professionale e della vita delle nostre Associazioni di Medici Cattolici, nella convinzione che, seguendo la strada indicataci dal Papa, potremo essere fattore di cambiamento dei singoli, della cultura medica e dell'intera società.

L'esortazione alla evangelizzazione percorre infatti tutta la NMI, fin dal suo *incipit*, quando il Papa scrive:

“All'inizio del nuovo millennio, mentre si chiude il Grande Giubileo in cui abbiamo celebrato i duemila anni della nascita di Gesù e un nuovo tratto di cammino si apre per la Chiesa, riecheggiano nel nostro cuore le parole con cui un giorno Gesù, dopo aver parlato alle folle dalla barca di Simone, invitò l'Apostolo a «prendere il largo» per la pesca: «Duc in altum» (Lc 5, 4).

Pietro e i primi compagni si fidarono della parola di Cristo, e gettarono le reti. «E avendolo fatto, presero una quantità enorme di pesci» (Lc 5, 6)” (NMI, 1).

Più avanti il Papa afferma che, all'inizio del nuovo millennio, “l'impegno dell'evangelizzazione, è sicuramente una priorità per la Chiesa... È ormai tramontata, anche nei Paesi di antica evangelizzazione, la situazione di una «società cristiana», che, pur tra le tante debolezze che sempre segnano l'umano, si rifaceva

esplicitamente ai valori evangelici. Oggi si deve affrontare con coraggio una situazione che si fa sempre più varia e impegnativa, nel contesto della globalizzazione e del nuovo e mutevole intreccio di popoli e culture che la caratterizza. Ho tante volte ripetuto in questi anni l'appello della nuova evangelizzazione. Lo ribadisco ora, soprattutto per indicare che occorre riaccendere in noi lo slancio delle origini, lasciandoci pervadere dall'ardore della predicazione apostolica seguita alla Pentecoste. Dobbiamo rivivere in noi il sentimento infuocato di Paolo, il quale esclamava: «Guai a me se non predicassi il Vangelo!» (1Cor 9, 16)” (NMI, 40).

“Questa passione non mancherà di suscitare nella Chiesa una nuova missionarietà, che non potrà essere demandata ad una porzione di «specialisti», ma dovrà coinvolgere la responsabilità di tutti i membri del Popolo di Dio. Chi ha incontrato veramente Cristo, non può tenerselo per sé, deve annunciarlo. Occorre un nuovo slancio apostolico che sia vissuto quale impegno quotidiano delle comunità e dei gruppi cristiani” (NMI, 40).

Evangelizzare vuol dire diffondere la luce di Cristo a coloro che non la conoscono o non la vedono.

“Noi – scrive il Papa – abbiamo il compito stupendo ed esigente di esserne il «riflesso». È il *mysterium lunae* così caro alla contemplazione dei Padri, i quali indicavano con tale immagine la dipendenza della Chiesa da Cristo, Sole di cui essa riflette la luce. Era un modo per esprimere quanto Cristo stesso dice, presentandosi come «luce del mondo» (Gv 8, 12) e chiedendo insieme ai suoi discepoli di essere «la luce del mondo» (Mt 5, 14)” (NMI, 54).

Oggi tuttavia, l'Evangelizzazione viene considerata con so-

spetto dalle società moderne ed è fuori moda anche nella Chiesa stessa. In nome del dialogo interreligioso e per rispetto dei germi di verità contenuti nelle altre religioni, molti rinunciano a proporre Cristo, luce del mondo, pervenendo di fatto ad una sorta di indifferentismo religioso. L'assioma alla base di questo atteggiamento 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. È sorprendente, per esempio, che nelle società europee, dove 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. Di nuovo, non è un problema di imposizione, ma bensì di essere convinti della bellezza della vita Cristiana che viene proposta, per noi in campo medico, per altri in altre realtà temporali<sup>2</sup>.

È questo anche il pensiero del Papa che invita i Cristiani a sviluppare il dialogo senza rinunciare a testimoniare pienamente la speranza che è in noi: "Il dialogo non può essere fondato sull'indifferentismo religioso, e noi cristiani abbiamo il dovere di svilupparlo offrendo la testimonianza piena della speranza che è in noi (cfr *IPt* 3, 15). Non dobbiamo aver paura che possa costituire offesa all'altrui identità ciò che è invece annuncio gioioso di un dono che è per tutti, e che va a tutti proposto con il più grande rispetto della libertà di ciascuno: il dono della rivelazione del Dio-Amore che «ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito» (*Gv* 3, 16). Tutto questo, come è stato anche recentemente sottolineato dalla Dichiarazione Dominus Iesus, non può essere oggetto di una sorta di trattativa dialogica, quasi fosse per noi una semplice opinione: è invece per noi grazia che ci riempie di gioia, è notizia che abbiamo il dovere di annunciare" (NMI, 56).

Se ai cristiani è chiesto di andare al dialogo intimamente disposti all'ascolto, tuttavia, afferma il Papa, la Chiesa "non

si può sottrarre l'attività missionaria verso i popoli, e resta compito prioritario della missione ad gentes l'annuncio che è nel Cristo, «Via, Verità e Vita» (*Gv* 14, 6), che gli uomini trovano la salvezza. Il dialogo interreligioso «non può semplicemente sostituire l'annuncio, ma resta orientato verso l'annuncio»" (NMI, 56).

## 2. Il contenuto dell'annuncio cristiano

Abbiamo visto fin qui l'urgenza della evangelizzazione, responsabilità e impegno delle comunità e dei gruppi cristiani. Possiamo ora chiederci in che cosa consista la lieta novella da annunciare o, in altre parole, quale sia il contenuto dell'annuncio cristiano.

Quello che noi annunciamo non è certamente una cosa, non è un programma, non è una filosofia od una visione etica, seppur nobilissima. Ancora meno, si tratta di una ideologia o di un potere, sia pure quello della Chiesa. Noi, evangelizzando il mondo, annunciamo una persona, Gesù Cristo stesso. Annunciamo la novità assoluta di un Dio che si è fatto uomo, ha preso carne umana e, per l'uomo, ha patito, è morto ed è risorto. Questo è l'avvenimento che ha sconvolto la storia e che infiamma il nostro cuore e dà senso al nostro operare. Questo è anche ciò che il mondo attende. Il mondo tuttavia, più che sentir parlare di Cristo, si attende da noi che gli mostriamo il Cristo; vuole, guardando noi, poter vedere Gesù.

««Vogliamo vedere Gesù» (*Gv* 12, 21). Questa richiesta, fatta all'apostolo Filippo da alcuni Greci che si erano recati a Gerusalemme per il pellegrinaggio pasquale, è riecheggiata spiritualmente anche alle nostre orecchie in questo Anno giubilare. Come quei pellegrini di duemila anni fa, gli uomini del nostro tempo, magari non sempre consapevolmente, chiedono ai credenti di oggi non solo di «parlare» di Cristo, ma in certo senso di farlo loro «vedere». E non è forse compito della Chiesa riflettere la luce di Cristo in ogni epoca

della storia, farne risplendere il volto anche davanti alle generazioni del nuovo millennio?

La nostra testimonianza sarebbe, tuttavia, insopportabilmente povera, se noi per primi non fossimo contemplatori del suo volto" (NMI, 16).

La contemplazione del Volto di Cristo è proposta dal Papa alla devozione di tutti i cristiani come fondamento della nuova evangelizzazione. Si tratta, è ovvio, di contemplare il Volto di Cristo per poter rifletterne la luce. Vi è però un Volto di Cristo che interroga particolarmente noi medici. Abituati nella nostra professione a stare vicini all'uomo che soffre, siamo particolarmente affascinati dalla sofferenza del Dio fatto Uomo, dal volto sofferente dell'Uomo del Getsemani e della Via Crucis, dal volto ricoperto di ecchimosi, di ferite e di sangue nel corso della passione e consegnatoci dal lino della sindone.

Contemplando, come medici, questo volto sofferente, noi troviamo forza ed ispirazione per contemplare il volto di ogni uomo sofferente, per guardarlo con occhi nuovi, come volto salvato dal Volto sanguinante di Cristo, come volto prezioso, perché riscattato a caro prezzo, come volto dotato di dignità divina anche quando sfigurato e quasi irriconoscibile, perché volto assunto dal Dio che si è fatto Uomo.

Contemplando il Volto della passione, eserciteremo la nostra professione con cuore nuovo ed occhi nuovi e faremo vedere al mondo Cristo, la sua radicale novità.

Questi concetti, apparentemente antichi, sono radicalmente nuovi per la medicina di oggi. La medicina, infatti, fa oggi fatica a riconoscere ad ogni essere umano la sua dignità e può quindi essere disponibile a manipolare l'essere umano allo stadio di embrione; può partecipare alla soppressione di esseri umani allo stadio fetale per mezzo dell'aborto; con l'eutanasia, può prendere parte all'eliminazione di esseri umani ai quali non è riconosciuta una sufficiente qualità della vita, perché malati terminali, o perché in essi la luce della mente umana si è

spenta nella condizione di stato vegetativo persistente o perché gravemente ritardati o affetti da demenza.

Inoltre, quando perdiamo di vista il concetto che tutti gli uomini, in tutte le fasi della loro vita, possiedono la stessa dignità come persone, la medicina può essere tentata di rivolgersi selettivamente a coloro che hanno i mezzi per essere curati, oppure può contribuire a dirigere i finanziamenti pubblici verso i problemi che concernono le élites, dimenticando problemi riguardanti realtà sociali più vaste, seppur di minore interesse scientifico-tecnologico. O può approvare una distribuzione delle risorse su scala planetaria che sembra accettare passivamente il fatto che esistono gruppi di persone condannate alla malnutrizione, alle epidemie, alla mortalità infantile. Per questa medicina, l'annuncio cristiano, il cristianesimo sono concetti di una novità assoluta, fondamento di una pratica della medicina totalmente diversa rispetto a quella dominante.

### 3. Le condizioni per annunciare la buona novella

Il Volto di Cristo è dunque il contenuto della nostra evangelizzazione, ma, ci chiediamo, in che modo dobbiamo annunciarlo? Che cosa dobbiamo fare per portare a tutti la lieta novella? Il Papa ci invita innanzi tutto a non cadere in un equivoco.

“No, non una formula ci salverà, ma una Persona, e la certezza che essa ci infonde: Io sono con voi!”

Non si tratta, allora, di inventare un «nuovo programma». Il programma c'è già: è quello di sempre, raccolto dal Vangelo e dalla viva Tradizione. Esso si incentra, in ultima analisi, in Cristo stesso, da conoscere, amare, imitare, per vivere in lui la vita trinitaria, e trasformare con lui la storia fino al suo compimento nella Gerusalemme celeste. È un programma che non cambia col variare dei tempi e delle culture, anche se del tempo e della cultura tiene conto per un

dialogo vero e una comunicazione efficace”. (NMI, 29).

Questo programma di sempre è il nostro programma anche per il terzo millennio. È per questo che il Papa si limita ad indicarci i requisiti, le condizioni per un lavoro pastorale efficace, capace di annunciare la buona novella.

Non è questa la sede per esaminare in dettaglio le condizioni proposteci dal Papa. Ritengo tuttavia doveroso almeno accennarle.



“In primo luogo – scrive il Papa – non esito a dire che la prospettiva in cui deve porsi tutto il cammino pastorale è quella della santità...” (NMI, 30).

“In realtà, porre la programmazione pastorale nel segno della santità è una scelta gravida di conseguenze...” (NMI, 31).

“...sarebbe un controsenso accontentarsi di una vita mediocre, vissuta all'insegna di un'etica minimalistica e di una religiosità superficiale” (NMI, 31).

“Tutta la vita della comunità ecclesiale e delle famiglie cristiane deve portare in questa direzione. È però anche evidente che i percorsi della santità sono personali, ed esigono una vera e propria pedagogia della santità, che sia capace di adattarsi ai ritmi delle singole persone. Essa dovrà integrare

le ricchezze della proposta rivolta a tutti con le forme tradizionali di aiuto personale e di gruppo e con forme più recenti offerte nelle associazioni e nei movimenti riconosciuti dalla Chiesa” (NMI, 31).

Mi chiedo se, nell'ambito delle nostre Associazioni dei Medici Cattolici, tale *pedagogia della santità*, proprio per le specifiche esigenze dei medici, non dovrebbe essere più attenta a proporre modelli di uomini e donne che hanno santificato la propria vita esercitando la professione medica.

Il calendario non manca di figure di santi medici. Credo che la nostra professione sia la più rappresentata tra le schiere dei santi, dopo ovviamente i vescovi, i sacerdoti e le suore. Mi viene anzi il dubbio che la nostra, forse, avrebbe potuto essere la categoria più numerosa, se, epidemiologicamente parlando, non vi fosse a monte un bias di selezione: tutto il processo di selezione è infatti in mano al clero e noi veniamo chiamati solo a valutare l'attendibilità dei miracoli.

In una sua recente raccolta, il Dr. Richard Watson del New Jersey ci propone almeno trentatré santi medici, dichiarandosi convinto a priori che la lista non è completa. Alcuni di essi sono noti a tutti, come il nostro santo patrono, l'evangelista Luca, o come i santi fratelli Cosma e Damiano, chiamati *anargiri* perché non si facevano pagare per le loro cure (è forse per questo che per noi è diventato più difficile diventare santi?).

Ci sono poi santi medici sconosciuti ai più, come san Pantaleone, san Diomede, sant'Emiliano, oppure santi molto famosi in medicina come Nicolò Stenone o Antonio Maria Zaccaria.

Infine ci sono santi medici modernissimi, come il Prof. Giuseppe Moscati e la Dr.ssa Gianna Beretta Molla. Entrambi laici, il primo, santificato quasi a furor di popolo, insegnò ed esercitò la professione a Napoli, mentre la seconda, pediatra a Milano e membro della locale Associazione dei Medici Cattolici, dopo una feconda testimonianza nella professione e nella famiglia, sacrificò la sua

vita per amore alla vita, rinunciando a curarsi per poter dare alla luce la sua ultima figlia.

Altri medici non sono ancora beatificati, ma sarebbe quasi un dovere morale delle nostre Associazioni proporre la causa di beatificazione. Penso per esempio al Prof. Nagai, un convertito giapponese che insegnò nella Università di Nagasaki, il quale morì dopo aver fatto opera di evangelizzazione durante lunghi anni di sofferenze, conseguenza della bomba atomica che era caduta nel cuore del quartiere abitato dalla fiorente comunità cattolica di Nagasaki, distruggendolo. Anche la moglie di Nagai, che l'aveva convertito al Cristianesimo, era morta nell'esplosione (anche allora gli americani parlavano di "bombe intelligenti"!).

Penso a Jérôme Lejeune, che fece della sua vita, della sua ricerca scientifica una testimonianza appassionata, coerente ed intelligente della bellezza e della umanità del Magistero della Chiesa e che con fede e speranza offrì la sofferenza che accompagnò le fasi finali della sua vita come sacrificio a Dio per ottenere da Lui la protezione della vita umana nel momento in cui essa era aggredita, in tutto il mondo, dagli stessi medici. Ringrazio il Signore di aver avuto il privilegio di incontrare Lejeune più volte e di discutere con lui della possibilità di una ricerca scientifica in favore dell'uomo, soprattutto a riguardo dei bambini con disabilità mentale.

Altri santi in attesa di riconoscimento infine, pur non essendo medici, meriterebbero la laurea *honoris causa* in medicina, come il Dr. Marcello Candia, un imprenditore che, come un novello San Francesco, si spogliò di tutte le sue ricchezze per costruire centri di assistenza per i lebbrosi e vivere in mezzo ad essi in Brasile. Ebbi un giorno la fortuna di mangiare con lui nella sua Milano, dove periodicamente tornava a stendere la mano, lui che era stato ricco, chiedendo l'elemosina per i suoi lebbrosi brasiliani.

Abbiamo quindi, per fortuna, solo l'imbarazzo della scelta, nel proporre ai nostri medici modelli da seguire, sia storici

che attuali. Ma, per poter educarsi ed educare alla santità, scrive ancora il Papa, c'è bisogno di un cristianesimo che si distingua innanzitutto nell'"*arte della preghiera*" (NMI, 32).

È un dato di fatto che, nel mondo di oggi, nonostante il processo di secolarizzazione, è presente una diffusa esigenza di spiritualità. Essa si esprime proprio in un rinnovato bisogno di preghiera (NMI, 33).

Non è forse nostra responsabilità, come singoli e come Associazioni, se spesso questo bisogno si sente inappagato nella Chiesa e cerca soddisfazione nella fuga in altre religioni e nelle sette? Non è forse responsabilità anche di noi medici cattolici se l'uomo di oggi cerca in queste sette, in queste nuove e talora antiche forme di



spiritualità una risposta anche al suo bisogno di guarigione fisica e spirituale?

Giustamente il Papa ci invita a riappropriarci della grande tradizione mistica della Chiesa, sia di Oriente che di Occidente. Egli invita a far sì che le nostre comunità cristiane diventino "*autentiche «scuole» di preghiera, dove l'incontro con Cristo non si esprima soltanto in implorazione di aiuto, ma anche in rendimento di grazie, lode, adorazione, contemplazione, ascolto, ardore di affetti, fino ad un vero «invaghimento» del cuore. Una preghiera intensa, dunque, che tuttavia*

*non distoglie dall'impegno nella storia: aprendo il cuore all'amore di Dio, lo apre anche all'amore dei fratelli, e rende capaci di costruire la storia secondo il disegno di Dio*" (NMI, 33).

È questa una richiesta ed un progetto che vale anche per le nostre Associazioni di Medici Cattolici: *essere autentiche scuole di preghiera.*

Il Papa ci invita poi a porre il massimo impegno nella liturgia eucaristica domenicale; a riscoprire il sacramento della riconciliazione, per gustare la misericordia di Dio e fronteggiare la crisi del senso del peccato che affligge la società contemporanea; a porre rinnovato ascolto alla Parola di Dio, per rivitalizzare l'opera della evangelizzazione.

Santità, preghiera, ascolto della Parola, liturgia eucaristica domenicale, sacramento della riconciliazione: è questo l'itinerario che il Papa ci indica per por mano al nostro lavoro di evangelizzazione. Seguendo questo itinerario, l'opera della evangelizzazione non sarà forse più facile, ma certo potremo affrontarla senza alcuna ansia, liberi soprattutto dall'ansia del fare e del programmare.

"C"è una tentazione che da sempre insidia ogni cammino spirituale e la stessa azione pastorale: quella di pensare che i risultati dipendano dalla nostra capacità di fare e di programmare. Certo, Iddio ci chiede una reale collaborazione alla sua grazia, e dunque ci invita ad investire, nel nostro servizio alla causa del Regno, tutte le nostre risorse di intelligenza e di operatività. Ma guai a dimenticare che «senza Cristo non possiamo far nulla» (cfr Gv 15, 5).

La preghiera ci fa vivere appunto in questa verità. Essa ci ricorda costantemente il primato di Cristo e, in rapporto a lui, il primato della vita interiore e della santità. Quando questo principio non è rispettato, c'è da meravigliarsi se i progetti pastorali vanno incontro al fallimento e lasciano nell'animo un avvilente senso di frustrazione? Facciamo allora l'esperienza dei discepoli nell'episodio evangelico della pesca miracolosa: «Abbiamo fa-

ticato tutta la notte e non abbiamo preso nulla» (*Lc 5, 5*)” (NMI, 38).

#### 4. Le caratteristiche che rendono credibile l'opera della evangelizzazione

Abbiamo ripercorso insieme al Papa le condizioni per proporre agli altri l'incontro con Cristo. Il Santo Padre ci indica anche le caratteristiche che rendono credibile l'opera della evangelizzazione. Esse possono essere riassunte in un'unica caratteristica fondamentale, quella dell'Amore.

«Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli, se avrete amore gli uni per gli altri» (*Gv 13, 35*). Se abbiamo veramente contemplato il Volto di Cristo, carissimi Fratelli e Sorelle, la nostra programmazione pastorale non potrà non ispirarsi al «comandamento nuovo» che egli ci ha dato: «Come io vi ho amato, così amatevi anche voi gli uni gli altri» (*Gv 13, 34*)” (NMI, 42).

La caratteristica fondamentale dell'Amore si declina a sua volta in tre segni della credibilità dell'annuncio: la comunione ecclesiale, la corresponsabilità ecclesiale, la carità.

#### 5. La comunione

La comunione, innanzitutto. Il Papa ci invita a “fare della Chiesa la casa e la scuola della comunione: ecco la grande sfida che ci sta davanti nel millennio che inizia, se vogliamo essere fedeli al disegno di Dio e rispondere anche alle attese profonde del mondo” (NMI, 43).

Ciò vale ovviamente anche per le nostre Associazioni, dalle quali nessuno deve sentirsi escluso, case di comunione e scuole di santità nelle quali la santità è proposta come un cammino e non richiesta come una pretesa, per le quali il rapporto con le altre associazioni e movimenti ecclesiali non è di concorrenza, ma di collaborazione, per le quali la comunione con il Vescovo e con la Santa Sede è un bisogno dello spirito, prima ancora che un dovere.

#### 6. La corresponsabilità ecclesiale

“È necessario perciò che la Chiesa del terzo millennio stimoli tutti i battezzati e cresimati a prendere coscienza della propria attiva responsabilità nella vita ecclesiale” (NMI, 46).

Riflettere sulla nostra responsabilità pastorale non vuol dire ovviamente pensare innanzitutto alla nostra partecipazione ai consigli pastorali degli ospedali o alle commissioni di pastorale sanitaria delle diocesi. Vuol dire soprattutto che all'interno degli ospedali, il Medico Cattolico può contribuire notevolmente alla pastorale della Chiesa, nelle situazioni dove uomini e donne si trovano a confrontarsi con le domande più drammatiche della loro vita, quelle alla base dell'esperienza religiosa: Chi sono? Perché nasciamo? Cosa significa la sofferenza? Perché devo morire e cosa c'è dopo la morte? In alcune circostanze, egli può essere più importante del sacerdote, per lo meno quando il sacerdote non è disponibile o non viene accettato.

Non solo, anche nelle parrocchie e nelle scuole il Medico Cattolico può ricoprire un ruolo importante, nei corsi di preparazione al matrimonio, o nell'educazione sessuale per i giovani. Il Medico Cattolico è un attore della Pastorale della Chiesa, condivide il ministero apostolico. Cristo ha mandato gli Apostoli a proclamare il Regno di Dio e a guarire (*Lc 9, 2*).

Ma il Papa aggiunge:

“In particolare, sarà da scoprire sempre meglio la vocazione che è propria dei laici, chiamati come tali a «cercare il regno di Dio trattando le cose temporali e ordinandole secondo Dio» ed anche a svolgere «i compiti propri nella Chiesa e nel mondo [...] con la loro azione per l'evangelizzazione e la santificazione degli uomini».

In questa stessa linea, grande importanza per la comunione riveste il dovere di promuovere le varie realtà aggregative, che sia nelle forme più tradizionali, sia in quelle più nuove dei movimenti ecclesiali, continuano a dare alla Chiesa una vivacità che è dono di Dio e costituisce

un'autentica «primavera dello Spirito». Occorre certo che associazioni e movimenti, tanto nella Chiesa universale quanto nelle Chiese particolari, operino nella piena sintonia ecclesiale e in obbedienza alle direttive autorevoli dei Pastori. Ma torna anche per tutti, esigente e perentorio, il monito dell'Apostolo: «Non spegnete lo Spirito, non disprezzate le profezie; esaminate ogni cosa, tenete ciò che è buono» (*1Ts 5, 19-21*)” (NMI, 46).

Come non vedere in questo appello del Papa un invito pressante a sviluppare e potenziare il lavoro delle nostre Associazioni di Medici Cattolici, affinché, al di là della testimonianza personale, sia immediatamente visibile, nel nostro agire, il volto della Chiesa, cioè il Volto stesso di Cristo nel tempo di oggi?

#### 7. La carità

“Dalla comunione intra-ecclesiale, la carità si apre per sua natura al servizio universale, proiettandoci nell'impegno di un amore operoso e concreto verso ogni essere umano. È un ambito, questo, che qualifica in modo ugualmente decisivo la vita cristiana, lo stile ecclesiale e la programmazione pastorale. Il secolo e il millennio che si avviano dovranno ancora vedere, ed anzi è auspicabile che lo vedano con forza maggiore, a quale grado di dedizione sappia arrivare la carità verso i più poveri. Se siamo ripartiti davvero dalla contemplazione di Cristo, dovremo saperlo scorgere soprattutto nel volto di coloro con i quali egli stesso ha voluto identificarsi: «Ho avuto fame e mi avete dato da mangiare, ho avuto sete e mi avete dato da bere; ero forestiero e mi avete ospitato, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, carcerato e siete venuti a trovarmi» (*Mt 25, 35-36*). Questa pagina non è un semplice invito alla carità: è una pagina di cristologia, che proietta un fascio di luce sul mistero di Cristo. Su questa pagina, non meno che sul versante dell'ortodossia, la Chiesa misura la sua fedeltà di Sposa di Cristo” (NMI, 49).

## 8. Lo stile del buon samaritano

Il nostro lavoro, ben fatto, fatto riconoscendo nel volto del paziente il Volto sofferente di Cristo e la Sua dignità, è già opera di carità, è partecipazione originale e specialissima al ministero della salvezza. Esso, come dice il Papa: “testimonia lo stile dell’amore di Dio, la sua provvidenza, la sua misericordia, e in qualche modo si seminano ancora nella storia quei semi del Regno di Dio che Gesù stesso pose nella sua vita terrena venendo incontro a quanti ricorrevano a lui per tutte le necessità spirituali e materiali” (NMI, 49).

Cosa è il Vangelo infatti se non un annuncio di salvezza, un annuncio di salute e di guarigione? Gesù passò annunciando il Regno di Dio e risanando gli infermi. La salvezza rende possibile anche la salute fisica (“Va’, la tua fede ti ha salvato”, dice Cristo al cieco). All’inverso sono le guarigioni a dare la prima testimonianza della potenza del Salvatore, a rendere credibile la sua predicazione. L’opera della carità, tanto più l’opera di noi medici, se fatta riconoscendo il Volto di Cristo nei pazienti e con lo stile del buon samaritano, può dare particolare credibilità all’annuncio del Vangelo.

La Pastorale della Chiesa nel mondo della Salute necessita di laici per compiere il mandato di Cristo: annunciare il Vangelo e sanare i malati. Sanare i malati non è secondario, ma è quasi una parte integrante dell’evangelizzazione, è ciò che la rende credibile. Gesù stesso ha definito il suo annuncio come “sanare gli ammalati”.

L’amore misericordioso e taumaturgico di Cristo si manifesta specialmente quando accettiamo di offrire le nostre abilità a coloro che non possono darci niente in cambio. Abbiamo la responsabilità di mostrare il Volto di Cristo a coloro che sono poveri o che non hanno accesso a livelli standard di qualità in medicina a causa del loro stato economico o delle loro condizioni sociali e psicologiche.

## 9. La fantasia della carità: nuove opere per nuovi bisogni

Ma non basta il nostro essere, singolarmente, dei buoni samaritani. Il Papa ci propone un orizzonte molto più vasto, all’interno del quale vi è un grande spazio per forme associate di testimonianza, quali sono o possono essere le nostre Associazioni di Medici Cattolici.

“In effetti sono tanti, nel nostro tempo, i bisogni che interpellano la sensibilità cristiana. Il nostro mondo comincia il nuovo millennio carico delle contraddizioni di una crescita economica, culturale, tecnologica, che offre a pochi fortunati grandi possibilità, lasciando milioni e milioni di persone non solo ai margini del progresso, ma alle prese con condizioni di vita ben al di sotto del minimo dovuto alla dignità umana. È possibile che, nel nostro tempo, ci sia ancora chi muore di fame? Chi resta condannato all’analfabetismo? Chi manca delle cure mediche più elementari? Chi non ha una casa in cui ripararsi?”

Lo scenario della povertà può allargarsi indefinitamente, se aggiungiamo alle vecchie le nuove povertà, che investono spesso anche gli ambienti e le categorie non prive di risorse economiche, ma esposte alla disperazione del non senso, all’insidia della droga, all’abbandono nell’età avanzata o nella malattia, all’emarginazione o alla discriminazione sociale... Si tratta di continuare una tradizione di carità che ha avuto già nei due passati millenni tantissime espressioni, ma che oggi forse richiede ancora maggiore inventiva” (NMI, 50).

Nel corso dei secoli la Chiesa ha sviluppato diaconati, ostelli per i pellegrini, infermerie monastiche, ordini religiosi dedicati all’assistenza dei malati. È per questa ragione che la Chiesa ha inventato il concetto di Ospedale e ha largamente contribuito a sviluppare quelle caratteristiche che noi oggi conosciamo. Anche quando gli stati moderni, dopo la Rivoluzione Francese, hanno incominciato ad interessarsi della salute, al fine di mantenere alto l’ideale di assistenza sanitaria,

la Chiesa ha favorito la fondazione di istituzioni sanitarie cattoliche in tutto il mondo. Dai grandi e prestigiosi ospedali e facoltà di medicina delle Università Cattoliche ai dispensari nei paesi di missione. Tuttora, la Chiesa è il principale fornitore non governativo di servizi sanitari del mondo.

Questo sforzo enorme non è indirizzato soltanto a rimediare al fatto che i governi non hanno mostrato alcun interesse per certe forme di povertà e marginalizzazione; lo sforzo era ed è testimone del fatto che l’attenzione diretta alla persona umana non è vera a meno che non coinvolga l’uomo intero, anche quando è fragile, debole, e a meno che non siano coinvolti tutti gli uomini, anche quando sono stati abbandonati, e il loro peso sociale e la loro importanza nella società della produttività e dei beni non sono più significativi.

È per questa ragione che possiamo dire con orgoglio che lo sforzo della Chiesa nel mondo della salute ha contribuito notevolmente allo sviluppo della civiltà umana, favorendo in tutto il mondo la crescita di una cultura della misericordia e della compassione, dei diritti e del rispetto dell’uomo in tutte le situazioni della vita e in tutte le fasi dell’esistenza<sup>3</sup>.

Oggi tuttavia “è l’ora di una nuova «fantasia della carità», che si dispieghi non tanto e non solo nell’efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione.

Dobbiamo per questo fare in modo che i poveri si sentano, in ogni comunità cristiana, come «a casa loro». Non sarebbe, questo stile, la più grande ed efficace presentazione della buona novella del Regno?

Senza questa forma di evangelizzazione, compiuta attraverso la carità e la testimonianza della povertà cristiana, l’annuncio del Vangelo, che pur è la prima carità, rischia di essere incompreso o di affogare in quel mare di parole a cui l’odierna società della comunicazione quotidianamente ci espone. La carità delle opere assicu-



ra una forza inequivocabile alla carità delle parole” (NMI, 50).

La presenza della Chiesa nel mondo sanitario era ed è dettata dalla consapevolezza che è precisamente quando l'uomo esprime il bisogno di essere sano che è portato a porsi le fondamentali domande della vita, il significato del nascere, del soffrire, del morire. La Chiesa è consapevole che una risposta corretta a queste domande può anche condizionare la risposta ad altre domande sulle quali si fonda la coscienza religiosa dell'uomo. Chi sono? Dove vado? Che significato ha la mia vita? Il bisogno di recuperare la salute può portare a chiedere la salvezza (*salus*).



È per queste ragioni che, anche negli ospedali non cattolici, la Chiesa favorisce sempre la presenza di cappellani, di suore degli ordini infermieristici, di dottori e di infermiere con una formazione e una fede cattoliche, di volontari ispirati dal modello del Buon Samaritano.

Se queste sono le ragioni per una presenza, come non sentire, quando il Papa parla della malnutrizione, della mancanza di cure mediche di base, della disperazione, della droga, dell'abbandono dei vecchi e dei malati, della emarginazione sociale, un appello a noi medici, la riproposta della spiritualità del Buon Samaritano, l'invito ai singoli medici e, ancor più, alle nostre Associazioni di Medici Cattolici ad inventare nuove forme di servizio ai poveri, a scoprire nuove forme di assistenza sanitaria per le nuove povertà presenti anche nelle città della ricchezza, ad essere presenti nello scenario della

cooperazione sanitaria internazionale con i Paesi in via di sviluppo?

“Tante sono le urgenze, alle quali l'animo cristiano non può restare insensibile” (NMI, 51).

E cita “il dissesto ecologico, i problemi della pace, il vilipendio dei diritti umani fondamentali, specialmente dei bambini”.

## 10. La scienza bio-medica

Un ambito importante della carità è poi quello della scienza bio-medica. Si tratta della carità più importante, la carità intellettuale, affinché la scienza medica non smarrisca i suoi fini di aiuto all'uomo e non diventi invece strumento di distruzione e selezione della vita umana.

Poi aggiunge:

“Un impegno speciale deve riguardare alcuni aspetti della radicalità evangelica che sono spesso meno compresi, fino a rendere impopolare l'intervento della Chiesa, ma che non possono per questo essere meno presenti nell'agenda ecclesiale della carità. Mi riferisco al dovere di impegnarsi per il rispetto della vita di ciascun essere umano dal concepimento fino al suo naturale tramonto. Allo stesso modo, il servizio all'uomo ci impone di gridare, opportunamente e importunamente, che quanti s'avvalgano delle nuove potenzialità della scienza, specie sul terreno delle biotecnologie, non possono mai disattendere le esigenze fondamentali dell'etica, appellandosi magari ad una discutibile solidarietà, che finisce per discriminare tra vita evita, in spregio della dignità propria di ogni essere umano.

Per l'efficacia della testimonianza cristiana, specie in questi ambiti delicati e controversi, è importante fare un grande sforzo per spiegare adeguatamente i motivi della posizione della Chiesa, sottolineando soprattutto che non si tratta di imporre ai non credenti una prospettiva di fede, ma di interpretare e difendere i valori radicati nella natura stessa dell'essere umano” (NMI, 51).

“Tutto questo ovviamente dovrà essere realizzato con uno

stile specificamente cristiano: saranno soprattutto i laici a rendersi presenti in questi compiti in adempimento della vocazione loro propria, senza mai cedere alla tentazione di ridurre le comunità cristiane ad agenzie sociali” (NMI, 52).

## 11. L'inculturazione dell'annuncio cristiano

Nell'opera di evangelizzazione il Papa ci invita ad essere attenti alle diverse culture in cui il messaggio cristiano deve essere calato, affinché i valori specifici che le animano non siano rinnegati ma purificati e portati alla loro pienezza. Ciò vale in modo particolare per la cultura medica, per molto tempo alleata della Chiesa nella difesa della dignità dell'uomo.

“Il cristianesimo del terzo millennio dovrà rispondere sempre meglio a questa esigenza di inculturazione. Restando pienamente se stesso, nella totale fedeltà all'annuncio evangelico e alla tradizione ecclesiale, esso porterà anche il volto delle tante culture e dei tanti popoli in cui è accolto e radicato” (NMI, 40).

“La carità si farà allora necessariamente servizio alla cultura...” (NMI, 51).

Fino a qualche decennio fa, infatti, la morale dei medici e la morale cattolica erano raramente in contrasto e il medico cattolico non incontrava difficoltà a rendere disponibile per i suoi pazienti tutto ciò che la scienza medica aveva da offrire, senza per questo soffrire di conflitti di coscienza. È vero, ci sono sempre stati medici e levatrici che praticavano aborti, ma lo facevano al di fuori della morale comune riconosciuta dalla professione e di nascosto perché sarebbero stati biasimati. Quando io studiavo medicina, il testo di medicina legale distingueva solo quattro tipi di aborto: spontaneo, terapeutico (solo per salvare la vita della madre), eugenetico e criminale. Per gli ultimi due tipi il biasimo professionale era estremamente chiaro.

La situazione è cambiata profondamente negli ultimi decenni. La disponibilità di metodi di contraccezione farmaco-

logica, il movimento femminista, l'introduzione dell'aborto in un elevato numero di legislazioni, le crescenti possibilità offerte dalla genetica di scoprire le malattie prima della nascita, lo sviluppo di tecniche di fertilizzazione *in vitro*, la conseguente produzione di embrioni allo scopo di curare la sterilità, il loro essere disponibili per la ricerca scientifica, la scoperta del potenziale delle cellule embrionali per lo sviluppo di tessuti utili per i trapianti nella cura delle malattie degenerative, l'ipotesi della clonazione totale o parziale già messa in atto nel regno animale, tutto questo ha radicalmente cambiato lo scenario.

La gravidanza e il parto non sono più visti come atti che sono, la maggior parte delle volte, fisiologici; spesso invece sono vissuti come una disgrazia e una malattia che il medico deve farsi carico di curare. Un figlio non è più visto come un dono, ma come un oggetto del desiderio, che viene messo al mondo solo se si vuole, quando si vuole, e che viene accettato solo se il dono è ben confezionato e non rovinato.

La medicina non ha più come suo scopo precipuo la difesa della vita, essa è più preoccupata della qualità della vita.

Le organizzazioni internazionali hanno rinunciato alla lotta affinché i fondamentali diritti alla salute siano assicurati per tutte le popolazioni e gli strati sociali; si preoccupano solamente di ridurre la richiesta di tali diritti, favorendo un calo della natalità in tutto il mondo.

È stato creato il termine ambiguo di "salute riproduttiva", dietro il quale, assieme alla prevenzione e al controllo delle malattie ginecologiche, sono la contraccezione, l'aborto, la sterilizzazione, la denatalità ad essere pubblicizzate, offerte e imposte ai governi e agli operatori sanitari. All'inverso, noi ci preoccupiamo ancora troppo poco della mortalità materna, ancora elevatissima in alcuni paesi del mondo e, in alcuni strati sociali, anche nei paesi sviluppati.

Il medico cattolico, e particolarmente l'ostetrico ginecologo cattolico si trova natural-

mente nel mezzo di queste tensioni e di questi cambiamenti<sup>4</sup>.

Dobbiamo manifestare il coraggio di porci ancora una volta le domande fondamentali sulla vita, la sofferenza, la morte. La visione pagana alle spalle del culto della salute teme la sofferenza, la vecchiaia, la morte e perfino la nascita. Di fronte a questa visione dobbiamo testimoniare la prospettiva Cristiana, considerando la nascita, la malattia, il dolore, la cura, la guarigione e la morte come opportunità di crescita. L'esperienza dei nostri limiti ci aiuta a scoprire l'infinito e la realtà di noi stessi, rompendo il sogno di onnipotenza ed invulnerabilità.

È necessario che ogni medico si senta personalmente impegnato a limitare la medicina dei desideri, a contrastare l'invasione tecnologica della medicina, a limitare l'invasività sociale della medicina. Invece, dovremmo sforzarci di sviluppare un'idea della medicina basata sulla prevenzione, sull'educazione alla salute, sulla correzione degli stili di vita inappropriati; in altre parole, un'idea della medicina fondata sulla responsabilità della persona.

In un tempo di risorse limitate dobbiamo risparmiare risorse grazie a una cultura della responsabilità nella medicina e usarle per creare dei sistemi sanitari validi nei paesi in via di sviluppo.

Questa responsabilità dovrebbe essere sentita specialmente da coloro che coprono ruoli di insegnamento e che hanno una grande responsabilità nell'educazione delle nuove generazioni di medici<sup>2</sup>.

## 12. La responsabilità socio-politica

"La carità si farà allora necessariamente servizio... alla politica, all'economia, alla famiglia, perché dappertutto vengono rispettati i principi fondamentali dai quali dipende il destino dell'essere umano e il futuro della civiltà" (NMI, 51).

"Questo versante etico-sociale si propone come dimensione imprescindibile della testimonianza cristiana: si deve

respingere la tentazione di una spiritualità intimistica e individualistica, che mal si comporrebbe con le esigenze della carità, oltre che con la logica dell'Incarnazione e, in definitiva, con la stessa tensione escatologica del cristianesimo. Se quest'ultima ci rende consapevoli del carattere relativo della storia, ciò non vale a disimpegnarci in alcun modo dal dovere di costruirla. Rimane più che mai attuale, a tal proposito, l'insegnamento del Concilio Vaticano II: «Il messaggio cristiano, lungi dal distogliere gli uomini dal compito di edificare il mondo, lungi dall'incitarli a disinteressarsi del bene dei propri simili, li impegna piuttosto a tutto ciò con un obbligo ancora più stringente»." (NMI, 52).

Siamo chiamati ad umanizzare la medicina e i luoghi dove la pratichiamo, e ad assicurare che il progresso tecnologico non venga usato contro i diritti umani. Siamo chiamati a servire la sanità pubblica, promuovendo politiche sanitarie che rispettino la vita, la dignità e la natura della persona umana.

### 12.1. Ordini professionali

La professione medica si eleva al di sopra della legge e vive nella dimensione dell'etica, anche se non può allontanarsi dalla deontologia e dalle leggi che riguardano la pratica medica. Le leggi mediche senza un'etica appropriata sarebbero mera arbitrarietà, magari basata su interessi innominabili. All'inverso se l'etica non venisse tradotta in deontologia e leggi, essa sarebbe confinata ai principi generali, senza nessuna applicazione diretta.

Le regole e i regolamenti della legge medica dovrebbero essere abbastanza chiari e brevi da facilitare l'azione del medico. Il principio guida è sempre lo stesso: il medico è chiamato ad aiutare e a guarire, mai a nuocere e mai ad uccidere.

È per queste ragioni che il medico dovrà cooperare con l'applicazione delle leggi giuste, eccetto che per il dovere dell'obiezione di coscienza quando la legge civile non rispetta i diritti umani, specialmente il diritto alla vita. Per le

stesse ragioni, il medico che rispetta la dignità della sua professione rifiuterà di divenire uno strumento di applicazioni violente od oppressive della medicina.

### 12.2. *Comitati etici*

Il medico dovrebbe essere competente in campo etico, anche senza essere uno specialista. Per la stessa ragione, dei comitati etici sono necessari in ogni centro sanitario e l'etica dovrebbe essere insegnata agli studenti di medicina, in un dialogo aperto con specialisti appartenenti alle diverse discipline pertinenti.

### 12.3. *Politiche sanitarie*

Stretti tra un'idea utilitaristica della salute, che riconosce solo alcuni diritti considerati socialmente utili, e le ideologie

tanasia. Dobbiamo sentirci impegnati a promuovere condizioni sociali dove la vita possa essere accettata e a combattere contro quelle situazioni dove la dignità della vita è umiliata. Infatti, il rispetto e la promozione della vita e di altri diritti umani è la base di ogni aggregazione sociale, degna di essere considerata umana. Lavorare a favore della vita e dei diritti dell'uomo è probabilmente il contributo più importante allo sviluppo della civiltà umana.

Abbiamo scelto di essere Medici per guarire, per alleviare il dolore, per avere compassione, per confortare, per accompagnare. Non possiamo essere testimoni passivi di una lenta e all'apparenza inevitabile trasformazione della medicina in una professione asservita alle tendenze culturali di oggi o

umana, in particolare se debole e impotente, è ciò che segna la differenza tra lo stato e una lobby, corporazione o associazione criminale qualsiasi<sup>4</sup>.

### **Duc in altum! Gettiamo ancora le reti!**

«Il Cristo contemplato e amato ci invita ancora una volta a metterci in cammino: «Andate dunque e ammaestrate tutte le nazioni, battezzandole nel nome del Padre e del Figlio e dello Spirito Santo» (Mt 28, 19). Il mandato missionario ci introduce nel terzo millennio invitandoci allo stesso entusiasmo che fu proprio dei cristiani della prima ora» (NMI, 58).

«Non è a un grigio quotidiano che noi torniamo, dopo l'entusiasmo giubilare... Gesù risorto, che si accompagna a noi sulle nostre strade, lasciandosi riconoscere, come dai discepoli di Emmaus «nello spezzare il pane» (Lc 24, 35), ci trovi vigili e pronti per riconoscere il suo volto e correre dai nostri fratelli a portare il grande annuncio: «Abbiamo visto il Signore!» (Gv 20, 25)» (NMI, 59).

Prof. GIAN LUIGI GIGLI  
Presidente della FIAMC



della salute, che propongono le pratiche della salute come una forma di culto di una sorta di nuova religione per la quale la morte sembra quasi evitabile e la salute e la forma fisica sono moderne divinità, non possiamo semplicemente ritirarci sulla linea di un ideale mercantile della medicina, dove il profitto (personale e istituzionale) è il metro di ciò che è giusto.

Di nuovo, dobbiamo porre il soggetto al centro della nostra attenzione e promuovere una rete di relazioni umane basate sulla solidarietà.

Infine, abbiamo un enorme compito socio-politico nel promuovere la legislazione in favore della vita. E dei diritti umani.

Non si tratta solo di resistere alle tentazioni dell'aborto, dello spreco di embrioni e dell'eu-

ai compromessi della politica. Dovremmo piuttosto trovare il coraggio di opporci fermamente a tutto ciò, convinti come siamo che né i Governi, né i Parlamenti hanno alcun diritto di promulgare leggi che vanno contro i diritti umani fondamentali e contro i codici deontologici dei medici.

I diritti umani sono basati sulla singola radice della dignità della persona e la legittimità degli stati e dei governi si fonda su di essi. Ciò vale in modo particolare per il diritto alla vita.

Questo diritto fondamentale è garantito dal dovere morale; è il suo rispetto che dà senso e legittimità alla umana coesistenza, alle leggi, e alle istituzioni civili.

La protezione del diritto di ogni individuo della specie

### **Bibliografia**

<sup>1</sup> *Novo millennio ineunte*, Lettera Apostolica del Santo Padre GIOVANNI PAOLO II a conclusione del Giubileo del 2000, testo disponibile sul sito [www.vatican.va](http://www.vatican.va)

<sup>2</sup> GIGLI G.L. *Sustaining Catholic Identity: The Catholic Doctor*, intervento tenuto in occasione della IX Giornata Mondiale del Malato, Sydney 10 February 2001, testo disponibile sul sito [www.cha.org.au](http://www.cha.org.au)

<sup>3</sup> GIGLI G.L. *The Catholic Doctors' Challenges for the New Millennium*, intervento tenuto in occasione del Giubileo dei Malati, Roma 9 Febbraio 2000, testo disponibile sul sito [www.fiamc.org](http://www.fiamc.org)

<sup>4</sup> GIGLI G.L.: *The Importance of the Practice of Obstetrics and Gynecology to the Health Ministry of the Catholic Church*, intervento tenuto in occasione del Convegno Internazionale degli Ostetrici Ginecologi Cattolici, Roma 18 Giugno 2001, testo disponibile sul sito [www.fiamc.org](http://www.fiamc.org)

# San Josemaría Escrivá: il valore della preghiera e della sofferenza degli ammalati

44

Nella Cattedrale dell'Almudena, a Madrid, ci sono diverse cappelle laterali dedicate a santi o a beati nati in quella città, o che in essa svolsero la loro opera apostolica. Benché San Josemaría Escrivá fosse nato a Barbastro (Huesca) nel 1902, fu a Madrid che il Signore gli fece vedere l'Opus Dei, un cammino di santificazione e di apostolato in mezzo al mondo e al lavoro professionale; in quella città egli esercitò per molti anni la sua missione sacerdotale. C'è, a ricordo di questo, un cappella presieduta da una sua bella immagine. Due bassorilievi ricordano il legame di San Josemaría con la capitale della Spagna; in quello di sinistra, lo si vede pregare nella Cuesta de la Vega, di fronte ad un'immagine della Vergine dell'Almudena, e nell'altro appare mentre consola un malato. Ogni bassorilievo ha una propria lapide di spiegazione. Nella prima si legge: "In molte occasioni, il Beato Josemaría veniva a pregare, inginocchiato sul marciapiede, di fronte all'immagine di nostra signora dell'Almudena situata nel muro che circonda questa cattedrale. Con fede incrollabile e pietà filiale, si rivolgeva alla Madre di Dio e Madre nostra implorandone la protezione per gli abitanti di questa città e del mondo intero".

La seconda – quella che qui ci interessa maggiormente – afferma: "Per svolgere la missione che Dio gli aveva affidato, cercò anche l'aiuto del dolore, lavorando eroicamente, per molti anni, negli ospedali e nelle estreme borgate, fino al punto di poter affermare che l'Opus Dei era nato tra i poveri e gli ammalati di Madrid...".

Effettivamente, San Josemaría ripeté molte volte che l'Opus Dei era nato tra i poveri e i malati abbandonati degli

ospedali madrileni e che, grazie alla preghiera e alla sofferenza che queste persone offrivano a Dio, egli poté proseguire nel compito che Dio gli aveva affidato. Prima lavorò come cappellano del Patronato dei Malati delle Dame Apostoliche del Sacro Cuore<sup>1</sup>, fino al novembre del 1931<sup>2</sup>. Poi cominciò a collaborare con la Congregazione di San Filippo Neri (i cui membri erano conosciuti come "Filippini") visitando i malati dell'Ospedale Generale<sup>3</sup>, e nell'estate del 1932 cominciò il suo lavoro di cappellano presso l'Ospedale Reale<sup>4</sup>.

Suor Engracia Echevarría, allora Superiora delle Figlie della Carità che lavorano in quell'ospedale, ha testimoniato: "A quell'epoca eravamo senza cappellano e in quelle circostanze si presentò a me D. Josemaría Escrivá de Balaguer, allora giovane sacerdote che avrà avuto appena trent'anni; egli mi disse di non affliggermi per il fatto di non avere un cappellano ufficiale, e che a qualunque ora del giorno e della notte, e sotto la mia responsabilità, avrei dovuto chiamarlo a seconda della gravità del malato che chiedeva i Santi Sacramenti"<sup>5</sup>.

Il lavoro negli ospedali madrileni presuppose un contatto più diretto con la sofferenza fisica; l'offerta dei dolori e la preghiera dei malati furono le basi da cui il giovane Josemaría trasse vitalità soprannaturale per portare avanti la sua missione di fondazione (non parleremo qui della sofferenza morale, che Josemaría conobbe fin da quando era molto giovane, e che lo accompagnò per tutta la vita; menzioneremo solo il contatto che ebbe con la malattia di altre persone, e lasceremo fuori del nostro studio anche il ruolo che il dolore e la malattia ebbero nella sua vita)<sup>6</sup>.

Nel 1974, rispondeva così a una domanda rivoltagli nel corso di una conversazione a Santiago del Cile: "E questo sacerdote, di 26 anni, con la grazia di Dio, con buono spirito e null'altro, doveva fare l'Opus Dei. Sapete come poté farlo? Grazie agli ospedali, a quell'Ospedale Generale di Madrid pieno di malati, poverissimi, sdraiati nelle corsie, perché non c'erano letti, e a quell'ospedale, del Re si chiamava, dove non c'erano altro che tubercolotici e, allora, la tubercolosi non si curava... Queste furono le armi per vincere! Questo fu il tesoro per pagare! Questa fu la forza per andare avanti!..."<sup>7</sup>.

Spesso commentava che i malati erano il tesoro dell'Opus Dei. Il 19 marzo 1975, a Roma, narrava a un gruppo di persone come era nata l'Opera: "Andai a cercare forza nei rioni più poveri di Madrid... Negli ospedali e nelle case in cui c'erano degli ammalati, se possiamo chiamare case quei tuguri... Era gente abbandonata e malata... Così che andai a cercare i mezzi per fare l'Opera di Dio in tutti quei luoghi. Furono anni intensi, in cui l'Opus Dei cresceva dal di dentro senza che ce ne rendessimo conto. Ho voluto dirvi però che la forza umana dell'Opera sono stati gli ammalati degli ospedali di Madrid: i più miserabili, quelli che vivevano nelle loro case, che avevano perso fino all'ultima speranza umana; i più ignoranti di quei sobborghi estremi... malati incurabili, poveri abbandonati, bambini senza famiglia e senza cultura, case senza fuoco, senza calore e senza amore"<sup>8</sup>.

San Josemaría considerava la malattia come una fonte di virtù, come qualcosa che, benché provochi spesso molta sofferenza, non solo è preziosa ma può perfino diventare

motivo di gioia. Nella malattia, insegna il Catechismo della Chiesa Cattolica, l'uomo sperimenta la sua impotenza, i suoi limiti e la sua finitudine; la malattia però può anche rendere la persona più matura, aiutarla a discernere nella sua vita ciò che è essenziale da ciò che non lo è, e spesso spingerla ad una ricerca di Dio o a un ritorno a Lui<sup>9</sup>. Di tutto questo fece esperienza san Josemaría. Nelle ore passate ogni giorno al capezzale dei malati, affrattellato con i loro dolori, testimone delle loro miserie, consolando con la sua presenza e cancellando le miserie dell'anima con il sacramento della Penitenza, aveva finito per vedere la figura amabile e sofferente di Cristo, caricato del peso e della bruttezza del peccato, Cristo che prende su di sé i nostri dolori e i nostri patimenti. Il sacerdote, altro Cristo, si identificava con gli ammalati nel dolore e nella misericordia. Sentiva ansia di vedere e di alleviare Cristo negli ammalati<sup>10</sup>.



In *Camino*, la sua opera più famosa, ha lasciato scritto:

“Bambino. Malato. Nello scrivere queste parole, non senti la tentazione di usare la maiuscola?”

È perché, per un'anima innamorata, i bambini e i malati sono Lui<sup>11</sup>.

Altre sue parole, benché dure – e che però si collegano a tutta la tradizione cristiana sul tema – completano, a mio parere, ciò che abbiamo appena detto. Sono le stesse che appaiono anche in *Camino*: “Benedetto sia il dolore. – Amato sia il dolore. – Santifi-

cato sia il dolore. – Glorificato sia il dolore!”<sup>12</sup>.

Uno dei suoi biografi ha commentato: “Non conosco nessuna frase che contraddica tanto lo spirito del nostro secolo XX, e soprattutto degli ultimi tre decenni, come questa «beatitudine del dolore». È facile denunciarla come «masochista», scandalosa o semplicemente «anormale»; quella che potremmo chiamare «una natura sana» è stata sempre alleata con il rifiuto e il disprezzo della Croce, che – come scriveva San Paolo – era (e continua ad essere) «scandalo per i giudei, stoltezza per i gentili» (*ICor* 1, 23)<sup>13</sup>. Però, continua l'autore, “l'unico punto di vista possibile, benché risulti incomprensibile, è che la Croce è il cammino dell'Amore di Dio, il cammino della felicità degli uomini liberi; solo questo Amore può integrare e superare la Croce”<sup>14</sup>.

In alcune occasioni, parole come queste sono state accusate di “dolorismo” (come se pretendessero la semplice esaltazione o glorificazione del dolore), probabilmente frutto di un'impostazione formulata a partire da posizioni un tantino teoriche. Occorre per questo ricordare anche altre parole del nuovo santo in cui incoraggia a combattere il dolore e a non rassegnarsi a una sua mera accettazione: “Il dolore fisico, quando si può lasciare, si lascia. Ci sono già abbastanza sofferenze nella vita! E quando non si può lasciare, si offre”<sup>15</sup>. Non siamo, quindi, di fronte a una semplicistica accettazione dei dolori della vita, dolori che si deve cercare di eliminare, bensì si tratta di trovarvi, quando appaiono, il senso pieno nel piano della Redenzione.

In ogni caso, ci troviamo di fronte ad un mistero profondo: il dolore, essendo in sé cattivo, può trasformarsi anche in segnale d'amore di Dio e, pertanto, in fonte di gioia. Siccome il dolore fa parte dell'esistenza umana, deve avere un senso nei piani divini. Giovanni Paolo II avverte che il dolore in sé è assurdo, e che solo quando è accettato e offerto a Cristo, in unione con i

suoi patimenti, diventa vita e resurrezione: “Nel corpo di Cristo, che incessantemente cresce dalla Croce del redentore, proprio la sofferenza, permeata dallo spirito del sacrificio di Cristo, è l'insostituibile mediatrice ed autrice dei beni, indispensabile per la salvezza del mondo. È essa, più di ogni altra cosa, a fare strada alla Grazia che trasforma le anime umane. Essa, più di ogni altra cosa, rende presenti nella storia dell'umanità le forze della redenzione”<sup>16</sup>.

Il Cardinale Ratzinger afferma che “il dolore accettato e sopportato in comunione con Cristo, crocifisso e risorto, trova un senso profondo per la singola persona e per gli altri, anzi può divenire una forza di guarigione”<sup>17</sup>.

Sono passati settant'anni da quelle prime esperienze del nuovo santo con i malati degli ospedali madrileni. Da allora, la medicina ha compiuto progressi enormi e non è facile – almeno nei Paesi industrializzati – trovarsi in situazioni come quelle che egli visse. Ma anche la medicina attuale ha bisogno di questo *plus* di umanità che troviamo negli insegnamenti di Gesù di Nazareth che, “pur essendo di natura divina (...), umiliò se stesso facendosi obbediente fino alla morte, e alla morte di croce” (*Fil* 2, 6-8). In questa linea, molte sono in tutto il mondo le istituzioni cattoliche dedicate al lavoro assistenziale che cercano di ottenere questa auspicata umanizzazione della salute seguendo gli insegnamenti (carità, spirito di servizio, ecc.) di Gesù Cristo<sup>18</sup>.

La dedicazione di San Josemaría ai malati continua, come una eredità, in diversi centri sanitari frutto dell'esercizio professionale di molte persone che approfittano dei mezzi di formazione cristiana impartiti dall'Opus Dei e che intendono viverne lo spirito, o in centri sanitari promossi da fedeli e cooperatori della Prelatura in molti Paesi del mondo: la Clinica Universitaria di Navarra, che fu un'iniziativa direttamente promossa da lui<sup>19</sup>; il Campus Biomedico di Roma; l'Ospedale Monkole di

Kinshasa (Repubblica Democratica del Congo); il Niger Foundation Hospital and Diagnostic Centre, di Enugu (Nigeria); l'Ospedale Universitario Australe di Buenos Aires (Argentina), ecc.

In tutti questi appare la concezione di san Josemaría sul dolore e la malattia: una visione che trascende il piano puramente fisico e che si fonde con l'amore più puro per Cristo, perché in ogni malato è presente Lui. Per questo, essere ammalato significa essere un prescelto da Cristo, e, pertanto, se la forza e la grazia si ottengono da Cristo, non esiste – dopo i sacramenti – cammino migliore per ottenere la santificazione (l'unione piena con Cristo) di quello della sofferenza e dell'avvicinarsi al malato che soffre, consolandolo e aiutandolo nelle sue necessità<sup>20</sup>.

L'attuale Prelato dell'Opus Dei ricorda alcune parole che ascoltò direttamente dalla bocca di san Josemaría, e che sintetizzano, a mio giudizio, ciò che abbiamo voluto ricordare in questo articolo: "Soffrire, nell'Opus Dei, se viviamo lo spirito che il Signore ha voluto per noi, si trasforma in amore, e in amore con gioia. Non dimenticatelo, passerà il tempo, io sarò andato a rendere conto a Dio, e potrete ripetere ai vostri fratelli che mi avete sentito dire che la sofferenza, quando viene, noi la amiamo, la benediciamo e la

trasformiamo in strumento per rendere gloria a Dio, sempre con gioia, il che non vuol dire che non costi" (...) La malattia, quando viene, bisogna amarla, e noi dobbiamo saperla santificare perché è «il lavoro professionale» che il Signore pone in quei momenti nelle nostre mani"<sup>21</sup>.

P. MIGUEL ANGEL MONGE  
Cappellano della Clinica  
Universitaria di Navarra  
Pamplona, Spagna

## Note

<sup>1</sup> Si tratta di una fondazione di Dña Luz Rodríguez-Casanova: Cfr. VÁZQUEZ DE PRADA, A., *El Fundador del Opus Dei*, vol. I, Rialp, 5ª ed., Madrid, 2001, pp. 274 ss.

<sup>2</sup> Nei suoi *Apuntes íntimos* lasciò scritto: "Otro favor del Señor: ayer hu- be de dejar definitivamente el Patronato, de enfermos por tanto: pero mi Jesús no quiere que le deje y me recordó que Él está clavado en una cama del hospital": VÁZQUEZ DE PRADA, o.c., p. 425.

<sup>3</sup> Cfr. VÁZQUEZ DE PRADA, o.c., p. 425.

<sup>4</sup> Cfr. VÁZQUEZ DE PRADA, o.c., p. 432-444. Una malata di questo ospedale fu una delle prime donne che entrarono a far parte dell'Opus Dei, María Ignacia García Escobar. Cfr. J.M. CEJAS, *La paz y la alegría*, Rialp, Madrid, 2001.

<sup>5</sup> VÁZQUEZ DE PRADA, o.c., p. 436-37. In questa opera si narra come le circostanze politiche di quel momento fossero avverse alla presenza della Chiesa nella vita pubblica.

<sup>6</sup> Su questi aspetti rimandiamo al recente lavoro dei Dott. D. MARTÍNEZ CARO e A. CANTERO FARIÑA, *¡Santificado sea el dolor! Aspectos médicos de la*

*biografía del Beato Josemaría Escrivá de Balaguer*, in "Scripta Theologica", vol. XXXIV, fasc. 2, maggio-agosto 2002; lo studio è tratto dalle note e dalle minute del rapporto medico realizzato per il processo di beatificazione di Josemaría Escrivá, dove viene riportato in dettaglio l'insieme dei processi patologici che potrebbero essere considerati le sue "malattie" nel corso della sua vita, con particolare incidenza negli anni 1966-1975. Cfr. anche, ECHEVARRÍA, J., *Memoria del Beato Josemaría*, Rialp, Madrid, 2000, pp.27-43.

<sup>7</sup> HERRANZ, G., *Sin miedo a la vida y sin miedo a la muerte, En memoria de Mons. Josemaría Escrivá de Balaguer*, Eunsa, 3ª ed., Pamplona, 1977, p. 139-40.

<sup>8</sup> HERRANZ, G., o.c., p. 141

<sup>9</sup> Cfr. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 1500-01. Su questo tema, si veda: MONGE, M.A. Y LEÓN, J.L., *El sentido del sufrimiento*, Ed. Palabra, 3ª ed., Madrid, 2002.

<sup>10</sup> Cfr. VÁZQUEZ DE PRADA, o.c., p. 426-27.

<sup>11</sup> Cfr. n° 419.

<sup>12</sup> Cfr. n° 208.

<sup>13</sup> BERGLAR, P., *Opus Dei, Vida y obra del Fundador Josemaría Escrivá de Balaguer*, Rialp, 3ª ed., Madrid 1988, p. 66.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> HERRANZ, G., o.c., p. 153

<sup>16</sup> Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, n. 27.

<sup>17</sup> Cfr. LOZANO BARRAGÁN, J., *Teología y Medicina*, Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, Mexico, 2000, p. 14.

<sup>18</sup> Cfr. Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, *Index*, 1994; dove sono catalogate 21.757 istituzioni sanitarie cattoliche

<sup>19</sup> A tutti è noto che quando Josemaría Escrivá si recava a Pamplona, come Gran Cancelliere dell'Università di Navarra o per un qualsiasi altro motivo, non mancò mai di visitare – portando consolazione – i malati della Prelatura che erano ricoverati nella Clinica Universitaria.

<sup>20</sup> Cfr. J. HONORATO, *La enfermedad y la vida en el pensamiento de Josemaría Escrivá de Balaguer*, en *Día a Día en la Clínica Universitaria*, n° 44, febrero-marzo 2002, p. 4.

<sup>21</sup> ECHEVARRÍA, J., *Memoria del Beato Josemaría*, o.c., p. 39.



# *Testimonianze*



*La vita e l'opera di  
Fra Pierluigi Marchesi*

*Maratona contro l'AIDS*

*Dipartimento di  
Pastorale della Salute  
della Conferenza  
Episcopale Peruviana*

# La vita e l'opera di Fra Pierluigi Marchesi

GIORNATA COMMEMORATIVA IN SUO RICORDO  
MILANO, 26 OTTOBRE 2002

## Introduzione

Non è facile parlare di uomini e religiosi come il P. Marchesi, che fu un vulcano, un appassionato dell'uomo malato che amò e difese con forza, con intelligenza, con grande responsabilità.

Non è facile parlare del P. Marchesi, religioso con visione anticipatrice dei problemi sociali ed ecclesiali. Non è facile parlare di un "personaggio" che ebbe il carisma dell'ospitalità viva e fu perciò creatore, inventore; di un "personaggio" che fu profeta nell'ospitalità, ma riconosciuto solo dopo la morte, perché da vivo il profeta è scomodo, viene accolto solo fuori, non "in patria sua". Il profeta deve morire per essere riconosciuto; così è accaduto con P. Marchesi. Fu così con i profeti dell'Antico Testamento; così nel Nuovo Testamento con la figura di Gesù di Nazareth; così anche con tutta la storia della Chiesa, anche nel presente, e lo sarà nel futuro.

Sono tanto lieto di questa giornata, di questo ricordo del P. Marchesi. Ed ho preparato questa mia relazione con molto affetto, con molto amore; con lo stesso affetto ed ammirazione che ebbi per lui quando era in vita.

Ho diviso questa relazione in tre parti: un breve accenno biografico, i fatti forti del suo generalato e, infine, i valori, la sua dimensione umana e religiosa.

## 1. Note biografiche di Fra Pierluigi Marchesi

Fra Pierluigi Marchesi nacque a Cardano al Campo (VA) il 22 marzo 1929. Ancor giovane, nel 1940, entrò nell'Aspirantato dell'Ordine Fatebenefratelli a Brescia.

Professò i voti semplici di

castità, obbedienza e ospitalità nel 1946 e i Voti Solenni il 30 marzo 1953. Svolse l'ufficio di Segretario Provinciale, di Superiore, di Consigliere Provinciale e di Provinciale della Provincia Lombardo-Veneta, servizio che prestò dal 1968 al 1976. Nel Capitolo Generale del 1976 venne eletto Superiore Generale, rimanendo alla guida dell'Ordine per due sessenni, fino al 1988.

Al momento della morte era Consigliere Provinciale e Responsabile del Centro Studi e Formazione della sua Provincia Religiosa. Anche a livello ecclesiale Fra Pierluigi ha dato il suo sapiente contributo: dal 1986 era Membro del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari; ricopriva anche l'incarico di Presidente dell'Associazione degli Ospedali Cattolici, in questa funzione delegato della Santa Sede quale suo rappresentante in importanti convegni e incontri internazionali.

Durante il suo servizio di Generale ha dato notevole impulso al rinnovamento postconciliare attraverso importanti documenti e incisivi discorsi che hanno segnato profondamente la vita dell'Ordine e del mondo della salute.

## 2. I fatti forti del suo generalato (1976-1988)

Dalle note biografiche si nota la quantità di cariche svolte dal P. Marchesi all'interno dell'Ordine. In termini umani si direbbe che è arrivato ad un alto, rapido e prestigioso livello, ma nella vita religiosa la misura del "posto di lavoro" non si basa su calcoli umani e sociali ma su calcoli di fede; perciò chi sta "più in alto" deve essere più servitore, così insegna Gesù nel Vangelo, e lui stesso lo ha fatto dandoci esempio di servizio.

E se è vero che l'albero si riconosce dai frutti, ecco che possiamo dire che P. Marchesi ha manifestato in tutti gli incarichi che l'obbedienza gli ha affidato un servizio appassionato all'uomo, all'uomo malato; a lui ha dedicato tempo, intelligenza, parole e fatti.

Ed è proprio quando ha esercitato la massima carica nell'Ordine – dodici anni come Superiore Generale – che ha messo a servizio del carisma e missione nell'ospitalità, tutte le sue energie, indirizzate particolarmente al rinnovamento dell'Ordine, alla Pastorale, alla Formazione, all'Umanizzazione, all'Alleanza con i laici, allo sguardo verso il 2000 e anche una forte presa di coscienza e apertura alla Chiesa universale come indicano in modo particolare la nomina da parte del Santo Padre come Uditore del Sinodo sulla Riconciliazione, nel 1983, e il protagonismo assunto da lui stesso nell'istituzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Su questi fatti centrali del suo generalato, e che formano una parte importante della vita e dell'opera di P. Marchesi, vorrei soffermarmi brevemente, per sottolineare i punti forti, sapendo che ognuno di essi avrebbe bisogno di un maggiore sviluppo.

Ecco, perciò, i momenti principali di animazione durante il generalato di P. Marchesi, che seppe avvalersi della forza di slogan come:

- Rinnovarsi per umanizzare;
- Umanizzarsi per umanizzare;
- Il malato è il nostro padrone, la nostra scuola, la nostra università.

E così comincia un cammino duro, lento, difficile, "impopolare", non sempre accolto, lui stesso lo sapeva, non lo nascondeva, lo scrisse così:

"Essere Superiore Generale



di un Ordine religioso significa avere il dovere della profezia, a costo di essere impopolari e di farsi dei nemici” (cf. *Per un ospedale più umano*, Ed. Paoline, “Premessa”).

Ma torniamo a questi momenti principali:



1. *Riunione internazionale per il “rinnovamento nell’ospitalità”* (Roma, 26 ottobre - 2 novembre 1977): vennero nominate due commissioni di studio, la Commissione H, sull’ospitalità, e la Commissione R, per organizzare i corsi di rinnovamento.

2. *Incontro del Definitorio Generale*, Provinciale e Presidenti delle due commissioni, (Granata, 7-15 marzo 1978), dove fu approvato il processo da seguire per il rinnovamento.

3. *Corsi di rinnovamento*: l’Ordine visse intensamente un periodo di rinnovamento che, per quanto riguarda i corsi, si realizzò dal novembre del 1978, mese in cui si celebrò l’Incontro Internazionale per “Animatori” dei Corsi, fino al novembre del 1979, mese in cui iniziò il Capitolo Straordinario. Fu un momento entusiasmante che, indubbiamente, dette buoni risultati. Certamente, non tanti come alcuni speravano in quel momento. Fu un momento forte per tutto l’Ordine. Io stesso lo sperimentai seguendo il corso e poi impartendolo nelle province spagnole, italiane e portoghesi. Un’esperienza indi-

menticabile. Fu un momento dello Spirito che soffiava in tutto l’Ordine.

4. *Incontro dei Formatori*, (Roma, 9-20 aprile 1979): i responsabili della formazione elaborarono un Piano di Formazione per l’Ordine che il Capitolo generale avrebbe approvato. Fu il punto di partenza per il Segretariato Generale di Formazione che, da allora, ha realizzato un lungo cammino, a volte lento e faticoso, che però sta dando frutti consistenti. La pubblicazione del libro *La Formazione del Fatebenefratello* è stato il punto di partenza e di riferimento per l’applicazione dei “principi, obiettivi e criteri” che ogni Provincia o Viceprovincia ha adattato alla sua realtà concreta. Oggi la formazione nel nostro Ordine è garantita dalla comunione nell’unità e nel rispetto delle peculiarità locali.

5. *Commissione Internazionale di Pastorale Sanitaria*. La sua istituzione fu quasi un mandato del Capitolo Generale del 1976, con la finalità di fare una riflessione approfondita sulla Pastorale in tutto l’Ordine. Era uno strumento in più della Curia Generalizia al servizio del Rinnovamento. E ci mettemmo a lavorare, a fare, lo dico con sano orgoglio. Motore fu P. Marchesi ed io, come Presidente della Commissione ed i primi componenti di essa cominciammo il nostro dovere con responsabilità. Il primo incontro fu presieduto da P. Marchesi a Roma; lì fu organizzata la Commissione e il suo lavoro: obiettivi, struttura, metodologia. Riflessione ed animazione furono i punti forti, i compiti della Commissione.

Ecco alcune date, luoghi d’incontro:

*Prima tappa della Commissione* (1978 - 1983)

– **Barcellona** (28 aprile - 2 maggio 1979): una data storica, aperti i nuovi cammini della pastorale sanitaria, la Pastorale sanitaria un tema per la storia. Era il primo incontro internazionale con la presenza del P. Generale. (Cf. Documentazione nella Rivista:

“Información y Noticias”, n. 62/1979).

Dopo, la Commissione inizia ad andare un pò dappertutto:

– **Dublino**, 27-29 agosto 1979 per agenti di lingua inglese.

– **Salisburgo** (Austria), 18-19 ottobre 1979.

– **Parigi**, marzo 1981.

– **Los Molinos** (Madrid), 5-9 aprile 1981.

– **Monguzzo** (Milano), 21-26 marzo 1981.

– **America Latina** (Messico, Ecuador, Colombia, Perù), 26 luglio - 6 settembre 1981.

Questo percorso forte, intenso nella prima parte della vita della Commissione fu un momento di conoscenza della realtà e di grande stimolo per le province.

*Seconda tappa della Commissione o Segretariato Internazionale* (1984-1988).

Nel verbale del primo raduno sono raccolte queste espressioni:

– Questa fase è una fase motivante, perché il segretariato è cosciente del suo ruolo di “agente di cambiamento”. Il lavoro di base già realizzato, con tutto ciò che ha presupposto in sforzi e obiettivi conseguiti, le nuove Costituzioni come sintesi dottrinale, la nuova équipe, il recente corso di novembre per i Coordinatori delle Province, vuole essere l’espressione di un nuovo impulso.

– Affinché si possa progredire in forma reale e pratica, intendiamo lavorare secondo una linea che ci permetta di conseguire quello che desideriamo. Il lavoro per obiettivi che noi ci proponiamo definisce soprattutto i campi importanti del nostro lavoro, realtà come la sensibilizzazione e la formazione degli agenti, l’integrazione e la pratica pastorale.

Frutto di questo impegno sono tra l’altro:

– il primo raduno, **Roma**, aprile 1984;

– la nomina in ogni provincia di un confratello per l’animazione pastorale;

– il corso di pastorale a Roma per i coordinatori provinciali, novembre 1984;

– segue l’animazione illustrandola con programmi, schemi, incontri linguistici:

– **Francoforte**, 30 maggio - 1 giugno 1985;

– **Los Molinos** (Madrid), gennaio 1986;

– **Inghilterra**, marzo 1987.

Nel Capitolo generale del 1988 fu presentata una relazione su questa seconda tappa di attività. Messo sulla bilancia tutto quello che è positivo e negativo, ci accorgiamo che il risultato è ben positivo; è un passo da gigante quello fatto nella pastorale sanitaria in tutto l'Ordine e forte l'influsso anche nelle Chiese locali.

Anche le conclusioni e le priorità puntavano allora a queste idee:

– potenziare il coordinamento;

– adottare uno stile proprio dell'Ordine nella pastorale;

– preparare Agenti;

– integrare e motivare i laici;

– animare la Pastorale Sanitaria nelle Chiese locali.

Come vedete, tutta una sfida. Arrivati ad una meta molto positiva, resta ancora molto da fare; è il contributo, il seme che la pastorale ha messo a disposizione del rinnovamento.

Frutto di questo lavoro pastorale furono le seguenti pubblicazioni da parte della Commissione:

– *Cos'è la pastorale sanitaria?*

– *Pastorale degli infermi nell'ospedale e nella parrocchia;*

– *Dimensione apostolica dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.*

#### 6. *L'Umanizzazione (1981)*

Il tema dell'Umanizzazione fu una passione per P. Marchesi; indirizzata quest'idea per primo ai suoi religiosi, era poi un grande messaggio per quanti operano nelle strutture sanitarie.

“Umanizzarsi per umanizzare: ogni vera umanizzazione presuppone un'alleanza di amore con l'uomo che soffre, un ruolo di servizio che si potenzia riscoprendo nel quotidiano il nostro essere cristiani a tempo pieno”.

Suoi sono anche questi pensieri:

– “Un ospedale umanizzato deve essere spalancato, aperto, trasparente; deve credere nel

lavoro di gruppo, deve attuare la formazione permanente, deve essere una casa familiare”.

– “Per il malato l'ospedale non è il bar, il cinema o lo stadio; è il luogo nel quale si può non essere curati bene, si può essere trascurati, si può morire”.

Con quanta vibrazione, passione e coraggio diceva queste cose! Quanto stimolava alla riflessione e all'alleanza!

#### 7. *L'Alleanza con i laici*

Un altro tema che lo appassionava, ma che sembrava tabù, soprattutto quando dalle parole bisognava passare ai fatti, ad esempio, assegnare posti di maggior responsabilità (dirigenziale, amministrativa, etc.) ai laici; P. Marchesi fu un anticipatore.

Incontri e convegni furono la palestra per cominciare a realizzare pian piano l'Alleanza.

Vorrei sottolineare alcuni pensieri presi dalla sua relazione al Convegno Internazionale dei collaboratori laici celebrato a Roma il 17-19 maggio 1988.

– “Dei nostri quarantamila collaboratori dovremmo fare dei partecipanti ad un grado di responsabilità ben più profondo che quello della spartizione di pesi e di compiti. I corresponsabili devono essere riconosciuti per la loro capacità autonoma di partecipare ad un progetto e non soltanto di eseguire alle nostre dipendenze, degli ordini che riteniamo in assoluto validi e da attuare”.

– “Anche noi, Ordine Fatebenefratelli, dobbiamo riconoscere di essere in ritardo insieme a certe frange della Gerarchia Cattolica, insensibili alle domande emergenti dal mondo dei laici per una più profonda condivisione della missione apostolica. Siamo spesso ancora presuntuosi, chiusi, come il medico che crede di essere lui a guarire, dimenticando che il suo compito è quello di curarsi di un paziente, di attivare il «guaritore interno» presente in ogni essere umano. Siamo presuntuosi quando crediamo di essere più bravi, più orientati di altri all'ospitalità, dimenticando che tutti possiamo-dobbiamo essere ospitanti. E ciò avviene tanto più possibile quanto più ammettiamo la nostra feri-

ta, il nostro limite, la nostra ombra. Condividere è possibile solo dopo aver ammesso di essere parzialmente potenti, di essere dei guaritori «feriti», incompleti, sul modello inavvicinabile di Colui, Gesù, che guarì non solo la malattia fisica ma anche quella esistenziale”.

Ancora in questa Alleanza con i collaboratori – in una missione condivisa – troviamo numerosi riferimenti nel suo libro “ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000”, in particolare segnalo i numeri dal 66 al 72, dove vengono proposte



queste tre idee fondamentali:

– integrare e creare un laicato con la mente e il cuore capace di assicurare lo spirito nei nostri centri;

– vivere la Chiesa con la pluralità dei doni;

– apertura al dialogo con i laici.

Un discorso che P. Marchesi riprenderà in seguito in un breve libretto, *Umanizzazione, animazione, formazione*. Credo che sia stato il suo ultimo intervento tre mesi prima della morte; era a Genzano nel mese di novembre 2001. Diceva con grande tenacia:

“L'Alleanza deve essere fondata sulla reale partecipazione e compiuta con responsabilità e non semplicemente su timide e timorose deleghe di servizi e funzioni”.

“Il futuro dei Fatebenefratelli (Ordine e Opere), diceva, sarà possibile con l'integrazione dei collaboratori o non sarà più”.

#### 8. *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*

Qui P. Marchesi appare ve-

ramente come profeta che vede oltre, che legge la storia, i nuovi e complessi problemi e cerca di inviare un messaggio centrato sul ruolo e sul carisma dell'Ordine, dell'Ospitalità per il Duemila. Perciò la domanda di fondo posta ai religiosi dell'Ordine è "come stiamo progettando il nostro futuro?"

Questo documento – insieme a *Le basi del rinnovamento* e *L'umanizzazione* – forma la trilogia di un gran coraggio e di profezia. Sono le tre armi, mediazioni dello Spirito che vuole cambiare i nostri cuori, i nostri atteggiamenti per farli più pronti, adatti al servizio dell'Ospitalità, della nuova Ospitalità. Sicuramente P. Marchesi aveva un'idea troppo alta, esigente, soprattutto per i suoi confratelli. Ospitalità 2000 è un libro di profezia, di coraggio, indirizzato particolarmente all'interno dell'Ordine, chiarificando il ruolo, la missione del fatebenefratello; non aver paura:

- coraggio di essere testimone;
- coraggio di essere guida morale;
- coraggio di essere coscienza critica;
- coraggio di essere anticipatore;
- coraggio di essere ricercatori.

È lo stile della nuova presenza nella nuova ospitalità.

La lettura di questo documento propone una grande freschezza di spirito e ti riempie l'anima di speranza.

#### *9. Uditore del Sinodo sulla "Riconciliazione" (1983)*

Nominato dal Papa, si mette in moto per portare un contributo a favore degli ammalati.

Ancora sento la sua voce al telefono a Barcellona, era sera e voleva aiuto, o meglio, voleva condividere, rendere corale tra i Fatebenefratelli il suo intervento. E presto venne in mente cosa fare: un documento breve, reale, incisivo sulla "riconciliazione nel mondo della sanità". Sentii l'onore di essere protagonista del documento che P. Marchesi consegnò ad ogni Padre Sinodale stampato nella Curia Generalizia (Documenti n. 4).

E dopo ci fu l'intervento. Vi

immaginate P. Marchesi davanti al Papa, ai Cardinali, ai Vescovi...?

Fece un discorso breve, ma incisivo, diretto sul malato, la malattia, la pastorale che dev'essere organizzata – diceva – programmata, vivace.

E disse ai PP. Sinodali:

"È sempre edificante portare i malati nei Santuari, almeno quelli che possono, anche se non sono sempre quelli che hanno maggiore bisogno: oggi è soprattutto necessario che la Chiesa intraprenda un pellegrinaggio in ospedale, dove, in molti Paesi, vanno più persone che nelle nostre parrocchie e dove è viva la presenza del Cristo che vuole la riconciliazione".

E concludeva così il suo intervento:

"Non dimentichiamo che al popolo dei malati e dei morenti apparterremo un giorno tutti quanti, anche noi: sarà il modo inevitabile di incontrare il Cristo che ci riconcilia e ci invita alla Sua Pasqua".

Sento ancora l'applauso nell'Aula Sinodale ed anche gli auguri nei corridoi.

#### *10. Istituzione del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.*

Tutta questa forza ideologica e animatrice preparò il clima, l'ambiente perché fosse realtà l'auspicabile Istituzione per un migliore coordinamento degli organismi sanitari a livello mondiale, e per stimolare, promuovere, diffondere gli insegnamenti della Chiesa in materia di sanità, come dice il Papa nel Motu proprio *Dolentium Hominum*.

Per dare il via a questa istituzione, dice il Santo Padre che ha disposto per costituirla, è stato "sostenuto dal parere di esperti, sacerdoti, religiosi e laici". E qui troviamo in prima linea il Cardinale Angelini e il P. Marchesi; grandi sostenitori ed animatori di questo Pontificio Consiglio.

### **3. Padre Marchesi: valori dell'uomo e del religioso. Un binomio inscindibile.**

Nel capitolo precedente abbiamo già indicato molti dei

valori che appaiono nella sua vita, nel suo servizio come Generale di tutto l'Ordine; sono manifesti e si evincono leggendo i suoi scritti. Ma ho voluto avere una maggiore conferma di questi valori, così ho fatto un breve sondaggio tra le persone che lo hanno conosciuto da vicino; su un totale di 19 persone interpellate, ho ricevuto risposte scritte da 14 di loro, che sintetizzo.

In questa elaborazione sintetica devo ringraziare il contributo particolare della Dott.ssa Fiorenza Deriu Bagnato, Consultrice del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e collaboratrice come ricercatrice sociale in alcuni programmi del Dicastero.

Ecco in sintesi quello che abbiamo raccolto:

È difficile parlare di Padre Marchesi isolando la dimensione umana da quella religiosa: in lui coesistevano in un'armonia del tutto particolare. Non è possibile comprendere la sua vita ed il suo pensiero di uomo senza considerare al contempo quelle del religioso e viceversa.

#### *a. Il suo carisma*

Innato senso della storia e visione profetica; impegno e passione; coraggio delle idee e speranza nel futuro; fiducia nel prossimo e attenzione alla persona; concretezza e profondo senso religioso; carisma e comunicazione; "uomo di frontiera" e non "di barricate"; distaccato dal potere; generoso e partecipativo; sono tutti aspetti che in lui si componevano restituendo alla sua famiglia religiosa, l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, una guida illuminata, saggia e innovatrice.

#### *b. Lungimiranza e senso della storia*

La lungimiranza di Padre Marchesi ha costituito il suo punto di forza, ma anche l'inizio di un cammino irto di ostacoli e difficoltà: la sua fermezza e convinzione, accompagnate da una profonda umiltà, gli hanno consentito di perseverare nella ricerca della specificità cattolica in ambito sanitario, fondata sulla nuova alleanza tra laici e religiosi. Ciò

che lo ha sempre spinto a guardare oltre un orizzonte ristretto, era il desiderio di capire la storia e interpretare i segni dei tempi per innovare la presenza religiosa in sanità, con l'auspicio che questo potesse servire a migliorare la qualità dell'assistenza. Un religioso che "riconosceva" l'essenza dell'essere Chiesa in sanità non soltanto nel possesso di ospedali da gestire, ma soprattutto nell'assumere concretamente la ministerialità costitutiva della cura materiale e spirituale dei malati.

*c. Profeta dell'umanizzazione della sanità*

La sua sensibilità gli consentì di anticipare i tempi introducendo il concetto di *umanizzazione* del mondo sanitario e assistenziale, per una piena condivisione e realizzazione del carisma dell'ospitalità. Hanno lasciato il segno espressioni come *"il malato è il centro della nostra vita... è la nostra università... dobbiamo umanizzarci per umanizzare"*. È stato nell'Ordine uno strenuo promotore dell'alleanza con i collaboratori laici, con cui condivideva i valori del carisma dell'Ordine. Ha sfidato con veemenza laici e religiosi con le parole *"se non abbiamo il coraggio di misurarci con gli uomini, come uomini, non possiamo parlare di uma-*

*nizzazione, ma di razionalizzazione dei servizi"*, e nella fiducia di essere accanto a Dio.

Le sue intuizioni sul futuro evolversi del mondo sanitario si sono concretizzate, col tempo, nella realtà dei fatti: la storia gli ha dato ragione.

*d. La passione per San Giovanni di Dio*

Rimane da interrogarsi se si è fatto abbastanza per compiere la sua "utopia": riportare l'Ordine, rinnovato nel suo modo di stare nella storia sulle tracce di San Giovanni di Dio. Padre Marchesi era un "innamorato" di San Giovanni di Dio; era un uomo capace di ascoltare; paziente; comprensivo e aperto al dialogo e al confronto; dotato di una naturale curiosità per "l'altro da sé". Amorevole verso i malati e i sofferenti, attento e rispettoso del prossimo, nello strenuo intento di avvicinarsi sempre più all'esempio del suo Santo Fondatore.

*e. Il progetto di ospitalità*

Sollecitava laici e religiosi ad attuare l'imperativo secondo cui è bene *"ospitare il bisogno umano di cura e di comprensione"*. E aggiungeva, anticipando, ancora una volta, i tempi: *"La società in cui viviamo si considera sempre più come una società di necessità, come una rete di offerta e do-*

*manda, un sistema di consumo. Ma laddove gli interessi sanitari e sociali sono caratterizzati in maniera esclusiva da questa struttura di necessità, il nostro carisma ha un significato più trascendente, poiché nell'ospitalità si plasma un anelito che supera tutte le necessità"*.

Quando la malattia si è affacciata nella vita di Padre Marchesi, egli ha affrontato questa esperienza, che tante volte aveva vissuto accanto ai pazienti accolti dall'Ordine, in modo attivo, seppur nella consapevolezza della lotta impari cui era chiamato. Tuttavia, con grande coraggio e senso di responsabilità, ha continuato a rispondere ai molteplici impegni cui l'Ordine lo chiamava, senza mai tirarsi indietro: quando si è spento la sua agenda era ancora densa di appuntamenti.

Ricordare Padre Marchesi, non può che essere fatto nel riconoscimento della sua dimensione profetica e nella grandezza e nobiltà del suo ideale per l'Ordine: il coraggio e la forza delle idee, il coraggio e la forza della fede.

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



# Maratona contro l'AIDS

Visto il successo ottenuto dalla Maratona contro la Lebbra di due anni fa, i Vescovi delle quattro diocesi del Mozambico settentrionale hanno deciso, alcuni mesi or sono, di realizzare un'altra Maratona, questa volta contro l'AIDS. Tale decisione è stata motivata dalla pubblicazione di un Piano Strategico a livello nazionale per la lotta contro questo flagello dell'umanità, e la Chiesa cattolica desidera apportarvi il proprio contributo sulla base delle sue prospettive.

Il desiderio dei nostri Vescovi è quello di sensibilizzare le comunità cristiane e, in generale, tutta la popolazione sulla presenza reale di questa malattia, poiché ci sono persone che non credono nella sua esistenza, di far conoscere i modi con cui essa si trasmette e diffondere i metodi di prevenzione.

Dato il modo semplicistico di voler risolvere il problema con l'uso del preservativo, la Chiesa cattolica ha pensato che è più utile essere realistici e andare al fondo del problema, proponendo ai giovani e a tutta la popolazione la necessità di un'inversione di comportamento nella condotta sessuale, non considerando il sesso come un diversivo, bensì dandogli l'importanza che la facoltà sessuale e riproduttiva riveste e adattando una condotta adeguata a tale realtà. Anche le autorità civili si sono rese conto dell'inefficacia di proporre esclusivamente l'uso del preservativo, giacché questo, in molti casi, porta ad un uso indiscriminato e frequente dei rapporti sessuali, e hanno iniziato ad insistere sulla necessità di un controllo sensato di detta funzione ed è normale che nelle sue manifestazioni si parli dell'opportunità di avere un solo partner sessuale e della fedeltà allo stesso.

Ammettono che l'uso del preservativo è buono, ma non come unico metodo, bensì per i casi in cui la fedeltà non è possibile o uno dei partner sia infetto. È già un passo avanti

realtà dell'AIDS e sulla forma migliore di proteggersi. Questi atti comprendono discussioni, spettacoli teatrali, diffusione di canzoni a tema, ecc.

Domenica scorsa, 25 no-



questo cambio di atteggiamento sicuramente promosso dall'angoscia che si vive nei Paesi africani, soprattutto nell'Africa australe, in cui l'incidenza di sieropositivi raggiunge livelli che oscillano tra il 20 e il 30% della popolazione. In concreto, si stima che in Mozambico tale incidenza sia attorno al 17%; esistono statistiche in cui è stato necessario correggere gli indici di crescita della popolazione che già erano stati elaborati fino all'anno 2010, giungendo in alcune zone a indici negativi, in cui detta crescita non compensa il numero di morti, la maggior parte dei quali a causa dell'HIV.

Per rendere reale questa collaborazione nella campagna, è stata messa in moto l'iniziativa della Maratona, che consiste nel passare la "fiamma o torcia" di parrocchia in parrocchia e realizzando, nei giorni in cui essa rimane nella parrocchia, una serie di atti orientati a informare giovani e adulti, uomini e donne sulla

vembre, si è tenuto un Concorso Canoro sulla lotta contro l'AIDS, realizzato tra le diverse parrocchie della città di Nampula e patrocinato dalla Commissione diocesana di Pastorale della Salute, di cui faccio parte insieme ad altri religiosi e laici. I premi sono stati: 1°, un pianoforte elettrico; 2°, divise complete da calcio per 15 giocatori più il portiere e un pallone regolamentare; 3°, divise complete di pallacanestro per 10 persone, per un totale di 10 milioni di Meticaís, finanziati dalla nostra Commissione.

Ora si vuole che queste canzoni, in particolar modo quelle premiate, vengano diffuse dall'emittente cattolica "Radio Incontro" affinché la gente le impari e le diffonda.

Occorre avvalersi di tutti i mezzi possibili per avvertire della gravità di questa malattia; uno di questi è convincere le persone dell'importanza della prevenzione, giacché la cura non esiste.

Il 1° dicembre, Giornata

Mondiale della lotta contro l'AIDS, sono stati celebrati in tutto il Paese atti solenni con la partecipazione delle autorità civili e sanitarie. Sono stati realizzati anche nella Provincia di Nampula, e noi vi abbiamo partecipato concretamente in modo molto attivo. I rappresentanti civili e sanitari hanno realizzato la manifestazione ufficiale, a cui ha assistito il Governatore della Provincia nella città marittima di Nacala. Lì è stato lanciato il messaggio di avvertimento sui pericoli di questo flagello. Noi della città di Nampula abbiamo realizzato, a partire dalle 7 della mattina, una marcia di giovani, con cartelli e canzoni allusive, per le strade principali della città. Arrivati ad un parco, sono iniziati gli eventi culturali e le rappresentazioni artistiche con diversi messaggi di lotta contro l'AIDS. L'Arcivescovo di Nampula ha rivolto la parola a tutti i presenti e, al

termine, ha acceso la Torcia della Maratona, che ha iniziato il suo percorso dirigendosi verso la Parrocchia di S. José dove è rimasta una settimana, per poi passare settimana dopo settimana per le 50 parrocchie della diocesi. Ha rivolto alcune parole ai presenti anche il Sindaco (Presidente del Consiglio Municipale) della città, presente alle celebrazioni di tutta la mattina.

Alle celebrazioni hanno assistito numerose Associazioni dedite alla lotta contro l'AIDS o ad attività affini di sostegno alla gioventù o alla popolazione in generale. Tra queste, la nostra Commissione Diocesana di Pastorale di Salute e Igiene, che quest'anno dedicherà la Giornata del Malato anche a questo problema. Il nostro slogan è: Scegli la vita, evita l'AIDS.

Il 26 novembre si è svolta anche una cerimonia religioso-ecumenica, nel palazzo del-

lo sport di Nampula, a cui hanno assistito varie chiese riformate, oltre a quella cattolica e anglicana. Il rappresentante della comunità islamica, che aveva annunciato la sua partecipazione, alla fine non vi ha preso parte.

Durante la cerimonia è stata annunciata un'altra celebrazione ecumenica per la Giornata Mondiale di lotta contro l'AIDS, in una delle Chiese riformate della città, che si è tenuta simultaneamente agli atti civili che abbiamo già citato.

Dal nostro osservatorio, che è la Commissione di Pastorale della Salute, continueremo a seguire e a sostenere le parrocchie che conservano la Torcia della Maratona, affinché giunga a tutti il messaggio di prevenzione della malattia e di sostegno ai malati già conclamati.

Fra RAMON FERRERÓ, .H.



# Dipartimento di Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Peruviana

ROMA, GIUGNO 2002

“Non sapete che siete tempio di Dio e che lo Spirito di Dio abita in voi? Se uno distrugge il tempio di Dio, Dio distruggerà lui. Perché santo è il tempio di Dio, che siete voi” (1Cor 3, 16-17).

## 1. Organizzazione

Presidenza – Vice-Presidenza – Agenti Comunitari di Salute – Assessori - Delegati diocesani – 7 Regioni Sanitarie DEPAS – Gruppi di lavoro – Gruppo DEPAS – Segreteria Esecutiva.

## 2. Finalità

Come ogni altra organizzazione, abbiamo una finalità: curare, difendere e promuovere una nuova cultura e una nuova educazione della salute; conservare la vita e la salute integrale di tutte le persone e della comunità; favorire la prevenzione della malattia e fornire un'attenzione primordiale ai poveri e agli esclusi a partire dalle politiche sanitarie pubbliche.

## 3. Dimensioni della Pastorale della Salute

– **Dimensione solidale**, dando priorità all'attenzione al malato e alla sua famiglia e all'organizzazione di tutti i sofferenti che riconosciamo come elementi fondamentali per affrontare la propria realtà e trovare soluzioni.

– **Dimensione comunitaria**, attraverso un'educazione e una nuova cultura della salute integrale che porti la comunità a riconoscere i problemi sociali e ad essere coinvolta nella loro soluzione.

– **Pastorale politico istitu-**

**zionale**, ricordando allo Stato il suo dovere etico e politico di garantire la salute della popolazione e incentivando la necessaria e urgente complementarietà a partire dalla società civile per ottenere una salute integrale in giustizia ed equità per tutti.

## 4. Linee d'azione

– **Coordinamento e animazione**, per un maggiore contatto e comunicazione tra le diverse esperienze degli agenti sanitari comunitari e gli operatori pastorali.

– **Riflessione, etica, teologia e pastorale, permanenti**, per alimentare la nostra fede e animare il nostro impegno nei riguardi della vita, specialmente dei più deboli e degli esclusi.

– **Formazione e educazione in materia di salute integrale**, che abbracci aspetti tecnici, professionali, etici, pastorali, economici, socio-politici verso una cultura della Pastorale della Salute integrale e della partecipazione sociale.

– **Diffusione e comunicazione**, per essere la voce delle esperienze in materia di salute integrale, realizzate in tutti i luoghi, specialmente quelli più lontani del Paese.

– **Promozione di presenze organiche a partire dalla società civile** che portino, in dialogo e concertazione, al disegno di politiche sanitarie pubbliche, come risposta alle vere necessità della popolazione peruviana (un esempio, l'attuale Gruppo di Lavoro per la Salute Integrale che nasce dall'esperienza e dall'integrazione di tre Gruppi di lavoro della Pastorale della Salute: il Gruppo di Diritto alla Salute, quello degli Agenti sanitari comunitari e quello della Bioetica).

## 5. Piano Nazionale di Pastorale della Salute

*Priorità per il 2002*

a) Animazione, formazione e accompagnamento degli operatori pastorali.

b) Impulso di un'azione integrale, solidale e di una pastorale d'insieme di fronte alle realtà sociali:

1. Malati di tubercolosi e TBC resistente.

2. Persone affette da HIV/AIDS – 2002.

3. Tossicodipendenza: recupero attraverso il lavoro.

4. Gericultori: abilitazione della famiglia e della comunità per l'attenzione alla terza età depositaria della tradizione e delle diverse culture del Paese.

5. Promozione di servizi sanitari per i poveri e per quanti vivono in miseria.

c) Promozione del consolidamento del Gruppo di Lavoro per la Salute Integrale.

1. Come esecutore di azioni pastorali, politiche, istituzionali con una presenza attiva per l'indispensabile dialogo tra Stato e società civile.

2. Come collettivo e voce della società civile con una chiara opzione di lavoro a favore degli esclusi dalla salute integrale.

d) Formazione integrale degli operatori della pastorale della salute: formare e accompagnare l'operatore della pastorale della salute. Affinché sia efficace nella sua missione evangelizzatrice e socio-culturale nella propria località, si cercherà di fare di lui un cristiano impegnato, un operatore pastorale efficiente e un autentico promotore socio-culturale che dia impulso al pieno sviluppo della persona a partire dall'impegno della fede.

Questa formazione deve es-

sere integrale e abbracciare per lo meno tre aspetti: formazione teologica, formazione umana e formazione accademica.

La **formazione teologica** insegna che la teologia della salute è teologia della vita, che include ma che non termina in una teologia della malattia. La malattia è una dimensione della vita che ci forza ad una umiltà dipendente, che è l'umanità del bambino che aspetta la madre, che è quella del servo assetato che necessita della fonte dell'acqua della vita. "Dio, fonte di acqua viva" (Sal 36, 10). La teologia della salute ha come riferimento tanto l'esperienza di essere sanato, di essere salvato dal Signore della vita, quanto la contemplazione perplessa e amorosa della sua sofferenza. La teologia della salute riconosce il corpo sano e vivente come Maraviglia Dei, come manifestazione del Dio splendente, e l'esperienza del dolore come dimostrazione della vulnerabilità dell'uomo e del suo bisogno di Dio.

Un elemento teologico molto importante di fronte al mistero del dolore e al mistero della morte lo apporta il libro di Giobbe. Suo è il distacco totale, che riconosce che Dio dà e lascia e lo loda per questo. Esperienza di fedeltà di Dio e gratuità del suo amore, nonostante la sofferenza più profonda. Preghiera di chi sa di essere amico di Dio.

Questa dimensione è essenziale per la Pastorale della Salute: il riconoscere il proprio niente e l'essere disponibili di fronte a Dio, che può sanare e può anche insegnare attraverso la malattia. Dedizione totale alla volontà del Signore. In questo contesto teologico, l'operatore della pastorale della salute sa accettare che il dolore e la morte, come passione e come lutto, sono difficili e che l'accettazione non è solo un'operazione intellettuale.

La **formazione umana** aiuta ad applicare il meglio di sé a favore degli altri e a ricordare nuovamente che "la carità è paziente, è benigna la carità; non è invidiosa la carità, non si vanta, non si gonfia, non manca di rispetto, non cerca il suo interesse, non si adira,

non tiene conto del male ricevuto, non gode dell'ingiustizia, non si compiace della verità. Tutto copre, tutto crede, tutto spera, tutto sopporta" (1 Cor 13, 4).

L'operatore della pastorale della salute sa che non viene mai a sanare bensì ad accompagnare e a promuovere ogni persona come soggetto del proprio processo di salute integrale.

Si impara ad orientare un'autentica partecipazione sociale cittadina.



La **formazione accademica** aiuterà a non arrecare danno al malato e, allo stesso tempo, a dare a tutti le informazioni necessarie per esercitare il loro diritto a trarre vantaggio dalle conoscenze basilari in materia di salute. Su questa linea, si annette un'importanza capitale alla diffusione delle tecniche preventive e di miglioramento della salute, all'individuazione basilare di casi suscettibili di causare epidemie e alla diffusione di tecnologie appropriate per la conservazione di un ambiente salutare, la sopravvivenza infantile, il miglioramento della qualità di vita.

a) Formazione continua con appoggio interdisciplinare di professionisti specialisti, di agenti sanitari, di responsabili e di équipe per la pastorale della salute; levatrici e ostetriche tradizionali; incontri, giornate, corsi, laboratori, materiale educativo.

b) Continuazione attraverso incontri regionali-zonali.

c) Incontro nazionale di responsabili diocesani.

d) Abilitazione sanitaria a diversi livelli.

e) Appartenenza al Gruppo

di Lavoro per la Salute Integrale (riflessione-azione).

Spesso i consulenti realizzano corsi locali di aggiornamento per i promotori della salute, molti dei quali in dialogo e coordinamento con il Ministero per la Salute e altre istituzioni.

**Evangelizzazione e Liturgia** sono integrate nei corsi di formazione.

## 6. Verso un piano strategico

Un piano strategico sarà uno strumento di orientamento e di animazione della rete della Pastorale della Salute a livello nazionale; per questo ne stiamo iniziando l'elaborazione. Raccogliamo qui le prime annotazioni.

### 6.1. Missione e visione della Pastorale della Salute

1. Alla luce degli orientamenti de "La Chiesa in America Latina", del magistero sociale e delle attuali linee pastorali della Chiesa in Perù, cerchiamo di raccogliere e di portare elementi che permettano di evangelizzare, umanizzando, il mondo della salute da una prospettiva di salute integrale, annunciando la Buona Novella mettendo in pratica a beneficio di tutti, e principalmente dei poveri, la promessa di Gesù: "Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10).

2. Il Dipartimento Episcopale di Pastorale della Salute apporta permanentemente, a partire dalla fede e dalle esperienze degli agenti sanitari comunitari del Paese, elementi preziosi che illuminano il disegno di politiche pubbliche in materia di salute da parte dello Stato. Politiche che pongano la persona al centro, rispettandone la dignità, la capacità di apporto creativo e il diritto di partecipazione alla promozione dello sviluppo integrale della persona e della comunità.

3. La Pastorale della Salute organizzata in sette Regioni sanitarie in tutto il Paese opera in forma decentralizzata e democratica raccogliendo l'esperienza, il sentire, le necessità di ogni diocesi e alimentando



un'azione di dialogo, concertando e invitando tutti i settori della società alla ricerca di soluzioni alla problematica della salute integrale di tutti, partendo dalla formazione e dell'educazione nella salute integrale, che abbracci aspetti pastorali, tecnici, professionali, etici, economici, socio-politici verso una cultura della Pastorale della Salute integrale.

4. La Pastorale della Salute è lo strumento per adempiere gli orientamenti della Chiesa, in relazione all'attenzione del malato, all'impegno comunitario per la salute integrale e alla pastorale politico-istituzionale, promuovendo una leadership di partecipazione cittadina in questioni di salute. È aperta ad ogni collaborazione civile ed economica.

5. La Pastorale della Salute serve ad animare e a far sì che ogni realtà sanitaria locale esprima la propria voce e apporti soluzioni. Ogni giurisdizione ecclesiale dispone di un delegato diocesano nominato dal suo rispettivo Vescovo locale. I delegati diocesani riuniscono un'équipe di operatori pastorali della loro diocesi con i quali curano, difendono, conservano la vita e la salute parrocchiale e diocesana e per questo si relazionano con la società nel suo insieme.

6. Incidiamo sulle sfere decisionali politica ed economica a livello nazionale e internazionale con progetti volti a sradicare le condizioni di povertà e di esclusione sociale che colpiscono milioni di peruviani.

7. In sintesi, la nostra MISSIONE può essere formulata nel seguente modo: il Dipartimento di Pastorale della Salute, da una prospettiva di salute integrale all'impulso dello Spirito, raccoglie e anima lo sviluppo di una Pastorale della Salute attraverso la sua vasta rete nazionale con 46 diocesi che costituiscono sette Regioni di Pastorale della Salute nel Paese. Promuove l'evangelizzazione umanizzando questa realtà, raccogliendo esperienze e potenziando compiti ecclesiali e della società nel suo insieme a favore della salute e del pieno sviluppo umano di tutta la popolazione del nostro Paese. A partire dalla liberazio-

ne e dalla valorizzazione della dignità della persona, cerca di promuovere lo sviluppo umano integrale di tutti e, in modo speciale, dei poveri.

8. In concordanza con la nostra missione, la nostra visione condivisa del futuro è: il Dipartimento di Pastorale della Salute nazionale, congiuntamente alla rete di pastorali diocesane, nell'anno 2010 continuerà a:

- raccogliere, dall'esperienza positiva e negativa degli agenti sanitari comunitari, elementi che orientino le politiche pubbliche;

- promuovere a favore dei poveri e degli esclusi, la ricerca organizzata di soluzioni in ogni realtà locale in dialogo e concertazione tra le autorità, la società civile e il loro insieme;

- promuovere la formazione umano-cristiana in materia di salute integrale, agli operatori pastorali, agli agenti comunitari in generale, agli agenti e ai professionisti sanitari animandoli al protagonismo del proprio sviluppo;

- promuovere una pastorale di insieme e forme diverse di un interagire multidisciplinare, intersettoriale, interconfessionale a favore del diritto alla salute integrale dei poveri.

## 6.2. *Metè*

a) Animare e accompagnare il lavoro di pastorale della salute nel mondo ecclesiale, promuovendo la formazione specifica e permanente degli operatori pastorali, per approfondire l'impegno, la mistica e la spiritualità della Pastorale della Salute.

b) Umanizzare il mondo della salute rivalorizzandolo, come spazio evangelizzatore e luogo di incontro con Dio, nei fratelli.

c) Contribuire alla riflessione teologico-pastorale su temi che riguardano il ministero della vita: le sfide tecnologiche e le sue implicazioni etiche, la legislazione sanitaria, ecc.

d) Promuovere presenze organiche della società civile per un apporto al disegno di politiche sanitarie pubbliche che rispondano alle vere necessità del popolo peruviano.

e) Promuovere la partecipazio-

zione sociale degli agenti comunitari (non solo quelli pastorali) e degli altri servitori sanitari principalmente nell'assunzione di decisioni politiche sulla salute in un clima di dialogo e concertazione.

f) Accompagnare, rafforzare ed incentivare esperienze di vigilanza cittadina del diritto alla salute.

## 6.3. *Obiettivi strategici e obiettivi specifici*

1. Rafforzare la nostra identità come Pastorale della Salute nell'area sociale della Chiesa, aperta al lavoro congiunto con altre Chiese, con la società civile, e con la società nel suo insieme, per la salute integrale come elemento indispensabile del pieno sviluppo umano della nostra popolazione.

1.1. Le diocesi e gli operatori pastorali prendono coscienza dell'importanza di rafforzare le pastorali della salute locali.

1.2. I valori, i principi trasversali nel piano strategico della Pastorale della Salute frutto di un processo di formazione e di impegno previo di tredici anni, vengono assunti pienamente.

1.3. Le azioni della Pastorale della Salute a livello nazionale e locale cercano di complementare e potenziare le azioni di altre commissioni episcopali secondo il Piano Pastorale della Conferenza Episcopale Peruviana.

1.4. Lo Stato e la società in generale riconoscono la Pastorale della Salute come una presenza evangelizzatrice ed efficace nell'umanizzazione del mondo della salute.

1.5. La Pastorale della Salute sostiene e lavora in concerto con quanti lottano contro la povertà nel Paese e al di fuori di esso, mostra il volto umano della povertà e riconosce il povero come soggetto del proprio processo di sviluppo integrale.

2. Partecipare alla promozione di un'autentica cultura della salute integrale che trascenda i limiti geografici del Perù.

2.1. La società civile percepisce la salute come un diritto

cittadino, come una questione sociale e politica e come responsabilità etica e politica dello Stato.

2.2. Il concetto di salute integrale è un conseguimento generale della popolazione.

2.3. Produzione permanente di materiali popolari di diffusione.

2.4. Costituzione di diverse istanze di dialogo e di riflessione sulla salute integrale, i suoi progressi, le sfide e la ricerca congiunta di soluzioni.

2.5. Generare una cultura della prevenzione e la promozione della salute integrale includendo gli elementi di un'adeguata gestione delle risorse naturali e la protezione dell'ambiente.

2.6. Il dialogo e il lavoro congiunto per la salute integrale hanno ambito internazionale. Dare priorità ai canali che permettono l'espressione diretta dei poveri e degli esclusi.

2.7. La società peruviana si sensibilizza all'importanza della salute integrale e si impegna in azioni concrete per i più poveri e gli esclusi a livello locale e nazionale.

2.8. Le esperienze e le forze della Pastorale della Salute sono condivise e replicate nell'insieme della rete della Pastorale della Salute nazionale.

3. La Pastorale della Salute è luogo di incontro, analisi, denuncia e proposta dei principali problemi sociali nel nostro Paese alla ricerca di un Paese salutare.

3.1. Istanze di vigilanza cittadina in materia di salute rafforzate e articolate.

3.2. La società civile incide sulla formulazione di politiche sanitarie che rispondano alle necessità della popolazione.

3.3. La società civile vigila sul compimento delle politiche di salute integrale.

3.4. La società civile percepisce la salute come un diritto ed è motivata ad assumere il proprio ruolo come attore politico incidendo sul dibattito e gestendo proposte fattibili di politiche sanitarie, vigilando sulla loro attuazione.

3.5. La Pastorale della Salute continua ad aprire e a rafforzare spazi di vigilanza cittadi-

na, di dialogo e concertazione sui problemi, specialmente sanitari, che affrontano i poveri e gli esclusi del Paese.

3.6. La società civile elabora proposte sulle priorità dell'attenzione sanitaria e dell'investimento in salute traendo le risorse del pagamento del debito estero.

4. Promuovere processi di formazione integrale e nuove leadership che recuperino il valore della persona umana e si orientino verso una partecipazione sociale cittadina e reale che realizzi condizioni di vita degne ed eque per tutti.



4.1. Le persone e le comunità destinatarie dei programmi di Pastorale della Salute ottengono la crescita della propria autostima e diventano protagonisti nell'assunzione di decisioni politiche sulla salute.

4.2. Gli operatori pastorali della rete della Pastorale della Salute, nella maggior parte dei settori poveri ed esclusi, assumono la loro leadership come evangelizzatori e agenti socio-culturali al servizio del pieno sviluppo umano di tutti.

5. Contribuire a migliorare le condizioni dei servizi sanitari dei più poveri articolando la nostra missione e le strutture ecclesiali con le istanze dello Stato e della società civile, attraverso piani congiunti di sviluppo e di lotta contro la povertà.

5.1. Promuovere il riconoscimento della persona umana come soggetto dei processi nei

programmi sanitari della Chiesa, rispettosi della sua dignità come figli e figlie di Dio.

5.2. Appoggiare il consolidamento di azioni che generino impieghi degni, in particolare per i poveri, come un primo passo verso l'ottenimento e la conservazione della salute.

5.3. Promuovere la difesa della vita e dell'ambiente e denunziare quanto li colpisce.

5.4. Stabilire alleanze strategiche, accordi di cooperazione reciproca e convegni che articolino le diverse iniziative di attenzione al malato, azione comunitaria e impegno istituzionale a favore della salute integrale con istituzioni pubbliche e private, nazionali ed estere.

5.5. La Pastorale della Salute come promotrice e membro del Gruppo di Lavoro di salute integrale partecipa e anima l'incorporazione attiva dei suoi agenti comunitari e delle organizzazioni sociali di base in ogni processo diretto ad ottenere lo sviluppo sociale e la lotta contro la povertà.

6. Porre in pratica la promessa di Gesù "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10).

6.1. Il Dipartimento di Pastorale della Salute sviluppa una struttura organizzativa democratica, partecipativa, esigente e di qualità che le permette di adempiere alla visione e alla missione istituzionale e apportare alle politiche pubbliche sanitarie l'impulso della fede e l'impegno sociale.

6.2. Il Dipartimento di Pastorale della Salute sviluppa e implementa nella sua rete un atteggiamento di amore solidale che contribuisce da tre anni alla sua sostenibilità e permanenza, superando i limiti economici, per il servizio di tutti, e in special modo degli esclusi.

6.3. L'incentivazione dell'impegno del pagamento del debito sociale in materia di salute per tutti attraverso il lavoro dei gruppi di lavoro inter-settoriali e multidisciplinari; inoltre, promozione della conversione del pagamento del debito estero in investimento sociale.

## 7. Mete raggiunte

1. Verso una pastorale d'insieme effettiva, siamo riusciti ad articolare più strettamente le nostre azioni a quelle di:

a) la Campagna di Solidarietà Condivisa 2001 (tutto il Paese);

b) CEAS: laboratori a continuazione della VI Settimana Sociale Peruviana (Huancayo e Puno);

c) appoggi diversi alle altre Commissioni prestando ascolto alle loro preoccupazioni;

d) lavoro congiunto con le Commissioni per l'Educazione e la Gioventù della Conferenza Episcopale Peruviana.

– Disegnare obiettivi comuni, riducendo i costi e servendo i più poveri con qualità e professionalità a partire da un lavoro in équipe potenziato dalla fede.

– Incentivare i nostri operatori pastorali a un lavoro associato che promuova la concertazione e l'unione delle forze, potenziando così la presenza della Chiesa nel cuore della società.

– Raccogliere e potenziare gli apporti dell'esperienza della società civile in materia di salute.

– Condividere permanentemente équipe di lavoro e spazi con Catechesi, Liturgia, Gioventù, Infanzia.

2. Promozione della formazione tanto degli operatori pastorali come del personale sanitario, specialmente infermiere, tecnici di infermeria, giovani e comunità in generale attraverso l'organizzazione e/o la partecipazione in Corsi di Pastorale, Educazione ai valori, Abilitazioni specifiche (biosalute, supporto cardiaco, medicina tradizionale) oltre ad un apporto permanente, collaborando al disegno e all'elaborazione di contenuti dei materiali educativi di Pastorale della Salute e del Gruppo di Salute integrale, così come della Campagna Condividere; articoli su riviste, quotidiani, depliant diversi; interviste alla radio e alla televisione (Commissione della Gioventù, Radio e TV Maria, ecc.).

3. Rafforzamento della Regione di Pastorale della Salute di Lima-Callao attraverso

l'accompagnamento e l'accoglienza permanente a partire dalla Pastorale della Salute e l'appoggio incondizionato di Mons. Miguel Irizar.

4. Crescita dell'apertura degli operatori pastorali al lavoro in équipe con altri attori sociali, in un clima di concertazione e collaborazione reciproca, per il raggiungimento di obiettivi comuni.

5. Costatazione del fatto che la Pastorale della Salute nelle diocesi cammina verso una pianificazione più in accordo con la realtà di ogni zona, in molte delle quali è riconosciuta come un'area di pastorale sociale e conta sull'appoggio fermo e crescente dei suoi Pastori.

6. Rafforzamento dell'identità dell'Agente sanitario comunitario dalla nostra prospettiva olistica il cui fine è la persona umana e il suo asse propulsore l'Incarnazione:

– evangelizzatore-umanizzatore del mondo della salute;

– costruttore di un effettivo amore solidale nella comunità;

– agente socio-culturale: educatore per la partecipazione sociale.

7. Mantenere nell'agenda pubblica il tema della salute integrale partecipando a piattaforme nazionali della società civile, come la VI Conferenza Nazionale di Sviluppo Sociale e contare sulla possibilità di un dialogo diretto con il Ministero per la Salute e altre istanze dello Stato quali:

– Dipartimento per i Finanziamenti, gli Investimenti e la Cooperazione Estera – Ministero della Salute;

– Commissione di Alto Livello per l'Organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale – Ministero della Salute;

– Conferenza Nazionale di Educazione dei Giovani e degli Adulti, del Ministero dell'Educazione;

– Istituto Nazionale per lo Sviluppo delle Risorse Umane – Ministero della Salute (consulenza e convegno di formazione, abilitazione di agenti comunitari di salute).

8. Elaborazione e diffusione a livello nazionale della Lettera Pastorale sui malati di HIV/AIDS.

## Sfide

1. Consolidare l'identità degli operatori pastorali sanitari della Chiesa – Agenti sanitari comunitari e ottenere che il loro riconoscimento da parte dello Stato e della società abbia espressioni concrete sulla base della loro dignità di persone e di servitori impegnati con la vita nella comunità, riconoscimento che raggiunga tutti gli agenti comunitari del Paese, non solo quelli della Chiesa.

2. Rafforzare le nostre azioni da uno spirito di pastorale d'insieme che parta sempre dalle necessità reali e dall'esperienza della gente e realizzi soluzioni da una dinamica dialogica interconfessionale, interdisciplinare, multisettoriale in un clima di tolleranza e concertazione, sottolineando ciò che ci unisce e incentivando la complementarietà.

3. Sostenere l'impulso di politiche ecclesiali per la salute integrale di tutti e continuare a portare elementi per le politiche sanitarie pubbliche.

4. Promozione di istanze di lavoro associato e, per il 2002, consolidamento e dedizione alla società civile del Gruppo di Lavoro per la Salute integrale che lavori seriamente e tenacemente per l'ottenimento di politiche pubbliche statali capitalizzando esperienze concrete della comunità, specialmente dei poveri. Attualmente il Gruppo ha ricevuto il riconoscimento come unico gruppo che studia sistematicamente il tema della salute a partire dalla prospettiva della salute integrale.

5. Superare la mancanza di risorse materiali che impediscono le nostre azioni concrete attraverso un invito diretto ai nostri amici e collaboratori per far crescere la comunione attuale e reale di beni con la Pastorale della Salute, così come dare impulso al disegno e alla realizzazione di progetti congiunti con le diverse Commissioni e Dipartimenti della CEP e con altri, per apportare la salute integrale di tutti usando le risorse in maniera creativa e austera.

# Il XXI Congresso Mondiale dei Medici Cattolici a Seoul

## Lettera del Cardinale Angelo Sodano a Mons. Javier Lozano Barragán

5 AGOSTO 2002

A Sua Eccellenza  
Reverendissima  
Mons. Javier Lozano Barragán  
Presidente del Pontificio  
Consiglio per gli Operatori  
Sanitari  
(per la Pastorale della Salute)  
Città del Vaticano

Eccellenza Reverendissima,

Il Santo Padre ha appreso con vivo compiacimento che la Federazione Internazionale Associazione Medici Cattolici celebrerà il suo XXI Congresso Mondiale a Seoul, in Corea del Sud, dal 1° al 4 settembre 2002. Tale importante appuntamento, che quest'anno vedrà riuniti rappresentanti delle 54 Associazioni Nazionali di Medici cattolici aderenti alla FIAMC, offrirà ai medici un'occasione propizia di studio e di scambio di pensieri e di esperienze su diverse tematiche che interpellano la loro riflessione nel campo dell'etica medica e della pastorale della salute.

Meritevole di apprezzamento è, dal punto di vista della sua attualità, il tema scelto. Infatti, oggi, con l'avvento della medicina sperimentale, viene spesso relegata nella sfera individuale e privata l'identità del singolo operatore sanitario. Di qui la necessità e l'urgenza per il medico in generale, e il medico cattolico in particolare, di recuperare appieno la sua personale identità di servitore della vita, che va amata e difesa sempre e comunque.

A questo proposito, riferen-

dosi alla specifica identità e responsabilità degli operatori sanitari, il Santo Padre scrive: "Nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, essi possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazioni della vita o addirittura in operatori di morte. Di



fronte a tale tentazione, la loro responsabilità è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale Giuramento di Ippocrate, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità" (*Evangelium vitae*, 89).

Oltre alla trattazione delle questioni che hanno una ovvia

rilevanza bioetica e pastorale riconducibile al valore della vita – le terapie con cellule staminali, le cure palliative, l'AIDS, le demenze, la formazione etica dei futuri medici, i metodi naturali –, il Congresso di Seoul assegnerà, a titolo di riconoscenza e stima verso i coniugi Billings, il premio FIAMC per il 2002, volendo con ciò sottolineare l'importante contributo da essi dato ai centri per l'applicazione dei metodi naturali di regolazione della fertilità, centri che sono tuttora un "valido aiuto per la paternità e maternità responsabili, nella quale ogni persona, a cominciare dal figlio, è riconosciuta e rispettata per se stessa e ogni scelta è animata e guidata dal criterio del dono sincero di sé" (*ibid.*, 88).

Ora è venuto il momento in cui i medici cattolici sono chiamati ad una particolare testimonianza evangelica nel mondo della sofferenza e della salute. Ai buoni propositi, alle sapienti riflessioni del Congresso devono seguire gesti concreti di carità e di solidarietà sull'esempio di Gesù, Buon Samaritano, che nella sua vita terrena si dedicò a sanare gli uomini e le donne nel corpo e nello spirito.

Il Santo Padre invita tutti i congressisti a tornare nei loro rispettivi Paesi più convinti della loro alta missione al servizio della salute e della vita dell'uomo dal suo inizio al suo naturale termine. Loro compito è di fare quanto è possibile per la promozione della cultu-

ra della vita, realizzando una presenza incisiva nei dibattiti che attraversano la professione medica, in fedele adesione al magistero della Chiesa. In questo modo il Congresso di Seul passerà alla storia non come uno dei tanti incontri di studio, ma come un Congresso nel quale è maturato un impegno operativo di coerente testimonianza evangelica a servizio di chi soffre.

Di fronte ad un mondo secolarizzato, che con il pretesto della "comprensione" e della "compassione" verso l'uomo tende a nascondere o ad indebolire la verità morale, il Santo Padre invita i medici cattolici a riproporla "nel suo intimo significato di irradiazione della sapienza eterna di Dio giunta a noi in Cristo, e di servizio all'uomo, alla crescita della sua libertà e al perseguimento della sua felicità" (*Veritatis splendor*, 95).

L'ambiente ospedaliero, nel quale il medico cattolico esercita la sua professione-missione, ha bisogno di rinnovarsi alla luce del Vangelo della sofferenza e della vita, affinché attraverso i gesti e l'operato quotidiano del medico vi restino sempre vivi ed operanti la compassione e la miseri-

cordia di Cristo. A questo proposito, Giovanni Paolo II scrive: "La loro [delle istituzioni sanitarie] vera identità non è solo quella di strutture nelle quali ci si prende cura dei malati e dei morenti, ma anzitutto quella di ambienti nei quali la sofferenza, il dolore e la morte vengono riconosciuti ed interpretati nel loro significato umano e specificamente cristiano. In modo speciale tale identità deve mostrarsi chiara ed efficace negli istituti dipendenti da religiosi o comunque legati alla Chiesa" (*Evangelium vitae*, 88).

Il Santo Padre incoraggia i medici cattolici a perseguire con un nuovo slancio il loro impegno solidaristico, ispirandosi alla saggia dottrina sociale della Chiesa. Non si stanchino di condividere la scienza e la cultura medica con quelle Chiese che sono nel bisogno, ma cerchino sempre di promuovere all'interno della FIAMC la diffusione universale del bene 'salute'. In questo modo, i medici cattolici daranno un notevole contributo al pertinente ed attuale dibattito sui valori, a cui dovrà ispirarsi il fenomeno della mondializzazione, se non vuol smarrire il suo fine che è l'uomo.

Il Sommo Pontefice esorta i medici cattolici ad essere, sull'esempio dei martiri fondatori della Chiesa coreana, coraggiosi e credibili testimoni di Cristo medico del corpo e dell'anima, riconoscendo nei malati il suo volto sofferente. Egli può illuminare e trasfigurare il loro sguardo e la loro professione, rivelando il suo volto di luce e di gloria, pegno di speranza per coloro che credono in Lui.

Nell'augurare ai partecipanti al XXI Congresso FIAMC un proficuo lavoro, il Santo Padre desidera manifestare a Lei, Eccellenza Reverendissima, ed agli altri dirigenti della FIAMC il suo vivo e grato apprezzamento per l'impegno profuso in questa forma di apostolato. Con questi sentimenti Egli invia a Lei, ai Suoi collaboratori e ai congressisti tutti, una speciale Benedizione Apostolica, pegno di abbondanti effusioni di favori celesti.

Profitto della circostanza per confermarvi con sensi di distinto ossequio

Suo dev.mo nel Signore

S.Em.za Card.  
ANGELO SODANO  
Segretario di Stato  
Santa Sede

## Cronaca

La Federazione Mondiale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC) ha celebrato il suo XXI Congresso Mondiale a Seoul, in Corea, dal 1° al 4 settembre 2002.

Oltre 300 medici, provenienti da 27 Paesi, hanno partecipato agli intensi lavori del Congresso.

La cerimonia inaugurale è incominciata con una solenne celebrazione eucaristica, presieduta dall'Arcivescovo di Seoul, S.E. Mons. Nicholas Cheong Jinsuk. Al termine

del rito religioso, accompagnato da musiche di grande suggestione, il Congresso è stato aperto dal Presidente della FIAMC, Gian Luigi Gigli. Successivamente, si sono alternate sul podio numerose autorità, tra le quali il Ministro della Sanità della Corea, Sung Ho Kim.

Il messaggio inviato dal Santo Padre attraverso il suo Segretario di Stato (vedi testo precedente) è stato letto da S.E. Mons. Javier Lozano, Presidente del Pontificio Con-

siglio per la Pastorale Sanitaria. Particolarmente significativo anche il messaggio inviato dal Presidente della Repubblica di Corea. Al termine della cerimonia è stato assegnato al Dr. Salvino Leone il Premio di Deontologia Medica intitolato a Giovanni XXI, l'unico medico eletto Papa nel corso della storia.

La cerimonia inaugurale si è conclusa con un ricevimento di benvenuto offerto dagli ospiti coreani a tutti i Paesi partecipanti, le cui delegazio-

ni sono state introdotte nella sala accompagnate dalle bandiere nazionali.

Le giornate del Congresso hanno costituito, per i Medici Cattolici aderenti alla FIAMC, un'importante occasione per discutere di temi che interrogano la riflessione della Chiesa nel campo dell'etica medica e della pastorale sanitaria.



I lavori scientifici sono stati aperti da una conferenza tenuta da S.E. Mons. Lozano, il quale ha proposto approfondite ed autorevoli riflessioni sull'identità del medico cattolico. Ad essa sono seguiti altri interventi che hanno esaminato i condizionamenti ai quali è esposta l'identità del medico cattolico nelle società pluraliste, la necessità e i limiti di un dialogo con l'etica secolarizzata, le sfide etiche poste dalla ingiusta distribuzione delle risorse, l'ispirazione e l'etica della presenza dei medici cattolici nelle istituzioni sanitarie.

Dopo aver riflettuto sull'identità del medico cattolico, i congressisti hanno potuto ascoltare interessantissimi report sulle condizioni, estremamente diverse, nelle quali i medici cattolici si trovano a vivere la loro missione e a portare la loro testimonianza. È stato così possibile ascoltare la voce di chi si trova a combattere con i processi di secolarizzazione anticattolica operanti all'interno di Paesi di antica tradizione cristiana, la missione di chi opera in Paesi in via di sviluppo a maggioranza cristiana, i problemi

dell'annuncio cristiano in Africa, la situazione di chi vive in Paesi dove i cristiani sono una minoranza rispettata, le difficoltà dei medici cattolici nei Paesi a maggioranza islamica, la testimonianza di coloro che, come in Vietnam, hanno pagato con la persecuzione la loro fedeltà al Vangelo e alla Chiesa.

Un'intera sessione è stata dedicata alle sfide che le nuove circostanze pongono alle istituzioni sanitarie cattoliche e, più in generale, alla pastorale sanitaria della Chiesa.

A tale riguardo è stata sottolineata l'urgenza di più precisi rapporti tra i vescovi locali e gli ospedali cattolici che, in alcuni Paesi, rischiano di perdere la propria identità, sotto la spinta del calo delle vocazioni religiose e di processi di fusione con partner di diversa estrazione culturale. Esposti alle pressioni disgregatrici di un secolarismo che penetra anche i consigli di amministrazione e i consulenti in bioetica, gli ospedali cattolici rischiano di trovarsi in situazioni di grande ambiguità, con grave disorientamento delle comunità ecclesiali. All'inverso, riportando l'esperienza della Chiesa di Taiwan, è stato sottolineato il ruolo sociale che può assumere l'evangelizzazione attraverso la cura dei malati.

Grande interesse ha suscitato anche la sessione sulla cooperazione sanitaria con i Paesi in via di sviluppo, nel corso della quale sono stati portati all'attenzione dei congressisti sette progetti di cooperazione sanitaria realizzati in diversi Paesi, da Myanmar alla Mongolia, da Timor Est al Mozambico. In tali report le Associazioni Nazionali hanno trovato incoraggiamento per nuove e più incisive esperienze di cooperazione sanitaria, in spirito di solidarietà e di testimonianza evangelica.

La sessione sulle cellule staminali, tenutasi in memoria del compianto Professor Lejeune, ha costituito il punto di più alto valore scientifico del Congresso, grazie soprattutto al contributo del Professor Angelo Vescovi, uno dei più importanti ricercatori al

mondo in tale ambito di indagini. Lo studioso dell'Istituto San Raffaele di Milano ha mostrato le potenzialità cliniche degli studi sulle cellule staminali adulte, dimostrandone la fattibilità e la convenienza, oltre a valorizzarne i risvolti positivi di natura etica rispetto ai rischi che presentano le indagini volte a trovare metodi di cura con le cellule staminali embrionali. Il contributo scientifico della sessione è stato ripreso nella mozione finale del Congresso, con un pressante invito alle Università e agli Ospedali cattolici ad investire fondi nella ricerca sulle cellule staminali adulte, per evitare il rischio di essere travolti dalla pressione scientifica e industriale in favore dell'uso di cellule staminali embrionali.

Oltre alle relazioni invitate, nel corso del congresso vi è stato spazio per molte comunicazioni libere e per alcuni workshop, durante i quali i congressisti hanno avuto modo di discutere su alcune delle istanze bioetiche più attuali e significative, quali le cure palliative, l'AIDS, le demenze, la formazione etica dei futuri medici e i metodi naturali di controllo delle nascite.

Ogni giorno la Santa Messa ha costituito il vertice spirituale della giornata. Le celebrazioni sono state molto curate dal punto di vista liturgico, grazie anche al contributo di cori coreani che hanno alternato bellissime composizioni sacre coreane alle musiche della tradizione universale della Chiesa.

Particolarmente toccante e suggestiva è stata la S. Messa celebrata nel Santuario dei Martiri Coreani di Jeoldusan, alle porte di Seoul, uno dei tanti luoghi dove per 120 anni, fino alla fine dell'Ottocento, i cattolici coreani pagarono col sangue la loro fedeltà a Cristo. Solo a Jeoldusan furono torturati e perseguitati circa 10.000 fedeli, il cui sacrificio è ricordato nel Museo annesso al santuario. Nel corso della Messa, celebrata dal Vescovo ausiliare di Kuala Lumpur (Malaysia), si è pregato affinché, sull'esempio dei martiri fondatori della Chiesa

coreana, dalla cui testimonianza è nata una vivace e feconda presenza della Chiesa in Asia, i Medici Cattolici diventino, nel loro ambito, testimoni credibili di Cristo Medico, capaci di vedere il Suo volto sofferente e glorioso in quello di ogni essere umano, soprattutto di coloro la cui dignità non viene riconosciuta, quali i bambini non ancora nati, gli anziani afflitti da deterioramento mentale, i malati terminali.

Nel corso del Congresso, come è tradizione, la FIAMC ha tenuto la sua Assemblea Generale e le elezioni per il rinnovo delle cariche sociali.

Tra le decisioni più importanti, è stata approvata una revisione della composizione del Comitato Esecutivo, allargandolo ai portavoce di tre nuovi comitati, quale segno della attenzione della FIAMC per alcuni temi emergenti: Cooperazione Sanitaria Internazionale, Bioetica, Informazione e Formazione per via informatica. Oltre a discutere di altri problemi di organizzazione e di programmi. L'Assemblea Generale ha completato un lungo cammino di riflessione, incominciato nel 1994, attorno all'ispirazione e agli scopi dell'Associazione Medico Cattolica. A tal fine, sono state recepite, all'interno dello Statuto, la Promessa del Medico Cattolico, approvata nel 1997 dal Pontificio Consiglio della Pastorale sanitaria, e la Preghiera del Medico, composta da Papa Giovanni Paolo II e donata alla FIAMC durante il XX Congresso Mondiale, tenutosi a Roma in occasione del Grande Giubileo del 2000.

In conseguenza del risultato delle elezioni, Gian Luigi Gigli (Italia) e François Blin (Francia) sono stati riconfermati, rispettivamente, Presidente e Segretario Generale della FIAMC, mentre Joon Ki Kang (Corea) e George Isajiw sono stati eletti Vice Presidente e Tesoriere.

Infine, l'Assemblea Generale ha approvato la Candidatura di Barcellona quale sede del XXII Congresso Mondiale FIAMC del 2006 ed ha approvato all'unanimità la mo-

zione finale del Congresso (vedi testo seguente).

Meticolosamente curato in ogni dettaglio dalla Associazione Coreana, il Congresso si è caratterizzato anche per la squisita ospitalità e per il clima di amicizia e di fraternità. I momenti conviviali e gli spettacoli di animazione e di folklore hanno permesso di apprezzare alcuni aspetti della cultura coreana. Particolarmente coinvolgente è stata la cena di commiato, nel corso della quale, oltre alla presentazione dei neoeletti, sono stati premiati, per il loro lungo servizio alla Professione Medica ed alla Chiesa del loro Paese, il Prof. Agostino Maltarello (Italia), il Prof. José María Massons Esplugues (Catalogna) ed il Prof. Francisco Kyu-Sang Cho (Corea). Nel corso della stessa cena d'addio, la terza edizione della prestigiosa FIAMC *Award of Honour for Science and Faith* è stata assegnata ai coniugi Billings, per i loro studi sulla regolazione della fertilità e per la loro opera in favore della diffusione di metodi naturali per il controllo della nascite, rispettosi dell'insegnamento della Chiesa.

Un'ultima sottolineatura riguarda l'annuncio, da parte della Associazione dei Medici Cattolici del Giappone, di proporre all'Arcivescovo di



Nagasaki l'apertura della causa di beatificazione del Prof. Paolo Nagai, un convertito giapponese, docente nell'Università di Nagasaki, morto a seguito del fall out delle radiazioni provocate dalla bom-

ba atomica sganciata dagli Stati Uniti sul quartiere cattolico della città giapponese. Il Prof. Nagai morì dopo anni di sofferenze, dando una testimonianza eroica di carità che, insieme a Papa Pio XII e all'Imperatore del Giappone, commosse moltissimi fedeli in tutto il mondo. La sua figura ispirò anche un celebre film ("Le campane di Nagasaki") ed alcuni libri. La FIAMC si augura di avere questo illustre collega proposto dalla Chiesa a modello per i medici di tutto il mondo.

Il XXI Congresso Mondiale è stata per la FIAMC e per le Associazioni in essa federate un importante stimolo ad una rinnovata e più incisiva presenza nei dibattiti culturali che attraversano la professione medica, nella fedele e cordiale adesione al Magistero della Chiesa, con particolare riferimento alla promozione e alla difesa della vita, secondo quanto indicato nella *Evangelium Vitae*. Nel prossimo quadriennio, in attesa di ritrovarsi a Barcellona nel 2006, la FIAMC intende continuare ad accrescere la sua collaborazione con i dicasteri della Santa Sede e particolarmente con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, presente a Seoul con il suo Presidente S.E.R. Mons. Javier Lozano. Analoga collaborazione viene assicurata alle rispettive Conferenze Episcopali da parte delle singole Associazioni Nazionali.

Il programma del Congresso e la gran parte dei testi delle relazioni possono essere visitati sul sito web della FIAMC: [www.fiamc.org](http://www.fiamc.org).

Prof. GIAN LUIGI GIGLI  
Presidente della FIAMC

# XXI Congresso Mondiale della FIAMC

## Mozione finale

SEOUL, 1-4 SETTEMBRE 2002

1. La vocazione del Medico Cattolico è uguale in tutto il mondo e dura per tutta la vita. Essa è basata sull'amore per il paziente, condiviso con Dio, e sul rispetto per la vita umana, dal concepimento fino alla morte. I pazienti sono trattati con spirito di fede e di speranza nella resurrezione, in vista di una guarigione fisica e spirituale.

2. Nell'era della medicina sperimentale e delle tecnologie avanzate, l'identità del medico non deve essere relegata in una sfera individuale e privata. In particolare, deve essere riguadagnato il significato dell'essere Medici Cattolici, cosicché il paziente sia trattato con l'amore e la piena consapevolezza delle sue condizioni cliniche, sociali e spirituali, e protetto da ogni possibile danno.

3. I Medici Cattolici riaffermano con forza la loro piena fedeltà al Magistero della Chiesa e la loro collaborazione con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Essi promuovono la difesa delle posizioni della Chiesa ogni volta che sono poste sotto attacco.

4. La sofferenza, il dolore e la morte sono esperienze di vita che non dovrebbero essere rifiutate, ma piuttosto essere viste alla luce del "Vangelo della Vita", considerandole unite alla Morte e Resurrezione di Cristo. La compassione e l'alleviamento della sofferenza, fino al punto della morte naturale, devono essere il marchio distintivo di una assistenza sanitaria autenticamente cattolica.

5. Nel nostro mondo pluralistico, i Medici Cattolici adatteranno la gestione della malattia in armonia con la cultura e il credo religioso del paziente, rispettandone l'identità propria.

6. Il diritto di ogni paziente

all'assistenza sanitaria di base supera qualsiasi barriera di cultura religiosa, e deve essere assistito, dove possibile, dal dialogo e dalla collaborazione con le culture non cristiane.

7. I Medici Cattolici favoriscono una più attiva ricerca scientifica sui possibili benefici di tutti i tipi di terapia con le cellule staminali, eccetto che con le cellule staminali dell'embrione umano. I medici e l'opinione pubblica ed i legislatori hanno diritto ad informazioni attendibili sia sui benefici che sugli effetti collaterali negativi delle terapie con cellule staminali. I Medici Cattolici si oppongono alle



tecniche di congelamento dell'embrione umano, che deve essere trattato con lo stesso rispetto e con gli stessi diritti che valgono per ogni essere umano. Le Università cattoliche e gli Ospedali cattolici dovrebbero investire fondi a sostegno di ricerche sulle cellule staminali, che non utilizzino le cellule staminali embrionali.

8. Il Medico Cattolico ha bisogno di trovare modi e mezzi per portare, tramite organizzazioni non governative e l'intervento individuale, le cure mediche di base a tutti coloro che non hanno accesso ai servizi medici, in particolare nel campo della tutela della ma-

ternità. Occorre ricordare che un miliardo di persone nel mondo manca dell'acqua corrente e vive con meno di un dollaro al giorno.

9. I Medici Cattolici hanno a cuore le condizioni degli Ospedali cattolici e sono interessati a che l'identità e il carisma delle Istituzioni sanitarie cattoliche siano preservate. I Medici Cattolici si sentono impegnati a dare ad esse diretta assistenza, partecipando ai Comitati consultivi e a quelli di Bioetica. Da parte loro, i medici Cattolici incoraggiano le Istituzioni sanitarie cattoliche ad accettare il sostegno di professionisti cattolici impegnati a condividere la loro missione.

10. I Medici Cattolici raccomandano che, come i Vescovi hanno la responsabilità dell'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche, così essi devono essere adeguatamente rappresentati all'interno dei Comitati Etici degli Ospedali cattolici e devono ricevere regolari informazioni sui problemi che concernono difficoltà etiche o che interessano l'identità cattolica dell'ospedale. I Vescovi offriranno adeguata leadership alle Istituzioni sanitarie cattoliche ogni volta che queste lo richiederanno.

11. L'elaborazione di una bioetica cattolica basilare e la riflessione sui problemi bioetici emergenti restano di interesse fondamentale per i Medici Cattolici. Nell'era del sovraccarico di informazioni, il Comitato Esecutivo della FIAMC si sente impegnato a raccogliere, selezionare e far circolare informazioni provenienti da Centri di Bioetica autenticamente cattolici. Gli interventi legislativi proposti in materia di bioetica (ad esempio leggi sull'eutanasia, ecc.) saranno anche raccolti e distribuiti per interventi di lobbying e per l'azione politica.