



DOLENTIUM HOMINUM

N. 56 – anno XIX – N. 2, 2004

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

DIREZIONE

S.EM. CARD. 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
CASABIANCA SIG.A STEFANIA
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 - e-mail: 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

Poste Italiane s.p.a. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. In L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB Roma

Sommario

XII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
SANTUARIO DI NOSTRA SIGNORA DI LOURDES,
FRANCIA - 11 FEBBRAIO 2004

6 **Lettera del Santo Padre**
Giovanni Paolo II

8 **Cronaca**
Don Dariusz Giers

12 **La Madonna Immacolata di Lourdes
veglia sui malati**
Giovanni Paolo II

13 **A Te affidiamo i malati, gli anziani,
le persone sole**
Giovanni Paolo II

14 **L'Immacolata è segno stupendo
della vittoria della vita sulla morte**
Giovanni Paolo II

15 **Omelia**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán

DISCORSI DEL SANTO PADRE

18 **Messaggio di Giovanni Paolo II
alla Pontificia Accademia per la Vita
nel Decennale della fondazione**

19 **Discorso di Giovanni Paolo II
ai partecipanti all'Assemblea Plenaria
della Pontificia Accademia per la Vita**

20 **Discorso di Giovanni Paolo II
ai partecipanti al Congresso
Internazionale su "I trattamenti
di sostegno vitale e lo stato vegetativo.
Progressi scientifici e dilemmi etici"**

ARGOMENTI

24 **Le sfide per i cristiani in Europa
nel campo della medicina
e delle cure sanitarie**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán

30 **Pregare nella salute
e nella malattia**
S.E. Mons. José L. Redrado, O.H.

38 **La gestione carismatica
nell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio**
Fra José L. Garcia Imas, O.H.

48 **La bioetica all'UNESCO**
Mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu

51 **La predisposizione genetica
e la scelta**
Dott. Jim Brugarolas

TESTIMONIANZE

54 **Testimonianza di vita nella malattia**
*Dott. Antonio Torralbo Moreno
Laura Rigual Collantes*

57 **Pastorale della Salute
in America Latina e Caraibi**
S.E. Mons. Jorge Jiménez Carvajal

62 **Presentazione della
XIX Conferenza Internazionale**
S.Em. Card. Javier Lozano Barragán

62 **Programma della
XIX Conferenza Internazionale**

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:
"Galicia instante eterno"
Fotografie di Carlos Rodríguez
Pubblicato da Ediciones y Producciones
Ferramulín, S.L. - Vigo, 1995.*

***XII Giornata
Mondiale del Malato***



***Santuario di Nostra Signora
di Lourdes, Francia
11 febbraio 2004***

Lettera del Santo Padre

*IN DATA 28 GENNAIO 2004
IL SANTO PADRE GIOVANNI PAOLO II
HA NOMINATO S.EM. IL CARDINALE JAVIER LOZANO BARRAGÁN,
SUO INVIATO STRAORDINARIO
ALLA CELEBRAZIONE DELLA XII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO*

Al Nostro Venerabile Fratello
JAVIER Cardinale LOZANO BARRAGÁN
Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari
(per la Pastorale della Salute)

Ricorrendo il 150° anniversario della definizione dogmatica dell'Immacolata Concezione, riecheggiano care al cuore e sommamente confortanti le parole che la Madre del Signore pronunciò nella grotta di Massabielle. È dunque tanto più opportuno che si celebri a Lourdes la XII Giornata Mondiale del Malato proprio nel giorno in cui la Chiesa intera fa memoria della prima apparizione della Vergine Immacolata, Salute degl'infermi, in quella cittadina.

Con piacere abbiamo altresì appreso che tal evento sarà preceduto da due giornate, volte a lumeggiare codeste tematiche, vale a dire *L'Immacolata Concezione e la Salute nelle radici cristiane dell'Europa* nonché *Il rinnovo della pastorale della salute nel mondo e soprattutto in Europa per il tramite celebrativo di detto anniversario*.

Certi perciò dell'importanza di questa realtà, abbiamo pensato a Te, Venerabile Fratello Nostro, che in qualità di Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari collabori sollecitamente con Noi per favorire la cura pastorale degl'infermi.

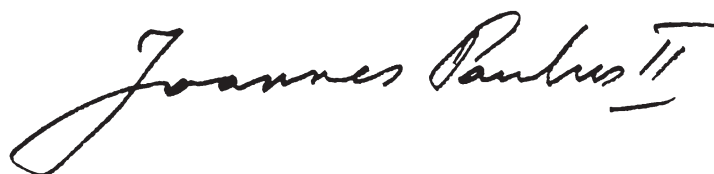
Per tale ragione ti costituiamo e nominiamo, con questa Lettera, INVIATO STRAORDINARIO in Nostra rappresentanza all'anzidetta celebrazione del prossimo 11 febbraio.

Desideriamo invero che tu porti il Nostro paterno e sincero saluto a quanti prenderanno parte a questo raduno, specificamente tanto ai fratelli e sorelle infermi quanto agli operatori sanitari. Presiederai inoltre a nome Nostro le celebrazioni liturgiche, esortando caldamente gli astanti a soddisfare gl'inviti della Madre della mise-

ricordia, che a Lourdes chiese penitenza e preghiera, e a offrire, in intima unione con Gesù Crocifisso e la stessa Vergine Addolorata, le proprie infermità sia corporali sia spirituali per la salvezza dell'intero genere umano.

Nell'affidare infine questo tuo mandato all'intercessione di Maria Vergine Immacolata, vogliamo in pari tempo che tu amorevolmente elargisca a nome Nostro la Benedizione Apostolica, apportatrice d'ogni bene e testimone della Nostra benevola volontà, a tutti coloro che parteciperanno alla XII Giornata Universale del malato.

Dal Vaticano,
28 gennaio 2004,
ventiseiesimo anno del Nostro Pontificato.

A handwritten signature in black ink, reading "Joannes Paulus II". The signature is written in a cursive, flowing style, with the letters connected. The "J" is large and loops around, and the "II" is written as two distinct vertical strokes.

Cronaca della XII Giornata Mondiale del Malato

LOURDES, 9-11 FEBBRAIO 2004

8

La XII Giornata Mondiale del Malato è stata solennemente celebrata a Lourdes in Francia, un piccolo paese ai piedi dei Pirenei dove, a partire dall'11 febbraio del 1858, "una Signora vestita di bianco" è apparsa 18 volte alla giovane pastorella Bernadette Soubirous. Da quel tempo Lourdes è diventata meta di tanti pellegrinaggi, un santuario "capitale" del mondo del dolore e della sofferenza, luogo, come l'ha descritto il Santo Padre Giovanni Paolo II, dove la Madonna in persona ha voluto "manifestare il suo amore materno specialmente verso i sofferenti e gli ammalati".

Il motivo principale che ha determinato la scelta di questa cittadella mariana è stato la ricorrenza nel 2004 del 150° anniversario della proclamazione del dogma dell'Immacolata Concezione. Prendendo spunto da questa verità, rivelata esplicitamente a Lourdes, la Giornata ha voluto approfondire il seguente tema: *"L'Immacolata Concezione e la Salute nelle radici cristiane dell'Europa"*. Più esattamente si è voluto riflettere su "come rinnovare la Pastorale della Salute nel mondo e in particolare in Europa".

Questo evento di grande valore è stato promosso dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute insieme alla Conferenza Episcopale di Francia, rappresentata da S.Em. il Cardinale Philippe Barbarin, Arcivescovo di Lione, Responsabile per la Pastorale Sanitaria presso la medesima Conferenza, come pure dal Vescovo di Tarbes e Lourdes, S.E. Mons. Jacques Perrier.

Inviato Speciale del Santo Padre alla XII Giornata Mondiale del Malato è stato designato S.Em. il Card. Javier

Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Altri membri della Delegazione pontificia sono stati nominati i due Canonici della Diocesi di Tarbes e Lourdes: il Rev. Pierre-Marie Charriez e il Rev. Henri Fréchou.

Tra i componenti del gruppo di persone del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute che si è recato a Lourdes erano: il Vescovo Segretario del Pontificio Consiglio, S.E. Mons. José Luis Redrado O.H., alcuni Officiali e collaboratori del Dicastero, nonché sacerdoti, religiosi e laici, impegnati in vario modo nella pastorale sanitaria nei diversi Paesi.

La celebrazione di quest'anno ha richiamato alla memoria gli inizi della Giornata Mondiale del Malato quando essa, appena istituita da Giovanni Paolo II, per la prima volta ebbe luogo l'11 febbraio del 1993 proprio a Lourdes.

Preparazione della giornata

Annunciata e indetta dal Messaggio del Santo Padre, la celebrazione della XII Giornata Mondiale del Malato a Lourdes è stata oggetto di numerose iniziative preparatorie. Il Pontificio Consiglio ha fatto diffondere il Messaggio tramite i mezzi di comunicazione. La Radio Vaticana ha trasmesso le principali iniziative connesse alla celebrazione. I depliant informativi contenenti il programma della Giornata sono stati preparati sia dal nostro Dicastero che dalla Commissione Episcopale della Pastorale della Salute in Francia.

In vista di un'adeguata preparazione, il Presidente del Pontificio Consiglio si è reca-

to personalmente sul posto dove ha tenuto una serie di incontri con il Comitato organizzatore della Giornata composto, in prima linea, dal Segretario della Conferenza Episcopale Francese, il Rev.do Bernard Hayet, dall'Ordinario della Diocesi di Tarbes e Lourdes, S.E. Mons. Jacques Perrier e dal Rettore del Santuario, il Rev.do Raymond Zambelli.

Celebrazione della giornata

Come di consueto, anche questa XII Giornata del Malato si è contraddistinta secondo caratteristiche principali: pastorale, teologica e liturgica.

*L'aspetto pastorale:
L'incontro dei Vescovi
e dei loro Delegati*

La Tavola rotonda dei Vescovi responsabili per la Pastorale della Salute e dei loro delegati provenienti da diversi Paesi europei è stata dedicata al tema principale della Giornata: *"L'Immacolata Concezione e la salute nelle radici cristiane dell'Europa"*; si è svolta al «Centre Accueil Notre-Dame» la mattina e il pomeriggio di lunedì 9 febbraio.

A introdurre i lavori è stato il Cardinale Javier Lozano Barragán che nel suo intervento ha presentato i principali orientamenti della Pastorale della Salute e la sua situazione attuale nella Chiesa del mondo.

Tra gli aspetti negativi che colpiscono l'ambito sanitario del vecchio Continente, il Presidente del Pontificio Consiglio ha additato il secolarismo come il più pericoloso. In quanto corrente di pensiero esso presenta in maniera distorta il dolore, la sofferenza e la

morte. Un altro aspetto negativo, sul quale il secolarismo esercita una forte influenza, è la carenza degli agenti della Pastorale della Salute e, in particolare, quelli religiosi.

Il Cardinale ha concluso mettendo in luce le proposte: evangelica, pontificia e quella del Dicastero che pongono delle basi solide e danno risposte sufficienti di fronte ai complessi problemi della Pastorale della Salute in Europa.

Più nel dettaglio la situazione di questa Pastorale è stata mostrata dai Vescovi e dai loro Delegati provenienti dal Belgio, dalla Francia dall'Inghilterra, dall'Irlanda, dall'Italia, dal Lussemburgo, dalla Polonia, dalla Romania, dalla Spagna e dalla Svizzera.

Il Vescovo di Bruges in Belgio, S.E. Mons. Roger Vangheluwe, si è soffermato a lungo sul tema dell'eutanasia, recentemente approvata dal governo belga. Ha messo in evidenza lo sforzo di tutta la Chiesa per contrastare questa legge, come anche la sua lotta contro il secolarismo e la laicizzazione degli ospedali cattolici.

Il tema dell'eutanasia è ritornato nell'intervento di P. Joseph Roduit, Abate dell'Abbazia territoriale di Saint-Maurice, in Svizzera. Tra gli altri gravi problemi che deve affrontare la Chiesa in Svizzera, l'Abate ha indicato: un alto consumo di droghe, la crescente infertilità e i programmi *planning family* messi in atto dal governo e inconciliabili con la visione cattolica della famiglia.

Anche in Spagna, come è risultato dalla relazione del Vescovo di Palencia, Rafael S.E. Mons. Palmero Ramos, dove la nuova evangelizzazione ha portato già alcuni frutti nell'ambito sanitario, preoccupa l'attitudine di certi gruppi estremisti a favore dell'eutanasia.

Molto interessanti sono stati gli interventi dell'équipe responsabile per la Pastorale Sanitaria presso la Conferenza Episcopale francese. La presentazione ha mostrato che la salute è "bene prioritario" in Francia; che i sacerdoti presenti negli ospedali, pur essen-

do pochi, riescono a trasmettere valori cristiani come la fiducia e la speranza, prestando un prezioso aiuto ai malati. Tra le sfide principali si deve annoverare la laicizzazione delle istituzioni pubbliche, la presenza dei musulmani e l'attuale dibattito sull'eutanasia, nel quale la voce cattolica è chiara e decisa.

L'impegno della Chiesa in Polonia è stato presentato da Padre Marian Wnuk, mettendo a fuoco che la Chiesa è stata da sempre operante nell'ambito sanitario, ma solo da pochi anni, dopo aver riconquistato la piena libertà, essa può lavorare tranquillamente svolgendo delle iniziative programmate a livello nazionale e

disposte di fronte alla Chiesa cattolica che deve operare gratuitamente con la carità.

Per la Chiesa in Italia è intervenuto Mons. Sergio Pintor, direttore dell'Ufficio della Conferenza Episcopale Italiana che si interessa della pastorale sanitaria; egli ha chiesto l'impegno concreto di dare vita a un "forum europeo" in materia di sanità per condividere e comunicare esperienze e dare nuove prospettive all'azione in favore del malato – il malato soggetto e protagonista del mondo della salute.

Il dibattito del primo giorno, ampio e articolato, ha messo in evidenza un grande impegno della Chiesa in Europa che cerca di dare delle solu-



locale. L'iniziativa di maggiore rilievo è l'annuale pellegrinaggio degli operatori sanitari a Czestochowa, che dal 1994 ha visto crescere partecipazione e interessamento. C'è poi l'annuale ritiro per i cappellani ospedalieri. Un accento forte viene posto anche sulla catechesi e la formazione presso le facoltà di medicina per inculcare i valori cristiani nelle future generazioni dei medici.

In Romania invece, come ha mostrato il Vescovo Ausiliare di Iași, Mons. Aurel Percă, la situazione è drammatica: si tratta di un Paese a maggioranza ortodossa (85%) nel quale le strutture dello stato restano ancora latitanti e mal-

zioni pastorali valide di fronte ai problemi del secolarismo, della laicizzazione, dell'emigrazione, dell'indebolimento della fede e dalla scarsità delle vocazioni religiose.

*L'aspetto teologico:
La giornata di studio per
gli operatori della salute*

Il 10 febbraio, presso il «Palais des congrès» di Lourdes si è svolta, alla presenza di numerosi medici e paramedici e di persone impegnate nel campo della salute, la giornata di studio destinata proprio a loro.

In quanto primo relatore, il Cardinale Javier Lozano Barragán ha sviluppato ampia-

mente il tema *“Il nuovo paradigma: bioetica chiusa e bioetica aperta verso il trascendente”*.

Dopo aver accennato alcuni dati sulle origini della bioetica, il Presidente del Pontificio Consiglio ha sintetizzato due principali correnti del pensiero contemporaneo. La prima segue la pista del “nuovo paradigma” e rappresenta la bioetica chiusa al trascendente; la seconda, invece, la bioetica aperta al trascendente. Non sorprende che queste correnti che si contrappongono sin dal punto di partenza daranno delle interpretazioni contrastanti su questioni particolari come: la fecondazione in vitro, la clonazione, le cellule staminali, la manipolazione degli embrioni, i trapianti di organi, l'eutanasia e le cure palliative. Bisogna quindi essere molto precisi nell'esposizione di questi argomenti. Nessuno può avere dubbi, ha ribadito il Cardinale, che “noi non siamo per una bioetica chiusa, orizzontale ma siamo per una bioetica aperta, verticale che guarda al Trascendente”.

Altri due interventi sono stati proposti nel primo pomeriggio. Il Padre Arnaud de Vaujuas, incaricato dell'insegnamento presso l'Istituto Cattolico di Tolosa e dottore in medicina, ha parlato delle “applicazioni nel campo della biogenetica”, mentre Padre André Cabes, teologo, già cappellano a Lourdes, e il dottor Patrick Thellier, direttore dell'Ufficio Medico del santuario, hanno parlato del rapporto “Immacolata Concezione e malati a Lourdes”.

L'aspetto liturgico: i momenti di preghiera

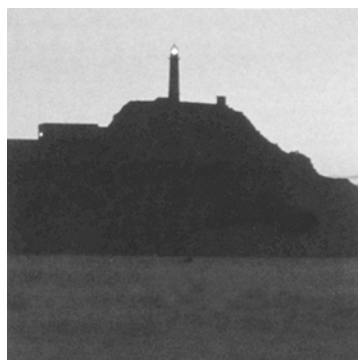
1. La Santa Messa di apertura, lunedì 9 febbraio

La S. Messa di apertura ha avuto luogo nella Cripta situata tra la Basilica del Rosario e la Basilica “superiore” ed è stata presieduta dal Cardinale Javier Lozano Barragán che nella breve omelia ha affermato: “Crediamo che alle radici cristiane dell'Europa ci sia sempre una ricerca di armonia attraverso Cristo. Maria nella sua Concezione Immacolata

aiuta a ritrovare tale armonia”. Il Porporato ha quindi invitato tutti i presenti a vivere profondamente con Maria tre giorni di preghiera e di riflessione a Lourdes.

2. La Santa Messa di martedì, 10 febbraio

È stato il Cardinale Philippe Barbarin, Arcivescovo di Lione a presiedere la Concelebrazione Eucaristica nella Basilica dell'Immacolata Concezione, martedì mattina. Salutando cordialmente tutti i partecipanti alla XII Giornata del Malato, il Cardinale ha espresso una personale soddisfazione perché è stata scelta la Francia e, in particolare il Santuario mariano di Lourdes, per ospitarla.



3. La processione eucaristica con il conferimento dell'Unzione degli Infermi

Lo stesso giorno 10 febbraio, alle ore 17.00, è iniziata la processione eucaristica. La numerosa assemblea dei fedeli, con il Cardinale Javier Lozano Barragán alla guida, è partita dalla moderna chiesa di Santa Bernadetta, situata sull'altra sponda del Gave, dirigendosi verso la Basilica sotterranea di San Pio X. All'interno di essa si è svolta la solenne liturgia della parola durante la quale l'Inviato del Papa ha conferito il sacramento dell'Unzione degli Infermi ad un numero di malati radunati davanti all'altare. Il momento più toccante è stato la benedizione con il Santissimo Sacramento in mezzo ai malati.

4. La veglia di preghiera

Alla vigilia della festa della Nostra Signora di Lourdes ci sono stati due significativi momenti di preghiera. Alle ore

21.00 oltre 10.000 pellegrini hanno partecipato alla processione *aux flambeaux* con la recita del Rosario. La preghiera comunitaria si è trasformata poi nella notturna preghiera individuale davanti al Santissimo Sacramento, che è stato esposto sull'altare della Basilica della Madonna del Rosario.

5. La solenne Celebrazione Eucaristica dell'11 febbraio

Alle ore 9.30 l'Inviato speciale del Papa, il Cardinale Javier Lozano Barragán è stato accolto all'entrata della Basilica sotterranea di San Pio X. S.E. Mons. Perrier ha letto la Lettera papale di nomina dell'Inviato speciale; la lettura in francese del Messaggio di Giovanni Paolo II per la Giornata Mondiale del Malato è stata fatta dal Rettore del Santuario, don Zimbelli; quindi si è dato inizio alla solenne Concelebrazione Eucaristica.

L'assemblea liturgica, molto composta, contava più di 25.000 persone. Il Vangelo, oltre che in francese, è stato proclamato in italiano, spagnolo e inglese. Sui maxischermi scorrevano i testi in lingua tedesca e olandese.

Con l'Inviato del Papa hanno concelebrato Mons. Carlo Caffarra, Arcivescovo di Bologna, Mons. Jacques Perrier, Vescovo del luogo, il Vescovo José Luis Redrado, Segretario del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Mons. Thomas Kwaku Menasi, Vescovo di Obuasi (Ghana), Mons. Rafael Palmero Ramos, Vescovo di Palencia, Mons. Adalbert Ndzana, Vescovo di Mbalmayo (Cameroun), Mons. Giuseppe de Falco, Vescovo di Sulmona-Valva, Mons. Beniamino de Palma, Arcivescovo di Nola, Dom Joseph Roduit, Abate di Saint-Maurice, Mons. Aurel Percă, Ausiliare del Vescovo di Iași, Mons. Massimo Giustetti, Vescovo emerito di Biella, Don Zimbelli, Rettore del Santuario e altri 700 sacerdoti, tra i quali i presbiteri Officiali del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Nell'Omelia il Cardinale Javier Lozano Barragán ha messo in risalto che “l'Immacolata Concezione ha portato Maria fino alla piena armonia e alla

piena salute nell'Assunzione attraverso il cammino doloroso della croce. (...) Capire l'Immacolata Concezione come pienezza d'armonia, sarebbe ritornare con vera novità alle radici della cultura cristiana europea. E sarebbe anche capire Lourdes come luogo nel quale Dio, per intercessione della Madonna, concede tante volte la guarigione applicando la redenzione che Cristo ci offre. Così Lourdes diventa centro privilegiato della Nuova Evangelizzazione della cultura europea...".

Prima della benedizione finale, sugli schermi è apparso il Santo Padre Giovanni Paolo II. Le sue parole, pronunciate durante l'udienza generale nell'Aula Paolo VI, hanno riecheggiato nella valle mariana accarezzando i cuori di migliaia e migliaia di sofferenti: "Sotto la tua protezione cerchiamo rifugio Vergine Immacolata di Lourdes". "Mi rivolgo ora – ha detto il Pontefice – a quanti hanno sperimentato nel corpo e nello spirito il peso della sofferenza. A ciascuno di loro rinnovo l'espressione del mio affetto e della mia vicinanza spirituale. Vorrei, al tempo stesso, ricordare che l'esistenza umana è sempre un dono di Dio, anche quando è segnata da patimenti fisici di genere umano".

È stato molto espressivo il saluto del Santo Padre ai numerosi volontari presenti nella Basilica: "Mi è caro di rivolgere una parola di sentito apprezzamento a coloro che, con semplicità e spirito di servizio, si pongono accanto ai malati, cercando di alleviarne le sofferenze".

Grazie alle moderne tecniche di comunicazione, il «ponte» di preghiera e di condivisione tra Roma e Lourdes è stato non solo un momento di commozione, ma anche di forte ricarica spirituale.

6. Le processioni *aux flambeaux*

Ogni sera alle 21.00 iniziava la processione *aux flambeaux*: la folla dei pellegrini partiva dalla Grotta delle apparizioni, passava lungo il fiume Gave e poi per le strade che portano nel cuore della cittadella mariana per terminare nel grande piazzale del Rosario davanti alla Basilica dell'Immacolata Concezione. Tenendo in mano i ceri accesi, i partecipanti recitavano la preghiera del Santo Rosario alternando ogni decina con il canto soave "Ave Maria", tradizionale a Lourdes. Ogni mistero veniva letto e recitato in una diversa lingua. La processione si concludeva con il canto soave della "Salve Regina".

Lunedì sera la processione è stata guidata dall'Inviato speciale del Santo Padre.

Conclusione

La celebrazione della XII Giornata Mondiale del Malato a Lourdes ha avuto un significato speciale non solo per l'eccezionalità del luogo dove è avvenuta. Al di là di questo sono stati commemorati con essa quattro significativi momenti nella recente storia della Chiesa: 150 anni dalla proclamazione del dogma dell'Immacolata Concezione, 146 anni dalla prima apparizione della Madonna a Bernadette Soubirous, 20 anni dalla pubblicazione della lettera *Salvifici doloris* sul senso salvifico della sofferenza e 11 anni dalla prima celebrazione della Giornata Mondiale del Malato dell'11 febbraio 1993, proprio a Lourdes. A questo proposito il Papa Giovanni Paolo II ha scritto: "Lourdes, santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e dell'offerta della sofferenza salvifica".

Don DARIUSZ GIERS
Ufficiale del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute,
Santa Sede



La Madonna Immacolata di Lourdes vegli sui malati

GIOVANNI PAOLO II ALL'ANGELUS DI DOMENICA 8 FEBBRAIO 2004
HA RICORDATO LA GIORNATA MONDIALE DEL MALATO
CHE SI È POI CELEBRATA L'11 FEBBRAIO 2004

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Mercoledì prossimo, 11 febbraio, memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes, si terrà la *Giornata Mondiale del Malato*. Le manifestazioni principali avranno luogo proprio a *Lourdes*, dove Maria Santissima apparve a santa Bernardetta Soubirous, presentandosi come "l'Immacolata Concezione". Quest'anno poi, ricorre il centocinquantesimo anniversario del dogma dell'Immacolata Concezione, proclamato dal mio venerato predecessore il beato Pio IX, di cui ieri abbiamo celebrato la festa.

2. È noto lo stretto *legame che esiste tra Nostra Signora di Lourdes e il mondo della sofferenza e della malattia*. Nel Santuario sorto presso la grotta di Massabielle, i malati sono da sempre i protagonisti, e Lourdes è diventata, nel corso degli anni, un'autentica

cittadella della vita e della speranza. Come poteva essere altrimenti? L'Immacolata Concezione di Maria è, infatti, la primizia della redenzione compiuta da Cristo e pegno della sua vittoria sul male. Quella polla d'acqua sgorgante dalla terra, alla quale la Vergine invitò Bernardetta a bere, richiama alla mente la potenza dello Spirito di Cristo, che risana integralmente l'uomo e gli dona la vita eterna.

3. La Madonna vegli su quanti prenderanno parte ai vari eventi in programma a Lourdes, nei prossimi giorni: gli incontri sulla *pastorale della salute nei Paesi d'Europa* e sullo speciale rapporto tra *l'Immacolata e i malati*. Alla Vergine Santa affidiamo soprattutto la *solenne Celebrazione eucaristica* che sarà presieduta dal mio Inviato Speciale, il Cardinale Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.



A Te affidiamo i malati, gli anziani, le persone sole

LA CATECHESI SVOLTA DA GIOVANNI PAOLO II DURANTE L'UDIENZA GENERALE, NELL'AULA PAOLO VI, MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2004

1. Quest'oggi il nostro pensiero va al celebre Santuario mariano di Lourdes, situato sui monti Pirenei, che continua a richiamare da tutto il mondo folle di pellegrini, fra i quali tante persone malate. In esso hanno luogo quest'anno le manifestazioni principali della *Giornata Mondiale del Malato*, ricorrenza che, per consuetudine ormai consolidata, coincide proprio con la memoria liturgica della Beata Maria Vergine di Lourdes.

È stato scelto questo Santuario non soltanto per l'intenso rapporto che lo lega al mondo della malattia e degli operatori della pastorale sanitaria. Si è pensato a Lourdes soprattutto perché nel 2004 cade il centocinquantenario dell'Immacolata, avvenuta l'8 dicembre 1854. A Lourdes nel 1858, quattro anni dopo, la Vergine Maria, apparendo nella Grotta di Massabielle a Bernardette Soubirous, si presentò come "l'Immacolata Concezione".

2. Ai piedi dell'Immacolata di Lourdes ci rechiamo ora in spirituale pellegrinaggio, per partecipare alla preghiera del clero e dei fedeli, e specialmente dei malati presenti, colà convenuti. La Giornata Mondiale del Malato costituisce un forte richiamo a riscoprire l'importante presenza dei sofferenti nella Comunità cristiana, e a valorizzare sempre più il prezioso loro apporto. Ad uno sguardo semplicemente umano il dolore e la malattia possono apparire realtà assurde: quando, però, ci si lascia illuminare dalla luce del Vangelo, si riesce a coglierne il profondo significato salvifico.

"Dal paradosso della Croce – ho sottolineato nel Messaggio per l'odierna Giornata Mondiale del Malato – scaturisce la risposta ai nostri più inquietanti interrogativi. *Cristo soffre per noi*: Egli prende su di sé la sofferenza di tutti e la redime. *Cristo soffre con noi*, dandoci la possibilità di condividere con lui i nostri patimenti. Unita a quella di Cristo, l'umana sofferenza diventa mezzo di salvezza" (n. 4).

3. Mi rivolgo ora a quanti sperimentano nel corpo e nello spirito il peso della sofferenza. A ciascuno di loro rinnovo l'espressione del mio affetto e della mia vicinanza spirituale. Vorrei, al tempo stesso, ricordare che l'esistenza

umana è sempre un dono di Dio, anche quando è segnata da patimenti fisici di ogni genere; un "dono" da valorizzare per la Chiesa e per il mondo.

Certo, chi soffre non deve essere mai lasciato solo. A questo proposito, mi è caro rivolgere una parola di sentito apprezzamento a coloro che, con semplicità e spirito di servizio, si pongono accanto ai malati, cercando di alleviarne le sofferenze e, in quanto possibile, di liberarli dalle infermità grazie ai progressi dell'arte medica. Penso, in modo speciale, agli operatori sanitari, ai medici, agli infermieri, agli scienziati e ai ricercatori, come pure ai Cappellani degli Ospedali, ai volontari. È un grande atto di amore prendersi cura di chi soffre!

4. "*Sub tuum praesidium...*", così abbiamo pregato all'inizio di questo nostro incontro. "Sotto la tua protezione cerchiamo rifugio", Vergine Immacolata di Lourdes, che ti presenti a noi come il modello perfetto della creazione secondo il piano originario di Dio. A Te affidiamo i malati, gli anziani, le persone sole: leniscine il dolore, asciugane le lacrime e ottieni per ciascuno la forza necessaria per compiere la volontà divina.

Sii il sostegno di quanti ogni giorno alleviano le pene dei fratelli. E aiutaci tutti a crescere nella conoscenza di Cristo, che con la sua morte e risurrezione ha sconfitto il potere del male e della morte.

Nostra Signora di Lourdes, prega per noi!



L'Immacolata è segno stupendo della vittoria della vita sulla morte

DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II IN SAN PIETRO, NEL POMERIGGIO DI MERCOLEDÌ 11 FEBBRAIO 2004, ALLE MIGLIAIA DI AMMALATI E DISABILI CONVENUTI NELLA BASILICA VATICANA, PER PARTECIPARE, IN OCCASIONE DELLA XII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO, MEMORIA DELLA BEATA VERGINE DI LOURDES, ALLA SOLENNE CONCELEBRAZIONE EUCARISTICA PRESIEDUTA A NOME DEL SANTO PADRE DAL CARDINALE CAMILLO RUINI.

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Ancora una volta la Basilica di San Pietro ha spalancato le sue porte ai malati: a voi, che siete qui presenti e, idealmente, a tutti i malati del mondo. Con grande affetto, carissimi, vi saluto. Fin da questa mattina, la mia preghiera è stata dedicata in modo speciale a voi, e ora sono lieto di incontrarvi. Insieme con voi, saluto i vostri familiari, gli amici e i volontari che vi accompagnano. Saluto i membri dell'UNITALSI, come pure i responsabili e gli operatori dell'Opera Romana Pellegrinaggi, che quest'anno celebra 70 anni di vita. Saluto e ringrazio, in modo particolare, il Cardinale Camillo Ruini, che ha presieduto la Santa Messa, i Vescovi e i sacerdoti concelebranti, i religiosi, le religiose e tutti i fedeli presenti.

2. Proprio vent'anni or sono, nella memoria liturgica della Beata Vergine di Lourdes, ho pubblicato la Lettera Apostolica *Salvifici doloris* sul senso cristiano della sofferenza umana. Scelsi allora questa data pensando al particolare messaggio che da Lourdes la Vergine rivolse ai malati e a tutti i sofferenti.

Anche oggi il nostro sguardo si dirige verso la venerata immagine di Maria che si trova nella grotta di Massabielle. Ai suoi piedi sono scritte le parole: "Io sono l'Immacolata Concezione". Parole che trovano quest'anno speciale risonanza qui, nella Basilica Vati-

cana, dove, centocinquant'anni fa, il beato Papa Pio IX proclamò solennemente il dogma dell'Immacolata Concezione di Maria. E proprio dall'Immacolata Concezione, verità che ci introduce nel cuore del mistero della creazione e della redenzione, ha tratto ispirazione il mio *Messaggio per l'odierna Giornata Mondiale del Malato*.

3. Guardando a Maria, il nostro cuore si apre alla speranza, perché vediamo quali grandi cose Dio realizza quando con umiltà ci rendiamo disponibili a compiere la sua volontà. L'Immacolata è segno stupendo della vittoria della vita sulla morte, dell'amore sul peccato, della salvezza su ogni malattia del corpo e dello spirito. È segno di consolazione e di sicura speranza (cfr *Lumen gentium*, 68). Ciò che ammiriamo già compiuto in Lei è pegno di quanto Dio vuole donare ad ogni umana creatura: pienezza di vita, di gioia e di pace.

La contemplazione di questo ineffabile mistero infonda conforto a voi, cari ammalati; illumini il vostro lavoro, cari medici, infermieri e operatori sanitari; e sostenga le vostre preziose attività, cari volontari, che in qualsiasi persona bisognosa siete chiamati a riconoscere e a servire Gesù. Su tutti vegli materna la Vergine di Lourdes. Grazie per le preghiere e i sacrifici che generosamente offrite anche per me! Io vi assicuro il mio costante ricordo e con affetto tutti vi benedico.



Omelia del Cardinale Javier Lozano Barragán

OMELIA TENUTA DURANTE LA SOLENNE CONCELEBRAZIONE A CONCLUSIONE DELLE CELEBRAZIONI DELLA XII GIORNATA MONDIALE DEL MALATO LOURDES, 11 FEBBRAIO 2004

Le utopie divengono pericolose perché, benché significhino ardenti desideri del cuore, restano nell'ambito della fantasia e ci allontanano dalla realtà. Ma, comunque, servono come stimolo per avanzare e a loro modo riflettono l'asse teleologico di ogni cultura. Quando l'utopia più meravigliosa diventa una stupenda realtà, allora quest'utopia diventa "topia", vita, realtà nuda, costituisce effettivamente l'asse autentico culturale, unico degno di questo nome, vera teleologia culturale universale.

Questo accade con la morte e risurrezione di Cristo: la cultura è la vita, la anticultura, la morte; l'unica finalità della cultura è la vita; quando sulla vita incombe lo spavento quotidiano della morte, la vera cultura consisterà nel trovare l'antidoto della morte. L'uomo d'ogni tempo e d'ogni luogo ha cercato sempre questo rimedio, ma nei nostri giorni, stanco di una ricerca che gli è sembrata inutile, si rifugia in uno scetticismo paralizzante insieme con l'epicureismo concomitante di una globalizzazione predominante economica, secondo il principio del "beviamo e mangiamo che domani moriremo". E, inebriato dal progresso tecnologico, reagisce fortemente contro qualsiasi cosa che gli indichi di levare il volto, trascendere il quotidiano e guardare l'orizzonte vero della vita nell'approfondimento storico del Dio fatto uomo che in beneficio di Lui vince la morte con la sua risurrezione. Se accetta quest'orizzonte, allora la cultura riceve il suo vero senso nel mistero fecondo d'insaziabili novità, che colloca la virtù della speranza nel centro motore di una storia che avanza in linea progressiva verso una novità insospettabile.

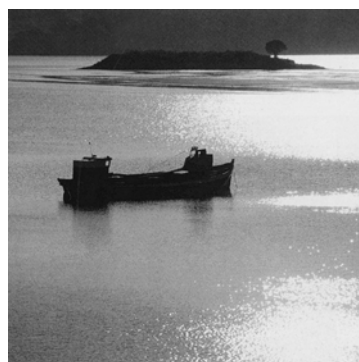
Proprio in questo contesto abbiamo pensato di celebrare la XII Giornata Mondiale del

Malato a Lourdes partendo dal Dogma dell'Immacolata Concezione nel suo rapporto con la salute, inserita nelle radici cristiane dell'Europa. Così intendiamo rinnovare la Pastorale della Salute nel mondo e in particolare in Europa, attraverso la celebrazione del 150° anniversario della proclamazione del suddetto Dogma.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II, nel Suo Messaggio per questa Giornata mondiale del malato che poco fa abbiamo ascoltato, appunto ci dice che "L'Immacolata Concezione prelude all'intreccio armonioso tra il «sì» di Dio e il «sì» che Maria pronuncerà... Questo suo «sì», a nome dell'umanità, riapre al mondo le porte del Paradiso, grazie all'incarnazione del Verbo di Dio nel suo seno ad opera dello Spirito Santo (Cfr Lc 1,35). L'originario progetto della creazione viene così restaurato e potenziato in Cristo, e in tale progetto trova posto anche lei, la Vergine Madre. È qui la chiave di volta della storia: con l'Immacolata Concezione di Maria ha avuto inizio la grande opera della Redenzione, che si è attuata nel sangue prezioso di Cristo. In Lui ogni persona è chiamata a realizzarsi in pienezza fino alla perfezione della santità (cfr. Col 1,28). L'Immacolata Concezione è, pertanto, l'alba promettente del giorno radioso di Cristo, il quale con la sua morte e risurrezione ristabilirà la piena armonia fra Dio e l'umanità. Se Gesù è la sorgente della vita che vince la morte, Maria è la madre premurosa che viene incontro alle attese dei suoi figli, ottenendo per loro la salute dell'anima e del corpo. È questo il messaggio che il Santuario di Lourdes costantemente ripropone a devoti e pellegrini. Questo è anche il significato delle guarigioni corporali e spirituali che si registrano alla grotta di Massa-

bielle" (*Messaggio del Santo Padre al Presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari per la Giornata mondiale del malato*, nn. 2-3, Vaticano, 1 dicembre 2003).

La cultura cristiana d'Europa porta nei suoi elementi più importanti il desiderio di capire la natura nella sua intima costituzione e trasformarla per la propria utilità; l'anelito del-



la convivenza universale, appoggiata nella obiettiva ordinazione sociale espressa da leggi appropriate; la riconoscenza e il rispetto del creato come dono che Iddio fa agli uomini; e come il fatto chiave e unica teleologia valida di tutta la Storia dell'umanità: l'Incarnazione del Figlio di Dio e la sua morte e risurrezione salvifiche alle quali ci incorporiamo per vincere il male ed ottenere la salvezza.

I due ultimi elementi radicali si sono profondamente inculturati nei due primi, facendo della somma dei quattro la radice più profonda della cultura europea. Ma allo stesso tempo constatiamo che questi, nella modernità e specialmente nella postmodernità, sono contestati. In particolare si rifiuta il fatto centrale, vale a dire, Cristo come unica salvezza e come teleologia decisiva della storia e della cultura.

Nella negazione della Trascendenza cristiana non desta meraviglia che la salute sia definita come "uno stato di benessere perfetto, fisico, menta-

le e sociale, e non soltanto la carenza di malattie”, cadendo così in una mera utopia, dato che questo genere di salute è soltanto un’illusione.

Nel Messaggio giubilare per la Giornata Mondiale del Malato del 2000, Giovanni Paolo II si avvale piuttosto di una distinta descrizione della salute: è d’accordo che non consista soltanto nella carenza di malattie, però non la ritiene come uno stato di benessere perfetto, ma come una tensione verso l’armonia, non soltanto fisica, mentale e sociale, ma anche psichica e spirituale (*Messaggio giubilare per la Giornata Mondiale del Malato*, novembre 2000, n. 20).

Quando nel Messaggio odierno il Papa ci parla dell’intraccio tra il “sì” di Dio nel progetto originale che aveva per creare l’uomo, ed il “sì” che pronuncia Maria, a nome di tutta l’umanità, per diventare Madre di Dio, allora si realizza la pienezza dell’armonia distorta anticamente dal peccato del primo uomo, e nasce il secondo Adamo, il vero primo uomo, in totale armonia con Dio, Cristo Signore; Figlio della seconda Eva, la vera Madre dei viventi, Maria, in piena armonia con il Signore Dio fin dal primo momento del suo concepimento: dalla sua Immacolata Concezione.

Questa armonia mariana dovrà essere molto dolorosa, significherà la Passione e la Croce insieme a Cristo: è la spada di dolore profetizzata da Simeone; sarà un’armonia so-

ferente, è vero, ma vittoriosa nella risurrezione ed Ascensione di Cristo: questa vittoria significherà la Assunzione di Maria.

L’Immacolata Concezione ha portato Maria fino alla piena armonia e alla piena salute nell’Assunzione attraverso il cammino doloroso della croce. In Lei si è dipinto il modello cristiano della vera salute che nel suo Figlio pendeva dalla croce ed è fiorita nella Risurrezione. Da allora, la vera tensione verso l’unica armonia possibile è la croce gioiosa. Perciò possiamo dire che la salute non è soltanto la carenza di malattie, ma la croce gioiosa, fisica, psichica, sociale e spirituale, che è propriamente l’unica tensione accettabile verso la vera armonia. Qui la croce si “spiritualizza”, vale a dire, lo Spirito Santo, per il suo Amore Onnipotente fa sì che la croce, da essere l’orrenda morte, diventi gioiosa e fonte di vita e di felicità, vera armonia e vera salute: “*Ubi salus mundi pependit*”. Questa gioia ci spinge a procrastinare e fare presente oggi la solida speranza della risurrezione, perché l’Amore dello Spirito esige la guarigione come annunzio della presenza ormai del Regno di Dio. Questo è il senso dei miracoli di guarigione che Cristo realizza, e questo è il senso del paradigma cristiano della salute, Logo del nostro Dicastero: il Buon Samaritano.

Capire l’Immacolata Concezione come pienezza d’ar-

monia, sarebbe ritornare con vera novità alle radici della cultura cristiana europea. E sarebbe anche capire Lourdes come luogo nel quale Dio, per intercessione della Madonna, concede tante volte la guarigione applicando la redenzione che Cristo ci offre. Così Lourdes diventa un centro privilegiato della Nuova Evangelizzazione della cultura europea, come presenza attuale del Regno di Dio che è armonia, pace e salute, nella nascita di una nuova comunità di nazioni che voglia sorgere vigorosa e piena, al di là di una menomazione dovuta ad una riduzione di meri interessi economici.

Voglia il Signore Gesù, attraverso l’Immacolata Concezione di Sua Madre Maria, dare nuovo vigore alla cultura europea, propiziare una nuova evangelizzazione che, partendo dalla salute di questo Santuario di Lourdes, veramente inculturi il Messaggio evangelico nelle radici più profonde della Nuova Europa. Che la salute, intesa come armonia, pace, gioia, felicità e progresso medico tecnico e scientifico, rispettoso della vita umana, posto a beneficio di tutti, sia il mantello materno con il quale l’Immacolata Concezione, Nostra Signora di Lourdes, copra tutti i suoi figli che con tanto amore la venerano.

S.Em.za Card. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



*Discorsi
del Santo Padre*



Messaggio di Giovanni Paolo II alla Pontificia Accademia per la Vita nel decennale della fondazione

Venerati Fratelli, illustri Signori e gentili Signore!

1. Con gioia vi invio questo mio Messaggio in occasione della Giornata commemorativa del *Decennale di fondazione della Pontificia Accademia per la Vita*. A ciascuno rinnovo l'espressione della mia riconoscenza per il qualificato servizio che l'Accademia rende alla diffusione del "Vangelo della vita". Saluto in modo speciale il Presidente, Prof. Juan de Dios Vial Correa, come pure il Vice Presidente, Mons. Elio Sgreccia, e l'intero Consiglio Direttivo.

Insieme con voi, rendo grazie anzitutto al Signore per la vostra provvida Istituzione, che, dieci anni or sono, è venuta ad aggiungersi ad altre create dopo il Concilio. Gli *Organismi dottrinali e pastorali della Sede Apostolica* sono i primi a beneficiare della vostra collaborazione per quanto concerne *conoscenze e dati* necessari per le decisioni da assumere nell'ambito della norma morale concernente la vita. Così avviene con i Pontifici Consigli della Famiglia e per la Pastorale della Salute, come pure in risposta a sollecitazioni della Sezione per i Rapporti con gli Stati della Segreteria di Stato e della Congregazione per la Dottrina della Fede. E ciò può allargarsi anche ad altri Dicasteri ed Uffici.

2. Col passare degli anni diventa sempre più evidente l'importanza della Pontificia Accademia per la Vita. I progressi delle scienze biomediche, infatti, mentre fanno intravedere prospettive promettenti per il bene dell'umanità e la cura di malattie gravi e affliggenti, non di rado però presentano *seri problemi in relazione al rispetto della vita umana e della dignità della persona*.

Il dominio crescente della tecnologia medica sui processi della procreazione umana, le scoperte nel campo della genetica e della biologia molecolare, i cambiamenti intervenuti nella gestione terapeutica dei pazienti gravi, insieme al diffondersi di correnti di pensiero di ispirazione utilitarista ed edonista, sono fattori che possono portare a condotte aberranti, nonché alla stesura

di leggi ingiuste in relazione alla dignità della persona e al rispetto esatto della inviolabilità della vita innocente.

3. Il vostro apporto è poi prezioso per gli intellettuali, specialmente cattolici, "chiamati a rendersi attivamente presenti nelle sedi privilegiate dell'elaborazione culturale, nel mondo della scuola e delle università, negli ambienti della ricerca scientifica e tecnica" (Lett. enc. *Evangelium vitae*, 98). Proprio in questa prospettiva è stata istituita la Pontificia Accademia per la Vita, con il compito di "studiare, informare e formare circa i principali problemi di biomedicina e di diritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana e le direttive del Magistero della Chiesa" (Motu proprio *Vitae mysterium*, in: AAS 86 [1994], 386-387).

In una parola, rientra nel vostro compito di alta responsabilità la complessa materia oggi denominata "*bioetica*". Vi ringrazio per l'impegno che ponete nell'esaminare questioni specifiche di alto interesse, e ugualmente nel favorire il dialogo tra l'investigazione scientifica e la riflessione filosofica e teologica guidata dal Magistero. È necessario sensibilizzare sempre più i ricercatori, specie quelli dell'ambito biomedico, sul benefico arricchimento che può scaturire dal coniugare il rigore scientifico con le istanze dell'antropologia e dell'etica cristiane.

4. Carissimi Fratelli e Sorelle! Possa il vostro servizio ormai decennale proseguire sempre più apprezzato e sostenuto, dando i frutti sperati nel campo dell'umanizzazione della scienza biomedica e dell'incontro fra la ricerca scientifica e la fede.

A tal fine, invoco sull'Accademia per la Vita, auspicando la Vergine Maria, la continua assistenza divina e, mentre assicuro a ciascuno il mio ricordo nella preghiera, imparto a tutti voi una speciale Benedizione Apostolica, che estendo volentieri ai vostri collaboratori e alle persone care.

Dal Vaticano, 17 Febbraio 2004

Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita

SABATO, 21 FEBBRAIO 2004

Carissimi Fratelli e Sorelle!

1. Sono molto lieto di poter incontrare personalmente tutti voi, membri della Pontificia Accademia per la Vita, in questa speciale circostanza in cui avete ricordato il X Anniversario di Fondazione dell'Accademia stessa e state svolgendo due "Giornate di studio" dedicate al delicato problema della procreazione artificiale.

Ringrazio il Presidente, Prof. Juan de Dios Vial Correa, per le amabili parole che mi ha rivolto e saluto anche il Vice Presidente Mons. Elio Sgreccia e i membri del Consiglio Direttivo, a tutti esprimendo sentito apprezzamento per l'intensa dedizione con cui sostengono l'attività dell'Accademia.

2. Il tema che state trattando si rivela carico di gravi problemi e implicazioni, che meritano un attento esame. Sono in gioco valori essenziali non soltanto per il fedele cristiano, ma anche per l'essere umano come tale. Sempre di più emerge *l'imprescindibile legame* della procreazione di una nuova creatura con l'unione sponsale, per la quale lo sposo diventa padre attraverso l'unione coniugale con la sposa e la sposa diventa madre attraverso l'unione coniugale con lo sposo. Questo disegno del Creatore è *inscritto nella natura stessa fisica e spirituale* dell'uomo e della donna e, come tale, ha valore universale.

L'atto in cui lo sposo e la sposa diventano padre e madre attraverso il reciproco dono totale li rende cooperatori del Creatore nel mettere al mondo un nuovo essere umano, chiamato alla vita per l'eternità. Un gesto così ricco, che trascende la stessa vita dei genitori, non può essere sostituito da un mero intervento tecnologico, impoverito di valore umano e sottoposto ai determinismi dell'attività tecnica e strumentale.

3. Compito dello scienziato è piuttosto quello di *investigare sulle cause della infertilità maschile e femminile*, per poter prevenire questa situazione di sofferenza negli sposi desiderosi di trovare "nel figlio una conferma e un completamento della loro donazione reciproca" (*Donum vitae*, II, 2). Proprio per que-

sto, desidero *incoraggiare le ricerche scientifiche volte al superamento naturale della sterilità nei coniugi*, così come desidero esortare gli specialisti a mettere a punto quegli interventi che possono risultare utili a tale scopo. L'auspicio è che sulla strada della vera prevenzione e dell'autentica terapia la comunità scientifica – l'appello va in particolare agli scienziati credenti – possa ottenere confortanti progressi.

4. La Pontificia Accademia per la Vita non mancherà di fare quanto è in suo potere per incoraggiare ogni valida iniziativa volta ad evitare le pericolose manipolazioni che accompagnano i processi di procreazione artificiale.

La stessa comunità dei fedeli si impegni a sostenere gli autentici percorsi della ricerca, resistendo nei momenti decisionali alle suggestioni di una tecnologia sostitutiva della vera paternità e maternità e per ciò stesso lesiva della dignità sia dei genitori che dei figli.

A conforto di questi voti, di cuore imparto a tutti voi la mia Benedizione, che volentieri estendo a tutte le persone care.



Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso Internazionale su “I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici” (17-20 Marzo 2004, Augustinianum)

SABATO, 20 MARZO 2004

Illustri Signore e Signori!

1. Saluto molto cordialmente tutti voi partecipanti al Congresso Internazionale “*Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas*”. Un saluto particolare desidero rivolgere a Mons. Elio Sgreccia, Vice Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, e al Professor Gian Luigi Gigli, Presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici e generoso paladino del fondamentale valore della vita, il quale s’è fatto amabilmente interprete dei comuni sentimenti.

Questo importante Congresso, organizzato insieme dalla Pontificia Accademia per la Vita e dalla Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, sta affrontando un tema di grande rilevanza: *la condizione clinica denominata “stato vegetativo”*. I complessi risvolti scientifici, etici, sociali e pastorali di tale condizione necessitano di una profonda riflessione e di un proficuo dialogo interdisciplinare, così come dimostra il denso e articolato programma dei vostri lavori.

2. La Chiesa con viva stima e sincera speranza incoraggia gli sforzi degli uomini di scienza che dedicano quotidianamente, talvolta con grandi sacrifici, il loro impegno di studio e di ricerca per il miglioramento delle possibilità diagnostiche, terapeutiche, prognostiche e riabilitative nei confronti di questi pazienti totalmente affidati a chi li cura e li assiste. La persona in stato vegetativo, infatti, non dà alcun segno evidente di coscienza di sé o di consapevolezza dell’ambiente e sembra incapace di interagire con gli altri o di reagire a stimoli adeguati.

Gli studiosi avvertono che è necessario anzitutto pervenire ad una corretta diagnosi, che normalmente richiede una lunga ed attenta osservazione in centri specializzati, tenuto conto anche dell’alto numero di errori diagnostici riportati in letteratura. Non poche di queste persone, poi, con cure appropriate e

con programmi di riabilitazione mirati, sono in grado di uscire dallo stato vegetativo. Molti altri, al contrario, restano purtroppo prigionieri del loro stato anche per tempi molto lunghi e senza necessitare di supporti tecnologici.

In particolare, per indicare la condizione di coloro il cui “stato vegetativo” si prolunga per oltre un anno, è stato coniato il termine di *stato vegetativo permanente*. In realtà, a tale definizione non corrisponde una diversa diagnosi, ma solo un giudizio di previsione convenzionale, relativo al fatto che la ripresa del paziente è, statisticamente parlando, sempre più difficile quanto più la condizione di stato vegetativo si prolunga nel tempo.

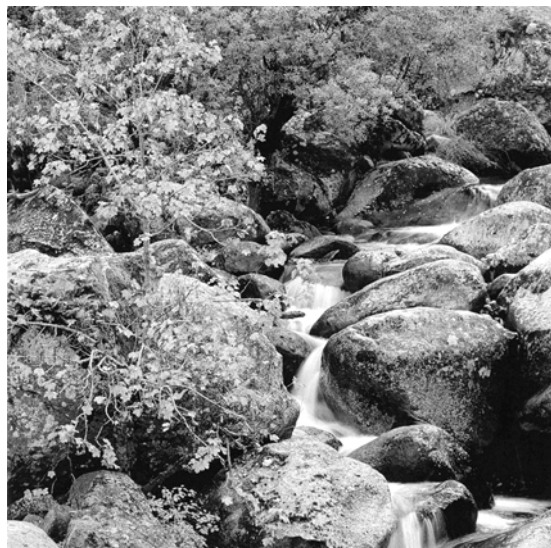
Tuttavia, non va dimenticato o sottovalutato come siano ben documentati casi di recupero almeno parziale, anche a distanza di molti anni, tanto da far affermare che la scienza medica, fino ad oggi, non è ancora in grado di predire con sicurezza chi tra i pazienti in queste condizioni potrà riprendersi e chi no.

3. Di fronte ad un paziente in simili condizioni cliniche, non manca chi giunge a mettere in dubbio il permanere della sua stessa “qualità umana”, quasi come se l’aggettivo “vegetale” (il cui uso è ormai consolidato), simbolicamente descrittivo di uno stato clinico, potesse o dovesse essere invece riferito al malato in quanto tale, degradandone di fatto il valore e la dignità personale. In questo senso, va rilevato come il termine in parola, pur confinato nell’ambito clinico, non sia certamente il più felice in riferimento a soggetti umani.

In opposizione a simili tendenze di pensiero, sento il dovere di riaffermare con vigore che il valore intrinseco e la personale dignità di ogni essere umano non mutano, qualunque siano le circostanze concrete della sua vita. *Un uomo, anche se gravemente malato o impedito nell’esercizio delle sue funzioni più alte, è e sarà sempre un uomo*, mai diventerà un “vegetale” o un “animale”.

Anche i nostri fratelli e sorelle che si trovano nella condizione clinica dello “stato vegetativo” conservano tutta intera la loro dignità umana. Lo sguardo amorevole di Dio Padre continua a posarsi su di loro, riconoscendoli come figli suoi particolarmente bisognosi di assistenza.

4. Verso queste persone, medici e operatori sanitari, società e Chiesa hanno doveri morali dai quali non possono esimersi, senza venir meno alle esigenze sia della deontologia professionale che della solidarietà umana e cristiana.



L'ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha dunque diritto ad una assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento, ecc.), e alla prevenzione delle complicazioni legate all'allettamento. Egli ha diritto anche ad un intervento riabilitativo mirato ed al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa.

In particolare, vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenti sempre un *mezzo naturale* di conservazione della vita, non un *atto medico*. Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, *ordinario* e *proporzionato*, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze.

L'obbligo di non far mancare “le cure normali dovute all'ammalato in simili casi” (Congr. Dottr. Fede, *Iura et bona*, p. IV) comprende, infatti, anche l'impiego dell'alimentazione e idratazione (cfr Pont. Cons. «Cor Unum», *Dans le cadre*, 2.4.4; Pont. Cons. Past. Operat. Sanit., *Carta degli Ope-*

ratori Sanitari, n. 120). La valutazione delle probabilità, fondata sulle scarse speranze di recupero quando lo stato vegetativo si prolunga oltre un anno, non può giustificare eticamente l'abbandono o l'interruzione delle *cure minimali* al paziente, comprese alimentazione ed idratazione. La morte per fame e per sete, infatti, è l'unico risultato possibile in seguito alla loro sospensione. In tal senso essa finisce per configurarsi, se consapevolmente e deliberatamente effettuata, come una vera e propria eutanasia per omissione.

A tal proposito, ricordo quanto ho scritto nell'Enciclica *Evangelium vitae*, chiarendo che “per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore”; una tale azione rappresenta sempre “una *grave violazione della Legge di Dio*, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana” (n. 65).

Del resto, è noto il principio morale secondo cui anche il semplice dubbio di essere in presenza di una persona viva già pone l'obbligo del suo pieno rispetto e dell'astensione da qualunque azione mirante ad anticipare la sua morte.

5. Su tale riferimento generale non possono prevalere considerazioni circa la “qualità della vita”, spesso dettate in realtà da pressioni di carattere psicologico, sociale ed economico.

Innanzitutto, nessuna valutazione di costi può prevalere sul valore del fondamentale bene che si cerca di proteggere, la vita umana. Inoltre, ammettere che si possa decidere della vita dell'uomo sulla base di un riconoscimento dall'esterno della sua qualità, equivale a riconoscere che a qualsiasi soggetto possano essere attribuiti dall'esterno livelli crescenti o decrescenti di qualità della vita e quindi di dignità umana, introducendo un principio discriminatorio ed eugenetico nelle relazioni sociali.

Inoltre, non è possibile escludere *a priori* che la sottrazione dell'alimentazione e idratazione, secondo quanto riportato da seri studi, sia causa di grandi sofferenze per il soggetto malato, anche se noi possiamo vederne solo le reazioni a livello di sistema nervoso autonomo o di mimica. Le moderne tecniche di neurofisiologia clinica e di diagnosi cerebrale per immagini, infatti, sembrano indicare il perdurare in questi pazienti di forme elementari di comunicazione e di analisi degli stimoli.

6. Non basta, tuttavia, riaffermare il principio generale secondo cui il valore della vita di un uomo non può essere sottoposto ad un

giudizio di qualità espresso da altri uomini; è necessario promuovere *azioni positive* per contrastare le pressioni per la sospensione della idratazione e della nutrizione, come mezzo per porre fine alla vita di questi pazienti.

Occorre innanzitutto *sostenere le famiglie*, che hanno avuto un loro caro colpito da questa terribile condizione clinica. Esse non possono essere lasciate sole col loro pesante carico umano, psicologico ed economico. Benché l'assistenza a questi pazienti non sia in genere particolarmente costosa, la società deve impegnare risorse sufficienti per la cura di questo tipo di fragilità, attraverso la realizzazione di opportune iniziative concrete quali, ad esempio, la creazione di una rete capillare di unità di risveglio, con programmi specifici di assistenza e riabilitazione; il sostegno economico e l'assistenza domiciliare alle famiglie, quando il paziente verrà trasferito a domicilio al termine dei programmi di riabilitazione intensiva; la creazione di strutture di accoglienza per i casi in cui non vi sia una famiglia in grado di fare fronte al problema o per offrire periodi di "pausa" assistenziale alle famiglie a rischio di logoramento psicologico e morale.

L'assistenza appropriata a questi pazienti e alle loro famiglie dovrebbe, inoltre, prevedere la presenza e la testimonianza del medico e dell'équipe assistenziale, ai quali è chiesto di far comprendere ai familiari che si è loro

alleati e che si lotta con loro; anche la partecipazione del volontariato rappresenta un sostegno fondamentale per far uscire la famiglia dall'isolamento ed aiutarla a sentirsi parte preziosa e non abbandonata della trama sociale.

In queste situazioni, poi, riveste particolare importanza la consulenza spirituale e l'aiuto pastorale, come ausilio per recuperare il significato più profondo di una condizione apparentemente disperata.

7. Illustri Signore e Signori, in conclusione vi esorto, come persone di scienza, responsabili della dignità della professione medica, a custodire gelosamente il principio secondo cui vero compito della medicina è di "*guarire se possibile, aver cura sempre*" (*to cure if possible, always to care*).

A suggello e sostegno di questa vostra autentica missione umanitaria di conforto e di assistenza verso i fratelli sofferenti, vi ricordo le parole di Gesù: "In verità vi dico: ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me" (*Mt 25,40*).

In questa luce, invoco su di voi l'assistenza di Colui che una suggestiva formula patristica qualifica come *Christus medicus* e, nell'affidare il vostro lavoro alla protezione di Maria, Consolatrice degli afflitti e conforto dei morenti, a tutti imparto con affetto una speciale Benedizione Apostolica.



Argomenti



*Le sfide per i cristiani
in Europa
nel campo della medicina
e delle cure sanitarie*

*Pregare nella salute
e nella malattia*

*La gestione carismatica
nell'Ordine Ospedaliero
San Giovanni di Dio*

La bioetica all'UNESCO

*La predisposizione genetica
e la scelta*

Le sfide per i cristiani in Europa nel campo della medicina e delle cure sanitarie

Introduzione

In Europa oggi, quando si parla delle sfide a cui i cristiani si trovano di fronte nel campo della medicina e delle cure sanitarie, uno dei primi pensieri va probabilmente alle sfide che la scienza pone con i suoi progressi nel campo della chimica biologica, e in particolare della biogenetica. Possiamo parlare qui, ad esempio, di riproduzione assistita, di cellule staminali, di clonazione terapeutica dell'embrione o dei cosiddetti "pre-embrioni" e del loro congelamento, dell'utilizzo dei tessuti embrionali, della terapia genetica e della manipolazione dei cromosomi e delle loro diverse combinazioni, dell'identità cromosomica, dell'uso in generale della mappa del genoma umano e dell'identità cromosomica a scopi commerciali, politici o economici, del trapianto di organi, dell'eugenetica, dell'eutanasia, delle cure palliative, della sanità pubblica e privata, del diritto alla salute o almeno alle cure sanitarie, e così via.

La domanda che sorge è la seguente: perché queste acquisizioni della scienza rappresentano delle sfide per i cristiani? Certamente non per il fatto che si tratta di evoluzioni scientifiche, poiché fede e scienza non sono assolutamente contrapposte. Io credo che la sfida per i cristiani risieda non tanto negli esperimenti nel campo della biogenetica, quanto piuttosto nella direzione che questi esperimenti seguono, nella bioetica, o se si vuole, per essere più esatti, nelle bioetiche.

Oggi che si parla tanto di etica globale, si afferma comunemente che l'etica cristiana è superata, dato il pluralismo corrente e le novità sempre crescenti della scienza e della tecnica in materia di sa-

lute. Gli antichi modelli, i vecchi principi non sono più validi e pertanto è necessario modellare una nuova etica, l'etica dei consensi, in cui tutti sono d'accordo e seguono una condotta secondo l'opinione delle maggioranze. Oppure si può preferire di evitare qualsiasi discussione etica e collocare la questione unicamente sul piano della praticità guidata dalla dinamica del binomio costo/beneficio, ossia in un semplice utilitarismo.

I. La sfida fondamentale della cultura medica

Credo che la sfida fondamentale sia quella di sapere se esiste o meno una possibile norma oggettiva e immutabile con cui misurare la variabilità, sempre crescente, degli esperimenti e dei successi nel campo della scienza e della vita. L'interrogativo equivarrebbe alla domanda se l'uomo, nella propria natura oggettiva e universale, è la misura di tutte le cose oppure se ogni individuo è così distinto da essere, nella sua individualità soggettiva e singolare, centro e fonte di ogni decisione presa in qualsiasi campo. Ossia, ci sarebbero tante norme distinte quanti sono i soggetti esistenti ("Bellum omnium, contra omnes").

In altri termini, la sfida per i cristiani nel campo della medicina e delle cure sanitarie è la validità o meno dell'oggettività nell'etica.

1. La sfida metafisica ed epistemologica

Non c'è dubbio che, nel cercare di dare una risposta, esiste un problema molto importante da tenere presente, e cioè il problema epistemologico: qual è il criterio di evidenza: la sperimentazione fisica, le idee chiare e distinte,

l'intuizione dell'essenza? Oppure, semplicemente, non esiste nessun criterio di evidenza, nessuna conoscenza valida, e si deve solo seguire la corrente?

Dal problema epistemologico deriva necessariamente il problema della conoscenza della norma etica. Ma, dietro il problema epistemologico, troviamo anche quello metafisico. Oggigiorno, quando si menziona la metafisica sembra di parlare di qualcosa di esoterico, proprio delle epoche buie del pensiero umano. Ma, se non prestiamo attenzione ai pensieri demagogici delle pubbliche piazze, di certi siti web, degli editoriali dei periodici, o di varie trasmissioni mediatiche, e ricorriamo al pensiero serio di chi si preoccupa realmente di trovare la giusta direzione negli interrogativi fondamentali dell'esistenza dell'uomo, allora credo che non sarebbe ingenuo andare alla radice stessa del problema e chiederci se l'essere esiste o meno.

Se, a partire dall'esperienza, vinciamo lo scetticismo totale, arriveremo necessariamente alla comprensione dell'essere mediante quella che chiamiamo l'"intuizione dell'essenza", e potremo enunciare a livello epistemologico i primi principi, e cioè il principio di identità, di contraddizione e di convertibilità, che è il punto di partenza dell'etica:

"Ciò che è, è".

"Niente può, allo stesso tempo, essere e non essere".

"L'essere, la verità e la bontà convergono".

2. La sfida etico-metafisica

Se comprendiamo che l'essere, la verità e il bene convergono, e constatiamo l'autoaffermazione nell'essere, cioè che ognuno di noi è, esiste e che questo è il punto di partenza per comprenderci,

allora dobbiamo accettare il fatto che siamo chiamati ad una relazione con ciò che non appartiene alla nostra propria natura e che, in questa relazione, formiamo l'insieme armonico o disarmonico dell'esistenza quotidiana.

Tale relazione implica un necessario dinamismo che include l'"essere" come punto di partenza, ma anche "il divenire", che ancora non siamo, come punto di arrivo. Il "divenire" riceve la definizione di "bene", perché conviene, e ciò che conviene a qualcuno è bene. Nello sperimentare la necessità di "divenire", la necessità del "bene", vediamo che ciò che conviene deve essere realizzato continuamente, perché la capacità dell'uomo di crescere è indefinita, e quindi dobbiamo camminare verso un modello che significa pienezza tanto dell'essere, quanto della verità e della bontà.

Questo continuo camminare dall'"essere" all'"Essere", dalla "verità" alla "Verità", dal "bene" al "Bene", è l'etica, ciò che oggettivamente realizza il soggetto. Essa permette al soggetto di crescere assimilando l'oggetto che si trova nella sua crescita. Di conseguenza, la contrapposizione escludente tra soggettivo e oggettivo non è adeguata. L'oggettivo "ob-jacet" (è lì, fuori del soggetto), è vero, ma ciò che "ob-jacet" diventa soggettivo (è qui, nel soggetto), l'uomo lo assimila nel suo continuo camminare verso la realizzazione del proprio essere, della propria verità e del proprio bene.

Affinché l'essere finito, ma aperto costantemente nel suo camminare, esista, è necessario che ci sia la prospettiva di arrivare ad una pienezza indefinita. La strada verso questa infinita pienezza è l'etica. L'indicazione oggettiva del cammino soggettivo si chiama "Legge Naturale", che non è altro che l'essere che si espande, la verità che si illumina, e il bene che si realizza continuamente in un dinamismo incontenibile. Quindi la Legge Naturale non è un concetto fuori moda basato su una costante biologica da

tempo superata, ma il camminare entitativo della natura stessa dell'uomo verso la propria realizzazione come essere e come verità; cioè la strada che gli conviene in quanto tale, la strada verso il proprio bene.

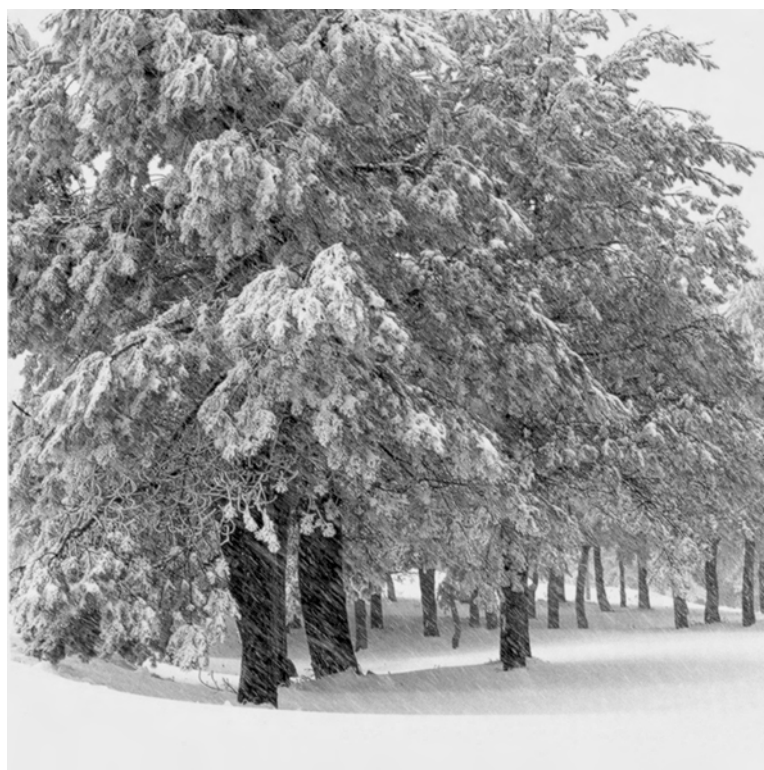
3. La sfida di aprire l'Essere alla Rivelazione

Quindi la sfida per i cristiani di oggi è quella di consolidare la loro etica nel dinamismo dell'essere, e riconoscere che la pienezza dell'essere si chiama Dio e che Dio si è incarnato. Pertanto l'unica strada e l'unica etica per giungere a Dio è Cristo, il quale ha detto "Io sono la via, la verità e la vita" (Gv 14,6).

Passando dal pensiero astratto al concreto, il principio metafisico della convertibilità dell'essere che tende verso l'infinito culmina nel principio di seguire Cristo, dove il Bene da acquisire è lo stesso Cristo, Dio, che soddisfa tutte le potenzialità dell'uomo come essere, verità e bene. La Legge Naturale si apre così alla Legge Divina, senza contraddizioni, bensì in un'inattesa armonia o realizzazione, giacché mediante una donazione totale del Signore (senza cadere in una

sorta di idealismo panteistico tanto spesso agognato dal pensiero filosofico o religioso attuale), si giunge, attraverso una crescente partecipazione, alla divinizzazione, diventando figli di Dio nello stesso Figlio di Dio.

L'etica serve così per costruire l'uomo in maniera entitativa. Pertanto nel campo della medicina e delle cure sanitarie, la sfida per i cristiani in Europa è quella di convincere a mettere in pratica ciò che tutti accettano in teoria, e cioè che la medicina serve a costruire l'uomo e non a distruggerlo. Inoltre, bisogna insistere su una cosa molto importante, ossia che l'uomo non si limita ad una specifica popolazione, con un determinato stato di ricchezza o di cultura, ma è l'umanità tutta intera. L'etica quindi non consisterà nell'imporre regole "per consenso", per proteggere la sopravvivenza privilegiata delle minoranze ricche del mondo ma perché l'intera umanità cresca nella vita. Tutto ciò serve a dimostrare l'inganno di un'etica di consenso meramente soggettiva, in cui senza riferimento all'oggettività della stessa natura dell'uomo, si negoziano i consensi secondo interessi particolari.



4. La sfida dell'etica globale

Le sfide più urgenti non sono quelle di rispondere con proibizioni o permessi a questa o a quell'altra pratica sanitaria nel ramo della biogenetica, bensì di far valere una norma universale. Una sfida si iscrive alle radici stesse della cultura europea: i valori fondamentali su cui si basa sono ancora validi? L'altra è quella di non lasciarsi coinvolgere nella retorica di frasi fatte quali, ad esempio, dare per scontato che un'etica globale debba necessariamente infrangere gli schemi cristiani, perché frutto di un'epoca culturale precedente a quella scientifica. La sfida è potere veramente offrire una risposta "globale" che avrà autentico valore solo se andrà alle radici stesse della cultura e si collocherà al di fuori di una posizione soggettivista arbitraria.

Oggi si è cercato di costruire una nuova etica operando una specie di "collage", proponendo cioè elementi validi di ognuna delle religioni maggiori e pretendendo che, con la somma di questi valori, sia possibile creare un nuovo paradigma accettabile da tutti. In questa nuova spiritualità (*che non viene chiamata religione*), gli elementi validi presenti nei vari credo non vengono rifiutati bensì si uniscono per formare l'etica globale. In questo modo, dalle religioni primitive dell'America si prende il rispetto per la natura e la necessaria interazione ecologica tra l'uomo e l'ambiente; dall'Ebraismo, il concetto di santità; dal Buddismo, la serenità e l'impassibilità; dall'Induismo il rispetto per gli animali; dall'Islam, la virtù della giustizia; e dal Cristianesimo, la carità e la misericordia. Si ritiene che questo pluralismo permetta di creare un'etica globale che possa ottenere il consenso mondiale.

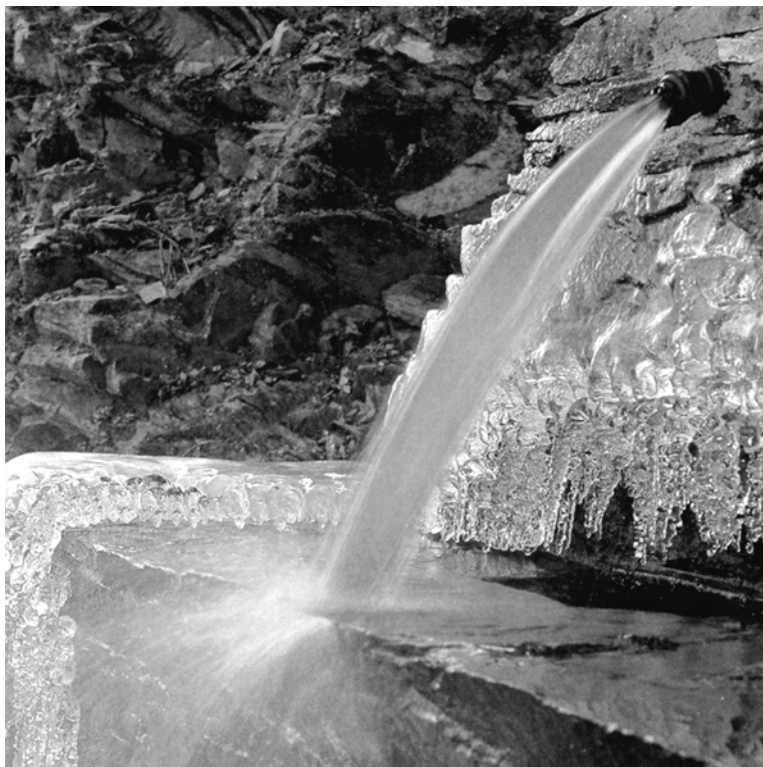
È ovvio che in tutte le religioni ci sono elementi di grande valore. Per comprendere questo "pluralismo", e rispettarlo, occorre trovare la base che rende possibile di attribuire valore a detti elementi, perché essi corrispondono a ciò che l'uomo è e desidera,

perché corrispondono alla sua dignità, perché traducono in pratica la condotta corretta della persona umana. Ancora una volta, ci troviamo di fronte alla sfida che consiste nel dimostrare che l'uomo, in quanto tale, non è una mera astrazione futile, bensì il fondamento di qualsiasi etica che pretenda di tracciare il cammino della persona verso la propria piena realizzazione.

Di conseguenza, il postulato primo di un'etica globale è quello di difendere sempre la

non fanno la realtà, ma è la realtà a fare i vari tipi di linguaggio; tale verità può essere espressa in diversi modi, però resta unica e inalterabile nella verità e nella bontà dell'uomo, ed evidente nel proprio essere.

Con questo, non restiamo in una immobilità opposta al ritmo frenetico della vita attuale. L'antitesi essere-divenire era presente già dal principio del pensiero occidentale. La soluzione etica ultima non è quella di eliminare una parte



dignità assoluta della persona umana e il suo valore massimo, cioè la vita dal suo concepimento fino al termine naturale.

È stato anche detto che, come carattere necessario di un'etica globale, la norma non può avere un significato univoco, in quanto tutto dipende dall'uso del linguaggio. Parlare in termini politico o scientifici non è uguale a parlare con termini filosofici, sportivi, teatrali, o delle scienze economiche, oppure parlare nell'intimità dell'amore e della famiglia. Pertanto, nulla è oggettivamente vincolante. Si presenta qui un'altra sfida per il cristiano nel campo dell'etica della medicina: dimostrare che i tipi di linguaggio

dell'antitesi per affermare l'altra, bensì di trovare l'equilibrio necessario su cui si basa l'etica. La crescita e il continuo cambiamento vitale suppongono un soggetto che, allo stesso tempo, rimane e cambia, poiché se non rimane si distrugge nel cambiamento e muore, e se non cambia la sua inattività lo uccide. Per sussistere, una cultura deve possedere quella capacità vitale di cambiare che coincide con la coscienza primordiale della sua permanenza.

La prima sfida per il cristiano, non solo europeo, nel campo della medicina e delle cure sanitarie è la sfida etica, la sfida di dare una risposta etica e inculturata nelle nuove circostanze del meraviglioso

progresso delle scienze e delle tecniche mediche attuali, senza però suicidarsi con un relativismo soggettivo che apre la porta anche a dittature di tipo economico, politico o tecnocrate.

5. La sfida del meccanicismo

C'è poi un'altra sfida, in particolare nel campo della biogenetica in relazione al "background" delle scienze attuali della salute e della medicina, quella cioè di superare il meccanicismo. Il punto di partenza, più o meno esplicito, di certi ambienti del pensiero scientifico, è il razionalismo cartesiano delle "idee chiare e distinte". Questo, nella sua formulazione iniziale, significò la totale indipendenza delle tre sostanze autosufficienti di "Dio", "la coscienza" e "l'estensione". Queste tre sostanze si raffigurarono in una totale indipendenza l'una dall'altra e nelle loro componenti. Quando, nell'evoluzione di questo pensiero, "l'estensione" prevale come unica sostanza degna di considerazione, allora si profila tutto l'empirismo che, come sfondo ideologico alla ricerca scientifica, si muove basandosi sulla conoscenza quantitativa di unità che sono tra di loro indipendenti, forse verificabili nella sperimentazione, ma che trascura l'aspetto fondamentale delle loro relazioni più profonde. Questo sfondo pregiudica e rende impossibile l'autentico progresso scientifico, specialmente nella chimica biologica che studia la biogenetica.

Dalla scoperta dei geni la cui complessità, nell'uomo, è paragonabile ad un pianoforte con tre milioni di paia di tasti che devono essere suonati nel corso dell'intera vita, e dalla constatazione della diversità di ognuno di questi, perché distinti l'uno dall'altro, vediamo che è impossibile comprendere l'inizio della vita, e pertanto l'uomo, mediante una scienza basata su concetti che non superano i parametri dell'estensione a partire da una prospettiva meccanicistica che impone un ordine quantitativo a partire da unità chiuse.

La prospettiva meramente quantitativa, che da una conoscenza ordinata di un fattore dopo l'altro, senza considerare le relazioni esistenti tra di loro, non è adeguata. È necessaria un'altra visione, quella della simultaneità, la visione olistica. È necessaria una prospettiva di relazione: un punto che si relaziona con innumerevoli altri punti¹. Questa sfida è molto importante: la conoscenza scientifica non è l'unica conoscenza valida. Per una conoscenza olistica occorre andare oltre la conoscenza scientifica, considerare la totalità e la simultaneità, e non soltanto la conoscenza manipolabile, ma anche quella osservabile. Quest'ultima, che prima era propria della medicina, fu sostituita dalla conoscenza manipolabile. Penso che si possa ammettere che, sebbene la conoscenza manipolabile sia una sfida per la medicina, una sfida non minore è far coincidere entrambe le conoscenze nel campo della salute e della vita, il manipolabile e l'osservabile: la manipolazione pragmatica e l'osservazione rispettosa che non esclude l'umiltà dell'adorazione. La sfida è quella di dimostrare, anche scientificamente, che l'uomo non è il padrone della vita.

II. La sfida di evangelizzare la salute

Alla luce del complesso contesto anteriore, vorrei ora toccare brevemente due punti che mi sembrano altrettante sfide concrete e fondamentali per il cristiano nel campo della medicina, e cioè il concetto di salute e la pratica della pastorale della salute.

1. Cos'è la salute?

È universalmente nota le definizioni che l'OMS dà della salute: *"uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattie"*.

Se l'esaminiamo a fondo, questa definizione non è sostenibile: lo stato di perfetto benessere di cui essa parla è

una mera utopia. È comunque considerevole che si affermi che la salute non è soltanto l'assenza di malattie, tuttavia non è esatto parlare di uno stato perfetto.

La definizione sottolinea gli aspetti fisico, psichico, mentale e sociale della salute. Certamente, il significato di salute è complicato perché essa è legata alla vita e, molto spesso, viene intesa come la vita stessa. Noi sappiamo che la vita è l'unità organica e che la morte ne è la disintegrazione. Da questa base, possiamo dire, in un primo accostamento a cosa è la salute, che questa è il tendere verso l'unità. Essa, quindi, non sarebbe uno stato perfetto, piuttosto la lotta contro la disintegrazione dell'unità della vita umana, cioè una lotta contro la morte, un dinamismo verso l'armonia totale, ma non l'armonia in sé.

2. Salute e armonia

Di conseguenza, salute equivale ad armonia o, per essere più esatti, essa è un determinato cammino verso l'armonia, una sorta di ricerca costante dell'armonia, benché questa armonia, almeno in questo mondo, sia impossibile da raggiungere completamente.

L'armonia verso cui si tende nella salute, è fisica, ma anche psichica, sociale e infine spirituale. Come fisica, sarà la tensione verso il buon funzionamento degli organi, uno sforzo per allontanare le malattie e restare sani; ciò riguarderebbe anche un certo stato relazionale, come l'equilibrio ecologico. Come psichica, significa tensione vitale, cioè la tensione verso l'auto-consapevolezza, verso il dominio interiore di sé e la coscienza del proprio posto nell'ambiente in cui si vive, ciò che si suole descrivere come qualità di vita. Come sociale, è la tensione verso la complementarietà con gli altri, è il crescere nell'aspetto sociale della personalità umana; essa va dall'intimità della propria casa alla complementarietà internazionale. Infine, come spirituale, è la tensione

verso l'unità totale dell'essere umano, verso la sua unificazione fisica, psichica e sociale. Essa significa l'unità della vita come progetto che si realizza e dà senso a tutti gli altri aspetti della personalità. Come tensione spirituale è la tensione verso quell'amore che non può essere altro che donazione agli altri.

3. Spiritualità e salute

Questa tensione spirituale è, per noi cristiani, la sfida della salute, in quanto è la tensione verso la donazione totale a Dio e agli altri mediante l'azione dello Spirito Santo. La vita, in ultimi termini, consiste nell'assimilarsi alla massima donazione di Cristo nella sua morte e resurrezione. Questa è la vera armonia della salute che penetra e influenza le restanti armonie, fisica, psichica e sociale. Possiamo quindi comprendere che la nostra sfida è sanare la fessura esistente tra salute temporale e salute eterna. L'una si fonde nell'altra e la salute eterna è preparata nella salute temporale.

Paradossalmente, la salute che si dirige verso l'assenza di malattie, può coesistere con la malattia, solo però nella misura in cui questa non impedisce la tendenza verso l'armonia fisica, psichica e sociale nella piena donazione. Ciò significa che la salute si misura in maniera diversa a seconda dei vari stadi della vita dell'uomo. I parametri usati per misurare la salute di un bambino possono non essere gli stessi usati per un anziano. La salute così è la capacità che ognuno riceve da Dio per assolvere la missione che Egli gli ha affidato. Continuando lungo la linea dei paradossi, possiamo dire che la morte è la pienezza della salute, ma solo quando la morte significa veramente la maturità di una persona che ha realmente assolto la missione affidatagli da Dio durante la sua vita e si unisce alla morte di Cristo come passaggio per la propria resurrezione. Allora la tensione verso l'armonia in cui consiste la salute arriva alla sua massima espressione.

4. Una definizione di salute

Per sintetizzare, possiamo dire che un'altra sfida per i cristiani nel campo della medicina e della salute in Europa è far comprendere il significato di vera salute, che potremmo descrivere nei seguenti termini: *una tensione verso una più piena armonia e un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale, e non soltanto la semplice assenza di malattie, che mette in grado l'essere umano di realizzare la missione che Dio gli ha affidato, secondo i vari stadi della sua vita.* Questa è, in sostanza, la descrizione di salute fatta dal Santo Padre Giovanni Paolo II nel Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato dell'anno Giubilare².

III. La sfida di evangelizzare la pastorale della salute

1. Centri sanitari cattolici

Penso che i cristiani, per quanto riguarda la Pastorale della Salute, debbano far fronte un'altra sfida molto importante. La Chiesa cattolica dispone attualmente di 113.257 centri sanitari. L'interrogativo è il seguente: questi centri offrono una vera Pastorale della Salute? In essi, specialmente in Europa, si prestano ottimi servizi, si fornisce l'eccellenza medica, si dispone di strumenti tecnologici di alto livello e non c'è dubbio che, almeno in alcuni, si curano anche i poveri che non hanno la possibilità di pagare medicine particolari e non sono coperti da previdenza sociale o d'altro tipo.

Questi centri nascono dalla carità cristiana e sono una realizzazione del mandato di Cristo di curare gli ammalati. La sfida e, allo stesso tempo la domanda, è: questi centri evangelizzano veramente attraverso il mondo della malattia e della salute? L'Europa viene evangelizzata per opera di questi centri? Vengono evangelizzate la salute e la stessa malattia?

La sfida è quella di non confondere un'istituzione evange-

lizzatrice fondata sulla carità con un centro di attenzione filantropica, certamente degno di lode, ma che non è una testimonianza esplicita della nostra fede cristiana.

2. Evangelizzazione della Pastorale della salute

Come conseguenza del concetto cristiano di la salute, penso che la Pastorale della Salute, per essere tale, debba testimoniare la risurrezione del Signore. Essa deve essere una pastorale che dia una risposta compiuta ai problemi più profondi dell'esistenza, quali il dolore, la sofferenza e la morte. La risposta non può essere altra che quella di entrare nel Mistero di Dio, toccando e sperimentando – nel proprio dolore, nella propria sofferenza e nella propria morte – il dolore, la sofferenza e la morte di Cristo, e realizzando come la propria sofferenza sia stata assunta da Cristo sofferente nella sua passione. Questo è il primo passo. Il secondo è l'esperienza della resurrezione, il che significa trovare la felicità anche nella sofferenza stessa. La prima fase di questo secondo passo sarà l'attuazione della resurrezione nella felicità "sofferente" del paziente; la successiva sarà quella di abbracciare la morte, non come una frustrazione finale, ma come il giorno dell'incontro amoroso con Cristo risorto. E questo incontro amoroso non può essere altro che la nuova creazione dell'uomo che giunge alla propria pienezza nel ricevere, nel nichilismo della sua morte, il nuovo soffio vitale dell'Amore infinito che gli infonde il Signore nostro Padre mediante lo Spirito Santo.

È evidente, per chi professa le fede cattolica, che la resurrezione non è soltanto semplici parole, ma è tradotta in azioni concrete, la prima delle quali è l'Eucaristia, che è al centro di tutta la Pastorale della Salute. La Pastorale della Salute, infatti, è la memoria eucaristica, vissuto sul filo dell'esistenza, dove la morte dell'uomo è la sua glorificazione, come dice San Giovanni nel suo Vangelo (Gv 21,15).

La sfida per la Pastorale

della Salute è quella di non restare un Teismo amorfo e nella pratica di una compassione meramente umana, filantropica, bensì di rendere operante tutto il dinamismo della nostra fede come qualcosa in cui veramente crediamo, non solo come un enunciato, ma come unica pratica vitale. Questa sfida costituisce la ragione per cui siamo cristiani. Se non l'assumiamo, il nostro preteso cristianesimo sarà soltanto l'apparenza archeologica di una cultura cristiana vissuta secoli fa e conservata ora in magnifici musei; al contrario avrà la forza per fecondare, in maniera vitale, le radici cristiane dell'Europa.

Conclusione

Credo che "le sfide per i cristiani in Europa nel campo della medicina e delle cure sa-

nitarie", tema di questo intervento, si possano ridurre, in sostanza, ad una sola, e cioè quale dovrebbe essere – e non esattamente come dovrebbe essere – la direzione che la medicina e le cure sanitarie devono seguire.

Oggi la medicina ha compiuto enormi progressi. La potremmo paragonare ad una vettura potente, bella ed elegante, dotata di tutte le novità scientifiche e tecnologiche e che corre sulla strada alla massima velocità. Ma chi l'ha costruita ha dimenticato di metterle il volante, i freni o almeno uno strumento per telecomandarla; la sua corsa è pazza e letteralmente sfrenata. Cosa le succederà? Possiamo fare qualcosa?

Credo che, come prima regola, dovremo salire su questa automobile e metterle il volante e i freni, o forse un dispositivo elettronico per telecomandarla. E questa è esatta-

mente la sfida che ho cercato di assumere in questa riflessione: salire sull'automobile della medicina e delle cure sanitarie e inserire il volante, i freni o, se si vuole, un dispositivo elettronico che obbedisca al telecomando.

S.Em.za Card. JAVIER
LOZANO BARRAGÁN
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

Note

¹ Cf. V. CAPPELLETTI, *Il menoma umano, analisi storica e considerazioni etiche*, in Pontificia Accademia per la Vita, IV Assemblea Generale, 23-25 febbraio 1998.

² Giovanni Paolo II, Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, Città del Vaticano, 11 febbraio 2000.



Pregare nella salute e nella malattia

SIGNORE INSEGNACI A PREGARE (Lc 11, 1-4)

Inizio questa breve riflessione con due testi che riguardano la preghiera. Il primo è di Sant'Agostino: "Chi impara a pregare, impara a vivere", dice il santo. Il secondo è di un maestro di vita spirituale, il benedettino Don Anselmo Grün. Il libro *La preghiera come incontro* inizia con le seguenti parole: "Sono molti gli oranti che percepiscono la propria preghiera come un monologo e si chiedono se, quando pregano, non si stiano rivolgendo a una parete vuota. Per altri risulta difficile trovare parole per iniziare a dialogare con Dio e, spesso, abbandonano perché non sanno cosa dire né come parlargli. La chiave di tutto sta nell'incontro e nel dialogo; per trovare Dio è necessario aver trovato se stessi, come per dialogare è necessario saper tacere e ascoltare. Da questa prospettiva, la preghiera è l'esperienza fondamentale della vita perché presuppone la scoperta di se stessi, dell'altro e del Tutt'altro che è Dio".

Gesù modello di preghiera

I discepoli chiedono a Gesù di insegnare loro a pregare. Lo avevano ascoltato durante i sermoni parlare sul tema della preghiera, sulla sua necessità e su come farla. Sicuramente lo avevano visto pregare molte volte; avevano visto in Lui un esempio, un modello; di qui la richiesta: "Signore, insegnaci a pregare". Sì, Gesù è modello di preghiera

Gesù prega

– Passava le notti in preghiera (Lc 6,12).

– In mezzo al frastuono e alla predicazione, Gesù si ritira:

a) "Si ritirò in un luogo deserto e là pregava" (Mc 1, 35);

b) "Salì sul monte a pregare" (Mc 6, 46);

c) "Prese con sé Pietro, Giovanni e Giacomo e salì sul monte a pregare" (Lc 9, 28).

– Gesù prega prima di scegliere gli Apostoli (Lc 6, 12-19).

– Gesù prega prima della Trasfigurazione (Lc 9, 28), prima della resurrezione di Lazzaro (Gv 11, 41-42).

– Gesù prega nell'Orto degli Ulivi: "(...) si prostrò con la faccia a terra (...)" e così per tre volte (Mt 26, 39-44).

– E sulla croce:

a) per gli altri: "Padre, perdonali perché non sanno quello che fanno" (Lc 23,34);

b) Per se stesso: "Dio mio, Dio mio, perché mi ha abbandonato?" (Sal 22);

c) E pregando, rimise il suo spirito: "Padre, nelle tue mani rimetto il mio spirito" (Sal 31).

– Ci ha lasciato, tra le altre, due grandi preghiere: il *Padre Nostro* (Lc 11, 1-4) e la preghiera sacerdotale (Gv 17).

Gesù, pertanto, è modello di preghiera perché prega e lo fa frequentemente.

Gesù ci dice come si deve pregare

Ci insegna a pregare, ci dà lezioni su come dobbiamo pregare:

– Non come i pagani (Mt 6,7).

– Non come gli ipocriti (Mt 6, 5).

– Purificati, prima di pregare, perdonando (Mc 11, 25).

– Con fede: tutto quello che chiederete con fede, lo otterrete (Mt 21, 22).

– Come un povero (Lc 18, 9-14: Fariseo e pubblicano).

– Con perseveranza, senza stancarsi (Lc 18, 1); parabola dell'amico importuno (Lc 11, 5-8).

– E pregare nel suo nome (Gv 14, 13; 16, 23-24).

Gesù ascolta le nostre suppliche

Gesù ascoltò le richieste di quanti accorrevano a Lui; gli evangelisti raccolgono diversi momenti favorevoli alla petizione; ecco alcuni testi dell'atteggiamento positivo di Gesù nei confronti di quanti gli chiedono:

– La Vergine a Cana: Gv 2, 1-12.

– La Samaritana: Gv 4, 1-26.

– Il funzionario reale: Gv 4, 46-50.

– I lebbrosi: Lc 5, 12-14.

– Il centurione: Mt 8, 5-13.

– La peccatrice: Lc 7, 48.

– Il malato della piscina: Gv 5, 5-8.

– La Cananea: Mt 15, 22-28.

– Il cieco di Gerico: Mc 10, 50-52.

D'altra parte, egli stesso ce lo ha insegnato: chiedete, cercate (Mt 7, 7). Egli ne garantisce l'efficacia "perché chiunque chiede riceve; chi cerca trova" (Mt 7, 8).

Abbiamo un grande sacerdote, Gesù Cristo, a cui possiamo ricorrere per ricevere misericordia e trovare grazia per l'ausilio opportuno, come dice la Lettera agli Ebrei (Eb 14-16).

Dice Sant'Agostino: Gesù "prega per noi come sacerdote; prega in noi come nostro capo; a Lui ricorriamo come nostro Dio. Riconosciamo, quindi, in Lui la nostra voce, e in noi la sua voce" (*Enarratio in Psalmos*, 85, 1).

L'insegnamento degli Apostoli

Gli apostoli riportano spesso nelle Epistole orazioni, soprattutto di lode e di azione di grazie, e insistono anche nella preghiera assidua (Rm 12, 12; 1 Co 7, 5) a Dio (Eb 13, 15), per mezzo di Gesù (2 Co 1,

20; Col 3, 17), nello Spirito Santo (Rm 8, 15, 26) nella sua efficacia per la santificazione (1 Tm 4, 5) nella preghiera di lode (Ef 5, 19ss; Eb 13, 15; Ap 19, 5), di azione di grazie (Col 3, 17) di petizione (Rm 8, 26; Fil 4, 6) e di intercessione per tutti (Rm 15, 20).

Signore, insegnaci a pregare

È il grido che nasce dagli Apostoli quando vedono il Maestro pregare

È il grido che nasce da tutta la Chiesa, da tutti noi quando ci rendiamo conto della necessità della preghiera come valore fondamentale per la vita cristiana.

Pregare è dare senso alla vita, è respirare; “è imparare a vivere” (Sant’Agostino); “è parlare con Dio” (San Giovanni Crisostomo); senza la preghiera si perde il senso dell’Assoluto; senza la preghiera il nostro apostolato, la nostra pastorale si trasforma in pura attività. “La preghiera è la chiave della mattina e il chiavistello della notte” (Ghandi).

Pregare è parlare e ascoltare Dio, come dice Sant’Ambrogio: “A Dio parliamo quando preghiamo, Dio ascoltiamo quando leggiamo le sue parole” (Sull’ufficio dei ministri I, 20, 88).

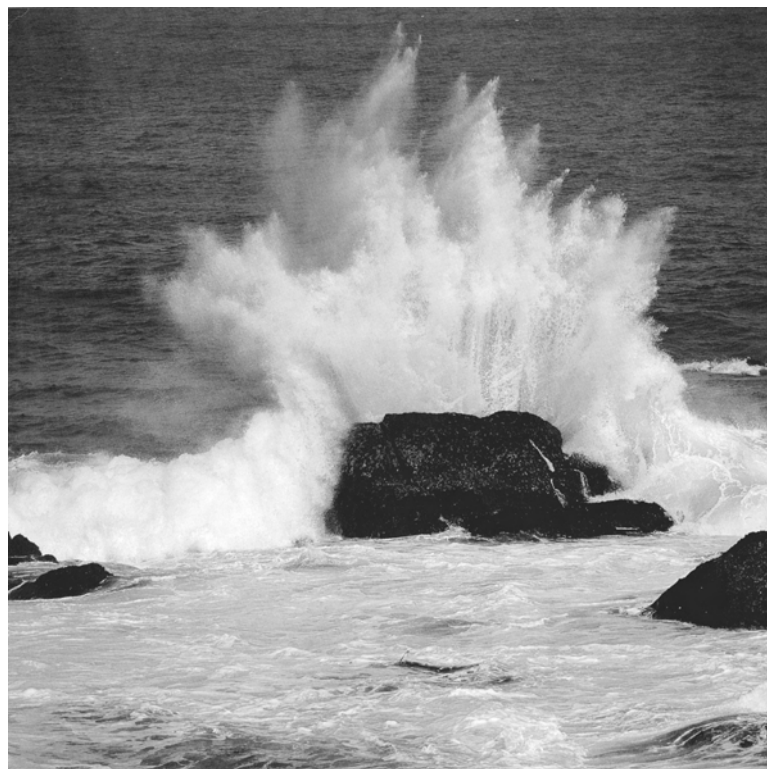
Molte sono le definizioni, meglio ancora le descrizioni di cosa significhi pregare. Dato il tema suggestivo, la mia attenzione cadde su un libretto che mi capitò in mano durante le vacanze, quando già stavo per terminare questo testo; non resisto ad offrire alcune brevi riflessioni (Cfr. *Ana María Cámara Menéndez, “Primeros pasos para orar”, Ed. STS, Barcelona 2001*).

– Pregare vuol dire *guardare*, dice l’autrice di questo libretto. “Non desidero altro che lo guardiate”, dice Santa Teresa. “Tutti i presenti avevano gli occhi fissi su di Lui” (Lc 4, 14-21). “Gesù guardò Pietro e Pietro si ricordò” (Lc 22, 61).

– Pregare è *cercare*, è riconoscere. Maria lo fa nel cantico del *Magnificat*; riconosce l’azione di Dio nella sua vita.

– Pregare è lasciare, “lasciarsi nelle mani di Dio”; ancora una volta Santa Teresa.

– Pregare è toccare Gesù: vedere, contemplare, toccare, annunciare (1 Gv 1, 1-2). Toccare e lasciarci toccare, quale migliore preghiera? (Cfr. Lc 7, 36-50; Gv 20, 24; Lc 5, 12-13; Mc 8, 22). Dice Sant’Agostino nelle Confessioni, riferendosi a Dio: “Bellezza tanto antica e tanto nuova”. “Mi hai toccato e ora ardo dal desiderio di ottenere la tua pace” (Libro 7, 10, 18; 10, 27).



– Pregare è *lottare*, è *offrire*. È la preghiera di Ignazio di Lojola: “Prendi, Signore, e ricevi tutta la mia libertà (...) Tu me lo hai dato”. È la preghiera di Charles de Foucauld: “Mi pongo interamente nelle tue mani, senza riserve”. Recitava così anche Teresa di Gesù (Vita 25): “Si compia in me, Signore mio, la tua volontà; se questo comporta dei lavori, dammi la forza e che vengano”.

– Pregare è *cantare*; così lo fa il salmista: “Canterò in eterno la misericordia del Signore” (Sal 135).

– Pregare è *avere fiducia*; è il grido di Paolo: “So infatti a chi ho creduto...” (2 Tim 1, 12). “In Cristo la mia fiducia e in Lui solo la mia stabilità,

nelle sue sofferenze il mio coraggio e nella sua imitazione il mio compiacimento” (Santa Teresa). “Affidati a Lui ed egli ti aiuterà” (Eccl 2, 6). “Il Signore è il mio pastore, non manco di nulla” (Sal 23).

– Pregare è *nascere* nuovamente, è *celebrare*, è *godere*. Castamente lo esprime Teresa di Avila quando dice: “Non ci conserva per l’altra vita il premio di amarlo; in questa comincia il compenso” (Cammino di perfezione, 4, 6). “E cominciarono a far festa” (Lc 15,

20-24), è il ritorno del figliol prodigo.

– Pregare è rendere grazia, “perché eterna è la sua misericordia” (Sal 135).

Come possiamo osservare, definire la preghiera vuol dire incasellarla, vuol dire ridurne il significato. Come esistono molti modi di pregare, così esistono molte forme per definire la preghiera.

Signore, insegnaci a pregare

Cioè insegnaci ad ascoltare la tua voce, insegnaci a ricevere ciò che ci dai, insegnaci a vivere e a respirare spiritualmente, insegnaci a porci nel soffio dello Spirito, insegnaci a saper ascoltare.

La preghiera è un incontro vivo, come l'amicizia: gli amici hanno bisogno di vedersi, di parlarsi, di guardarsi, hanno bisogno di stare insieme. L'amico ha bisogno di dialogare con l'amico, l'amante con l'amato. "È trattare di amicizia – dice Teresa d'Avila – trattando molte volte da soli con chi sappiamo che ci ama".

Così avviene con il credente; ha bisogno di parlare con Dio, ha necessità di ascoltare la sua voce. Quanto più semplice è la preghiera, tanto più è difficile tradurla in parole; il silenzio è il segno migliore.

Ciò si capisce meglio se te-

con Maria sua madre, e prostratisi lo adorarono. Poi aprirono i loro scrigni e gli offrono in dono oro, incenso e mirra" (Mt 2, 11).

Realizzarono una preghiera profonda, senza parole; contemplarono e adorarono.

Il rumore è nemico della preghiera. Il rumore *esterno*, la mancanza di ambiente, il luogo inappropriato... Ma soprattutto il rumore *interiore*: circostanze, preoccupazioni, sentimenti, esperienze; se tutto questo non viene "controllato", la preghiera diventa molto difficile. È difficile trovare Dio nel rumore.

Il profeta Elia percepì il

Nella nostra società dei mass media – televisione, giornali, computer, radio, musica a grande volume – non è facile fare silenzio, far tacere il rumore che ci circonda, far tacere tante parole vuote, oziose, banali, arroganti... far tacere tutte queste parole che suonano nell'aria e ascoltare la Parola che crea, perdona, accoglie, salva. Parola piena di comunicazione e di messaggio.

Non è facile fare un deserto nel cuore della città; cioè trovare un senso alla nostra vita piena di parole vuote. Maria ci dà un esempio meraviglioso; dice di lei l'evangelista Luca: "Serbava tutte queste cose meditando nel suo cuore" (Lc 2, 19).

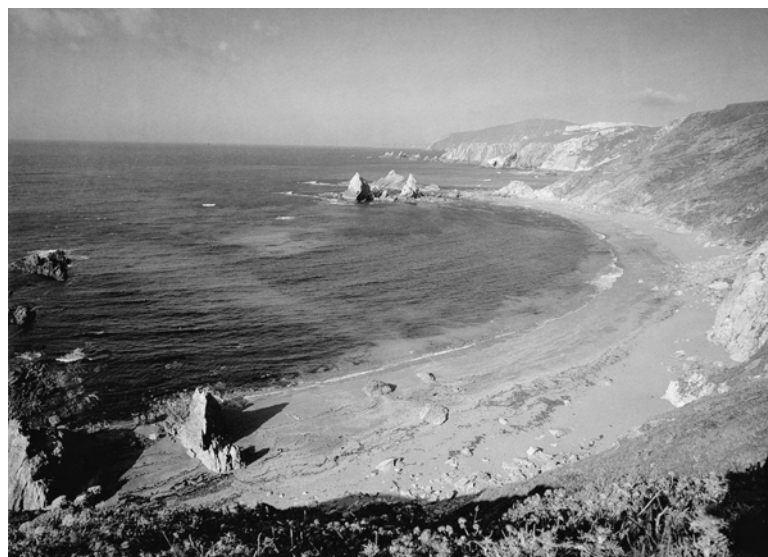
Nella preghiera, non possiamo dimenticare che essa è comunicazione con Dio e, a volte, sentiamo la tentazione di parlare e parlare; l'intimità con Dio è una Sua iniziativa, un dono, per questo la preghiera è un esercizio di fede.

"La preghiera si fa interiore nella misura in cui prendiamo coscienza di Colui a cui parliamo" (Santa Teresa di Gesù, Cammino di perfezione, 26).

"Non è facile pregare"

Un giorno ho chiesto a una suora di clausura, quindi "esperta in preghiera": cosa è per te la preghiera? Riporto alcune espressioni della sua risposta: "La mia esperienza di Dio? Ti dico soltanto che in questi momenti sto vivendo il periodo più oscuro della mia vita, ma intuisco anche che può essere, è, il tempo più ricco. Però quanto mi costa! Mi sembra che non ne uscirò, né so dove andrà a finire".

Trovo in questa risposta una grande ricchezza di preghiera: questa oscurità, questo sapere che Dio si trova là, che cammina nel silenzio, nel dolore di non percepirlo, gustarlo, che è presente anche nell'aridità e, malgrado tutto, lottare, pregare, ascoltare la sua voce lontana, percepire la sua presenza come ombra e sapere che Egli guida i tuoi passi, la tua vita. Sono i frutti di una preghiera intensa, contemplativa.



niamo presente che la preghiera è un incontro tra l'uomo e Dio, un incontro di amicizia, tra amici. E succede che quanto più cresce la fiducia nell'amicizia, meno necessarie sono le parole; il silenzio, a volte, è pieno di comunicazione, di messaggi.

Si racconta nella vita del santo curato di Ars che una volta chiese ad un anziano che passava ore e ore in Chiesa, apparentemente senza pregare, cosa facesse lì; l'anziano gli rispose: "Lo guardo, lui mi guarda e tutti e due siamo felici". Sicuramente quell'anziano aveva imparato a pregare nel silenzio, un silenzio pieno di messaggi.

Non avete osservato che quando San Matteo ci narra l'adorazione dei Magi, questi non dicono una parola? Il testo dice: "Videro il bambino

passaggio del Signore non nell'uragano, non nel terremoto, non nel fuoco; lo trovò nel silenzio, "nel sussurro della brezza soave" (Cfr 1 Re 19, 11-13).

"Torna al tuo cuore – scrive Sant'Agostino, Commento al Vangelo di San Giovanni 18, 10) – Perché fuggi e ti perdi lontano da te? Perché vagabondi? Torna! Dove? Al Signore. Egli ti aspetta. Torna prima al tuo cuore, tu che vai esule ed errabondo. Non riconosci te stesso e vuoi conoscere il tuo Creatore? Torna, ripeto, al tuo cuore. Ed esamina cosa senti su Dio là dentro dove tu stesso eri la sua immagine".

Nella Regola di Sant'Agostino (2, 12) è scritto: "Quando pregate Dio con salmi ed inni, il cuore senta ciò che la voce proferisce".

E con questa esperienza breve quella religiosa mi ha suggerito anche quanto segue:

– “Credo che tutti, in qualche modo, preghino; anche coloro che non credono, sono soliti dire: «A modo mio parlo con Dio», il che dimostra la necessità di un essere superiore”.

– “Il cammino della preghiera è estremamente vario e dipende molto da come si sta e dal periodo che si sta passando. Ognuno deve pregare secondo il metodo che preferisce, ciò che è importante è pregare e pregare bene”.

– “Dio ha il suo modo peculiare di parlare e di pregare; usa farlo dal di «dentro», a partire dalla persona, senza sostituiti. Per questo, fedeltà a questo incontro, a questo ascolto, a questa attenzione ed essere costanti al tempo che ognuno può e si propone; molto, poco, però ogni giorno; nessuno lo farà per te, perché Lui vuole parlare a te, proprio a te; ad un altro lo farà in altro modo, a volte diverso”.

Fin qui la risposta della sua contemplativa.

“Utilizziamo i mezzi moderni per pregare”

È stato detto, e credo che sia una verità confermata da studiosi di diverse religioni, che niente unisce tanto gli uomini quanto la preghiera. Vediamo come l'uomo di oggi abbia una grande necessità di pregare; i metodi, i mezzi, le forme variano, l'importante è la sostanza. Nessuno, quindi, si sorprende se nella nostra società moderna il tema della preghiera appaia nei “mezzi moderni”, ad esempio, nella rete Internet, quasi come una specie di contagio.

Edizioni Cassiopea ha un sito (www.lalode.com) e dal 1996 offre, a tale riguardo, un servizio meraviglioso di riflessione per iniziare la giornata. Questo servizio si chiama “Buongiorno”; basta aprire il programma e si può trovare una parola di aiuto, un messaggio, alcuni la chiamano “lettera da parte di Dio”.

È a disposizione un nuovo

sito (www.novena.it) tutto dedicato alla preghiera: preghiere per bambini e bambine, preghiere per diverse circostanze, testi tratti da Madre Teresa di Calcutta e da J.M. Nouwen. Si tratta di qualcosa di originale, non invadente, opportuno, vivace; è una fonte di preghiera come lo dimostrano le diverse testimonianze che utilizzano espressioni come queste: “È un'iniziativa fenomenale, è bello curare lo spirito... Ricevere attraverso Internet la preghiera nelle nostre case contribuisce a dare un significato più vero e concreto a tutto” (Vito Magno, *Pregare al computer*, in “Rogate ergo”, n. 8/9, pp. 23-24).

Signore, insegnaci a pregare

Gesù ha pregato molte volte e ci ha insegnato a pregare; insegnandoci a pregare, Egli fa nascere in noi il desiderio, la nostalgia per la preghiera; si impara a pregare pregando.

Non possiamo pregare se non nasce in noi il desiderio, se Dio non occupa un posto privilegiato nella nostra vita. Dice Sant'Agostino: “Colui che vuole e non può è che non vuole del tutto” (*Sulla Grazia e il libero arbitrio* 25,31). Cioè, per pregare è necessario “volere” e avere interesse per le cose di Dio; per le cose che vogliamo e ci interessano abbiamo sempre tempo.

“La preghiera ci aiuta a credere, a sperare e ad amare, anche quando la nostra debolezza umana lo rende difficile” (Giovanni Paolo II, Lettera del Giovedì Santo, 1979, n. 10).

Nella preghiera scopriamo ciò che dobbiamo fare, la preghiera ci pone in movimento, ci libera dall'inerzia, dalla pigrizia e ci conduce alla conversione, all'umiltà, alla fiducia, alla perseveranza. La preghiera ci concede pace, ci dà serenità. Se non preghiamo, se perdiamo il “gusto” della preghiera, la nostra fede e il nostro apostolato sono deboli; senza la preghiera il nostro amore per il prossimo diventa un servizio filantropico e il nostro apostolato un'organizzazione umana.

A cosa serve una bellissima

automobile senza il motore? Solo ad un museo. Allo stesso modo, la vita cristiana e religiosa senza la preghiera è come una bella automobile a cui manca il motore, non ha vita, è una specie di pio ornamento. *Signore, insegnaci a pregare*

Un contemplativo, Carlo Carretto, ci narra una sua vicenda: “Da quando ho compreso che Dio contava nella mia vita, ho sentito che il vero problema era quello della preghiera, perché è nella preghiera che si stabilisce l'unione vitale con Dio. È stata un'esperienza che non mi ha deluso”.

Pregare non è facile, è una cosa che impegna, è faticoso, lo dice l'esperienza di ogni giorno, lo dicono gli esperti dello spirito, i contemplativi. Però se non preghiamo, o se preghiamo male, tutti i nostri programmi pastorali non servono perché non hanno la forza di Dio, rimangono progetti umani. È impossibile fare una vera pastorale, prendere decisioni importanti, se ascoltiamo solo noi stessi attorno a un tavolo. Organizziamo le attività, gli incontri, le conferenze, tutto in vista dell'evangelizzazione. Ma il risultato? I frutti? Passa il tempo, ci muoviamo, ma il seme non cresce. Manca qualcosa, e questo qualcosa è certamente la preghiera, l'anima dell'apostolato.

In un discorso ai Superiori Generali dei diversi Istituti religiosi, il Papa Giovanni Paolo II li esortava a cercare tempo per la preghiera: “Non dovete temere di ricordare frequentemente ai vostri confratelli che una pausa di vera adorazione ha maggior valore e frutto spirituale della più intensa attività. È questa la “contestazione” più urgente che i religiosi devono opporre ad una società nella quale l'efficienza è divenuta un idolo, sul cui altare non raramente si sacrifica la stessa dignità umana. Le vostre case devono essere soprattutto centri di preghiera, di raccoglimento, di dialogo – personale e comunitario – con Colui che è e deve restare il primo e principale interlocutore nell'operoso susseguirsi delle vostre giornate” (“L'Os-

servatore Romano”, 25 novembre 1978, pp. 1-2).

Il seguente pensiero è ancora di Sant’Agostino: “Chi non si ricorda di Dio nel riposo e nell’ozio, come può ricordarsi di Lui nella fretta e nel lavoro?” (Commento al Salmo 62,15).

Diceva un cappellano, Richard Halverston, degli Stati Uniti: “Possiamo lavorare fino in fondo, stancarci, possiamo pianificare, programmare... però se abbandoniamo la preghiera perdiamo tempo. Pregare non è un optional, è un comandamento”. Lo dice il Signore stesso: “Io sono la vite, voi i tralci. Chi rimane in me e io in lui, fa molto frutto, perché senza di me non potete fare nulla” (Gv 15,5).

Lo aveva detto il Signore per mezzo del profeta: “Non con la potenza né con la forza, ma con il mio Spirito, dice il Signore degli eserciti” (Zc 4, 6).

Perciò, siamo convinti di tutto ciò che diciamo, siamo convinti che la preghiera è importante per la vita spirituale, per l’apostolato; è come l’acqua per il pesce, come l’ossigeno per la vita, come le ali per l’uccello.

Giovanni Paolo II lo dirà con le seguenti parole: “Pregate incessantemente con ogni sorta di preghiere e di suppliche nello Spirito, vigilando a questo scopo con ogni perseveranza e pregando per tutti i santi” (Ef 6, 18).

È anche la testimonianza degli Apostoli nel Cenacolo: “Tutti questi erano assidui e concordi nella preghiera, insieme con alcune donne e con Maria, la madre di Gesù e con i fratelli di lui” (At 1, 14).

Questo animo costante e perseverante nella preghiera ce lo ha insegnato anche Gesù: “Chiedete e vi sarà dato, cercate e troverete, bussate e vi sarà aperto” (Mt 7, 7).

In un momento difficile, nel Getsemani, Gesù disse agli apostoli: “Vegliate e pregate per non entrare in tentazione, lo spirito è pronto ma la carne è debole” (Mc 14, 38).

Riferendosi alla preghiera, il Prof. Ravasi parla di tre raggi di luce: il *primo* è quello dell’intimità che si rivela specialmente nel Padre nostro;

Padre, Abbà, caro padre, papà. Il *secondo* è la costanza; la preghiera non è un’emozione, non è un fulmine, un’esperienza legata alla necessità, è invece il respiro continuo dell’anima che non si appaga nemmeno nella notte. Il *terzo* raggio orante è il tema dell’efficacia della preghiera: “chiedete e vi sarà dato”. Un’efficacia che in verità non risponde ai canoni della nostra attesa, ai progetti della nostra mente, bensì a quelli di Dio, “perché i miei pensieri non sono i vostri pensieri” (Is 55, 8).

Pertanto, è dolce abbandonarsi ai suoi doni anche quando a noi appaiono insperati e imprevisi (cfr. Gianfranco Ravasi *Secondo le Scritture – ciclo C. Piemme 1997*).

Signore, insegnaci a pregare

Si impara a pregare pregando, così come si impara a camminare camminando. Esiste, quindi, un modo insostituibile: pregare.

La preghiera non è un qualcosa in più nella vita; è qualcosa di centrale. Di qui la nostra necessità di cambiare atteggiamenti:

- la preghiera non è una cosa indipendente dalla vita, non è qualcosa di isolato, è un momento unito alla vita;

- è un momento che nasce dalla vita e non un’attività in più;

- non è un obbligo; è una necessità (Cfr. Pedro Muñoz Peña, *Aprender a orar*, p. 188).

Nella vita abbiamo delle priorità, facciamo una cosa dopo l’altra, secondo l’importanza e l’urgenza. Nella vita cristiana succede la stessa cosa: una cosa è più importante e urgente dell’altra; la preghiera rientra nelle priorità, giacché Dio è al centro; a Lui, quindi, dobbiamo dedicare tempo – tempo per Dio, come norma, tempo prioritario per Dio nel nostro organigramma, nella nostra agenda di lavoro.

È una questione di priorità: senza preghiera la carità non funziona e non funzionano neanche i nostri programmi pastorali.

Noi sacerdoti, religiosi, religiose e laici impegnati nella pastorale dobbiamo essere esempio di preghiera, perché preghiamo e preghiamo bene. Un Vescovo, un sacerdote, un religioso, una religiosa, un laico, dei genitori che pregano, diventano capaci di far nascere la fede, la speranza, l’amore, la vita santa. “O Padre nostro che sei nei cieli/stai non circoscritto, ma per più amore” diceva Dante Alighieri (Purgatorio XI, 1-21).

Come dice il filosofo russo Vladimir S. Solovev, 1853-1900, riferendosi al Padre nostro: “Padre nostro che sei nei cieli, padre di una nuova vita santa in noi. Santificato sia il tuo nome, la verità sia santificata dalla nostra fede. Venga il tuo regno, che è tutta la nostra speranza. Si faccia la tua volontà, che tutto e tutti unisca in un solo amore. Sii tu la nostra guida alla pienezza secondo la tua vera via perché a te appartengono, nei secoli, la potenza e la gloria”.

Signore, insegnaci a pregare

Abbiamo bisogno di pregare per convertirci e così crescere nella vita spirituale. La preghiera ci fa vedere ciò che siamo e ci pone nel cammino di ciò che Dio vuole che siamo. Pertanto, pregando, ci convertiamo sicuramente.

Abbiamo bisogno di pregare per arrivare ad essere santi; dobbiamo distinguerci “nell’arte della preghiera” (NMI n. 32).

“Non c’è santità senza preghiera”, ha detto il Papa ai partecipanti all’Assemblea annuale del “Rinnovamento dello Spirito Santo” (Rimini, aprile 2001).

La preghiera è il principio della vita è il titolo di un libro di Madre Teresa da Calcutta. “Tutto inizia con la preghiera. Se non chiediamo amore a Dio, non possiamo avere amore e ancor meno possiamo darlo agli altri” (Madre Teresa).

Il Papa si domanda: “E non è forse un segno dei tempi che si registri oggi, nel mondo, nonostante gli ampi processi di secolarizzazione, una diffusa esigenza di spiritualità, che in gran parte si esprime pro-

prio in *un rinnovato bisogno di preghiera?*” (NMI, n. 33).

Sì, abbiamo bisogno di pregare. A tale proposito vorrei citare un meraviglioso testo di San Buenaventura: “Se vuoi soffrire con pazienza le avversità e le miserie di questa vita, *sii uomo di preghiera*. Se vuoi ottenere virtù e forza per vincere le tentazioni del nemico, *sii uomo di preghiera*. Se vuoi

esercitati nella preghiera, perché questo è il cammino per dove l’anima sale alla contemplazione e gusta delle cose celestiali” (cfr. Antonio Royo Marin, *Ser o no ser santo* BAC, Madrid 2000).

La preghiera, dice il P. Royo Marin nell’opera citata, è la fucina dell’amore; in essa si infiamma la carità e si illumina l’anima con le sue fiamme,

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, n. 33).

A noi, che abbiamo ricevuto il dono della vocazione a una vita di speciale consacrazione, il Papa chiede di essere più disponibili alla preghiera, all’esperienza contemplativa (cfr. NMI, n. 34).

Abbiamo bisogno di pregare sempre

Per tutti, in tutte le occasioni, tenendo presente la necessità della comunità cristiana. San Paolo è un esempio bellissimo di questa sollecitudine che manifesta in molti passaggi delle sue lettere:

– “La mia preghiera sale a Dio per la loro (gli ebrei) salvezza” (Rm 10, 1).

E agli Efesini: “Non cesso di render grazie per voi, ricordandovi nelle mie preghiere” (1, 16).

– “E perciò prego che la vostra carità si arricchisca sempre più...” (Fil 1, 9).

– “Noi rendiamo continuamente grazie a Dio ... nelle nostre preghiere per voi ...” (Col 1,3).

– A Timoteo l’Apostolo raccomanda la preghiera per tutti gli uomini: “Ti raccomando dunque, prima di tutto, che si facciano domande, suppliche, preghiere e ringraziamenti per tutti gli uomini, per i re e per tutti quelli che stanno al potere, perché possiamo trascorrere una vita calma e tranquilla con tutta pietà e dignità. Questa è una cosa bella e gradita al cospetto di Dio, nostro salvatore, il quale vuole che tutti gli uomini siano salvati e arrivino alla conoscenza della verità” (1 Tim 2, 1-4).

“Pregare nella salute e nella malattia”

In molte circostanze della vita ci rivolgiamo a Dio per



mortificare la tua volontà con tutte le sue passioni e appetiti, *sii uomo di preghiera*. Se vuoi conoscere le astuzie di Satana e difenderti dai suoi inganni, *sii uomo di preghiera*. Se vuoi vivere gioiosamente e camminare con soavità lungo la strada della penitenza e del lavoro, *sii uomo di preghiera*. Se vuoi allontanare dalla tua anima i vani pensieri e preoccupazioni, *sii uomo di preghiera*. Se la vuoi rafforzare e se vuoi confermare il tuo cuore nel cammino di Dio, *sii uomo di preghiera*. Infine, se vuoi sradicare dalla tua anima tutti i vizi e piantare al loro posto tutte le virtù, *sii uomo di preghiera*, perché in essa si riceve l’unzione e la grazia dello Spirito Santo, che insegna tutte le cose. E, oltre a ciò, *se vuoi salire all’altezza della contemplazione e godere dei dolci abbracci dello sposo,*

che sono luce e vita allo stesso tempo. Se la santità è amore, unione intima con Dio, il cammino più santo e veloce per giungere ad essa è la vita di continua e ardente preghiera.

Abbiamo bisogno di pregare per ringraziare Dio di tanti benefici. Imparare a rendere grazia, imparare a vivere la nostra relazione con Dio.

Il Signore aspetta le nostre parole e i nostri gesti di ringraziamento. Gesù si lamenta quando vede il cuore chiuso, incapace di ringraziare; dei dieci lebbrosi, solo uno torna a rendergli grazia: “Non sono stati dieci quelli curati? Gli altri nove dove sono?”.

“Sì, carissimi Fratelli e Sorelle, le nostre comunità cristiane devono diventare *autentiche «scuole» di preghiera*, dove l’incontro con Cristo non si esprima soltanto in implorazione di aiuto, ma anche

lodarlo, benedirlo, rendergli grazia. La Bibbia è piena di questi fatti: uomini e donne del Vecchio e del Nuovo Testamento e anche tutta la storia della Chiesa ne sono una testimonianza eloquente.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica ha raccolto, ugualmente, in modo esaustivo e meraviglioso, nella quarta parte del testo, dal titolo “La preghiera cristiana”, una vera sintesi del senso e della pratica della preghiera nella vita della Chiesa. Il contenuto è una vera fonte di ispirazione.



L'uomo ha pregato nella salute e nella malattia, e lo ha fatto con gesti e parole diverse. I Salmi ci parlano costantemente di questa realtà, basta stare attenti ad osservare le diverse preghiere secondo gli stati d'animo e le necessità: lode, azione di grazia, suppli- che per la guarigione.

Desidero raccontarvi un'esperienza personale. Nel 1995 fui operato d'urgenza di ulcerotomia. La cosa era grave, così mi dissero, e io quasi non me rendevo conto... Durante la convalescenza scrissi la mia esperienza di ammalato che fu pubblicata sul n. 12 della rivista “Camillianun”, con il titolo “Non mi sono mai sentito tanto accompagnato”. Vorrei esprimere qui ciò che scrissi sulla preghiera durante la mia malattia: “...Ho visto che non è facile la preghiera, soprattutto nei momenti più acuti della malattia, specialmente la preghiera rituale, quella di tutti i giorni; quella del libro mi era difficile, non la sentivo mia, del momento che stavo passando”.

La mia preghiera nel letto di ospedale e poi nella piccola cappella della comunità era composta piuttosto di giacula-

torie: Signore, si compia la tua volontà, ma dammi forza per seguirla; spesso mi rivolsi al Signore con questo grido.

Ricordo che un giorno, dopo la seconda ricaduta, pregai al Signore il salmo 136: “Come cantare al Signore un cantico in terra straniera!”. E mi dissi: è vero, è difficile e lo applicai a me, perché terra straniera era per me in quel momento la mia malattia, i miei dubbi; terra straniera era non poter seguire la vita normale; terra straniera erano tante prove mediche, tante analisi, tante iniezioni.

Mi identificai ugualmente con il grido del salmista: “Signore mio Dio, a te gridai e tu mi sanasti” (*Salmo 29*).

Un altro momento forte di preghiera fu la festa dei Santi Pietro e Paolo; sentii vicino la gioia, il coraggio e la forza apostolica: “So a chi ho dato fiducia (...) ho combattuto la buona battaglia, ho terminato la mia corsa (...) la grazia di Dio non mi abbandona” (*Antifona*).

“La mia forza e il mio canto è il Signore; Egli mi ha salvato” (*antifona 2, Lodi, 1° settimana*).

“Umiliatevi dunque sotto la potente mano di Dio (...) gettando in lui ogni vostra preoccupazione, perché egli ha cura di voi” (*1 Pt 5, 6-7*).

Alla fine di tutto, è questo ciò che resta, è questa la sostanza della vita. In quei giorni mi capitò nelle mani il *depliant* dell'Ufficio di lettura dei 71 beati dell'Ordine, martiri della guerra spagnola, e sentii come un brivido nel leggere alcuni testi; vidi in quei martiri la generosità, l'amore per gli ammalati, la fede in Dio, il vigore nei momenti difficili e mi dissi: animo! E vidi che era vero, che la vita, umana e cristiana, matura con la sofferenza e con la preghiera.

Un'altra esperienza mi ha accompagnato durante la mia malattia: ho sentito vicina come mai la preghiera degli altri; tanti mi dicevano che pregavano per me e veramente sentii questa “spinta”, questa forza, e pensavo: se gli uomini sono vicini a te, come può non esserlo Dio?

Se in ogni momento possiamo pregare, “la malattia, e soprattutto la malattia grave, è un momento propizio per la preghiera. Questa preghiera è di grande importanza per creare un clima di pace nel malato e nei suoi familiari, per infondere coraggio a colui che soffre, per trovare la forza necessaria nel dolore, per destare la fiducia in Dio.

Per questo molte volte più importante del parlare con il malato grave, è pregare con lui, proporgli di pregare, aiutarlo, suggerirgli alcune formule. La preghiera deve rispondere alla situazione e ai sentimenti che vive il malato.

Nella preghiera di lamento bisogna stare vicino al malato, in silenzio; nella preghiera di supplica, bisogna pregare con lui riaffermando la sua fiducia in Dio; nella richiesta di perdono bisogna ricordargli la misericordia del Padre; nella preghiera di grazie evocargli il dono della vita; in quella di intercessione, aiutarlo a uscire da se stesso per pensare agli altri.

Non dobbiamo trascurare neanche la preghiera per i malati, e, in particolare, per i malati gravi. E quando il malato non può più pregare, la Chiesa prega per lui. Cappellani, responsabili parrocchiali e operatori della pastorale della salute devono saper suscitare questa preghiera nei familiari del malato e nella comunità cristiana” (cfr. José A. Pagola, *Hacia una muerte más humana y más cristiana*, in *Semanas de estudios Trinitarios*, el Dios cristiano e y el ministerio de la enfermedad, Salamanca 1996).

Pregare con il cuore, pregare con l'esempio

Infine, abbiamo bisogno di pregare con il cuore, pregare con l'esempio, con la testimonianza di una vita santa. “Non agitate ovunque le vostre preghiere con voci disordinate (...) Dio non è uno che ascolta la voce, bensì il cuore”.

Pregare non solo con parole, ma anche con i fatti. Come dice il Salmista: “Parlate nei vostri cuori” (*Sal 4,5*). L'uomo nuovo (...) in primo luogo

dice: Padre (cfr. S. Cipriano, *Commento al Padre Nostro*, undicesima settimana, Ufficio delle Letture).

Insegnaci, Signore, a pregare. Certamente gli apostoli lo videro pregare e ne furono animati, contagiati e pregarono con il Maestro: “Padre nostro che sei nei cieli, sia santificato il tuo nome, venga il tuo Regno, sia fatta la tua volontà”. Amen

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

Bibliografia

GIOVANNI PAOLO II, *Oraciones*, PPC, Madrid.

S. ALFONSO M. DE LIGUORI: *El gran medio de la oración*, Ediciones Populares México.

Catechismo della Chiesa Cattolica – Parte quarta: *La preghiera cristiana*, Libreria Ed. Vaticana 1993.

BIANCHI, E.: *Preghiera in Dizionario di Teologia e Pastorale Sanitaria*, Ed. Camilliane, Torino 1997, pagg. 927-937.

Congregazione per la Dottrina della Fede: *Istruzione circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione*, Paoline, Milano 2000.

Labor Hospitalaria (gennaio-febbraio 19071): *La oración del cristiano en la enfermedad*.

MOSSO, DOMENICO: *Benedire*, Elledici, Torino 1991.

GRÜN, ANSELM: *La oración come encuentro*, Narcea, Madrid 1997.

GRÜN, ANSELM: *Buscar a Jesús en lo cotidiano*, Narcea, Madrid 1998.

FATTORINI, EMMA: *Tempi dell'uomo*,

tempi di Dio, Guerini, Milano 1999.

Rivista Rogate, n. 12, Dicembre 2000
BIANCHI, ENZO: *Il libro delle preghiere*, Einaudi, Torino 1997.

BLOON, ANTHONY: *Preghiera viva*, Gribaudi, Milano 2000.

CLÉMENT, OLIVER: *Taizé, un senso alla vita*, Paoline, Milano 1997.

MUÑOZ PEÑAS, P.: *Aprender a orar*, San Paolo, Madrid 2001.

RAVASI, GIANFRANCO: *Perché il cuore possa cantare*, Piemme 1997.

Lettera Pastorale degli Vescovi di Pamplona e Tutela, Bilbao, San Sebastian e Vitori: *La oración cristiana hoy*, Quaresima e Pasqua 1999.

MORENO, ANGEL – VARI -: *Piego*, sul tema della preghiera in Vita nuova, 19 aprile 1996, 15 febbraio 1997, 17 maggio 1997, 17 luglio 1997.

HERRAIZ GARCÍA, MAXILIMIANO: *La preghiera, una storia d'amicizia*, EDB Bologna.

PAGOLA, J.A.: *Salmos para rezar desde la vida*, PPC Madrid.

MADRE TERESA: *La oración principio de vida*, PPC Madrid.



La gestione carismatica nell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio

Introduzione

Il presente lavoro è stato presentato nell'Assemblea Generale dell'ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, tenutasi a Tagaytai nelle Filippine dal 1 al 6 dicembre 2003.

L'autore Fr. José L. Garcia Imas, religioso di San Giovanni di Dio, con gli studi ha ottenuto una buona preparazione e soprattutto ha una grande esperienza di gestione a livello provinciale

Il tema viene svolto in un ambito molto preciso: l'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio proprietario di 230 strutture sanitarie.

La pubblicazione nella nostra rivista *Dolentium Hominum*, obbedisce all'esigenza di presentare criteri per la Gestione Carismatica; tutto quello che un ordine religioso dice di se stesso può essere illuminante e di suggerimento a tanti altri gruppi.

L'autore naturalmente non esaurisce l'argomento, però va a porre le fondamenta, le basi sulle quali deve svilupparsi una gestione sanitaria all'interno di un gruppo che ha principalmente il carisma come centro; per questo si domanda se la gestione risponde all'idea fondamentale.

1. A mo' di esempio

Nel nostro mondo, questo "villaggio globale" che è sempre più esteso, dobbiamo agire concretamente e pensare a livello universale. Vi invito perciò a fare con me questo semplice viaggio, perché anche se non avremo bisogno di molti bagagli, dovremo metterci – questa sì – una certa immaginazione.

Potremmo prendere come punto di riferimento una qualsiasi nostra opera assistenziale, dalla più semplice alla più complessa, in quanto la realtà dell'Ordine Ospedaliero è mol-

to vasta e diversificata. Per non scostarci dall'indicazione di avere un bagaglio leggero, scegliamo un viaggio semplice.

Ciascuno può immaginare un luogo del nostro pianeta in cui l'Ordine Ospedaliero sia presente e in questo luogo teorico, forse neanche tanto, collochiamo un centro per la prevenzione delle malattie.

Allo stesso modo, immaginiamo che questo centro sia portato avanti da un'équipe formata da un Confratello, una collaboratrice e una volontaria, che hanno impostato un progetto di prevenzione e di promozione della salute in favore delle persone che vivono nella zona.

Dopo aver raccolto le informazioni sullo stato di salute dei residenti, consultano le informazioni disponibili, si incontrano con le autorità locali, osservano la situazione reale delle persone, quindi decidono di dedicarsi alla malattia che considerano come la più urgente: l'AIDS.

Quando progettano di impiantare questo servizio, il primo elemento che devono prendere in considerazione è quello di trovare uno spazio, anche minuscolo, in cui operare, perché senza di esso non sarà possibile agire. Non sono molto ambiziosi, e sono disposti ad accettare anche una casetta di campagna, o addirittura una tenda da campeggio.

I nostri protagonisti non pretendono molto, ma se vogliono fare un lavoro, anche minimo, sono giunti alla conclusione che devono aprire l'equivalente di una storia clinica per ogni persona di cui si prendono cura.

Vorrebbero lavorare con l'ausilio del computer, ma questo sistema non è garantito e prevedendo delle difficoltà, si vedono costretti, almeno per il momento, a lavorare con supporto cartaceo e pertanto avranno bisogno di un archivio, poiché è chiaro che una

corretta archiviazione delle storie cliniche consentirà loro di dare una risposta valida quando dovranno consultare i dati.

Ciò nonostante, credono che un computer personale, se sarà possibile installarlo, li agevolerà nelle rilevazioni statistiche.

Per quanto riguarda la dinamica operativa, i nostri protagonisti non vivono nel luogo in cui dovranno lavorare, e pertanto avranno bisogno di un mezzo di trasporto; data la limitazione delle risorse useranno un mezzo di trasporto pubblico, che effettua il percorso una volta alla settimana.

Pertanto, se vorranno fare le cose in modo efficiente, dovranno programmare di spostarsi e di rimanere nel dispensario in funzione del viaggio. Di conseguenza, dovranno fissare anche il giorno in cui potranno curare le persone.

Andando avanti nel progetto, impostano il modo di realizzare la missione e decidono di mettersi in contatto con le autorità locali per illustrare loro la proposta e l'obiettivo.

Come è facile capire, bisognerà dedicare del tempo a tenere delle riunioni con le autorità, con i futuri utenti, ecc.

Dato che desiderano realizzare un progetto coerente, dedicano spazio e tempo ad amalgamare le pianificazioni con delle riunioni di lavoro, così come cercano di acquisire un certo affiatamento come gruppo.

Nella presentazione del progetto hanno ben chiaro che devono essere aperti alle opinioni, ai suggerimenti e ai contrasti che possono emergere. Si sono proposti come obiettivo che il loro progetto sia accolto ed accettato da tutti.

Si propongono di informarsi se esiste qualche norma o tradizione culturale locale, e cercano di formarsi al riguardo; vogliono essere scrupolosi riguardo la normativa da rispet-

tare per l'avvio di questi servizi, e riguardo le caratteristiche architettoniche che sono richieste.

Soprattutto, e in modo speciale, manterranno una linea di dialogo con la popolazione vicina, tutte le volte che sarà necessario, prima di avviare l'opera; non si può cominciare avendo le persone contro.

Ora viene la parte più delicata: non bisogna dimenticare che bisogna fare i conti con la parte finanziaria, i componenti del gruppo perciò dovranno vedere quanto costerà l'avviamento del progetto e di quali risorse devono disporre ogni mese per portarlo avanti, se non vogliono chiudere i battenti troppo presto.

Dopo aver esaminato la situazione della zona, scoprono che le autorità non possono coprire i costi della casa, inoltre i cittadini stanno attraversando una situazione difficile e non potranno pagare neanche la minima parte dei costi della visita, né acquistare gli strumenti per la prevenzione che vengono loro prescritti.

Per finanziare l'avviamento del progetto, vengono a conoscenza che esiste una Organizzazione Non Governativa (ONG) italiana che ha una linea preferenziale in questo campo, e le presentano il progetto: locali, attrezzature, costi, piano di lavoro, ecc., affinché ne finanzia l'avviamento.

Prevedendo che la domanda da parte degli utenti andrà aumentando col tempo, decidono di inviare una nota informativa completa del progetto sanitario, una volta avviato: locale, dotazione, costi, piano di lavoro, ecc., poiché pensano di tornare a chiedere un aiuto se sarà necessario ampliare il progetto.

Per il funzionamento ordinario, non trovano nessun organismo disposto ad appoggiarli; essi vorrebbero che gli utenti contribuissero in parte ai costi di gestione, ma ciò non sarà possibile, così si propongono di presentare il progetto al Fondo Comune per le Missioni dell'Ordine Ospedaliero affinché li supporti per i prossimi cinque anni. In cambio, si impegnano ad inviare una relazione annuale sull'attività realizzata, così

come sulle entrate e le spese del progetto apostolico.

Dopo un anno di lavoro, la nostra équipe ideale ha redatto il progetto, lo ha presentato, ha ottenuto tutte le approvazioni, ha ricevuto gli aiuti economici; autorità e cittadinanza sono favorevoli, dunque la nostra équipe è ora in condizione di dare inizio al suo progetto pastorale.

Il progetto è stato impostato in tutti i dettagli, ma rimane l'interrogativo di come sarà la

volessimo trasferire questa esperienza alla realtà dell'ospedale dei Fatebenefratelli di Regensburg, ad esempio, con i suoi 700 posti letto, le unità di terapia intensiva, i reparti di pronto soccorso, i molteplici servizi, l'alta tecnologia e gli enormi quadri di personale qualificato, il processo sarebbe molto più complesso.

Allo stesso modo, se volessimo applicarla al gruppo dei servizi di salute mentale di Sant Boi, con le unità di attenzione



risposta di chi ne usufruirà, cioè degli utenti finali. Pertanto, i componenti del gruppo dovranno verificare la proposta di intervento e la reale risposta ottenuta. Partendo da questa informazione, sarà necessario vedere l'evoluzione del progetto per ottenere il grado di collegamento più alto possibile.

Da ultimo, dato che la migliore forma di prevenzione è quella di evitare il contagio, la nostra cellula apostolica dovrà orientare la forma per evitare il contagio di questa malattia e nella previsione più difficile, dovrà fornire i mezzi per evitare i contagi. Sono consapevoli che tutto ciò dovrà essere realizzato con il dovuto rispetto per i protocolli specifici che potranno essere pubblicati al riguardo.

Vorrei ribadire che questa esperienza simulata si potrebbe applicare alla realtà concreta di un qualsiasi progetto istituzionale, sia nel mondo della salute, sia in quello sociale.

A nessuno sfugge che, se

per i malati acuti, quelle per i malati cronici, con oltre 300 unità esterne, la presenza nelle infermerie delle carceri, le unità di internamento psichiatrico in una prigione, ecc., gli elementi da considerare si moltiplicano e ovviamente anche la complessità del progetto.

2. Cosa comporta la gestione

Prenderemo come riferimento l'esperienza del nostro nucleo apostolico, per cercare di ricavare alcune conclusioni sugli elementi che comporta la gestione. Mi permetto di fare una premessa: la gestione si può applicare a tutti i campi della vita, ma per essere pratici mi riferirò alla nostra situazione, all'ospitalità.

*Una considerazione di base.
Una missione*

Senza di essa è impossibile arrivare ad un qualsiasi tipo di specificità. Ci sono stati dei guru del risultato economico

facile, che hanno lasciato da parte questa impostazione; il tempo ha detto chiaramente che si sono limitati a progetti del tipo “prendi i soldi e scappa”; in poche parole, non voltarti indietro per vedere il disastro che hai lasciato.

Dunque, le persone che si dedicano alla riflessione nel campo della gestione indicano chiaramente questo primo punto; avere una missione è parte essenziale di ogni progetto economico; inoltre, senza missione non è possibile realizzare un progetto di gestione; potrà essere un'altra cosa, ma un progetto di gestione – nell'impresa, istituzione, fondazione, organismo confessionale, ecc. – senza la missione non è possibile.

Nel caso del nostro esempio, questa missione non è esplicita, e qualcuno potrebbe obiettare che non è una forma felice di iniziare la riflessione. Vorrei fare una breve riflessione, e cioè che nel caso di cui ci stiamo occupando abbiamo iniziato parlando di un'opera dell'Ordine Ospedaliero e attualmente credo che l'Ordine non abbia perso di vista che ha già una missione chiara, come concetto originale e come progetto da realizzare e, pertanto nella cellula operativa che abbiamo presentato la missione è già presente.

Elementi da prendere in considerazione.

La realtà

Un progetto di gestione non si può impostare al margine della realtà; o meglio: se lo si desidera si può fare, ma finirà per essere un'astrazione intellettuale, una entelechia, una finzione. Nel caso dell'esercizio dell'ospitalità, questa realtà deve rivelare una necessità, una o diverse, ma deve avere un contatto con la realtà e la riflessione che ci permetta di giungere a delle conclusioni.

Partendo dalle necessità manifestate, si giungerà all'opzione concreta da prendere: le necessità sono molte, ma è necessario fare uno sforzo di sintesi o di conclusione. Come esseri umani, come progetto umano, dobbiamo fare i conti con la limitazione, e non è

possibile far fronte a tutte le necessità; bisogna scegliere, bisogna decidere.

L'opzione

Questo è un punto cruciale nella gestione: *decidere*.

Gestione e decisione sono unite in modo inseparabile, e fanno parte di una stessa realtà.

Conosciuta la realtà e viste le diverse necessità, vengono i passi seguenti, le decisioni:

- scegliere la (o le) necessità che ci proponiamo di affrontare;
- determinare di quali risorse abbiamo bisogno per portare a compimento il progetto;
- stabilire in quale modo lo realizzeremo;
- impostarne il finanziamento;
- procedere con i criteri di valutazione; ecc.

Sono tutte opzioni concrete di lavoro, sono tutte decisioni da prendere.



Anche più avanti, la gestione comporta una decisione ma come processo, ossia non come una decisione presa, ma come un insieme di decisioni che si stanno delineando, con la verifica della realtà e delle informazioni che ci vengono fornite e che bisogna modificare; in altre parole è un continuo processo decisionale.

Esiste un altro punto fondamentale della decisione, che arricchisce il suo significato. Decidere comporta assumere dei rischi, la persona che decide, l'équipe che decide, si sta assumendo dei rischi. È qualcosa che è inerente al processo, e l'incertezza è garantita.

Il prendere delle decisioni fa parte del processo, così come cercare di ridurre al minimo

l'impatto del fattore rischio. Il processo descritto nel nostro viaggio immaginario ha come elemento centrale la riduzione del fattore rischio che, non dimentichiamolo, è sempre presente. Di fatto:

- cercheranno di ottenere l'accordo delle autorità;
- dovranno fare in modo che i cittadini non si oppongano;
- viene dato un certo protagonismo alle parti coinvolte;
- cercano di rispettare la cultura della zona;
- adempiono alle norme che esistono al riguardo.

Sono tutte parti integranti del processo decisionale, e tutto è orientato a cercare di ridurre al minimo l'impatto del fattore rischio.

Gli obiettivi.

Il programma di lavoro

Riguardo agli obiettivi, potremmo dare molti orientamenti, ma mi limiterò ad alcuni tratti generali; relativamente

agli obiettivi, l'unica cosa che ci proponiamo è rispondere a delle semplici domande, che potrebbero essere molteplici, ma che limiteremo alle seguenti:

- Cosa vogliamo fare?
- Come vogliamo farlo?
- Quando lo faremo?
- Dove pensiamo di farlo?

Quando stiamo rispondendo alla prima di queste domande, il *cosa*, staremo parlando di quantità, del volume di attività che ci proponiamo.

Nel passaggio seguente, quello del *come*, staremo pensando alle nostre forme e modi di lavoro, riferendoci alla qualità dei nostri servizi.

Nel passaggio successivo, quello del *quando*, introdurremo il fattore tempo, distri-

buendo nel tempo i nostri piani di lavoro; non si può fare tutto allo stesso tempo, è necessario infatti pianificare nel tempo gli interventi.

Il *dove* ha un elemento spaziale fondamentale: delimita lo spazio, il luogo, l'ambito del nostro intervento.

Le risorse

Nella realtà economica mondiale in cui viviamo, questo è diventato un fattore molto importante, talvolta troppo importante quando non l'unico. È sufficiente avvicinarsi alla pubblicità che fanno tutti gli enti sanitari per vedere come, in forma chiara o velata, ci stanno parlando dei mezzi, di quelli propri ed eventualmente delle loro esclusività, anche se cercano di venderli con altre forme.

È certo che senza mezzi non è possibile alcun intervento nel campo della salute o in quello sociale; è pur vero che sono un altro elemento importante del progetto, ma non certo l'unico.

Non mi dilungherò molto su questo punto. I mezzi possono essere:

- fisici;
- umani;
- finanziari.

I primi si riferiscono a: edifici, installazioni, attrezzature, tecnologia, ecc.

I secondi si concentrano sul personale, nel nostro caso: operatori professionali, volontari, benefattori, Confratelli.

I terzi, sono i fondi necessari per portare avanti il progetto.

La legislazione

È un tema che nel passato quasi non era preso in considerazione, ma che ora ha molta importanza, forse troppa: gli agenti di salute e sociali corrono il rischio di vivere attanagliati dalla paura di adempiere o no alla legge.

Non si può, nel mondo attuale, proporre alla società un servizio al margine della legge; al contrario, bisogna porre molta cura nel limitare la risposta professionale per evitare di essere colti in fallo dalla legge.

La legislazione contempla tutti gli spazi dell'intervento

che si propone, che certamente dipende dai paesi, ma è anche vero che c'è stata una certa armonizzazione del contenuto delle legislazioni e delle norme che le orientano, che nell'Unione Europea sono state denominate direttive, in quanto a:

- sanità e servizi sociali;
- architettura, installazioni, ecc.;
- mondo del lavoro, sicurezza lavorativa.

Parlare di tutto ciò che riguarda l'ambito legislativo va oltre quanto mi sono proposto con questo mio contributo, ciò nonostante non rinuncio ad esporre alcune indicazioni sull'aspetto lavorativo.

Il mondo dei rapporti di lavoro, forse, ha perso parte della virulenza che aveva nel passato. Pur senza essere diventato un campo facile della gestione, e credo che difficilmente arriverà ad esserlo, sta presentando delle realtà molto chiare:

- siamo d'accordo che i diritti dei lavoratori stanno perdendo terreno;
- il mondo delle sub-contrattazioni e delle esposizioni dei servizi sta portando a situazioni lavorative molto precarie, delle quali l'ente principale non si sente direttamente responsabile, ma delle quali però è partecipe;
- la temporaneità nei contratti di lavoro è la base della precarietà del lavoro.

In questo spazio, quello legislativo, e in modo particolare in quello lavorativo, la creatività nella gestione è in costante evoluzione, e ogni giorno vengono introdotti dei cambiamenti di concetto e di orientamento.

Sarebbe bene mantenere un minimo atteggiamento critico, poiché in diverse occasioni potrebbero verificarsi proposte di gestione apparentemente neutre, ma che realmente non lo sono, comportando un rischio economico unico ed esclusivo.

L'informazione.

La comunicazione

Le opere sociali e sanitarie sono per la società, ma quest'ultima deve esserne a conoscenza, deve sapere del loro

funzionamento e inoltre deve dare la propria opinione, prima che inizino a funzionare.

Molte volte il rifiuto di un'opera sociale, sul terreno delle azioni più impegnate, è stato provocato da atteggiamenti quasi segreti che, seppure in qualche momento possono essere comprensibili, in questo caso non si giustificano.

L'epoca in cui le istituzioni potevano fare e disfare liberamente è un ricordo del passato nella maggior parte dei paesi; ora non si ammette più che un progetto venga accettato nella società solo dall'ente che lo promuove.

Ora si chiede e si esige che siano raccolte preventivamente le informazioni sulla situazione, sulla necessità, sui requisiti legali, sulle autorizzazioni preventive, ecc.

Ora viene richiesto molto tempo per instaurare un rapporto e un contatto con l'area in cui si pensa di avviare il progetto, ponderando i vantaggi e gli inconvenienti, e facendo delle concessioni prima di iniziare.

Traiettorie per la collocazione di una risorsa, come quella indicata in questa esposizione, permettono di evitare molti ostacoli che potrebbero presentarsi in seguito, quando addirittura eventuali rallentamenti che potrebbero rendere difficile una rispondente entrata in funzione delle risorse.

Il funzionamento ordinario di un'opera raccomanda che gli agenti sociali siano informati con una certa periodicità, che le autorità, i funzionari competenti, gli utenti, gli operatori professionali e i benefattori siano messi al corrente delle nostre intenzioni, sia nei momenti "tranquilli", sia nelle situazioni difficili.

Raccogliere informazioni è una parte imprescindibile nel funzionamento di ogni opera; bisogna sondare le opinioni, verificare le informazioni; quanto più sappiamo sul nostro operato, meglio sarà per le nostre condizioni di lavoro.

L'ambiente

Per molti anni gli organismi di tipo economico – insistiamo sul fatto che lo è ciascuna del-

le nostre opere – sono stati considerati come una realtà chiusa, con determinati importi relativi alle entrate e alle uscite.

Con il passare del tempo si è visto che questa era una visione parziale, incompleta, poiché gli organismi economici erano in relazione diretta con la natura, dalla quale ricevevano un insieme di risorse e alla quale restituivano una quantità maggiore o minore di rifiuti.

In noi si sta facendo sempre più strada la consapevolezza che le risorse della natura non sono illimitate, e che i rifiuti, in funzione di come vengono trattati o abbandonati, possono risultare un peso impossibile da sopportare per il difficile equilibrio del nostro pianeta.

Gli organismi economici nel campo dei servizi sociali, e in modo più significativo in quello dei servizi sanitari, stanno consumando le risorse dell'ambiente, alcune delle quali sono in realtà molto scarse.

Gli organismi economici che operano nei servizi sociali e, soprattutto, nei servizi sanitari producono dei rifiuti che contaminano l'ambiente ed alcuni di essi – come radiologia, medicina nucleare, biologia, biochimica – lo fanno in modo molto particolare e impegnativo nei confronti della natura.

Qui c'è uno spazio di grande sensibilità nella gestione, dobbiamo essere capaci di impegnarci nel servizio all'uomo ed alla società del presente, ma al tempo stesso dobbiamo evitare di compromettere il futuro della natura.

La valutazione

In pratica:

– cosa può succedere? Che i nostri obiettivi non vengono raggiunti;

– cosa dobbiamo fare? Esaminare per quale motivo le nostre previsioni non si sono avverate;

– da dove bisogna cominciare per fare questa valutazione? Sulla base delle nostre previsioni, analizzando ciò che è accaduto e con i fattori esterni che possiamo conoscere.

È preferibile che nella valutazione analizziamo se siamo riusciti a raggiungere gli obiet-

tivi; se ciò non è stato possibile, potremo sempre apportare delle correzioni ma potremo agire in questo senso solo se avremo fatto un'impostazione preventiva; senza di essa non ci sarà valutazione e pertanto non ci sarà né conferma né possibilità di introdurre le opportune correzioni.

Il metodo di lavoro più adeguato è quello che applica la valutazione agli obiettivi e a tutti e ciascun componente indicato; tradizionalmente è stata fatta una valutazione sulla base degli obiettivi, ma è applicabile a tutti gli elementi:

– la missione, e tutto quanto perdura nel tempo, si può e si deve valutare;

– la realtà non è qualcosa di statico, ma è sempre in evoluzione;

– pertanto, la nostra opzione, se si vuole rispondere a questa realtà che cambia, può essere costretta ad operare dei cambiamenti;

– questa tappa può portarci a modificare o a ricercare nuovi mezzi, oltre ad applicare nuove risorse;

– la legislazione è una costante del cambiamento, che diventa sempre più complessa.

Un'ultima considerazione su quanto abbiamo detto in questo secondo punto.

È probabile che qualcuno dei presenti faccia una domanda come questa: *“Diamo per valida la proposta quando si tratta di fare un'opera nuova; ma cosa fare con un'opera che funziona già da tempo (anni o decenni)?”*.

Vorrei dire, fratelli, che quando si tratta di un'opera che funziona già da anni o da decenni, oltre a quanto indicato, ci vogliono coraggio e onestà. Coraggio per porsi una prima e fondamentale domanda: quale necessità sta attualmente soddisfacendo quest'opera? Onestà per accettare la remota possibilità che non ci sia risposta a questa domanda.

Ho già sperimentato questo processo e vi posso assicurare che sono necessari molto coraggio e rettitudine per affrontare questa domanda, soprattutto se si scopre che non esiste risposta.

Assieme ad altri Confratelli

e Collaboratori abbiamo affrontato questa situazione, che non è piacevole per nessuno.

Vorrei insistere su questo punto: una volta fatta la domanda, e scoperta la presenza/assenza della risposta, il processo da seguire è lo stesso, sempre che si è disposti ad essere fedeli alla missione.

3. Partendo da dove vogliamo gestire?

Quando abbiamo parlato degli obiettivi, uno dei fattori di cui tenere conto era il “dove” vogliamo agire. Esaminando ora questo terzo punto, l'esposizione per questo stesso termine è diversa.

Negli obiettivi si trattava di un riferimento fisico, di un luogo, di uno spazio in cui pensavamo di farci presenti, per portare avanti la nostra missione apostolica. In questo caso, ci riferiamo ad una filosofia, ad un'identità; stiamo impostando i criteri sui quali vogliamo gestire l'opera.

La risposta a questa domanda sta cercando di stabilire le basi di ciò che dobbiamo considerare come l'identità specifica, i criteri specifici dell'Ordine Ospedaliero. Non dobbiamo credere che si tratti di qualcosa di esclusivo – sarebbe un errore – se parliamo di carisma, se cerchiamo delle esclusività; se si tratta di far emergere quanto è specificamente nostro, che ovviamente può appartenere anche ad altre persone e ad altri organismi.

Non si tratta di confondere le parti; tutto quanto abbiamo indicato al secondo punto non si può, né si deve, eludere; in un'impostazione della gestione è necessario tenerne conto e affrontarlo al momento di realizzare una qualsiasi nostra opera, piccola o grande che sia.

A partire da ciò, bisogna impostare i punti specifici, singolari, identificativi. È vero che, nella vita ordinaria, non si possono stabilire tante differenze e che le cose sono amalgamate, ma nella riflessione è altresì vero che bisogna giungere a queste impostazioni complementari.

L'Ordine Ospedaliero dispone di un elemento di riferi-

mento fondamentale per questi criteri: le Costituzioni.

Gli Statuti Generali sono un documento più concreto, più pratico, che bisogna tenere presente come punto di riferimento.

Da ultimo, recentemente abbiamo fatto un importante sforzo di riflessione, che si è manifestato nel tema specifico della nostra presenza nella società attraverso la Carta d'Identità.

La missione

La missione dell'Ordine Ospedaliero è chiara ed evidente: *essere testimoni della misericordia di Dio nei con-*

risposta fosse no, anche se fosse l'opera meglio gestita dell'Ordine, anche se avesse tutti i vantaggi in suo favore, quest'opera sarebbe di troppo.

Questo è l'ultimo senso della missione, contro il quale non possiamo andare.

La realtà

Lungo tutto il medioevo e per gran parte dell'età moderna in Europa, gli Ordini Religiosi hanno avuto un ruolo essenziale nel campo della salute e dei servizi sociali. Lo Stato nella maggior parte delle situazioni, poco si preoccupava di articolare lo stato delle cose, e di conseguenza non esi-

siano in Asia, in America o in Africa, il campo in cui operare è molto vasto, perché questi servizi non sono garantiti, o perché le crisi economiche hanno distrutto quanto ottenuto.

In questi luoghi, dove e con chi stiamo?

In questi paesi ci sono diverse Organizzazioni Non Governative (ONG), confessionali o no, che rappresentano una presenza solidale nella promozione della salute e dei servizi sociali; qual è la nostra specificità?

L'opzione

Alla luce della missione, alla luce della realtà, è semplice: quali sono le decisioni da prendere?

Le Costituzioni e la Carta d'Identità lasciano un enorme spazio aperto per essere presenti nel nostro pianeta, tanto nei paesi industrializzati quanto in quelli in via di sviluppo; nel mondo della salute quanto in quello dei servizi sociali.

Andando un po' avanti ed accentuando l'urgenza, per tutte le nostre opere forse sarebbe bene introdurre alcune questioni sull'idoneità della nostra opzione.

Come abbiamo già detto al punto 2, bisogna decidere costantemente, "in processo" – per citare un'espressione che abbiamo già utilizzato – poiché proprio di questo si tratta, cioè di un processo decisionale ma (attenzione!) partendo da ciò che abbiamo di specifico.

Nel fare l'opzione per la nostra presenza, forse sarebbe bene recuperare qualcosa della radicalità originale. Sforzarci per scoprire spazi più specifici, luoghi in cui la presenza e l'impegno ci possano permettere un annuncio che vada oltre la mediazione.

La nostra realtà è divenuta una realtà di mediazione, questo è certo, ma forse dovremmo riproporci il compito di scoprire l'essenza nella presenza.

Gli obiettivi.

Il programma di lavoro

Il che, il come, il quando ed il dove ammettono un orientamento di base, così come ab-



fronti dell'uomo malato e bisognoso.

Dev'essere questa la lente che ci permette di mettere a fuoco tutte le altre indicazioni.

Una qualsiasi opera dei Fatebenefratelli, in questo inizio del XXI secolo, deve essere in grado di rispondere a questa domanda: *in questa opera si sta manifestando la misericordia di Dio nei confronti della persona che soffre o che si trova in uno stato di necessità?*

Certamente la risposta affermativa può comportare diverse sfumature e possono esserci dei momenti di incertezza, persino di oscurità nello scoprirla; tutti sono e saranno espressioni delle limitazioni che avrà come opera umana.

C'è però un fatto che non possiamo evitare: se la risposta è negativa; se per ipotesi ci fosse qualche opera dell'Ordine Ospedaliero nella quale la

steve nessun organismo che fosse responsabile di questi servizi.

Oggi, nel vecchio continente, gli stati garantiscono la copertura di queste necessità dei loro cittadini. In questa situazione, dov'è la specificità del nostro progetto?

Voci critiche nei confronti del sistema ci permetteranno di scoprire che non tutti gli abitanti d'Europa sono cittadini che vedono rispondere ai loro bisogni sociali e di salute: cosa ci dice questa situazione?

Potremmo trovare nel vecchio continente delle opere assistenziali che sono in aperta concorrenza con società anonime che si propongono di soddisfare queste necessità per scopi di lucro?

Dobbiamo inserirci in questa lotta? E se è così, qual è il nostro contributo specifico?

Nei paesi in via di sviluppo,

biamo cercato di spiegare in modo sintetico parlando della gestione.

Il che, il come, il quando e il dove hanno un immenso campo d'azione se ci proponiamo di concretizzarli partendo dal carisma. Quando parlavamo della missione, dicevamo che non deve basarsi solo sull'esclusività; è qualcosa di specifico che non dev'essere interpretato come esclusivo.

Ebbene, il punto focale del programma di lavoro in un'opera di San Giovanni di Dio, partendo dal carisma, dalla missione, può comportare una dimensione specifica anzi, dobbiamo sforzarci affinché ce l'abbia. Il carisma non può portarci a conformarci in un programma di lavoro come un qualsiasi organismo amministrativo, come qualsiasi società o ONG.

Non ho un orientamento concreto su come affrontare

impostare nuovi programmi di lavoro, tanto in opere antiche quanto in nuovi progetti.

La comodità, il *comfort*, il fatto di stare bene, sono situazioni che a medio e lungo termine si possono manifestare come poco carismatiche, sebbene l'opera, a livello di numeri, non presenti nubi all'orizzonte.

Le risorse

Nella Carta d'Identità vengono usate tre espressioni molto chiare riguardo le risorse ed il loro utilizzo:

- enti senza fini di lucro;
- carattere benefico e sociale;
- equilibrio finanziario.

Sarà sufficiente indicare che non abbiamo scopo di lucro? Ci sono delle ONG che non hanno scopo di lucro e che forniscono i nostri stessi servizi.



questo tema, ma certamente ho constatato la realtà, ho constatato l'esperienza dell'Ordine, e credo che gran parte della diversità che le nostre opere manifestano siano state il risultato della creatività che Confratelli e collaboratori rivelano nel dare una risposta alle necessità nuove in presenza antiche o a necessità in nuovi luoghi.

L'impronta della missione, il rischio e la responsabilità coinvolti nel portare avanti queste opere, credo che debbano essere dei punti di riferimento per noi al momento di

Mi permetto di andare oltre, dicendo che ci sono organizzazioni con scopo di lucro che sono presenti in tutti i nostri settori e il cui lavoro è apprezzato dagli utenti e dalla società.

Qual è la ragione per cui continuiamo ad utilizzare risorse, con la singolarità che ci contraddistingue, se lo scopo di lucro è già presente in questo spazio o ha chiare intenzioni di esserci?

Siamo un ente benefico-sociale, questo è chiaro. Siamo tutti d'accordo che ciò non comporta un'attenzione alle

risorse: ci sono persone che si fidano di noi, e ciò basta per affidarci poco o molto di ciò che possiedono affinché lo utilizziamo.

Dunque, quando si tratta di affrontare il *dove* e il *come* applichiamo queste risorse, siamo in condizioni di sostenere che esiste sempre un carattere benefico-sociale in ciò che facciamo? A quali bisogni stiano destinando questi fondi?

Credo che la questione dell'equilibrio finanziario non richieda molti commenti. Se questo equilibrio non è raggiunto, a medio termine possono emergere dei problemi ed è in pericolo la stessa sopravvivenza dell'opera, ma se si tratta di un'opera che non può raggiungere questo equilibrio, cosa succede? E se risulta che nel caso specifico si tratta di un'opera valida? Viceversa, dobbiamo essere soddisfatti quando assistiamo a situazioni di accumulo di beni?

Non mi sento in grado di proporre qualcosa, non sono coraggioso come il nostro fondatore, che era *pieno di debiti...* ma dobbiamo pensare se gli squilibri positivi accumulati a lungo termine non sono più pericolosi dei debiti per il progetto che stiamo cercando di tutelare.

La legislazione

- Nel settore della salute e/o sociale.
- In campo architettonico, delle attrezzature, ecc.
- Relativamente al mondo lavoro; retribuzioni e sicurezza sul lavoro.

L'Ordine Ospedaliero, su questo argomento, ha molto da dire e da fare. Ci collochiamo come promotori di iniziative o il nostro atteggiamento è sulla difensiva?

Tutti noi stiamo vedendo le conseguenze delle nuove normative, che è necessario rispettare e che molte volte non forniscono fondi adeguati per farlo; perciò il nostro atteggiamento come Ordine Ospedaliero, ad esempio in temi come la sicurezza, almeno a livello di riflessione, è dalla parte della promozione, anche se ha

delle ripercussioni a livello di efficienza e di funzionamento delle opere, o preferiamo che tutto rimanga com'è?

Riguardo i rapporti di lavoro:

– dove ci collochiamo quando il mercato sta buttando alle ortiche i diritti storici dei lavoratori?

– Qual è il nostro atteggiamento quando le sub-contrattazioni danneggiano la retribuzione finale dei lavoratori?

– Partecipiamo o ci opponiamo alla tendenza a ricorrere in modo drastico a subappaltare i servizi, con l'unica intenzione di snellire gli organici e diminuire i rischi lavorativi?

– Sino a dove arriva la temporaneità dei contratti di lavoro nel nostro ambito?

L'informazione.

La comunicazione

La Carta d'Identità usa al riguardo un'espressione molto chiara: "trasparenza di gestione".

Ciò riguarda anche la trasparenza nel campo delle informazioni. Conosco ormai da anni il Confratello Economo Generale, e sono anni che sento quante difficoltà incontra per ricevere delle informazioni chiare e verificabili sulla situazione economica di alcune demarcazioni dell'Ordine.

Trasparenza di gestione significa che le persone che fanno sì che le nostre opere esistano: collaboratori, volontari, benefattori, Confratelli, ecc., abbiano la possibilità di conoscere la nostra realtà.

Trasparenza di gestione significa che, oltre alle Finanze, e questo è un imperativo legale, la società può e deve essere informata sui nostri numeri.

Stento a credere che la società e i suoi agenti dispongano di queste informazioni, viste la difficoltà dell'Economo di conoscere la realtà di un certo numero di nostre opere.

Con una certa frequenza, la vita religiosa è invitata ad assumere dei compiti di denuncia, di profezia; possiamo ammettere che la gestione, le opere assistenziali, o persino l'economia sono spazi per questo invito?

Un'istituzione che si barri-

chi eccessivamente nelle sue opere corre il rischio di adottare degli atteggiamenti difensivi, e se ciò avviene, poco a poco, senza che ci si faccia caso, la missione di denuncia cesserà di esistere come proposta.

L'ambiente

Oggi, per i Fatebenefratelli, l'equilibrio e l'armonia nei confronti della natura dev'essere una preoccupazione costante in ogni nostra opera. Ciò che ricerchiamo, la salute integrale della persona, lo riflettiamo con sempre maggiore insistenza, lo stile di vita può essere fonte di salute.

La promozione della salute, la promozione di una vita sana, può essere una buona bandiera nel nostro progetto ospedaliero. Una vita sana presuppone un'esistenza che sia in equilibrio con la natura; nel nostro caso, parafrasando, potremmo dire: una gestione sana in equilibrio con la natura.

Evidentemente, non è molto plausibile promuovere una vita sana, se i nostri centri sono una fonte di contaminazione costante. A titolo di esempio, vorrei riportare sommariamente di un ospedale della mia Provincia che si era dovuto confrontare con le proteste dei cittadini che manifestavano contro la sua ciminiera e, nessuno lo mette in dubbio, la ragione era da parte dei vicini. Paradossi della vita, il promotore della salute, colui che doveva ristabilire la vita, era quello che inquinava di più nella zona.

Per la sua stessa dinamica di lavoro, per la quantità di mezzi che sono necessari all'ospedale e che da esso vengono consumati, per esempio, si potrebbero presentare situazioni di tensione in questo equilibrio. Di conseguenza, sulla base di ciò che abbiamo di specifico, ci toccherà stabilire ciò che non è corretto, anche quando ci troviamo in situazioni che non riusciamo a risolvere.

La valutazione

Abbiamo indicato al punto 2 di questa esposizione tutti gli elementi che per definire la

gestione, possono e devono essere valutati.

La caratteristica che ci distingue è nel luogo e nei criteri sui quali basiamo la valutazione di ciascuna di queste componenti. La missione occupa qui il compito primordiale.

Insisto sul fatto che possiamo procedere a fare una valutazione in molti modi; dunque è in gioco ciò che ci identifica e, pertanto, questa impronta, questa singolarità che dev'essere evidente al momento di sottoporre a giudizio tutto il nostro piano di lavoro.

Se dimostriamo di avere un'identità, se mettiamo in chiaro che c'è una missione che ci convoca e che ci esorta all'impegno, è nella valutazione che non possiamo lasciare da parte questa identità; altrimenti staremmo lasciando a metà, senza effetto, ciò che consideriamo specificatamente nostro.

4. Temi specifici per il futuro

Qualcuno potrebbe rimproverarci che non ci troviamo un tempi favorevoli per prevedere il futuro, e devo dargli ragione; non stiamo vivendo i momenti più gloriosi per le predizioni, poiché, come ci indicano gli specialisti, gli agenti esterni alla tecnica hanno acquisito un peso oltremodo importante.

Il lungo termine, in economia, sta confermando la famosa frase di Keynes "tutti morti".

Ebbene, proprio per questa situazione, proprio per la realtà e per l'evoluzione che sta presentando la nostra società, credo che Istituzioni come la nostra debbano puntare sul lungo termine.

Non possiamo creare il futuro – sarà ciò che sarà –, ma possiamo lavorare e molto, per gettare le basi per quel futuro che possiamo costruire, o per meglio dire, spetta a noi puntare al futuro che auspichiamo; se agenti esterni non lo permetteranno, dovremo rimediare, per tornare nuovamente a lavorare per quel futuro che desideriamo si avveri.

L'amministrazione centrale

Un'amministrazione centra-

le forte, potente, è ciò che desiderano avere le organizzazioni internazionali.

Un'amministrazione centrale forte e potente è ciò che possiedono quasi tutte le organizzazioni internazionali.

Un'amministrazione centrale schiava dei risultati economici, nelle situazioni a breve termine, è ciò che si è andato affermandosi in parecchie organizzazioni internazionali.

Non serve essere un indovino per trarre questa conclusione: sono tante le esperienze di gestori e dirigenti centrali che si sono chiusi in se stessi e non si tratta di dimensione dell'impresa, ma di una tentazione che finisce per prevalere, che prima o poi arriva.

L'isolamento e la presenza di decisioni al margine della realtà è una questione di tempo; talvolta, accade a breve termine, altre volte devono passare anni; in entrambe le situazioni, la distanza, la terribile distanza dalla realtà, a volte dalla dura realtà, fa sì che siamo noi ad inventarla.

Non molto tempo fa, ascoltavo una riflessione su una domanda ecclesiale, importante nel governo della Chiesa, che in forma laconica, ma convincente, diceva: *si dedica troppo tempo a dare risposte alle domande, e non si fa niente*. La distanza dalla realtà, la fredda distanza dalla realtà, era una delle conclusioni del relatore.

Per questo sono contrario ad amministrazioni provinciali grandi e accentratrici e ciò per tre ragioni: corrono il rischio di allontanarsi dalla realtà, si concentrano solo sull'aspetto economico, finiscono per dare delle risposte alle domande senza che si faccia niente.

Proponiamo una doppia marcia nell'amministrazione centrale:

- de-centralizzazione nella gestione delle opere;
- centralizzazione nella gestione degli aspetti non assistenziali.

Che le opere acquisiscano una linea di lavoro, reale e di proiezione, e che non si configurino come organismi autonomi. La Curia Provinciale deve tutelare, appoggiare, e

correggere, se necessario, questa realtà e questo progetto.

Credo che uno degli elementi più significativi che possa presentare oggi l'Ordine Ospedaliero sia la pluralità delle sue presenze, e la creatività che questo processo ha comportato.

La centralizzazione può risultare un peso eccessivo per la creatività come base per l'assistenza. Anche a costo di perdere efficacia dal punto di vista economico, e di correre dei rischi per una eventuale perdita di controllo, che bisognerà evitare, invito a dare la priorità alla creatività nella gestione e direzione delle opere, e ciò è più fattibile con la de-centralizzazione.

La centralizzazione di quanto non è strettamente assistenziale permetterà un'agilità e una apertura nel movimento dei fondi, e nella loro applicazione. L'esperienza ci insegna che le Curie Provinciali sono più libere, più solidali e generose al momento di mettere in comunione le eccedenze disponibili; viceversa le opere trovano sempre delle ragioni per non trasferire ciò che può sovrabbondare.

I centri

La delega. La partecipazione è il passo che segue alla de-centralizzazione. Comporta delegare ai gestori delle opere la capacità di decisione in questi ambiti. In questo modo si sentiranno protagonisti reali dell'opera.

Le persone sono disposte a partecipare, quando vedono che c'è spazio per un loro coinvolgimento; se si determinano in anticipo spazi di delega, se si mostra chiaramente che c'è posto per il coinvolgimento personale.

Non dimentico però che un processo come questo richiede prudenza, assistenza e accompagnamento da parte della Curia Provinciale.

Delegare: perché?

– perché i gestori e i dirigenti si vedano chiamati, spinti ad impegnarsi per il presente e il futuro di ogni opera;

– per procedere nella delega delle responsabilità, affinché i capi servizio, i supervisori, i

quadri intermedi e altri operatori professionali percepiscano che anche loro sono invitati in questo progetto ad assumere delle funzioni, per costruire il futuro ed il presente dell'opera;

– per configurare nuove *équipes* che, a partire dalla base, si sentano impegnate nella ricerca di nuove forme di risposta interdisciplinare alle necessità dell'uomo;

– per vincere in creatività al momento di individuare nuove necessità e decidere quali risposte dare alle stesse.

Riconosco che è in gioco un argomento molto delicato, il potere; la delega comporta cessione di potere e in talune circostanze ciò può generare paure, e può far sì che ci sentiamo insicuri. Per cominciare, se deleghiamo, significa che dobbiamo lasciare che gli altri agiscano e che lo facciano secondo il loro stile e i loro criteri. Delegare perché facciano le cose così come le faremmo noi, non ha alcuna ragione d'essere.

Credo che un atteggiamento difensivo nei riguardi del potere possa comportare una trappola implicita; un atteggiamento difensivo può chiudere gli spazi alla creatività, all'innovazione. Con la cessione di potere, non è garantito che si raggiunga la creatività, ma l'esperienza mi ha insegnato che certamente si ha una maggiore libertà per proporre, suggerire, dare impulso. Con la cessione di potere, alla lunga, si guadagna autorità.

La personalità giuridica

Ho messo la personalità giuridica al terzo posto, ma non lo considero certo un tema secondario per il futuro dell'Istituzione. Credo che sia necessario trovare formule nuove per la situazione giuridica delle nostre opere.

Potrei dedicare del tempo a spiegare la mia visione della responsabilità sussidiaria nell'attuale formula giuridica, ma non vorrei che invece dell'immagine della difesa fosse invece quella del pericolo ad orientare la mia riflessione.

Credo che ci troviamo nel

momento opportuno per iniziare nell'Ordine a liberarci della zavorra che pesa su di noi. Credo, sinceramente, che il peso delle opere sia tale in noi che stiamo lasciando per strada la nostra libertà, la nostra creatività di intervento.

Parafrasando una massima ripetuta nella vita religiosa, credo che il peso delle opere oggi non ci permetta di avere un bagaglio leggero e se un religioso, un'istituzione, perde la sua agilità, sta condizionando la propria libertà, e pertanto la libertà della sua risposta.

Vorrei introdurre l'idea che alcune opere, forse le più grandi e maggiormente proiettate al futuro, possano passare ad essere delle entità giuridiche indipendenti. Credo che questo passo ci consentirà maggiore libertà per contribuire, appoggiare, stimolare.

Credo che sia il passaggio logico alla de-centralizzazione e alla delega; se alla fine tutto giunge sul tavolo del Padre Provinciale, abbiamo percorso poca strada.

Credo che mancherà audacia evangelica, dal momento che il freno della comodità e delle posizioni che considerano che "stiamo già bene così" possa pesare molto e lasciarci piantati lì dove ci troviamo; so di ordini religiosi in Spagna che non hanno voluto affrontare il futuro, malgrado le sfide; in relazione alle loro opere, lo dimostrano in modo chiaro, fin troppo chiaro.

Ciò che sto proponendo, mi consta che ci siano Province che già lo realizzano, non so se per criterio assunto o per imperativo legale ma, da qualche anno, sta funzionando: ad esempio i Confratelli ed i collaboratori di Francia hanno molto da dire su questo argomento.

4.4. E i Confratelli?

In questo progetto che coinvolge ospedali e centri sociali, ci saranno molte "zone di frontiera", in cui il Confratello avrà un posto molto speciale: laddove la vita entra in crisi, e la nostra società ha la tentazio-

ne di dire che non ne vale la pena, questo è uno spazio privilegiato per un Fratello di San Giovanni di Dio, indipendentemente dal paese o dal continente in cui ci si trova.

So bene che è un progetto che comporta dei rischi, molti rischi, ma in questo secolo quale altro spazio rimane ai Confratelli senza che ciò comporti dei rischi? Non dimentichiamoci che in molti luoghi in cui siamo presenti, ci sono delle organizzazioni private con fini di lucro che sono disposte ad occupare il nostro posto e se ancora non ci sono riuscite, ci arriveranno a breve.

Noi Confratelli non abbiamo il monopolio del carisma, ma credo che siamo chiamati ad essere i garanti di questa filosofia, di questa identità, a vigilare affinché il progetto non rimanga confinato ad una realtà di economica, e nei tempi che corrono non è poco.

La sfida merita la pena di essere affrontata.

Fra JOSÉ L. GARCIA IMAS,
O.H.



Sono passati dieci anni da quando l'allora Direttore Generale dell'UNESCO, Dott. Federico Mayor, istituì il Comitato Internazionale di Bioetica. Due sono i documenti internazionali usciti dal suddetto organo: la "Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti dell'uomo" (1997) e la "Dichiarazione internazionale sui dati genetici umani" (2003). Entro l'autunno 2005, dovrebbe uscire la "Dichiarazione universale di bioetica". Si tratta di strumenti internazionali di carattere piuttosto morale, che tuttavia non mancheranno di influenzare non solo le legislazioni e le norme dei singoli Stati, ma anche la cultura, l'educazione e la vita dei popoli del pianeta, in quanto essi sono portatori di una visione della scienza e della vita e di una filosofia dell'uomo che non sempre ne rispettano la vita e la dignità.

Questa riflessione sul concetto di Bioetica all'UNESCO intende offrire alcuni elementi pertinenti di una Bioetica dominante in ambito internazionale – e in modo particolare presso l'UNESCO – che, in nome del pluralismo culturale e filosofico, porta al livellamento dei valori, si forma sulla base del "consensus" e privilegia l'approccio politico-procedurale delle questioni.

Dieci anni or sono, come detto, l'allora Direttore Generale dell'UNESCO, il dott. Federico Mayor ebbe la felice idea di istituire presso l'UNESCO il *Comitato Internazionale di Bioetica* (CIB), un organo indipendente, pluralista e interdisciplinare dove siedono personalità e uomini di scienza e di cultura provenienti da tutte le regioni del mondo e da differenti ambienti professionali e dove vengono espresse le attese morali e sociali della società. In breve, il *Comitato Internazionale di Bioetica* è oggi un'istanza internazionale di riflessione, di consulenza e

di dibattito dove vengono approfonditi quesiti posti dal progresso della genetica e delle biotecnologie.

Il contesto storico-scientifico dell'ultimo decennio del XX secolo ha favorito l'emergere, presso l'UNESCO, di una maggiore consapevolezza della problematica bioetica, insieme alla volontà politica della comunità internazionale di dotarsi di strumenti e mezzi idonei per rispondere a questa sfida planetaria. L'ultimo scorcio del XX secolo sarà di fatto ricordato come un decennio straordinario per le formidabili scoperte scientifiche che vi si sono verificate nell'ambito delle scienze della vita: *nascita del primo mammifero clonato* (la pecora Dolly); *la derivazione delle cellule embrionali umane*; il titanico sforzo della comunità scientifica internazionale per la *sequenzialità e la mappatura del genoma umano*.

Patrimonio scientifico dell'umanità e formidabile potenziale per il suo benessere, le suddette scoperte si sono rivelate, soprattutto in alcune delle loro applicazioni in campo riproduttivo e/o terapeutico, ambigue o addirittura ambivalenti per quanto riguarda per esempio *la clonazione umana* (sì o no alla clonazione riproduttiva e/o terapeutica), *la ricerca e l'utilizzo delle cellule staminali embrionali* (è lecito o no fare ricerca e utilizzare le cellule staminali embrionali?) e *la commercializzazione e la brevettabilità di alcune sequenze dei geni* (cosa può essere o no commercializzato e/o brevettato del genoma umano in virtù del diritto di proprietà intellettuale?).

Sul piano culturale, il veloce e inarrestabile progresso scientifico degli ultimi decenni ha fatto crescere nella società la consapevolezza della necessità di definire e precisare regole e principi etici certi e capaci di informare il progres-

so scientifico e tecnologico inquadrandolo in una cornice valoriale che salvaguardi la vita e la dignità della persona umana. Si tratta di rimettere l'uomo al centro dell'impresa scientifica, evitando perciò di strumentalizzarlo come semplice mezzo, convinti che, per riprendere le parole di Montaigne, "scienza senza coscienza è solo rovina dell'anima" (*science sans conscience n'est que ruine de l'âme*).

1. L'impegno decennale dell'UNESCO in bioetica

Nell'illustrare l'impegno decennale dell'UNESCO in materia di Bioetica, mi soffermerò sui due documenti internazionali di Bioetica di rilievo, fin d'ora elaborati e adottati dalla Conferenza Generale degli Stati membri nel 1997 e nel 2003.

1.1 La Dichiarazione Universale sul Genoma Umano e i Diritti dell'Uomo (DUGUDU)

Frutto di 5 anni di lavoro, la DUGUDU è stata adottata all'unanimità e per acclamazione nella 29ª sessione della Conferenza Generale dell'UNESCO (1997) e fatta sua nel 1998 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

L'idea fondamentale della Dichiarazione è la *protezione*, nell'ambito delle ricerche sul genoma umano e le sue applicazioni, *di ogni essere umano, nella sua dignità e diritti*.

Perciò, la Dichiarazione ha un doppio inquadramento:

– *la dialettica della libertà della ricerca e dei diritti della persona interessata*. In questo senso la Dichiarazione parla di pratiche contrarie alla dignità della persona come la *clonazione riproduttiva* (art. 11). Il rispetto dei diritti delle persone viene tutelato da principi e norme della Dichiarazione sul

consenso libero espresso, la confidenzialità, la tutela della vita privata;

– la protezione dei diritti dell'uomo sotto l'angolo delle particolarità genetiche degli esseri umani che porta la Dichiarazione a formulare delle norme contrarie alle discrimi-

pensare che la cosiddetta "clonazione terapeutica" sia moralmente lecita. A questo proposito, il Comitato Internazionale di Bioetica dell'UNESCO non ha aggiornato, in conformità all'art. 11, l'elenco delle pratiche e tecniche contrarie alla dignità dell'uomo.



nazioni, a definire la proprietà dei dati genetici, a precisare il principio della confidenzialità dei dati genetici associati ad una persona identificabile.

La Dichiarazione in parola non si è limitata nell'ambito dell'UNESCO. Con la sua adozione all'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, essa è divenuta universale in tutti i sensi del termine.

L'apprezzamento del lavoro fatto con la Dichiarazione – molti principi e norme sono condivisibili – non impedisce di formulare qualche riserva critica su alcuni punti.

La formulazione dell'art. 1 secondo cui il genoma umano è patrimonio dell'umanità anche se nel senso simbolico è discutibile giacché esso appartiene anzitutto ai singoli individui.

L'art. 11, menzionando solo la clonazione riproduttiva, come pratica contraria alla dignità umana, può indurre a

Limitandosi infine ad affermare una posizione etica, senza prevedere un meccanismo giuridico che esiga l'osservanza delle norme della Dichiarazione, quest'ultima rimane una mera Dichiarazione d'intenti.

1.2. La Dichiarazione internazionale sui dati genetici umani (DIDG)

Secondo documento di carattere internazionale elaborato dall'UNESCO, la Dichiarazione internazionale sui dati genetici umani, è anch'essa frutto di studi e di dibattiti del Comitato Internazionale di Bioetica (CIB) e del Comitato Intergovernativo di Bioetica (CIGB); nel mese di ottobre 2003, la Dichiarazione in parola è stata adottata dalla 32^a Conferenza Generale dell'UNESCO.

I principi fondamentali su cui si basa la Dichiarazione sono il rispetto della vita pri-

vata, l'autonomia e i diritti dell'individuo.

Articolata attorno alla raccolta, al trattamento, all'utilizzazione e alla conservazione dei dati genetici umani, la DIDG prende in conto i dati genetici e proteomici, nonché i campioni biologici.

La Dichiarazione stabilisce inoltre una distinzione chiara da un lato tra le differenti finalità per le quali i dati genetici umani vengono raccolti e utilizzati, e dall'altro lato tra le diverse tappe della loro raccolta, trattamento, utilizzazione e conservazione.

Dopo un preambolo che comporta otto *considerants*, viene la parte dispositiva composta da ventisette articoli raggruppati in sette sezioni. Ogni articolo comporta un titolo che ne da l'oggetto come avviene nei testi internazionali.

La sezione A tratta delle definizioni mentre la B enuncia delle disposizioni generali che si applicano all'insieme della Dichiarazione prima ancora di affrontare le sue diverse articolazioni.

Le sezioni C, D, E e F trattano rispettivamente: della raccolta dei campioni che serviranno alla produzione dei dati genetici umani; del trattamento di questi dati; della loro utilizzazione e della loro conservazione. Ogni Sezione tratta delle questioni specifiche: il consenso della persona, il suo ritiro eventuale e il diritto a non essere informato, il consiglio genetico; le questioni dell'accesso, della qualità e della sicurezza dei dati; la confidenzialità dei dati genetici e la loro conservazione, l'anonimizzazione dei dati genetici, la libera circolazione dei dati genetici umani, la regolamentazione del flusso transfrontaliere dei dati genetici, la condivisione dei benefici; la gestione dei dati a livello nazionale, per dare solo alcuni esempi.

La sezione G porta sulla promozione e la messa in opera della Dichiarazione sottolineando il dovere degli Stati di dare effetti ai principi legislativi e regolamentari, nonché con un'azione in materia di educazione, di formazione e di informazione.

Il quadro etico-giuridico

della Dichiarazione permette di arginare alcuni tra i danni che la raccolta, il trattamento, l'utilizzazione e la conservazione dei dati genetici umani possono recare all'esercizio e al rispetto della dignità della persona umana, dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali.

Mettendo in risalto la *libertà, nell'articolo 3 sull'identità della persona*, proposto dalla delegazione della Santa Sede durante la stesura finale, la Dichiarazione evita di cadere nel determinismo, dando ai fattori educativi, sociali, ambientali e genetici, ecc. il ruolo giusto che esse ricoprono nella costruzione dell'identità della persona.

Come per la Dichiarazione Universale sul Genoma Umano e i Diritti dell'Uomo, la Dichiarazione internazionale sui dati genetici umani ha solo valore dichiarativo; perciò essa manca di un meccanismo che permetta di intervenire sugli Stati, richiamandoli al rispetto delle regole.

2. L'indirizzo bioetico dell'UNESCO

2.1 Struttura del discorso.

Il discorso del Direttore Generale rivolto il 20 giugno 2003 ai delegati permanenti degli Stati presso l'UNESCO illustra ampiamente i presupposti culturali e filosofici nei sette principi assiologici nonché nei cinque assi di articolazione del programma di bioetica dell'UNESCO. Il discorso del Direttore Generale si articola su sette principi bioetici (*il pragmatismo, la pluridisciplinarietà, la trasparenza, la partecipazione, la comunicazione, la diversità culturale e l'appropriazione dei risultati*) e su cinque assi maggiori (*l'identificazione e l'analisi dei problemi etici, lo stabilire dei principi e delle norme di eticità di portata universale, il rafforzamento delle capacità di ricerca scientifica e di studio di bioetica, la promozione e la sensibilizzazione degli ambienti professionali, politici, nonché del grande pubblico ai problemi di bioetica e la*

cooperazione tra le agenzie della famiglia delle Nazioni Unite).

2.2 Valutazione critica dell'orientamento predetto

2.2.1 *L'approccio "conciliante e consensuale"* della bioetica come traspare dal Discorso del Direttore Generale consacra la cosiddetta "bioetica di procedura" imperante nei fori internazionali. I principi e i valori morali trovano il loro fondamento nel "consensus" a cui si dovrebbe arrivare anche per questioni delicate relative alla vita.

2.2.2. Regna una *confusione nel rapporto tra bioetica, etica medica e deontologia* giacché la bioetica proposta nel Discorso del Direttore Generale è sostitutiva dell'etica medica e della deontologia. Il linguaggio di queste ultime viene recuperato, senza tuttavia prendere in considerazione gli imperativi morali e le norme deontologiche inerenti a queste discipline.

2.2.3. *I valori comuni o i riferimenti etici universali* emergono o risultano, secondo il Direttore Generale dalle discussioni degli esperti, grazie al metodo consensuale.

2.2.4. *Il pragmatismo* presentato come primo principio del programma di bioetica dell'UNESCO sopravvaluta l'esperienza empirica soggettiva a scapito di una metabioetica dei principi e valori oggettivi a cui si può accedere grazie alla ragione illuminata dalla fede.

2.2.5. *La pluridisciplinarietà* (2° principio) soffre dello sbilanciamento tra un'enfasi eccessiva data alla parte scientifica e che alimenta una mentalità scienziata e positivista, e un riferimento povero ai principi e valori di una morale oggettiva aperta.

2.2.6 *La trasparenza* (3° principio) quale imperativo etico per gli scienziati e i bioeticisti viene messa a dura prova dall'eclettismo che caratterizza la bioetica di procedura. Gli interessi vari di natura commerciale, finanziaria o politica ostacolano l'affermazione, nel dibattito di bioetica, dei comportamenti trasparenti ispirati

dal sacrosanto dovere di verità e responsabilità.

2.2.7. *La diversità culturale* (6° principio) va affermata nello stesso momento dell'unità ontologica degli esseri umani che condividono la stessa dignità umana e godono degli stessi diritti e libertà.

Conclusioni

Nell'indirizzo ai responsabili delle missioni presso l'UNESCO, il Sig. Koichiro Matsuura conferma il processo in corso sul piano internazionale che consiste nella *legittimazione internazionale di una bioetica di procedura e di consenso*, antagonista alla metabioetica. Si tratta di una bioetica vuota di autentici valori e principi morali che si potrebbe qualificare piuttosto come *bio-diritto*.

In gioco, ci sono due visioni contrapposte di bioetica; una, democratica e consensuale che si ispira delle regole e dei principi di diritto internazionale dei diritti umani e l'altra, oggettiva e aperta ai valori umanistici e trascendenti.

Pur sottoscrivendo l'affermazione del Direttore Generale secondo cui il fine della Bioetica dell'UNESCO è *la protezione e la difesa della dignità della persona umana contro i possibili abusi e/o "dérives" risultanti da un uso distorto delle conoscenze e dei risultati della ricerca genetica*, discordiamo tuttavia sui presupposti culturali e filosofici sottostanti alla matrice assiologica della Bioetica che l'UNESCO promuove, nonché sulla metodologia di procedura e di consenso democratico attraverso il quale vengono elaborati i pareri o i giudizi di liceità.

Mons. JEAN-MARIE MUSIVI
MPENDAWATU
*Aiutante di studio
del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*

La predisposizione genetica e la scelta

Nei paesi occidentali, quello al seno è il tipo di cancro che più colpisce le donne. Nella loro vita, infatti, il rischio di essere colpite dal cancro al seno è di circa il 10%. Mentre la maggior parte dei cancri è casuale, il 10% circa è ereditario. In questi ultimi casi, un'antenata trasmette alla prole una copia difettosa di un gene che aumenta, nelle discendenti, il rischio di questo tumore. Questo gene mutato sarà a sua volta trasmesso alla prole. Una percentuale significativa di cancri al seno ereditati è rappresentata dalle mutazioni nel cancro al seno dei geni repressori del tumore (BRCA1 e BRCA2).

Si stima che il rischio di essere colpite dal cancro al seno, nelle donne che ereditano queste mutazioni nel BRCA1 o 2, sia del 50-85%. Le mutazioni BRCA1 e 2 aumentano anche il rischio di altri tumori maligni, come quello alle ovaie. Se paragonati ai casi sporadici, le donne che ereditano le mutazioni nei geni BRCA tendono a sviluppare il cancro al seno in età giovanile. Circa il 10% di queste pazienti si vede diagnosticare il cancro al seno durante l'età riproduttiva.

Ciò pone un importante dilemma. Si è riscontrato che le donne colpite da questo tumore e che hanno una mutazione in BRCA1 o 2 passeranno questa mutazione alla prole. Le loro figlie avranno il 50% di probabilità di ereditare il gene mutato. Questo è anche il caso delle donne nelle famiglie portatrici delle mutazioni, ma che possono non essere colpite dal cancro al seno, anche se portano questa mutazione.

Mentre queste donne soffrono il tormento di un futuro incerto, e forse le conseguenze del cancro, è logico che esse cerchino di risparmiarle alle loro figlie quanto loro devono sopportare.

Oltre al cancro al seno, ci sono altre malattie legate alle

mutazioni genetiche. Le mutazioni negli altri geni soppressori tumorali come p53 o nei geni della neurofibromatosi di tipo 1 e 2 (NF1 e NF2) sono associate al cancro. Alcune mutazioni interessano i geni che non predispongono direttamente al cancro, ma che causano malattie trasmissibili, come l'emofilia o la fibrosi cistica.

Di fronte a questa situazione, alcune donne decidono di non avere figli. Altre basano la loro decisione sui risultati di

malattia) non vengono impiantati e vengono distrutti. Ogni embrione ha un'unica costituzione genetica che si esprimerà in un bambino e, poi, in un adulto, se gli viene permesso di svilupparsi. Ogni madre sa che non ci sono due fratelli uguali e nessuno di loro può essere sostituito da un altro. Viene fatta una scelta, l'embrione senza la mutazione viene selezionato e gli altri scartati. Il principio basilare in questa scelta è che la vita con una predisposizione alla ma-



un test prenatale. Altre ancora hanno fatto ricorso alla fecondazione *in vitro* associata alla diagnosi genetica prenatale. In questa situazione, gli ovuli sono fecondati *in vitro* e viene vagliata la presenza della mutazione. Vengono impiantati soltanto gli ovuli fecondati che non hanno la mutazione.

È importante capire, però, che questo approccio si basa sul principio dell'eugenetica. Gli embrioni con una malattia (o in questo caso una predisposizione a sviluppare una

malattia è meno degna di essere vissuta di quella che non ha questa stessa predisposizione. La dignità della vita è perciò condizionata alla salute.

Questa filosofia è devastante. Ciò significa che le persone malate sono meno degne di vivere di quelle che non lo sono. È evidente perciò che la malattia priva gli esseri umani del loro diritto alla vita. Invece di cercare di dare delle risposte di misericordia, rispondiamo alla malattia con la morte. Questo atteggiamento

ha anche profondi effetti disumanizzanti sulla società. Portato al livello successivo, si potrebbe sostenere che la salute sia un'indicazione di normalità e che solo la vita che ricade nell'ambito della cosiddetta normalità sia degna di esistere.

È ovvio che i genitori non sono responsabili del proprio *makeup* genetico o per quello dei loro figli, ma molte donne si sentono responsabili per avere trasmesso un gene difettoso alla propria prole. Sono necessari pertanto nuovi sforzi nel campo della ricerca. È immaginabile che gli ovuli non fecondati potrebbero essere protetti dalla presenza della mutazione. Dato che l'analisi dell'ovulo potrebbe avere come risultato la sua distruzione, ciò dovrebbe essere realizzato attraverso l'analisi delle cellule della figlia generatesi nel processo di sviluppo dell'ovulo. Questi ovuli potrebbero essere introdotti nelle tube di Falloppio e resi disponibili per la fecondazione. Mentre gli sviluppi tecnologici possono togliere alle donne il fardello di trasmettere ai loro figli il gene difettoso, questa tecnologia potrebbe non essere accessibi-

le a tutti. Inoltre, anche gli uomini potrebbero trasmettere alla loro prole il gene mutato e lo screening dei gameti maschili della discendenza è probabilmente più complesso. Esistono certo altre alternative, come l'adozione, ma il problema basilare rimane.

Al centro della questione è una comprensione male applicata del significato della vita. Parafrasando il Santo Padre, in una società che ha perso di vista Dio, l'uomo diventa incomprensibile. Quando la morte è percepita come la fine dell'esistenza, gli obiettivi più importanti della vita diventano l'autoconservazione e l'autogratificazione. In questo contesto, la malattia viene percepita come una sventura, in quanto attacco a quello che è considerato come il bene supremo, il benessere fisico.

La sofferenza, come conseguenza del peccato originale, non è una sventura. Il cristianesimo cerca di ricordarci che, oltre la morte, c'è la vita. La nostra vita sulla terra è come la vita di un bambino nel grembo della madre, un breve preludio. Così come un bambino non può capire bene cosa c'è dopo la nascita, neanche

noi possiamo comprendere bene cosa c'è dopo la morte. Siamo stati creati per l'eternità. L'obiettivo finale della vita non è l'autoconservazione, ma piuttosto portare la vita a compimento, il che esige l'accettazione e l'emanazione del progetto di Dio nei nostri confronti. Ciò richiede fede: credere che Dio sa tutto e che ci ama, che ci ama più di quanto noi stessi ci amiamo. Siamo stati creati a Sua immagine e ciò ci ha elevati a vivere la vita di Dio. Il significato della vita ci è stato rivelato da Cristo. Siamo stati chiamati ad una vita d'amore e di dedizione verso gli altri. L'ostacolo principale a vivere in questo modo è il peccato. Le catene del peccato che ci incatenavano sono state spezzate da Cristo, che ha scelto però di redimerci attraverso la sofferenza. Sebbene in un modo misterioso, la sofferenza può trasformarci in Cristo stesso e può unirci al Suo sacrificio di redenzione.

Dott. JIM BRUGAROLAS
Dana Farber Cancer Institute
and Brigham and Women's Hospital
Harvard Medical School
Boston, Massachusetts
U.S.A.



Testimonianze



*Testimonianza di vita
nella malattia*

*Pastorale della salute
in America Latina e Caraibi*

1. Profilo umano e cristiano di nostra figlia Laura

Laura era una giovane di 21 anni, studentessa del IV anno di Diritto, una ragazza normale, del suo tempo, che aveva tutto ciò che si possa desiderare a quell'età: famiglia, successo negli studi, salute e un fidanzato. Aveva terminato gli studi presso il collegio delle Ancelle del Sacro Cuore di Cordova dove aveva ricevuto, oltre che nella sua casa, il seme del tesoro della fede che avrebbe poi dato frutti nell'accettazione della malattia e della sofferenza. Durante la sua malattia, diceva alla madre: "Mamma, dopo aver passato tanti anni presso le Suore, la loro fondatrice, Santa Rafaela María, mi potrebbe aiutare" e la madre le rispondeva: "Sul più bello, i piani di Dio saranno altri". E terminava sempre allo stesso modo: "Sarà ciò che Dio vorrà".

Quando era in Collegio, tra i suoi valori umani spiccavano l'atteggiamento e la disponibilità di costante servizio verso gli altri. Quando andavano a trovarla, i suoi professori le dicevano: "Lauretta, tu che sei vicina all'aldilà, intercedi presso il Signore per tutti noi che ti abbiamo conosciuta, amata e educata".

Seguì un corso di COU presso il Collegio de la Salle di Cordova dove, ancora una volta, al primo posto della sua gerarchia di valori risaltava il suo spirito di servizio, tanto che, alla fine del corso, venne premiata con votazione unanime dai suoi professori e dalle altre alunne con la medaglia di compagna esemplare.

Infine, nella Facoltà di Diritto lasciò una tale impronta dei suoi valori umani che i suoi appunti di classe rappresentavano per tutti un punto di riferimento per la qualità e lo sforzo che vi poneva, ma soprattutto per la generosità nel metterli al servizio di tutti,

compresi gli stessi professori.

Fu per noi una gioia quando professori e alunni ci ringraziarono per l'apporto del suo lavoro e del suo amore nell'Università, quando era in salute, e per la grandezza di spirito, nel periodo della malattia. Che grande verità è questa: "Cosa mi darai, Terra?". "Ciò che tu mi seminerai".

2. Tappe della testimonianza

Per meglio comprendere l'avvenimento e assaporare in esso la presenza di Dio, crediamo sia essenziale condividere i vari momenti della nostra testimonianza di vita, una testimonianza che non è opera del nostro sforzo né del nostro ardore ed entusiasmo apostolico, pur essendo molto importante la nostra collaborazione. Se così fosse, infatti, ciò equivarrebbe a testimoniare noi stessi e non le meraviglie che Dio opera nelle nostre vite. Dio prende l'iniziativa, ci viene incontro e trasforma l'avvenimento in opera della sua grazia.

Un avvenimento. La testimonianza avviene attraverso un avvenimento, che a volte può essere lieto e altre doloroso.

Una scoperta. Al di là di questo avvenimento scopriamo la presenza di Dio che ci ama.

Un incontro. Se lì c'è Dio e se noi non poniamo nessun ostacolo, allora l'incontro con Lui ha luogo.

Un cambiamento. Ogni incontro con il Signore produce un cambiamento di vita, che non può più continuare ad essere uguale. Il cuore si volta verso Dio che, da cuore di pietra, lo trasforma in cuore di carne.

Accettazione della volontà di Dio. Se tutto questo ha luogo, allora sono in condizione di accettare la Sua volontà, per quanto doloroso possa essere l'avvenimento.

Essere testimone. Il che non è altro che dare ragione della mia fede, della mia speranza e del mio amore agli altri. Essendo testimone, sento la necessità imperiosa di annunciare, condividere e trasmettere ciò che ho udito, visto e vissuto.

Nel vivere le tappe di questa testimonianza, non c'è dubbio che la malattia di nostra figlia sia stato il maggiore evento della nostra esistenza. Questi momenti della nostra testimonianza sono la radice profonda di qualsiasi altra testimonianza.

3. L'avvenimento

Dopo un'estate trascorsa in piena salute e all'inizio di un nuovo corso, Laura fu colpita da una malattia improvvisa, aggressiva e incurabile, che in soli sei mesi l'avrebbe portata alla morte. Si trattava di un processo tumorale a livello cerebrale e della colonna vertebrale, che richiese un intervento chirurgico e cicli di radiazioni, e che comportò la paralisi, la perdita di peso, ecc. La cosa veramente importante fu il fatto che noi della famiglia scoprimmo che, dietro questo avvenimento, c'era Dio che ci ama.

4. Come abbiamo vissuto l'avvenimento

Tanto noi quanto, sorprendentemente, Laura, abbiamo accettato la volontà di Dio.

Cominciammo a vivere la nostra fede con una maggiore profondità: maturandola, trasmettendola, celebrandola e cercando di vivere le gioie e le tristezze di ogni giorno! Per noi era chiaro che il futuro era di Dio!

Ben presto questi atteggiamenti produssero i loro frutti. Potemmo verificare come ella accettava la sua malattia, come maturava la sua personalità, come si ingigantiva la sua

fede, come si temprava la sua volontà, come si purificava il cuore, ripulendosi dalla polvere del cammino; Laura si rendeva conto che le speranze del fidanzamento, la passione per la carriera, le amicizie, l'ambiente, ecc., stavano giungendo alla fine.

Ciò nonostante, aveva una grande ansia di vivere e riponeva grandi speranze nella scienza e nel potere di Dio. Allo stesso tempo, si verificò una grande maturazione spirituale

uno dei nostri modelli; vogliamo però condividere come abbiamo vissuto, e continuiamo a vivere con gioia, come si compirono per lei gli insegnamenti del Libro della Sapienza.

In soli sei mesi: raggiunse la perfezione dopo lunghi anni; Dio la sottopose a prova e la rese degna di sé; fu grata a Dio e fu amata.

Una delle grandi esperienze degli ultimi giorni fu la celebrazione dei sacramenti della

nei suoi lunghi ricoveri in ospedale, dove metteva a prova il suo atteggiamento paziente, malgrado dovesse lasciare tutte quelle cose che viveva in maniera appassionata.

La sua giovane vita è stata come un fiore aperto a una preziosa esistenza di cui Dio si innamorò. Alla fine, il suo volto sereno e quasi trasfigurato lasciava intravedere la gioia amorosa del prossimo incontro con Lui.

Il suo fidanzato ha dimostrato una fedeltà a prova di bomba con un amore che supera il tempo. Anche per lui, la testimonianza di Laura è stata una "luce per il cammino".

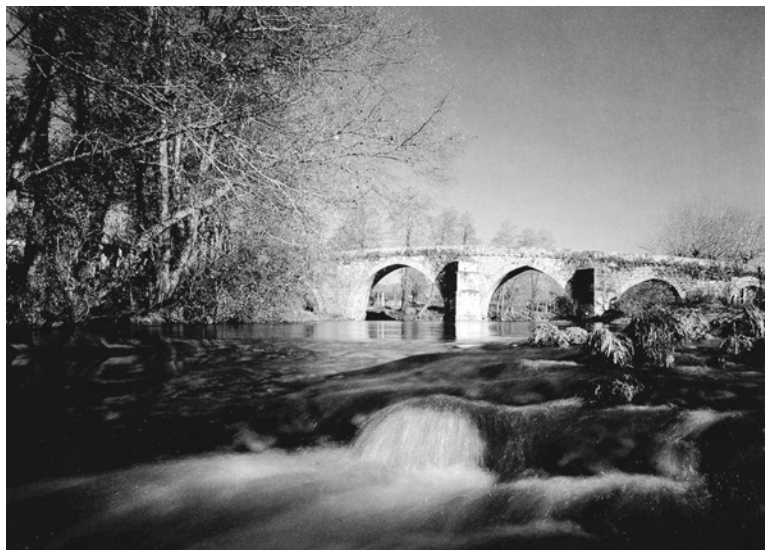
Le sue amicizie, i suoi compagni e le sue compagne hanno ricevuto una forte scossa di testimonianza, che li ha motivati alla riflessione e all'esempio, segnandoli per sempre.

Negli ospedali, tanto in quello di Cordova quanto in quello di Siviglia, richiamò l'attenzione per la pace, la gioia, la serenità, l'accettazione della malattia, la squisitezza del suo comportamento con tutti e la maturità, nonostante la giovane età. Ella interpellava e induceva il personale dell'ospedale a riflettere.

Per molti ammalati il modo con cui questa giovane viveva la sua malattia e la Saggiezza della Croce di Gesù Cristo, si è rivelato un balsamo spirituale e una consolazione per le proprie malattie.

Infine, *l'esperienza del sacerdote don Antonio Evans Martos*, attualmente Consigliere-Segretario della diocesi di Cordova. Quando Antonio e Laura mi avvisarono che la loro figlia Laura voleva che fossi io ad amministrarle il sacramento dell'Unzione dei Malati, mi informarono del suo fenomenale atteggiamento per riceverlo, senza paura, in pace, disposta in ogni momento ad accettare la volontà di Dio e con una profonda esperienza di fede. Così decidemmo che, dopo aver celebrato il sacramento della Penitenza, avremmo amministrato il sacramento dell'Unzione durante la celebrazione della Santa Messa, assieme a tutta la famiglia.

E così facemmo. Dopo l'esperienza, semplice e profon-



in cui la sofferenza cominciò ad essere resurrezione e i sacramenti una grazia e un balsamo spirituale per lei.

La malattia riuscì a rendere straordinario quanto era ordinario, a far compiere un passo da gigante nella spiritualità del quotidiano. Di fronte alla paura, sfidava la morte con il suo sorriso e il suo umore fine, riempiendo tutti di speranza e facendoci godere della vicinanza dell'aldilà.

Negli ultimi giorni diceva a sua madre: "Mamma sto morendo" e la madre le rispondeva: "Figlia, guarda, già si intravede la luce intensa dell'aldilà e il Padre che ti aspetta con le braccia aperte per accoglierti. Lì non ci sono né malattie né sofferenza". La risposta di Laura fu la seguente: "Mamma, aiutami a passare sull'altra riva".

Parole consolatrici, appassionate e piene di abbandono nel Signore, che sono per tutti noi un grande tesoro.

Per noi si spezzò un fiore in piena giovinezza e si infranse

Riconciliazione, dell'Eucaristia e dell'Unzione dei Malati. Una vicinanza della pienezza e un'anticamera dell'incontro amoroso con il Padre.

5. Altre esperienze

In queste esperienze, sua zia Maruja rende testimonianza per la famiglia, per il suo fidanzato, per i suoi amici e amiche, per il personale degli ospedali in cui ricevette assistenza e per altri ammalati.

In famiglia. Amava in modo speciale i fratelli e soprattutto le sue sorelle piccole, di cui si considerava quasi la seconda madre giacché c'era abbastanza differenza d'età.

A tutti noi ha lasciato un grande dolore umano, ma allo stesso tempo una grande pace nel vedere come abbracciò la sua croce e come si affidò al Signore con semplicità, con umiltà, con amore e, a volte, perfino con gioia. La sua festosità era immensa nelle tante ore che la accompagnarono

da, del sacramento della Penitenza, dell'incontro personale con la misericordia fedele di Dio che ci accoglie come siamo e che ci ama, tutta la famiglia si riunì attorno al letto e all'altare improvvisato per vivere, come Chiesa domestica, la celebrazione della nostra fede.

In ogni momento abbiamo voluto accentuare che quella che stavamo compiendo era una celebrazione, perché facevamo assegnamento su Dio, sulla sua grazia, la sua forza, il suo amore e la sua presenza. Egli riempiva e dava senso a tutto ciò che stavamo vivendo. Egli era la nostra sicurezza, la nostra speranza e la nostra pace. Noi avevamo fede e la proclamavamo. Sapevamo che era arrivato il momento in cui Lauretta avrebbe raggiunto la pienezza di essere in Dio, che non si trattava del termine della sua vita, bensì dell'inizio della sua pienezza di vita e di amore.

Scegliemmo come lettura la *Lettera ai Colossesi* 1,24-28, per comunicare a tutti che anche Laura rendeva grazie e considerava un privilegio il poter collaborare, con l'apporto delle sue sofferenze, alla passione di Cristo per la redenzione del mondo e il bene della Chiesa; che queste non erano teorie, che lì stava lei offerta, affidata e grata, vivendo in Cristo la volontà di Dio e sentendo il valore redentore che certamente aveva la sua vita.

Il Vangelo fu quello di *Matteo* 11,25-30 in quanto anche noi lodavamo Dio per averci rivelato che ci avrebbe dato tutto, pur non togliendoci nulla – né la malattia, né i dolori, né il passaggio obbligato per la morte. Lauretta lodava Dio perché, unita a Cristo, aveva

tutto: luce, forza, capacità, amore... e trovava tutto più soave e leggero... Come tutto è chiaro quando si vive a partire dalla fede!

Questi furono gli atteggiamenti che si proclamarono e si vissero con semplicità e naturalezza e che servirono come preparazione per ricevere il sacramento dell'Unzione. Quando, dopo l'omelia, ci disponemmo ad amministrarlo, tutti ci raccogliemmo in preghiera, facendo l'orazione litantica per Laura perché in ogni momento potesse contare sul potere, la forza e la consolazione di Dio. In silenzio, quindi, le imposi le mani sopra il capo... Il suo volto grato, il suo aspetto sereno, il suo atteggiamento di preghiera nell'accogliere il dono dello Spirito Santo, furono realmente commoventi.

Pienamente cosciente e profondamente commossa, Laura ricevette il Sacramento, accolse la grazia dello Spirito Santo e si affidò completamente nelle mani di Dio.

Tutto ciò servì da preparazione per l'Offertorio e la Consacrazione della Santa Messa. Fu il suo ultimo e definitivo Offertorio, la sua Consacrazione assoluta e totale in Cristo. Tutta la Messa fu di una forte intensità e di una grande esperienza di fede. La serenità sorridente e grata di Lauretta colpiva tutti. Era la sua Unzione, la sua ultima Messa, la consacrazione della sua vita a Dio, il punto culminante della sua vita, il suo ingresso nella pienezza... e lei lo visse con assoluta intensità accogliendolo nella Comunione e restando in profonda e serena azione di grazia.

Si trattò di un'autentica esperienza di fede personale e familiare, una chiesa domesti-

ca che viveva una circostanza molto amara nell'affidare a Dio una giovane che, consapevolmente, accettava il suo passaggio al cielo consegnandosi nelle mani di Dio.

6. Messaggi di questa testimonianza di vita

– Per essere credibili, dobbiamo essere testimoni. Di maestri ce ne sono molti, ma non altrettanto di testimoni. Il Maestro parla di ciò che apprende e il Testimone parla di ciò che vive e sperimenta.

– La salvezza sta nella malattia, nella croce, nella morte e nella resurrezione.

– Nella nuova evangelizzazione, sono necessarie persone che testimonino la parola e la vita con giubilo.

– Si può essere giovani, allegri, normali e di questo tempo che ci è toccato vivere, però, contemporaneamente, anche testimoni del ministero di salvezza di Gesù Cristo.

Il nostro ringraziamento va alle tante persone che hanno pregato e ci hanno accompagnato per rendere possibile queste esperienze. Esso va, in particolare, all'Ecc.mo Mons. José Luis Redrado per averci permesso di condividere il suo intervento e che ora ci apre la strada per essere operatori e testimoni nella Nuova Evangelizzazione con la parola e con la vita fatta offerta a Dio.

Dottor ANTONIO
TORRALBO MORENO
*Delegato Diocesano
della Pastorale della Salute,
Spagna*

LAURA RIGUAL COLLANTES
*Sotto-delegata Diocesana
della Pastorale della Salute,
Spagna*



Pastorale della salute in America Latina e Caraibi

CONTRIBUTI PER UNA STORIA DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

“Il mondo della salute è stato certamente oggetto di una speciale attenzione da parte della Chiesa attraverso i secoli. Seguendo gli insegnamenti e l'esempio di Gesù, ella ha mostrato sempre la sua vicinanza ai malati, come il buon Samaritano del Vangelo. In molte occasioni e in molti luoghi la Chiesa Cattolica è stata e continua ad essere pioniera e promotrice della salute, sia con attività di supplenza, sia nell'adempimento della sua specifica missione pastorale” Queste parole del Cardinale Angelo Sodano, nel Primo Incontro Latinoamericano e Caraibi della Pastorale della Salute (1989), nella lettera indirizzata a Monsignor Fiorenzo Angelini, in quel momento Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, sintetizzano il ruolo della Chiesa nel mondo della Salute attraverso la sua storia.

Benché la Chiesa in America Latina e nei Caraibi abbia lavorato sempre nel campo della Pastorale della Salute, tuttavia la sua azione è recente come campo consolidato della Pastorale nelle Conferenze Episcopali e nel Consiglio Episcopale Latinoamericano. In questa conferenza desideriamo presentare alcuni “contributi” per comprendere l'itinerario storico della Pastorale della Salute nel Continente.

1. Primo incontro latinoamericano della Pastorale della Salute (1989)

Il Primo Incontro Latinoamericano della Pastorale della Salute si portò a termine a Bogotá dal 2 al 6 Ottobre del 1989. È, in questo anno, che il Celam incorpora l'area della Pastorale della Salute entro il Piano Globale, ascrivendola al Dipartimento della Pastorale Sociale-DEPAS. A questo

contribuì sicuramente la recente creazione della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari l'11 febbraio del 1985, nella Lettera Apostolica *Dolentium hominum* in forma di Motu proprio. Già l'anno precedente il Santo Padre aveva pubblicato la Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, animando i cristiani a promuovere, organizzare, perfezionare ed estendere il ministero ai malati, ai deboli e a coloro che soffrono.

Il primo incontro è stato promosso dal Dipartimento della Pastorale Sociale-DEPAS e la Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche-FIAMC, con il beneplacito della Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari. L'obiettivo principale dell'incontro è stato quello di esaminare, in un dialogo aperto e alla luce del Magistero della Chiesa, i problemi etici e di umanizzazione del settore della salute nell'America Latina e assumere alcuni impegni conformi alla competenza e alla missione della comunità ecclesiale in questo campo.

L'incontro avvenne in tre parti: conferenza, dibattiti e lavori di gruppo. Alla conferenza intervennero i seguenti oratori: a) P. José Luis Redrado, O.H. sul tema “Evangelizzazione e Pastorale della Salute”; b) Padre Domingo su “Chiesa e Salute Umana”; c) il Dottor Zoilo Cuéllar su “Umanizzazione della Medicina”; d) il Dottor Herbert Vizcarra su “Problemi etici della psichiatria”; e) la Dottoressa Gabriela Guerriero su “Il trapianto: aspetti etici”; f) la Dottoressa Elba de Giorgiutti su “La nuova genetica: applicazioni mediche dei metodi di diagnostica pre-natale”; g) il Dottor Hernando Rodríguez su “Etica e persone con handicap: modello attivo di attenzione medica”; h) la Sorella Susanna Rodríguez su “Etica e Medici-

na dinanzi alle persone con handicap”.

Ai dibattiti intervennero il Dottor Eduardo Zubizarreta su “Etica e Medicina. La Pianificazione familiare”; il Padre Manuel Marco su “Attenzione integrale del malato ospedalizzato” e il Dottor Hugo Obiglio su “Organizzazione dei Medici Cattolici e Umanizzazione”.

Le Conclusioni dell'incontro fecero riferimento specialmente agli aspetti etici in relazione alla pianificazione familiare, ai trapianti, ai malati terminali, all'AIDS e alla tossicomania¹.

2. Secondo incontro latinoamericano della Pastorale della Salute (1994)

Il primo incontro latinoamericano risvegliò molte inquietudini nel campo della umanizzazione e dell'evangelizzazione della salute, però mancavano alcune linee comuni che orientassero la Pastorale nel campo della salute a livello continentale. In alcuni paesi si identificava la Pastorale della Salute con l'attenzione pastorale ai malati, dando un accento protezionistico allo studio del tema.

L'Equipe di Consulenza della Pastorale della Salute del Celam venne affidata al Padre Adriano Tarrarán e all'Equipe del Centro Camilliano della Colombia, l'elaborazione di un documento di lavoro che servisse di base per iniziare la discussione. In quel momento la Pastorale della Salute nel continente acquisì una nuova dinamica, giacché il documento di lavoro² che venne inviato con sufficiente precedenza a tutti i paesi, si trasformò in uno strumento di riflessione e di dibattito nelle Commissioni Episcopali della Pastorale della Salute, come anche nei movimenti e nelle organizzazioni di base legate a questo campo.

Così si arrivò a Quito, Ecuador, al secondo Incontro Latinoamericano della Pastorale della Salute nei giorni dal 14 al 18 di Settembre del 1994. Parteciparono delegati dall'Argentina (3), Bolivia (2), Brasile (2), Colombia (4), Costa Rica (1), Ecuador (2), Guatemala (1), Paraguay (1), Perù (4), Porto Rico (1), Uruguay (1), Venezuela (2). Fu anche presente il Cardinale Luis Aponte Martínez, Arcivescovo di San Juan di Porto Rico. Dalla Caritas partecipò Monsignor José Vicente Eguiguren, vice presidente per l'America Latina e il Padre Jorge Techera, Segretario Esecutivo.

All'orientamento dell'incontro collaborarono, oltre ai

la Salute in America Latina e nei Caraibi; 2) Fondamento teologico; 3) Pastorale della salute. Quest'ultima parte presentava il concetto della Pastorale della Salute, i suoi obiettivi e le sue dimensioni; le caratteristiche degli agenti della pastorale; i centri promotori della pastorale della salute; e alcuni orientamenti sulla struttura operativa³.

Questo documento girò tutto il continente. Si trasformò in uno strumento pedagogico obbligato per la formazione degli agenti della pastorale che erano impegnati nel mondo della salute. E simultaneamente si sentì la necessità di ampliare la riflessione sul tema della formazione.



dirigenti del DEPAS, Padre Adriano Tarraran, i Dottori Italo Barragán, Direttore dell'OPS in Ecuador e José Carlos Cuentas, Direttore dell'UNICEF Ecuador sullo studio della problematica della salute nel continente; Padre Julio Munaro sulla fondazione biblico-teologica della Pastorale della Salute; e l'Avvocata Isabel Calderón sull'analisi della situazione della Pastorale della Salute nella regione. Sulla metodologia dell'incontro, oltre alle relazioni presentate, si tenne in conto un ampio spazio per il lavoro dei gruppi tematici per l'elaborazione degli apporti e per la redazione del documento finale.

Il documento conclusivo dell'incontro consta di tre parti: 1) Approccio alla realtà del-

3. La Pastorale della Salute nel Sinodo di America (1997)

Nel 1997 si celebrò l'Assemblea Speciale per l'America del Sinodo dei Vescovi. Nell'aula sinodale si ascoltarono tre interventi sul tema della salute: di Monsignor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, sulla Pastorale della Salute; di Monsignor Rómulo Emiliani Vicario Apostolico di Darién, Panama, sulla presenza nel mondo del dolore; e di Monsignor Patricio Flores, Arcivescovo di Sant'Antonio EEUU, su "Le peggiori epidemie del nostro tempo: l'HIV e le droghe".

Monsignor Lozano propose

alcuni orientamenti molto concreti: a) che la Pastorale della salute entri efficacemente nella pianificazione ordinaria di ciascuna delle Diocesi di America e nelle loro Conferenze Episcopali; b) che le Conferenze episcopali del Continente favoriscano l'unione degli ospedali cattolici, delle cappellanie, dei medici, dei malati e dei farmacisti in un piano nazionale e internazionale; c) che si privilegi nelle Diocesi dell'America l'attenzione e la lotta contro il tabagismo, l'alcolismo e l'HIV, alcune delle principali malattie che causano la mortalità più elevata degli adulti; d) che ciascuna Diocesi si impegni nella promozione della cultura della vita contro la cultura della morte, con programmi concreti che si realizzino nella scelta preferenziale per i poveri e nel rispetto della vita nascente; e) che noi pastori ci rendiamo coscienti della necessità di una pastorale specifica per gli anziani, e per la moralità delle cure palliative; f) che i sacerdoti nelle parrocchie dell'America diano la priorità alla pastorale della salute in tutta la sua estensione; g) che nei Seminari dell'America si insegnino particolarmente la Pastorale della Salute, insistendo nei programmi attuali della Bioetica che progetta l'Ingegneria genetica.

Da parte sua Monsignor Emiliani propugnava una presenza attiva dei Vescovi, sacerdoti e agenti pastorali nel mondo del dolore e della esclusione, dando solidarietà e speranza a coloro che soffrono. Da parte sua, Monsignor Patrick Flores, invitò i Padri Sinodali a lavorare uniti nei due campi specifici: l'HIV e la tossicomania.

Di queste preoccupazioni si fece carico Papa Giovanni Paolo II, nell'Esortazione Postsinodale *Ecclesia in America*. In relazione alle droghe il Papa chiede una attenzione speciale alle vittime della tossicodipendenza, e contemporaneamente, una azione congiunta per combattere il fenomeno del narcotraffico (n. 24,61). Nel campo della salute integrale, sottolinea l'urgenza di una "totale donazione a favore

della vita umana dal momento del concepimento fino al momento della morte naturale” (n. 63) e la preoccupazione per l'ecologia da una prospettiva pastorale ed etica (n. 25).

4. Terzo incontro latinoamericano della Pastorale della Salute (1998)

Questi orientamenti sinodali furono un buon stimolo per la realizzazione del Terzo Incontro Latinoamericano della Pastorale della Salute che si portò a termine a Santo Domingo, Repubblica Dominicana, dal 16 al 20 Settembre del 1998, con la collaborazione della Commissione Episcopale della Pastorale Sociale- Caritas, della Conferenza Episcopale della Repubblica Dominicana e della Università Cattolica di Santo Domingo-UCDS. Il tema dell'incontro era la “Formazione degli Agenti della Pastorale della Salute”. Parteciparono 63 delegati dell'Argentina (3), Brasile (2), Colombia (7), Cile (3), Ecuador (4), Guatemala (3), Haiti (5), Honduras (1), Messico (2), Perù (7), Portorico (1), Repubblica Dominicana (20), Venezuela (5).

Da parte della Santa Sede, presiedette l'Incontro Monsignor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute. Fu anche presente il Dottor José Romero Teruel, Assessore della Organizzazione Panamericana della Salute-OPS e il Padre Francisco De Llanos Peña, delegato del Dipartimento della Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Spagnola. Da parte del Celam furono presenti Monsignor Carlos Talavera Ramírez Presidente del DE-PAS e il Segretario Esecutivo.

Monsignor Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute pronunciò la relazione inaugurale su “La presenza della Chiesa nel mondo della salute”. Il Dottor. José Romero Teruel, della Organizzazione Panamericana della Salute, dissertò su “Le politiche della salute in Ame-

rica Latina e nei Caraibi”, il Dottor Alvaro Díaz fece una analisi su “La situazione della Pastorale della Salute”, il Padre Leo Pessini intervenne su la “Identità della Pastorale della Salute”, e il Padre Luciano Sandrin, Presidente dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria del “Camillianum” di Roma presentò una riflessione teologico pastorale su “Gli Agenti della Pastorale della Salute”. Nella metodologia dell'incontro si tenne in conto, oltre alle relazioni di orientamento, l'interscambio di esperienze sulla formazione degli agenti e l'elaborazione di gruppo dei principi illuminanti e dei nuclei tematici della formazione⁴.

Le Conclusioni del III Incontro furono annesse dal Padre Adriano Tarrarán e dall'equipe del Centro Camilliano alla Guida Latinoamericana della Pastorale della Salute che presentiamo nella rivista Medellín.

5. Riunione CELAM-OPS (1999)

Dal 16 al 17 novembre 1999 si realizzò una riunione tra i direttivi del Consiglio Episcopale Latinoamericano-CELAM e dell'Organizzane Panamericana della Salute-OPS nella città di Washington nella sede dell'OPS.

La riunione aveva come obiettivi: promuovere una mutua conoscenza; scambiare esperienze di lavoro nei diversi settori, specialmente quelli con riferimento alla salute e identificare alcuni campi comuni della collaborazione a livello della regione.

Da parte dell'OPS parteciparono il suo Direttore Generale, Dottor George A.O. Alleyne; la Vicedirettrice, Dr.ssa Mirta Roses Periam; il Direttore della Divisione di Promozione e Protezione della Salute, il Dr. José Antonio Solís; il Capo del Programma Speciale di Analisi della Salute, il Dr. Carlos Castillo-Salgado; l'Assessore della Direzione, il Dr. José Romero Teruel; e il Coordinatore il Dr. Carlos Cuneo. Da parte del CELAM parteciparono il Presidente Monsi-

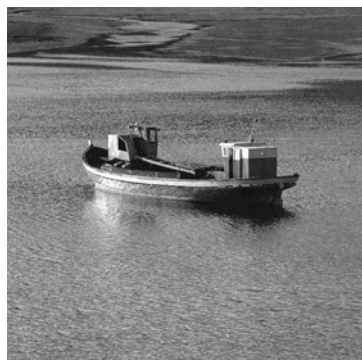
gnor Jorge Jiménez Carvajal; il Segretario Generale, Monsignor Felipe Arizmendi; il Segretario Esecutivo del DE-PAS, Padre Francisco Hernández Rojas e il Rettore del ITEPAL, Padre Leonidas Ortiz. Oltre ai partecipanti nominati da parte della Banca Mondiale furono presenti in una parte della riunione il Dr. Xavier E. Coll, Direttore del Dipartimento di Sviluppo Umano, dell'America Latina e dei Caraibi Ufficio Regionale e la Sig.ra Katherine A. Bain, Specialista Regionale della Società Civile.

La riunione ebbe tre grandi momenti: 1) saluto da parte del Direttore dell'OPS e del Presidente del CELAM, unito alla presentazione dei partecipanti e delle rispettive organizzazioni; 2) interscambio di informazione sui lavori della OPS e del CELAM, e anche sulla loro copertura e sulle loro metodologie di lavoro; 3) identificazione di alcuni campi comuni di lavoro nei diversi paesi dell'America Latina e dei Caraibi.

Gli impegni generali assunti furono i seguenti: a) fare prendere coscienza nei diversi stati sociali, politici, economici e religiosi che l'investimento nella salute riduce l'esclusione e l'ingiustizia; lo stesso lavoro congiunto tra l'OPS e il CELAM è uno sforzo per diminuire l'ingiustizia; b) denunciare le situazioni ingiuste che si presentano nel campo della salute e promuovere istanze a pro della salute; c) promuovere alcuni temi generali in tutti i nostri lavori come la preoccupazione per l'infanzia, gli adolescenti e le donne; l'educazione specialmente preventiva nell'HIV, nell'Alcoolismo, nel tabagismo e nell'educazione sessuale integrale; d) dare la priorità a tutte le nostre azioni ad alcuni paesi più bisognosi della regione: Bolivia, Haiti, Honduras Nicaragua e Guatemala.

Si assunsero anche alcuni impegni concreti tra i quali sottolineiamo i seguenti: a) progettare un programma di formazione sistematica degli agenti della pastorale della salute, pensando al conseguimento di un Diploma in Pa-

storale della Salute o in Educazione Preventiva per le situazioni di rischio; b) mantenere aggiornata la formazione sulla realtà della salute in America Latina e nei Caraibi; il Programma Speciale di Analisi della Salute dell'OPS presterà questo servizio al CELAM; c) esplorare in coordinamento con la Sezione di Ecumenismo – SECUM – del CELAM, un lavoro congiunto di dimensione ecumenica intorno al campo della salute.



6. Quarto incontro latinoamericano della Pastorale della Salute (2003)

Il IV Incontro Latinoamericano e dei Caraibi della Pastorale della Salute si realizzò a San Paolo del Brasile dal 5 all'8 Aprile del 2003. Gli obiettivi centrali del IV Incontro furono: 1) generare linee di azione che rendano possibile la comunione per la solidarietà dalla pastorale della salute nei nuovi tempi; 2) rafforzare e consolidare il processo di strutturazione e di organizzazione della Pastorale della Salute in America Latina e nei Caraibi.

7. Programmi di formazione

Sia negli Incontri Latinoamericani avvenuti a Santo Domingo e a San Paolo, sia nella Riunione OPS-CELAM, si assunsero impegni concreti nel senso di promuovere il disegno dei programmi di formazione per agenti pastorali nel mondo della salute.

Così, il Dipartimento della Pastorale Sociale-DEPAS e l'ITEPAL organizzarono un corso per il conseguimento del

Diploma di Umanizzazione e Pastorale della Salute, che ha quattro nuclei tematici: psico-sociale, etico, teologico e pastorale.

7.1. Conseguimento del Diploma in Umanizzazione e in Pastorale della Salute (2000-20003)

Il conseguimento del Diploma ha come proposito offrire agli agenti pastorali (sacerdoti, religiosi, religiose, laici) una formazione integrale che tenga in conto gli aspetti sociologici, teologico-biblici, psicologici e spirituali perché possano realizzare con professionalità un servizio pastorale in accordo con le esigenze del mondo della salute.

Il Programma che ha una durata di 480 ore di presenza è organizzato a quattro livelli:

I Livello, Anno 2000: Etica e Bioetica I; Relazione di assistenza I; Chiesa, comunità sanante; identità dell'agente della pastorale della salute.

A questo livello, che ebbe una durata di 4 settimane intensive, collaborarono P. Arnaldo Pancrazi con la materia "Identità e ragione d'essere del servizio religioso in una istituzione di salute" (30 ore); Padre Leo Pessini con "Etica e bioetica" (30 ore); Padre Luciano Sandrin con la materia "La Chiesa: comunità sanante" (30 ore); e il Fratello José Carlos Bermelo con "Relazione di Assistenza Pastorale".

II Livello, Anno 2001: Sociologia del mondo della salute; Relazione di Assistenza II: Salute, malattia e sofferenza alla luce della Teologia Biblica; Spiritualità del servizio al malato.

III Livello, Anno 2002: Etica e Bioetica II; Psicologia della Salute e della Malattia; Evangelizzazione e Pastorale della Salute; Dimensione celebrativa: Orazione e Sacramenti dei malati.

IV Livello, Anno 2003: Cultura della vita: problemi etici; Umanizzazione della Salute; Teologia della Corporeità; Presenza della Chiesa nel mondo della salute attraverso i secoli con enfasi sull'America Latina.

Laboratori complementari:

Diritti Umani e Salute; Diritti del malato; Educazione per la Salute; Risoluzione dei conflitti; Gruppi di mutua assistenza ed elaborazione del dolore (Pastorale della Speranza).

A chi frequenterà soddisfattamente il programma verrà concesso il *Diploma in Umanizzazione e Pastorale della Salute*.

7.2. Formazione in Pastorale della Salute nei Seminari

Per la formazione dei futuri sacerdoti il Celam pubblicò nell'Aprile del 1999, nella collana dei Testi Basici per i Seminari Latinoamericani, il Manuale della Pastorale della Salute, sotto la direzione del Segretariato Latinoamericano per il Rinnovo – SELARE dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio. Il testo consta di sei grandi capitoli: 1) Il mondo della sofferenza dinanzi alla fede cristiana; 2) La sofferenza nella Bibbia; 3) Il dolore salvifico (Magistero della Chiesa sulla sofferenza); 4) La Pastorale della Salute, un cammino verso la vita; 5) Il ministero sacerdotale nella pastorale della salute; 6) Pastorale della Salute specializzata.

Conclusione

Il breve itinerario che ha avuto la Pastorale della Salute come campo legato al Dipartimento della Pastorale Sociale-DEPAS del CELAM, è stato fruttifero e promettente.

Durante l'Incontro di Bogotá (1999) si esaminarono alcuni problemi etici e di umanizzazione della salute; fu come aprire una gamma di realtà e di preoccupazioni che si sperimentavano in questo momento nel mondo della salute.

A Quito (1994) si fece un salto qualitativo quando, oltre ad esaminare la situazione che si viveva nell'area della salute, si formularono alcune linee comuni per orientare l'evangelizzazione in questo campo specifico della pastorale.

A Santo Domingo (1998) si avanzò verso la costruzione di spazi qualificati per la forma-

zione di agenti pastorali, in tal modo che potessero prestare con professionalità un servizio pastorale secondo le esigenze del mondo della salute. È importante rafforzare la formazione di agenti ai diversi livelli e nei diversi ambiti, dalla formazione iniziale fino alla formazione specializzata; e dalla formazione di base nelle comunità come promotrici della salute dei suoi membri fino alla formazione in ambito parrocchiale, diocesano, nazionale e regionale.

I centri di studio che si creano con questa intenzione devono offrire programmi adattati alle circostanze di ogni paese o regione, e simultaneamente, devono rafforzarsi reciprocamente attraverso lo scambio di professori, di materiali e pubblicazioni. È urgente creare tutta una rete di formazione pastorale sulla salute a livello latinoamericano organizzata attraverso le Conferenze Episcopali.

A San Paolo (2003) si studiarono i fattori strutturali e

congiunturali influenti nelle tendenze e incidenze della salute in America Latina e dei Caraibi, si pose l'enfasi nella promozione, prevenzione, attenzione e riabilitazione della salute, come anche nell'attenzione integrale della malattie prevalenti in America Latina e nei Caraibi.

Il miglior contributo dei gruppi ecclesiali e delle comunità religiose dedicate alla Pastorale della Salute in America Latina e Caraibi è la opzione per la formazione degli agenti pastorali, passando da un paradigma di protezione a uno di prevenzione. È emozionante leggere la lettera testamento di San Camillo de Lellis del 10 Giugno 1614, quando molto prossimo alla morte si rivolse ai Fratelli e ai Padri dell'Ordine per ricordar loro le cose essenziali: la povertà e il servizio fondamentale ai poveri malati; l'unione, la pace e la concordia tra i padri e i fratelli; l'ascesi spirituale e l'*acquisizione delle conoscenze che siano utili e necessarie*. Que-

sta è la sfida dei prossimi anni che la Chiesa deve assumere con generosità e coraggio.

S.E. Mons. JORGE ENRIQUE JIMÉNEZ CARVAJAL

Arcivescovo Coadiutore di Cartagena, Colombia

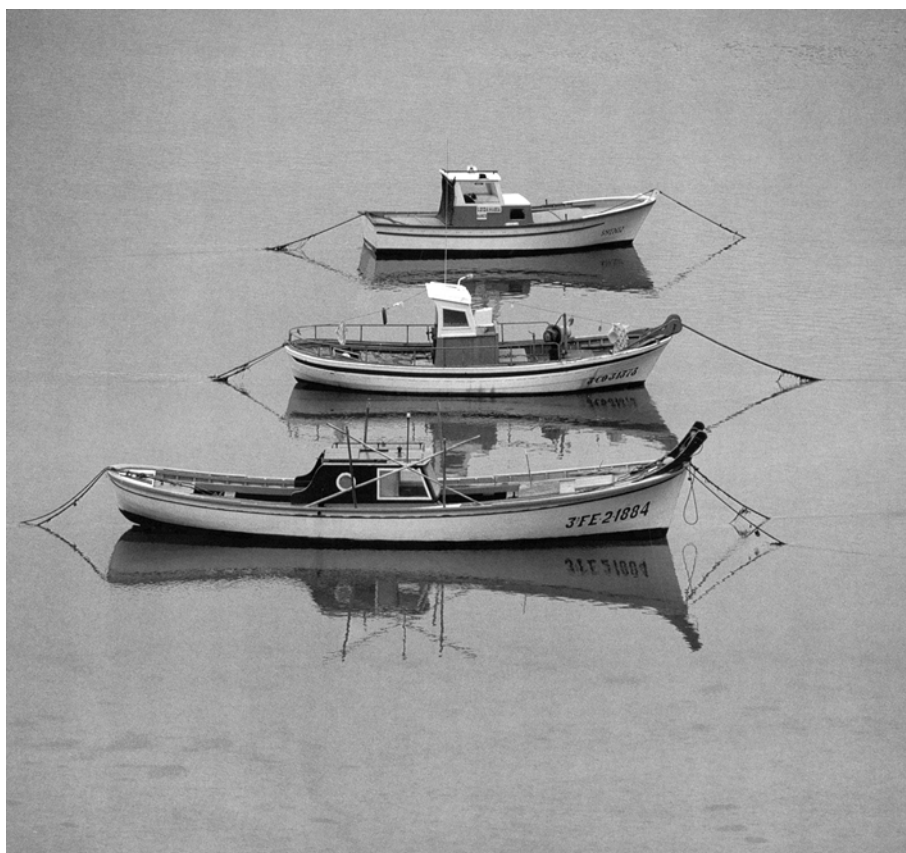
Note

¹ Le Memorie dell'Incontro vennero pubblicate nel volume *Evangelización de la Salud* della Collana Documenti CELAM n. 125, Giugno 1993.

² Il documento di lavoro venne pubblicato nel Bollettino DEPAS n. 10, Marzo – Aprile 1994.

³ Il Documento Finale dell'Incontro si pubblicò come Estratto del Bollettino CELAM n. 264 nel mese di Novembre del 1994. Alcuni paesi come il Brasile lo pubblicarono e lo fecero conoscere ampiamente nelle commissioni e nei gruppi di base dedicati a questo campo della pastorale. Questo documento arricchito con il contributo di esperti delle Commissioni Episcopali della Pastorale della Salute e, specialmente del III Incontro Latinoamericano e dei Caraibi, è quello che si pubblica nel presente numero della Rivista Medellín con il titolo di "Guida della Pastorale della Salute per l'America Latina ed i Caraibi".

⁴ Le memorie del II Incontro Latinoamericano e dei Caraibi della Pastorale della Salute furono pubblicate nel Bollettino DEPAS n. 30, di Ottobre-Dicembre del 1998.



XIX Conferenza Internazionale

Presentazione

In occasione delle nostre Conferenze internazionali ci sforziamo, nel Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, di scegliere tematiche che abbiano non soltanto interesse, ma il bisogno di ricevere uno speciale orientamento da parte del Santo Padre. Oggi, dato il grande sviluppo delle scienze della vita, non è strano che aumenti anche l'applicazione di queste ricerche sulla tappa terminale della vita dell'uomo e che sorgano degli interrogativi ogni volta più angoscianti.

Questo è il motivo per il quale dedichiamo la nostra XIX Conferenza Internazionale a studiare le cure palliative ed a ricevere così le indicazioni del Santo Padre su questo scottante argomento.

Infatti, iniziamo la nostra Conferenza indagando sul senso cristiano del dolore, giacché le cure palliative sono proprio per palliare il dolore; quindi entriamo pienamente nel nostro tema.

Come al solito, il nostro metodo ha tre tappe ben definite: dopo aver avuto una visione generale della nostra posizione riguardo al tema, che qui offriamo con la Conferenza magistrale sul senso cristiano del dolore, vogliamo osservare il problema in se stesso, secondo il modo con il quale si presenta oggi. Vogliamo toccare la realtà stessa che oggi si vive. Così, iniziamo questa prima parte con un panorama mondiale delle cure palliative. Questo panorama lo esaminiamo così come lo presentano nella vita quotidiana i Mass Media; ricorriamo anche ad un'inchiesta sulle cure palliative. In seguito, studiamo i dati scientifici del dolore e della sua terapia, per poi interrogarci su cosa sono le cure palliative e quali siano in concreto nel mondo d'oggi. Sottolineiamo l'aspetto giuridico di esse e facciamo un accenno all'eutanasia, come un qualcosa di intimamente connesso.

Passiamo quindi alla seconda parte della nostra Conferenza per illuminare la realtà trovata sulle cure palliative. La prima illuminazione la chiediamo alla storia delle suddette cure nella Chiesa cattolica; quindi, a partire dal fatto centrale del Cristianesimo, la morte e risurrezione di Cristo, ci chiediamo quale sarà dunque l'orientamento cristiano per dette cure. La presenza

del Mistero della morte e risurrezione del Signore si rende oggi attuale mediante i Sacramenti e così vogliamo allora studiare questa presenza attraverso il Sacramento dell'Unzione dei Malati. Certamente il nostro atteggiamento è contraddetto, o almeno non tenuto in forte considerazione dalla cultura occidentale attuale, a motivo della sua secolarizzazione; così è pertinente, prima di andare avanti, considerare l'impatto della secolarizzazione nell'ultima fase della vita. Finalmente, in questa tappa dell'illuminazione, si arriva ad un punto di vista pratico: Cosa è l'accanimento terapeutico? Quali sono le cure palliative proporzionate e quali le sproporzionate? L'Illuminazione sarà alla fine completata con il dialogo interreligioso: le cure palliative nelle grandi tradizioni religiose oltre il Cristianesimo: Ebraismo, Islamismo, Induismo, Buddismo e la Postmodernità.

Nella terza parte della Conferenza ci domandiamo cosa fare. In questa prospettiva parliamo del rinnovamento dei Sacramenti dei malati: Viatico ed Unzione, Riconciliazione; direzione della investigazione medica attuale, ruolo delle scienze psicologiche nelle cure palliative; nuovo approccio culturale al termine della vita; formazione degli operatori delle cure palliative; la fine della vita nei Mass Media; atteggiamento nelle cure palliative dei medici e dei sacerdoti, delle infermiere (i), delle religiose (i) dei familiari del paziente, degli psicologi ed assistenti sociali, infine del volontariato.

Come già ricordato, il Santo Padre ci guiderà in questo difficile campo mediante la Sua autorevole Parola.

Tutti i Conferenzieri sono stati scelti con molta cura, tra i migliori del settore in tutto il mondo, come si potrà apprezzare leggendo i nomi su questo programma.

Saremo molto onorati se vorrete accettare il nostro invito a partecipare a queste giornate di studio che vogliono in definitiva dare una risposta alle ultime domande della nostra esistenza. Tante Grazie!

S.Em. Card.

Javier Lozano Barragán
*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute*

XIX Conferenza Internazionale

Città del Vaticano, 11-12-13 novembre 2004

Le cure palliative

Giovedì, 11 Novembre

09,00 Indirizzo di Saluto

09,15 Prolusione:
Il senso cristiano del dolore.
Una lettura teologico-pastorale sulla Salvifici Doloris
Sua Eminenza Card.
Javier Lozano Barragán
Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

10,00 Moderatore:
Dr. Jean Paul Mundama
Professore di Etica medica all'Università cattolica di Graben, Butembo (Repubblica Democratica del Congo)

Panorama mondiale delle cure palliative
Dr.a Cecilia Sepulveda
Coordinator Cancer Control Program W.H.O. Ginevra (Svizzera)

10,30 Pausa

I. Situazione attuale

11,00 1. I problemi della fine della vita attraverso i mezzi di comunicazione sociale
Don Vincent Arackal
Ufficiale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

11,15 2. Risultati di una inchiesta sulle cure palliative
Dr.a Fiorenza Deriu
Ricercatrice sociale, Roma (Italia),
Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

11,30 3. Il dolore, dati scientifici
Dr. a Simona Castellano
Fisiatra al Centro Paraplegici di Ostia, Roma (Italia)

12,00 4. La terapia del dolore
Prof. Pierluigi Zucchi
Direttore dell'Istituto per lo studio e la terapia del dolore, Firenze (Italia),
Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

12,30 5. Che cosa sono le cure palliative
Dr. Maurizio Evangelista
Ricercatore all'Istituto di Anestesia, Rianimazione e Terapia del dolore presso la Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (Italia)

13,00 Fine della Sessione

16,00 Moderatore:
Dr. Franco de Conno
Direttore della Divisione di Riabilitazione e Terapie palliative all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori, Milano (Italia)

6. Quali sono le principali cure palliative nel mondo attuale
Dr. Stein Børge Husebø
Professore a contratto presso l'Istituto per la Ricerca e l'insegnamento interdisciplinare, Vienna (Austria);
Direttore del Progetto di Intervento europeo *"Dignity for the wakest Old – Palliative Care for all"*

16,30 7. Eutanasia: cosa è, cosa non è oggi (aspetti biologici)
Prof. Ilora Finlay
Vice Decano della Facoltà di Medicina dell'Università del Galles,
Medico al Centro oncologico di Velindre, Cardiff (Gran Bretagna)

17,00 8. Aspetto giuridico delle cure palliative
Dr. Fernando Antezana
Ministro della Sanità di Bolivia,
Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

17,30 Pausa

II. Illuminazione

18,00 1) Storia delle cure palliative
P. Jesús Conde
Direttore della Pastorale sanitaria presso la Conferenza Episcopale spagnola, Madrid (Spagna)

18,30 2) Cure palliative, morte e risurrezione del Signore
Sua Eminenza il Cardinale Rodolfo Quezada Toruño
Arcivescovo Metropolita di Guatemala (Guatemala)

19,15 Fine della sessione

Venerdì, 12 Novembre

09,00 Moderatore:
P. Anthony Frank Monks, M.I.
Superiore generale dei Chierici Regolari Ministri degli Infermi (Camilliani), Roma,
Membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

3) Sacramento dell'Unzione dei Malati e il Viatico
P. Eugenio Saponi, M.I. (Italia)
Docente di Liturgia all'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum", Roma

09,45 4) Fede e secolarizzazione nell'ultima fase della vita
P. Bonifacio Honings, O.C.D.
Professore emerito di Teologia morale alla Pontificia Università Lateranense, Roma (Italia)
Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

10,15 5) Cure palliative proporzionate e sproporzionate, accanimento terapeutico
Prof. Richard Horton
Direttore della Rivista "The Lancet", Londra (Gran Bretagna)

11,00 Pausa

11,30 Dialogo interreligioso: le cure palliative nelle altre grandi tradizioni religiose:

Ebraica
Prof. Abramo Alberto Piattelli,
Rabbino Capo della Comunità ebraica di Roma, Docente di Ebraismo post-biblico alla Pontificia Università Lateranense di Roma.

Islamica
Prof. Ishaq El-Rakhavi
Docente di Psichiatria all'Università de Il Cairo
Primario dell'Ospedale dell'Università de Il Cairo (Rep. Araba di Egitto)

Induista
Dr. Rajeev Agarwal,
Senior Consultant and Chairman in surgical oncology at Sir Ganga Ram Hospital, New Delhi (India)

Buddista
Rev. Masahiro Tanaka
Medico presso la Clinica Fumon-in"; Sacerdote Bonzo responsabile del Buddhist Temple Saimyou-ji", Mashiko (Giappone)

New Age – Postmodernità
Rev. P. Jan Daçok, S.I.,
Docente di Teologia Morale ed Etica alla Facoltà Teologica dell'Università di Trnava (Slovacchia)
Padre Provinciale della Compagnia di Gesù in Slovacchia

12,45 Fine della Sessione

16,00 III. Cosa fare

Moderatore:
P. Pascual Piles Ferrando, O.H.
Superiore generale dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio (Fatebenefratelli), Roma
Membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

1. Rinnovo dei sacramenti dei malati: Penitenza, Unzione, Viatico
Sua Eminenza Card. Carlos Amigo Vallejo
Arcivescovo di Siviglia (Spagna), Membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

16,30 2. Direzione della investigazione medica
Dr.ssa Vittorina Zagonel
Specialista in Oncologia ed Ematologia, Direttore U.O. Oncologia, Ospedale Fatebenefratelli, Roma (Italia)

17,00 3. Ruolo delle scienze psicologiche nelle cure palliative
P. Tony Anatrella
Psicoanalista, Specialista in Psichiatria sociale, Parigi (Francia), Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

17,30 Pausa

17,45 4. Nuovo approccio culturale al termine della vita
Sua Eminenza Card. Paul Poupard
Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura (Santa Sede)

18,15 5. Formazione degli operatori delle cure palliative
P. Angelo Brusco, MI
Docente di Teologia all'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum", Roma (Italia), Membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

18,45 6. La fine della vita umana nei mass media
S.E. Mons. John Patrick Foley
Presidente del Pontificio Consiglio delle Comunicazioni Sociali (Santa Sede)

19,15 Fine della sessione

Sabato, 13 Novembre

09,00 Moderatore:
Signora Lillian Fanjul Azqueta
Fondatore e Direttore di "New Hope Foundation", Palm Beach, Florida (U.S.A.)

7. Rinnovo degli operatori sanitari nella pastorale delle cure palliative

- Sacerdoti
S.E.R. Mons. Jacinto Guerrero Torres
Vescovo di Tlaxcala (Messico), Incaricato della Pastorale sanitaria, Membro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

09,15 - Medici
Rev. Prof. Miroslav Kalinowski
Direttore della Cattedra per le cure sociali e palliative all'Istituto di Studi per la Famiglia, Università Cattolica di Lublino (Polonia)

09,30 - Infermieri
Signora An Verlinde
Presidente Internazionale del Comitato Internazionale delle Infermiere e delle Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS), Bruxelles Belgio), Consulente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (Santa Sede)

09,45 - Religiose
Sr. Marie- Sylvie Richard
Direttrice dell'Istituto per le cure palliative "Jeanne Garnier", Parigi (Francia)

10,00 - Familiari
Signora Cristina Calabresi
Presidente della Fondazione "Federico Calabresi", Roma

10,15 - Psicologi ed assistenti sociali
Dr. Vito Ferri
Psicologo della Fondazione Gigi Ghirotti Milano (Italia)

10,30 - Volontariato
P. Raymond Zambelli
 Rettore della Basilica di Nostra Signora di Lourdes (Francia)

10,45 Fine della sessione



Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

● HEADLINES

Organization

Historical Outline

Events

Documents

Word of the Pope

Prayers

International Catholic Organizations

Emerging Diseases

Dolentium Hominum

Archives

Links

