



DOLENTIUM HOMINUM

N. 89 – anno XXX – N. 3, 2015

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER GLI OPERATORI SANITARI
(PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)

Direttore

S.E. MONS. ZYGMUNT ZIMOWSKI

Redattore Capo

MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

Comitato di Redazione

DOTT. ANTONINO BAGNATO

DON MARCO BELLADELLI

DOTT. DANIEL A. CABEZAS GÓMEZ

SUOR ANNA ANTIDA CASOLINO

PROF. MAURIZIO EVANGELISTA

PADRE BONIFACIO HONINGS

DOTT.SSA BEATRICE LUCCARDI

DOTT.SSA ROSA MEROLA

SIG. LUIGI NARDELLI

MONS. JACQUES SUAUDEAU

Direzione, Redazione, Amministrazione:

PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI (PER LA PASTORALE DELLA SALUTE)
00120 CITTA DEL VATICANO; TEL. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799 - FAX: 06.698.83139

e-mail: opersanit@hlthwork.va

www.holyseeforhealth.net

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 32 € 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

RIUNIONE DEI VESCOVI INCARICATI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Città del Vaticano, 23 novembre 2011

- 3 **Indirizzo di Saluto
ed Introduzione ai Lavori**
S.E. Mons. Zygmunt Zimowski

L'IDEOLOGIA DEL GENDER
E DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA:
ASPETTI DOTTRINALI,
LEGISLATIVI E PASTORALI

- 6 **1. L'ideologia del *gender*
e della salute riproduttiva:
aspetti dottrinali e pastorali**
Mons. Tony Anatrella
- 13 **2. *Gender* e diritti riproduttivi:
aspetti legali**
Prof. Vincenzo Buonomo
- 18 **Cooperazione tra i Paesi africani
e la Chiesa nell'ambito
dell'assistenza sanitaria.
Il contributo della Regione
Africana dell'OMS**
Dott. Luis Gomes Sambo

ORGANIZZAZIONE DELLA PASTORALE
SANITARIA NELLA CHIESA

- 21 **1. Caratteri generali**
S.E. Mons. José L. Redrado, OH
- 24 **2. Organizzazione della Pastorale
della Salute in Argentina**
S.E. Mons. Luis Teodorico Stöckler
- 27 **3. La Pastorale della Salute
in Nord America**
S.E. Mons. Kevin C. Rhoades
- 29 **4. Organizzazione della Pastorale
della Salute in Burkina Faso**
S.E. Mons. Justin Kientega

- 32 **5. L'organizzazione della
Pastorale della Salute in Africa.
Il caso del Burundi**
S.E. Mons. Joachim Ntahondereye
- 35 **6. L'organizzazione della Pastorale
della Salute nella Chiesa in India.
Il contributo dei Vescovi incaricati
della Pastorale della Salute**
S.E. Mons. Vincent M. Concessao
- 39 **7. L'organizzazione della Pastorale
della Salute in Indonesia**
S.E. Mons. A.M. Sutrisnaatmaka, MSF
- 42 **8. La Pastorale della Salute in Spagna**
S.E. Mons. Rafael Palmero Ramos
- 44 **9. Il contributo dei Vescovi incaricati
della Pastorale della Salute
da una prospettiva australiana**
S.E. Mons. Patrick Power

INTERVENTI DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI

65ª SESSIONE DEL COMITATO
REGIONALE DELL'OMS PER L'AFRICA
N'Djamena, Ciad,
31 agosto - 4 settembre 2015

- 48 **Intervento di Mons. Mupendawatu**
Mons. Jean-Marie Mupendawatu

SIMPOSIO "UNA SANITÀ SOLIDALE:
LA SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA
NEL RISPETTO DELLA PERSONA"
Pordenone, 28 ottobre 2015

- 50 **Indirizzo di saluto di
Mons. Mupendawatu**
Mons. Jean-Marie Mupendawatu

RIUNIONE DEI VESCOVI INCARICATI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Città del Vaticano, 23 novembre 2011

In questo numero di *Dolentium Hominum* riportiamo parte degli interventi presentati il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Sono passati alcuni anni e questo forse lo si potrà notare in qualche testo, inoltre alcuni degli autori sicuramente non ricoprono più gli incarichi di allora. Gli argomenti trattati sono però attuali nell'ambito della pastorale sanitaria e della sua organizzazione pertanto pensiamo che possano essere ancora di interesse ed eventualmente di stimolo ed aiuto.

Indirizzo di Saluto ed Introduzione ai Lavori

**S.E. MONS.
ZYGMUNT ZIMOWSKI**

*Presidente del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari*

Eminenze Reverendissime, Eccellenze, Reverendissimi Religiosi e Religiosi, Carissimi fratelli e sorelle, sono profondamente lieto di dare a tutti e a ciascuno di voi il benvenuto a questo incontro organizzato dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari per i Vescovi incaricati di pastorale sanitaria in seno alle loro rispettive Conferenze Episcopali.

Il tema che mobiliterà le nostre energie durante l'odierna Riunione è quello della *Collaborazione tra la Chiesa e gli Stati in materia di sanità*. Per introdurci in questo complesso e vastissimo campo, due grandi studiosi e nostri consultori ci intratterranno su una problematica molto inquietante di grandissima attualità, ossia *L'ideologia del gender e della salute riproduttiva*, nei suoi aspetti dottrinali, legislativi e pastorali. Anche questo è un argomento assai complesso, che me-

rita d'essere approfondito nelle sedi come la nostra, nel momento in cui essa mette profondamente in discussione le fondamenta antropologiche delle nostre società e delle nostre famiglie, sia nella loro natura che nella loro struttura. Riflettere sulla natura dell'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva, sul suo sviluppo nonché sulla posta in gioco delle sue rivendicazioni per confrontarla con l'antropologia cristiana e i tesori dell'insegnamento della Chiesa in materia di morale sessuale e familiare permetterà alle nostre comunità di non essere colte impreparate e di non lasciarsi abbagliare dai discorsi propagandistici ma di cercare risposte serie ispirate al Vangelo e alla tradizione viva della Chiesa ai problemi posti dalla suddetta corrente di pensiero.

Venendo al tema principale della nostra Giornata odierna, ossia la Collaborazione tra la Chiesa e gli Stati in materia sanitaria, la mente si porta immediatamente a quelle stupende e illuminanti pagine del Concilio Vaticano II nella sua Costituzione Pastorale sulla Chiesa nel Mondo contemporaneo (*Gaudium et Spes*), ove, do-

po aver ricordato il principio della legittima autonomia delle realtà terrene (GS, 36), i Padri conciliari hanno affermato di pari passo la necessità della mutua collaborazione tra Chiesa e società, *“nelle materie che in qualche modo sono comuni al mondo e alla Chiesa”*, per il bene dell'uomo e dell'umanità¹. Il mondo della sanità, ove si combatte contro le infezioni, la malattia e la sofferenza per il ricupero della salute, è una di esse. A tal riguardo, la Chiesa ha sempre insegnato che l'uomo concreto, la persona in carne e ossa che ci si trova dinanzi, è e deve essere sempre il fine dell'agire delle istituzioni, siano esse della Chiesa o dello Stato. Il beato Giovanni Paolo II esprimeva così questa idea nella sua Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*: *“La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo ‘diventa la via della Chiesa’, ed è, questa, una delle vie più importanti”* (SD n. 3, 1984). Con la istituzione d'un Dicastero Pontificio dedito alla Pastorale degli

Operatori Sanitari ventisei anni or sono, la Chiesa ha inteso tradurre questi insegnamenti nella pratica pastorale ordinaria. E col presente incontro, vogliamo oggi confrontare le nostre esperienze, ripercorrere il cammino già fatto, individuare le sfide che ci aspettano per poterli rilevare con un nuovo e vigoroso slancio pastorale.

Vogliamo ancora sottolineare che anche il Santo Padre Benedetto XVI ha fatto tanto per il mondo della salute. In ogni Enciclica ha toccato questo tema, come una grande sfida per il mondo contemporaneo.

a) Già nella prima Enciclica *Deus caritas est* evidenzia la “caritas” nelle strutture sanitarie della Chiesa ed il principio di sussidiarietà-solidarietà (n. 28b).

Benedetto XVI sottolinea in tale maniera forte che “l’amore – caritas – sarà sempre necessario, anche nella società più giusta. Non c’è nessun ordinamento statale giusto che possa rendere superfluo il servizio dell’amore. Chi vuole sbarazzarsi dell’amore si dispone a sbarazzarsi dell’uomo in quanto uomo” (Ivi). Con delicatezza, allora, ci viene ricordato che “ci sarà sempre sofferenza che necessita di consolazione e di aiuto. Sempre ci sarà solitudine. Sempre ci saranno anche situazioni di necessità materiale nelle quali è indispensabile un aiuto nella linea di un concreto amore per il prossimo”, in breve si può allora affermare che ogni uomo, oltre l’aiuto dello Stato, ha bisogno di un’amorevole dedizione personale (Ivi).

È allora indispensabile che ci sia uno Stato il quale “generosamente riconosca e sostenga, nella linea del principio di sussidiarietà, le iniziative che sorgono dalle diverse forze sociali e uniscono spontaneità e vicinanza agli uomini bisognosi di aiuto”. Tra queste forze vive c’è anche la Chiesa con una pulsione dinamica dell’amore suscitato dallo Spirito di Cristo, mentre “questo amore non offre agli uomini solamente un aiuto materiale, ma anche ristoro e cura dell’anima, un aiuto spesso più necessario del sostegno materiale” (Ivi).

Ma, poiché anche nella Chiesa cattolica e in altre Chiese e

Comunità ecclesiali sono sorte nuove forme di attività caritative, e ne sono riapparse di antiche con slancio rinnovato, il Papa ricorda che occorre tenere davanti agli occhi il medesimo scopo: “un vero umanesimo, che riconosce nell’uomo l’immagine di Dio e vuole aiutarlo a realizzare una vita conforme a questa dignità” (*Deus caritas est*, 30b). In effetti la testimonianza nella carità, si attualizza mediante una testimonianza di vita e dialogo: “Tutti i cristiani infatti, dovunque vivano, sono tenuti a manifestare con l’esempio della loro vita e con la testimonianza della loro parola l’uomo nuovo, di cui sono stati rivestiti nel battesimo, e la forza dello Spirito Santo, da cui sono stati rinvigoriti nella cresima; sicché gli altri, vedendone le buone opere, glorifichino Dio Padre (cf. Mt 5,16) e comprendano più pienamente il significato genuino della vita umana e l’universale legame di solidarietà degli uomini tra loro” e tale testimonianza richiede relazioni mediante un dialogo sincero e comprensivo... (*Ad Gentes*, 11).

b) Nella seconda Enciclica *Spe Salvi* Benedetto XVI evidenzia che la “misura dell’umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente”. Vorrei citare le parole del Pontefice che illustrano anche il nostro comportamento verso i malati ed i sofferenti, tramite la nostra compassione.

“Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana... Accettare l’altro che soffre significa, infatti, assumere in qualche modo la sua sofferenza, cosicché essa diventa anche mia. Ma proprio perché ora è divenuta sofferenza condivisa, nella quale c’è la presenza di un altro, questa sofferenza è penetrata dalla luce dell’amore. La parola latina *con-solatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine. Ma anche la capacità di accettare la sofferenza per amore del bene, della verità e del-

la giustizia è costitutiva per la misura dell’umanità”.

c) Nell’ultima Enciclica *Caritas in Veritate* Benedetto XVI parla, tra l’altro, del rispetto per la vita e dello sviluppo dei popoli. L’Enciclica *Caritas in Veritate* si colloca in questa tradizione e precisamente nel quadro del duplice insegnamento della *Populorum progressio*: la missione della Chiesa include come sua implicazione necessaria lo sviluppo integrale dell’uomo; l’autentico sviluppo rimanda alla totalità della persona in ogni sua dimensione. Benedetto XVI approfondisce in particolare il legame tra etica della vita ed etica sociale, già presente nella *Humanae Vitae*.

Benedetto XVI specifica il problema della vita come la “questione sociale” del nostro tempo. Il problema della vita viene considerato nei suoi legami profondi con la dottrina sociale cristiana, così come sono profondi i legami tra l’evangelizzazione e la promozione umana (n. 15).

Si ribadisce così il magistero di Giovanni Paolo II: “Non può avere solide basi una società che – mentre afferma valori quali la dignità della persona, la giustizia e la pace –, si contraddice radicalmente accettando e tollerando le più diverse forme di disistima e violazione della vita umana, soprattutto se debole ed emarginata»².

Le questioni della vita umana, dell’annuncio del Vangelo e del progresso sociale ed economico si saldano tra loro, e fondano la dignità inviolabile della persona umana e l’effettiva possibilità dello sviluppo dei popoli e dei singoli a un livello che va oltre il potere e l’economia. “L’autentico sviluppo dell’uomo riguarda la totalità della persona in ogni sua dimensione” (n. 11).

“Lo sviluppo ha bisogno di cristiani con le braccia alzate verso Dio nel gesto della preghiera, cristiani mossi dalla consapevolezza che l’amore pieno di verità, caritas in veritate, da cui procede l’autentico sviluppo, non è da noi prodotto ma ci viene donato” (n. 79). Il Papa ci richiama, come già nelle sue precedenti encicliche, a quell’amore, da cui procede l’autentico sviluppo, lo stesso amore,

che può e deve ispirare il dono e il contratto, la famiglia e l'impresa, il mercato e la politica (n. 35). Lo sviluppo integrale e rispettoso della vita umana diventa una figura essenziale di una "carità" degna dell'uomo, carità che oggi infatti si definisce spesso con il sinonimo di "solidarietà", o addirittura "carità politica". A motivo della Carità che deve essere fatta valere come un'esigenza obiettiva e globale, e non a latere o ai margini dei rapporti economici, politici e con l'ambiente naturale il Pontefice afferma: "Il libro della natura è uno e indivisibile, sul versante dell'ambiente come sul versante della vita, della sessualità, del matrimonio, della famiglia" (n. 51). Un amore che esige da coloro che sono "coinvolti nel grande compito di dare allo sviluppo e alla pace un senso pienamente umano" (n. 72), comportamenti responsabili che guardino alla giustizia globale a lungo termine e non già ad allontanare da sé nell'immediato i rischi e le povertà, scaricandoli sugli altri popoli o sulle gene-

razioni future (n. 50). La redistribuzione della ricchezza non deve trasformarsi in una redistribuzione della povertà (n. 42).

Una società più umana e giusta non è solo quella dove ci sono accordi più equilibrati e rispettati tra interessi, ma dove ci si riconosce come prossimi o fratelli, e questo non può non fare appello alla coscienza morale.

Nel corso di quest'Assemblea, come seconda parte dello svolgimento del nostro incontro, ci saranno partecipate alcune esperienze di collaborazione, ogni volta da un'angolatura particolare, tra la Chiesa e gli Stati in materia di sanità in Africa, in America, in Europa e nel mondo. Nell'ultima parte verranno incentrate le problematiche riguardanti gli aspetti organizzativi della Pastorale della Salute nella Chiesa. Saranno i Vescovi rappresentanti i vari continenti che ci illumineranno sulle realtà delle loro rispettive Chiese particolari. Infine, dopo uno scambio che auspico intenso e proficuo, ascolteremo la sintesi

dell'assise odierna prima di concludere la nostra Giornata.

Benvenuti a tutti, buon e proficuo lavoro! ■

Note

¹ "...la Chiesa, che è insieme 'società visibile e comunità spirituale' cammina insieme con l'umanità tutta e sperimenta assieme al mondo la medesima sorte terrena; essa è come il fermento e quasi l'anima della società umana, destinata a rinnovarsi in Cristo e a trasformarsi in famiglia di Dio. Tale compenetrazione di città terrena e città celeste non può certo essere percepita se non con la fede; resta, anzi, il mistero della storia umana, che è turbata dal peccato fino alla piena manifestazione dello splendore dei figli di Dio" (GS, 40). Dopo aver ricordato il ruolo nocivo del peccato nella storia dell'umanità, l'opera risanatrice della Chiesa e il contributo di altre Chiese cristiane o comunità ecclesiali, i Padri conciliari proseguono affermando quanto la Chiesa "è persuasa che, per preparare le vie al Vangelo, il mondo può fornirle in vario modo un aiuto prezioso mediante le qualità e l'attività dei singoli o delle società che lo compongono. Allo scopo di promuovere debitamente tale mutuo scambio ed aiuto, nei campi che in qualche modo sono comuni alla Chiesa e al mondo..." (Ibid.) essi si sforzano di individuare i principi generali atti a guidare tale cooperazione.

² *Evangelium vitae*, n. 93.

L'IDEOLOGIA DEL GENDER E DELLA SALUTE RIPRODUTTIVA: ASPETTI DOTTRINALI, LEGISLATIVI E PASTORALI

1. L'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva: aspetti dottrinali e pastorali*

MONS. TONY ANATRELLA

Psicanalista, specialista in psichiatria sociale, Docente presso il Collegio dei Bernardini e delle Facoltà libere di filosofia e psicologia, Parigi, Francia.

Consultore del Pontificio Consiglio per la Famiglia e del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

“Una società è veramente umana soltanto quando protegge senza riserve e rispetta la dignità di ogni persona dal concepimento fino al momento della sua morte naturale. Tuttavia, se decidesse di «scartare» i suoi membri più bisognosi di tutela, (...) si comporterebbe in maniera profondamente inumana e anche in modo non veritiero rispetto all'uguaglianza – evidente per ogni persona di buona volontà – della dignità di tutte le persone, in tutti gli stadi della vita” (Benedetto XVI, *Discorso all'Ambasciatore di Germania presso la Santa Sede*, 7 novembre 2011).

Introduzione

L'ideologia del *gender* e la nozione di *salute riproduttiva* sono due concetti che dobbiamo chiarire per comprenderne le sfide. Essi comportano un cambiamento di diversi paradigmi trasformando il

senso delle relazioni tra gli uomini e le donne, il senso della sessualità e quello stesso di famiglia e di procreazione. Hanno perciò delle ripercussioni in materia di salute orientate principalmente verso un certo accanimento a limitare le nascite, ad opporre gli uomini e le donne in nome di una visione contabile della parità, a dissociare la sessualità dalla procreazione, il che comporta una visione insignificante ed immatura dell'atto sessuale, e ad incoraggiare l'istituzionalizzazione degli orientamenti sessuali. Una tale concezione idealista della sessualità pone un problema di salute pubblica e lo porrà anche in futuro.

Capitolo 1 La nozione di *gender*

Il concetto di *gender* ha numerose definizioni. Gli specialisti in scienze umane hanno ampiamente sostenuto che esso non dipende dalle definizioni legate alla natura e al destino di ciascun sesso, allo scopo di comprendere meglio le relazioni tra i sessi e i tipi di femminilità, mascolinità e sessualità costruiti dalle società.

Scegliendo il vocabolo di *gender* (genere) piuttosto che quello di uomo e donna che, secondo i teorici del *gender*, dipenderebbe troppo dalla nozione di natura, si utilizzano in questo approccio

tre concetti: la *costruzione* sociale della sessualità attraverso il maschile e il femminile che non corrisponde necessariamente al *sexso biologico*, gli *orientamenti sessuali* a partire dai quali è possibile accettarsi e i rapporti di *potere* tra gli uomini e le donne e i *ruoli* prescritti agli uni e agli altri¹. Questi rapporti saranno spesso analizzati in termini di assoggettamento della donna da parte dell'uomo. Una situazione che è stata spesso confermata in fatti di ingiustizia e maltrattamento, ma che non rende conto dell'insieme della relazione uomo/donna e, senza dubbio, della problematica psichica delle donne nei riguardi degli uomini. Ciò nonostante, le donne saranno chiamate ad emanciparsi dalla visione sociale della loro rappresentazione concepita a partire, tra l'altro, dal ruolo di sposa e madre. Esse dovranno affermarsi nell'autonomia e nell'indipendenza nei confronti dell'uomo e liberarsi dalle costrizioni ingiuste della maternità. Quest'ultimo punto spiegherà tra l'altro la promozione della contraccezione e dell'aborto attraverso la nozione contemporanea di *salute riproduttiva* che non è neutra poiché ristretta ai metodi contraccettivi ed abortivi.

Capiamoci bene, *studi sul genere* che tendono ad evidenziare ingiustizie e discriminazioni tra gli uomini e le donne continuano ad essere relativamente istruttivi e

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

pertinenti. Ma il problema si pone quando dei sociologi ne traggono conclusioni antropologiche sia per istituire realtà particolari come l'omosessualità, sia per modificare il senso della sessualità umana a partire dalla restrizione tecnica delle nascite e per cambiare il senso della coppia e della famiglia a partire dagli orientamenti sessuali.

Tuttavia siamo di fronte ad un dilemma tra la pratica vissuta tra gli uomini e le donne e un sistema d'analisi, di rappresentazione concettuale e di comprensione della loro situazione codificata dalla *teoria del gender* che non sempre corrisponde alla realtà delle cose. Ma questa corrente ideologica finisce malgrado tutto per ispirare decisioni politiche nei Paesi sviluppati e in altri, in particolare in Africa e in Asia ove viene imposto un colonialismo del pensiero occidentale, sotto la pressione delle istituzioni internazionali al punto di destabilizzare la società ad immagine di ciò che fu il marxismo. È per lo meno strano constatare l'azione delle cancellerie dei Paesi occidentali che cercano di imporre l'omosessualità alle Nazioni africane ed utilizzano diverse argomentazioni finanziarie affinché rivedano la loro legislazione in materia.

Da parte sua, la Chiesa invita a rispettare le persone omosessuali nella loro dignità e nei loro diritti civili. Ma ciò non vuol dire che essa approvi pratiche sessuali che si discostano dalla dignità della sessualità umana e che ammetta le "coppie" di persone dello stesso sesso, il matrimonio e l'adozione dei figli. È per un abuso di linguaggio che si parla qui di "coppia" e di "famiglia" poiché tanto l'uno quanto l'altro implicano sempre ed unicamente il senso dell'alterità rappresentato dalla differenza sessuale e dalla coppia generazionale.

Fino ad ora avevamo una visione unificata della persona umana riconoscendo realisticamente che *è il sesso a fare il genere laddove ora si vorrebbe affermare che è il genere a fare il sesso*. Una concezione irrealista ed idealista.

È vero che esiste una distinzione tra il modo di vivere soggettivamente la propria sessualità, il proprio corpo sessuato e i model-

li sociali dell'uomo e della donna. L'influenza sociale sullo sviluppo della personalità non è innegabile anche se la personalità non è unicamente il risultato delle induzioni sociali come pretendono i concetti di *gender*. In tal senso, la personalità che è il volto psichico della persona umana, perderebbe il proprio carattere personale, autonomo e dunque libero.

Secondo la psicoanalisi freudiana, in ogni personalità troviamo gli elementi biologico, psichico e sociale che dovranno iscriversi in quelli spirituale e morale. L'essere umano è una persona sessuata in termini di maschio e femmina che si realizza nel maschile e nel femminile. Esiste una corrispondenza tra il corpo sessuato e la sua identificazione attraverso il *genere* che gli è proprio in quanto la vita psichica si sviluppa in "*extension*" all'integrazione e all'interiorizzazione del corpo sessuato di ciascuno.

L'approccio impostoci attraverso i concetti del *gender*, disarticola la sessualità e procede da un'argomentazione ingenua, puerile ed idealista. La ritroviamo nei testi di un certo numero di autori il cui pensiero consiste principalmente nel manipolare e nel deviare il senso di nozioni che dovrebbero menzionare delle realtà². Per questo non è pertinente affermare che "il sesso è una categoria sociale"³ per lasciar intendere che sarebbe strutturalmente modificabile secondo i desideri di ciascuno e dipendente dalla "costruzione" dei modelli sociali.

L'interrogativo che spesso si pone è di sapere dove vogliono arrivare gli ideatori del *gender*. L'obiettivo perseguito consiste nel riorganizzare la società per meglio consolidare la parità dei diritti civili riconosciuti a tutte le persone. Detto in questo modo, non possiamo che approvare questa legittima rivendicazione. Ma quando guardiamo attentamente al contenuto di una tale esigenza, le cose risultano meno evidenti. Il bisogno di contrapporre l'uomo e la donna in nome di una parità contabile è contrario al senso dell'uguaglianza. La volontà di estendere il matrimonio a persone dello stesso sesso in nome della parità è, allo stesso tempo, un

controsenso e una trasgressione antropologica in quanto solo un uomo e una donna si alleano, laddove alcuni vorrebbero farci credere, in un "deficit" del pensiero, che il matrimonio si potrebbe concludere sulla base di un orientamento sessuale. Orbene l'identità maschile e della donna poggia sull'essere stesso della persona mentre l'orientamento sessuale dipende dalle pulsioni parziali e dalle identificazioni primarie. Dal punto di vista epistemologico i sociologi che sostengono la *teoria del gender* non vedono che il loro concetto è fonte di conflitti quando sono confusi tra ciò che è di competenza dell'ontologia e ciò che dipende dalla psicologia.

Nella prospettiva del *gender* occorre dunque "denaturalizzare" la differenza sessuale allo scopo di rendere meglio giustizia all'*uguaglianza* degli uomini e delle donne al punto di renderli simili, e legittimare gli *orientamenti sessuali*. La differenza sessuale sarà sostituita dalla differenza delle sessualità e così noi saremo in un mondo migliore. In realtà, il mondo viene iscritto in un universo delirante e deleterio.

Capitolo 2 La salute riproduttiva

La nozione di *salute riproduttiva* è pertinente? Quando viene utilizzato questo concetto, se ne deduce l'idea che la società si prende cura della donna che sarà o che diventa madre e che è aiutata a preparare la propria maternità. In realtà questa formula designa un campo d'azione ridotto nei riguardi delle donne in quanto si tratta soprattutto di promuovere la contraccezione e l'aborto a partire dal momento in cui le idee dominanti veicolate dalle agenzie dell'ONU e dell'OMS imposte agli Stati, e in particolare alle popolazioni più povere, hanno come unico obiettivo la riduzione delle nascite.

2.1 Un problema semantico

Il concetto di *salute riproduttiva* pone altresì un altro problema nella misura in cui gli esseri umani non si riproducono, ma

procreano. Pertanto non sono dei riproduttori altrimenti fabbricherebbero dei cloni. In altri termini, bisogna essere due esseri sessuati fondamentalmente differenti per farne nascere un terzo, un altro.

Utilizzando il concetto di *riproduzione* per parlare della fertilità umana, l'uomo è allineato agli animali. Lo si chiama parimenti "individuo" come gli animali nel senso di ciò che non può essere né condiviso né diviso senza perdere le caratteristiche che gli sono proprie. Ma se questa denominazione è relativamente pertinente nel suo senso più vero e può avere diverse accezioni, è tuttavia insufficiente in quanto l'essere umano è una persona.

Le modifiche semantiche prodottesi in questi ultimi anni non sono inoffensive. Lo studio dei viventi ha voluto stabilire corrispondenze e somiglianze tra il regno vegetale, animale ed umano. Il linguaggio è stato adattato a questa nuova visione delle cose quando, grazie a nuovi mezzi di ricerca scientifica, la biologia dei viventi è sempre più esaminata nei suoi componenti particolari e nella sua realtà infinitamente piccola. Il rischio è quello di definirsi a partire dalle *particelle elementari* perdendo il senso dell'insieme di ciascuna specie e superando il confine che li differenzia. Ma questa frontiera oggi è superata prendendo come riferimento l'animale che servirà a codificare la biologia e i comportamenti umani. A partire dal momento in cui la società non sa più riflettere la differenza sessuale, perde il senso della verità delle cose, il senso del maschile e del femminile, il senso della differenza delle generazioni e della differenza delle specie. Oggi alcuni sono favorevoli a vivere pratiche sessuali con gli animali⁴.

2.2 La donna liberata dalla famiglia cosiddetta tradizionale

L'affermazione della parità tra uomini e donne rappresenta un considerevole progresso nel mondo e in particolare laddove le culture considerano inferiori e disprezzano le donne, a cominciare dalle bambine (cfr. la politica antinatalista in alcuni Paesi che esi-

gono l'aborto dei bambini di sesso femminile, il che provocherà a lungo termine uno squilibrio demografico importante). La politica delle quote imposte nei Paesi occidentali in tutti gli ambiti della vita sociale, professionale, politica e familiare, in nome della parità tra uomini e donne, favorita dalle conclusioni ispirate dalla *teoria del gender* porterà ad altre aberrazioni ancora.

Nella logica della Conferenza di Pechino (1995), le donne saranno privilegiate in rapporto agli uomini poiché si ritiene che esse debbano beneficiare di un sostegno particolare dopo che, nella storia, sono state sminuite da costrizioni sociali, economiche e culturali. Un approccio che sarà realizzato in modo volontaristico attraverso gli *Studi di genere* che mostrano il carattere storico e sociale della costruzione dei sessi maschile e femminile, ma anche quello della famiglia. Per questo la nozione "di parità" qui è falsata poiché si tratta anzitutto di livellare l'uomo e la donna nell'indistinzione e nella separazione fondamentale dell'uno dall'altro in nome della salute riproduttiva posta unicamente sotto il primato della donna.

Nell'articolo 16 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 si dice però che "la famiglia è il nucleo naturale e fondamentale della società e ha diritto ad essere protetta dalla società e dallo Stato". *Si tratta qui della famiglia fondata unicamente sulla coppia monogamica costituita da un uomo e da una donna e impegnata in un vincolo matrimoniale*. Non ci sono altri casi per definire altrimenti la famiglia. Sono decisioni che vengono prese senza l'avallo democratico della popolazione i cui responsabili politici hanno preso l'abitudine di governare senza chiederle la sua opinione.

Dopo la Conferenza di Pechino, il termine stesso di famiglia viene deviato dal suo significato per attribuirlo a "relazioni consensuali" che non hanno lo stesso valore: famiglie cosiddette omosessuali, lesbiche, ricomposte, monoparentali maschili o femminili, adottive e tradizionali, come curiosamente sottolinea.

Il termine di famiglia diventa un concetto polisemico, che rimanda a realtà polimorfe. Uno spostamento che si comprende nel senso dell'*antropologia individualista e soggettivista* che domina attualmente gli animi. Così, sempre in nome del *gender*, si sostiene che non esiste una definizione della famiglia in quanto essa è divenuta multiforme (famiglia biologica, adottiva, monoparentale, ricomposta, nucleare, allargata e omoparentale). Qui si confondono situazioni particolari e problematiche con il senso stesso della famiglia fondata sulla vita coniugale dell'uomo e della donna. Ora situazioni così particolari che non entrano nella definizione della famiglia, sono spesso presentate in un discorso sociologico come altrettanti casi di figura "familiare" possibili mentre esse non ne hanno la struttura.

Per questo *noi non dobbiamo parlare di "famiglie" ma della famiglia* in quanto essa ha la propria logica interna e le proprie caratteristiche strutturali che, a volte, si possono dimenticare a beneficio dei costumi e delle pratiche di un'epoca. Gli specialisti di questi studi sociologici tendono a concludere i loro lavori volendo legittimarne tutte le situazioni di "fatto", senz'altra riflessione di quella delle percentuali dei sondaggi che dovrebbero convalidarle.

Una pastorale che sarebbe dipendente da queste idee dominanti in materia manifestando una complicità con loro, con il pretesto della compassione, rischia di impantanarsi nella pastorale delle "famiglie" anziché basarsi sul senso della famiglia e promuovere la famiglia fondata sull'alleanza matrimoniale, pur essendo, ben inteso, attenti alle situazioni particolari. Altrimenti, la gente avrà una visione disparata del senso della famiglia rappresentata dalla Chiesa e non vedranno ciò che essa può apportare d'originale e di liberatorio di fronte alle impasse sociologiche.

Attualmente, noi tendiamo a valorizzare i punti ciechi della società a scapito di ciò che la costituisce e, in questo modo, il pensiero e l'azione pastorale partecipano all'alterazione del senso della famiglia e del legame socia-

le. In Francia i giornali *La Croix* (27 settembre 2011) e *Pèlerin Magazine* (4 ottobre 2011) hanno pubblicato un sondaggio in cui *si mostra che pochissimi cattolici ritengono che la Chiesa possa aiutarli nel loro rapporto coniugale*. Una risposta che non sorprende in un contesto di confusione pastorale se non si sa collocare il discorso della Chiesa e se la questione della vita coniugale non viene affrontata nelle omelie, le catechesi e le azioni pastorali di un certo tenore: i cattolici non sanno come la Chiesa possa aiutarli ed accompagnarli mentre invece essa dispone di un tesoro concettuale per farlo. È per questo che la famiglia deve essere il terreno privilegiato per la nuova evangelizzazione.

2.3 La donna dissociata dall'uomo

Nella storia delle idee, la vita coniugale e familiare è stata a volte presentata come un luogo d'*oppressione* (Friedrich Engels) e di *lotta di classe* (Marx) che pesano sulle donne; la loro liberazione passa per la distruzione della famiglia.

Il pensiero cristiano è quello che ha meglio approfondito e valorizzato la differenza sessuale, l'uguaglianza tra l'uomo e la donna, la relazione coniugale formata tra di loro in nome della libertà, e la vita familiare che deriva dall'impegno matrimoniale. Principi che hanno impiegato del tempo ad imporsi nella loro logica; ci sono voluti infatti circa venti secoli perché il matrimonio libero, per consenso reciproco e in un impegno irrevocabile fosse riconosciuto come un'istituzione: l'istituzione matrimoniale che suggella l'alleanza di un uomo e di una donna.

Come ha fatto intendere la delegazione della Santa Sede alla Conferenza di Pechino (1995), la Chiesa si dissocia "dalla nozione di determinismo biologico secondo la quale tutte le funzioni e relazioni dei due sessi sono stabilite in un modello unico e statico". Il Beato Giovanni Paolo II insistette all'epoca sul fatto che l'uomo e la donna sono distinti e complementari (*Lettera alle donne*, 1995 pubblicata prima della Conferen-

za di Pechino, ma anche *Mulieris dignitatem* 1988, *La dignità e la vocazione della donna*) riconoscendo allo stesso tempo che, nel passato, le mentalità e le istituzioni non sempre hanno saputo riconoscere la dignità e la ricchezza dell'apporto delle donne (n. 3). Egli afferma che molto resta ancora da fare per "ottenere dappertutto l'effettiva uguaglianza dei diritti della persona e dunque parità di salario rispetto a parità di lavoro, tutela della lavoratrice-madre, giuste progressioni nella carriera, uguaglianza fra i coniugi nel diritto di famiglia... Si tratta di un atto di giustizia, ma anche di una necessità" (n. 4). È soltanto grazie alla dualità del "maschile" e del "femminile" che "l'uomo" si realizza appieno. Il femminile realizza "l'umano" tanto quanto il maschile, ma secondo un'armonica differente e complementare (n. 7). Così Papa Giovanni Paolo II si rallegrava del fatto che la donna assuma nuovi ruoli mentre il condizionamento culturale è stato un ostacolo al progresso delle donne.

Già durante la Conferenza del Cairo (1994) dedicata al tema della *popolazione e dello sviluppo*, la nozione di "salute riproduttiva" era stata adottata come quella di "salute in materia di sessualità" e di "diritti in materia di riproduzione" nei riguardi delle donne. Se è giusto proteggere le donne e le bambine da violenze ed aggressioni sessuali allo scopo di denunciare a ragione le "gravidezze forzate" legate ai conflitti armati (stupri), diventa maggiormente discutibile ricorrere a questi argomenti per ridurre in generale la "salute riproduttiva" alla contraccezione e all'aborto mentre sarebbe più esatto parlare di "salute materna" o ancora di "salute della famiglia" in cui sono incluse la salute dell'uomo, della donna e dei bambini, ma anche la loro salute sessuale. Lo stesso vale con il termine di "pianificazione familiare" allo scopo di promuovere le stesse tecniche contraccettive ed abortive laddove sarebbe più pertinente parlare di limitazione delle nascite facendo ricorso a mezzi moralmente accettabili che rispettano la dignità della persona umana.

La Conferenza di Pechino (1995) ha ripreso queste nozio-

ni creando il concetto di "padronanza assoluta della sessualità e della fecondità", che è un termine equivoco che può giustificare atti sessuali al di fuori del matrimonio suggellato tra un uomo e una donna, e approvando l'aborto e l'omosessualità. Affermando che "i diritti della donna sono diritti fondamentali della persona", bisogna intenderli come nuovi diritti mentre la missione di questa conferenza non era quella di stabilirli, oppure bisogna intenderli nella logica dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali condivise tra gli uomini e le donne? Il modo con cui sono presentati lascia supporre che sarebbero differenti da quelli riguardanti anche gli uomini ed accentua così la distanza dell'uno in rapporto all'altro.

Il termine "sesso" non è più inteso nel senso in cui lo si accetta abitualmente in forza della differenza sessuale, ma è soprattutto interpretato, nel quadro della concettualizzazione della *teoria del gender*, come un *sexo costruito* culturalmente, indipendentemente dalla sua realtà biologica e che permette di far credere alla mobilità dell'identità sessuale alla ricerca di nuovi interessi. Una visione delle cose che incoraggia a definire la sessualità cosiddetta intima (e fuori dal campo sociale) in termini di *orientamenti sessuali*, il che è irrealistico.

Dopo la Conferenza di Pechino, le agenzie dell'ONU e i loro alleati sono andati ben oltre nella loro missione cercando di banalizzare la limitazione delle nascite unicamente con le pillole contraccettive e l'aborto, di imporre il modello omosessuale e diffondere i concetti della *teoria del gender*. Tutte intenzioni che si sono concretizzate nei Paesi occidentali con il finanziamento da parte dell'Assicurazione sanitaria dei mezzi contraccettivi e abortivi mentre questi usi non hanno a che vedere con una malattia, per facilitarne la diffusione gratuita tra gli adolescenti senza che i genitori ne siano informati. I genitori si trovano così spossessati delle loro responsabilità educative e sono posti sotto la tutela dello Stato, a immagine dei Paesi totalitari, per restringere l'educazione sessuale

dei giovani alla contraccezione e all'aborto.

La procreazione è diventata una malattia che gli organismi internazionali e i Paesi cercano di neutralizzare dissociandola dalla sessualità umana. Il nascituro non è benvenuto. Con la pubblicazione nel 1968 dell'*Humanae vitae*, Papa Paolo VI ha compiuto un atto profetico prevedendo, malgrado le smentite espresse all'epoca dai fautori della contraccezione e dell'aborto, che non soltanto queste pratiche erano *moralmente illecite* ma che in più esse comporterebbero la separazione del senso della procreazione dalla sessualità umana.

Nel contesto attuale, constatiamo una diminuzione delle nascite che si intensificherà negli anni a venire e il crescente aumento di una popolazione che invecchia priva di giovani e dunque di fonte di rinnovamento. Per limitare il pericolo che rappresentano i nascituri, alcuni sociologi arrivano ad utilizzare l'argomento del loro *impatto carbone* sull'ecologia del pianeta mentre il vero problema è quello del modo di vita in cui la società di mercato moltiplica il possesso di oggetti che sono lungi dall'essere necessari. Le agenzie dell'ONU hanno recentemente annunciato la nascita del 7 miliardesimo bambino senza che noi sappiamo veramente a cosa corrisponda questa cifra tra le più discutibili. Soprattutto quando sappiamo che in numerosi Paesi i registri dello stato civile non sono tenuti con il più grande rigore (il 25% delle nascite e dei decessi in alcune Nazioni non sono registrati). Non è un modo d'inquietare la popolazione con l'angoscia secolare che il pianeta non avrà le risorse sufficienti per nutrire tutti? Un'affermazione dubbia. "L'inverno demografico" nel quale viviamo è uno dei dati più importanti, tra gli altri, della crisi economica. Non è dovuto ad un aumento della natalità, che è in calo, ma all'allungamento della vita. Per questo d'altronde la Russia, Paese in cui la popolazione diminuisce progressivamente e pericolosamente, ha deciso di rilanciare la natalità.

In effetti la crisi strutturale dell'economia e della finanza è

dovuta non soltanto all'eccesso di debiti degli Stati ma anche al calo della natalità e alle conseguenze che ne derivano nonché all'invecchiamento sempre più costoso della popolazione⁶. L'avvenire e la ricchezza di un paese sono i suoi figli che, lungi dall'impoverirlo, lo arricchiscono in molti modi.

Capitolo 3 Gli aspetti pastorali

La Chiesa è sempre interpellata quando pratiche politiche in materia di salute e natalità mettono in causa la dignità delle persone. Essa non può restare indifferente e i suoi pastori hanno il dovere non soltanto di ricordarlo, ma anche di mobilitare i cattolici affinché si impegnino politicamente almeno con il voto e facciano conoscere le esigenze di vita, che sono quelle del bene comune dell'umanità, direttamente a coloro che chiedono il suffragio degli elettori.

Il primato del rispetto della dignità, dell'integrità e della vita dell'uomo è essenziale. Le cosiddette tecniche d'aiuto alla procreazione, l'aborto e le ricerche sull'embrione pongono problemi molto gravi e non sono moralmente leciti. I contraccettivi non sono privi di conseguenze sulla salute e sull'ambiente. Non è ammissibile che i poteri pubblici li diffondano gratuitamente tra i minori senza informarne i genitori. Questi sono privati così del loro diritto ad educare i figli in nome della "salute riproduttiva". La nozione di "progetto parentale" è altresì un concetto che maltratta l'embrione quando si fa credere ai genitori che la sua esistenza non è altro che un ammasso di cellule fino alla 12^a settimana e che la loro relazione con questo bambino dipende dal loro desiderio di crearla o meno all'inizio della vita. Gli adulti avrebbero così un diritto di vita e di morte attraverso l'aborto su un essere umano al suo inizio in nome di interessi soggettivi mentre l'embrione esiste oggettivamente. Infine, le esperienze sulle cellule staminali provenienti dalla distruzione di embrioni rappresentano un'altra trasgressione mentre le ricerche scientifiche attuali sulle cellule adulte sfociano in vere

terapie e devono essere privilegiate. Per questo Benedetto XVI ha ricordato che la Chiesa giudica accettabile il ricorso alle cellule staminali "utilizzando tessuti di un organismo adulto, il sangue del cordone ombelicale al momento della nascita, o tessuti di feti morti di morte naturale"⁷. Ci sono punti non negoziabili, come affermava Papa Benedetto XVI⁸.

3.1 Gli aspetti non negoziabili e l'impegno in politica dei cattolici

"Per quanto riguarda la Chiesa cattolica – afferma Benedetto XVI – l'interesse principale dei suoi interventi nella vita pubblica si centra sulla protezione e sulla promozione della dignità della persona e per questo presta particolare attenzione ai principi che non sono negoziabili. Tra questi, oggi emergono chiaramente i seguenti:

- protezione della vita in tutte le sue fasi, dal primo momento del suo concepimento fino alla morte naturale;

- riconoscimento e promozione della struttura naturale della famiglia, come unione tra un uomo e una donna fondata sul matrimonio, e la sua difesa di fronte ai tentativi di far sì che sia giuridicamente equivalente a forme radicalmente diverse di unione che in realtà la danneggiano e contribuiscono alla sua destabilizzazione, oscurando il suo carattere particolare e il suo ruolo sociale insostituibile;

- protezione del diritto dei genitori ad educare i loro figli.

Questi principi non sono verità di fede, anche se sono illuminati e confermati dalla fede; sono insiti nella natura umana, e pertanto sono comuni a tutta l'umanità".

Il Pontefice li ricorda nella sua Esortazione apostolica *Sacramentum Caritatis* (22 febbraio 2007). Sono i principi che fondano la vita sociale: "La vita democratica... ha bisogno di fondamenti veri e solidi, vale a dire, di principi etici che per la loro natura e per il loro ruolo di fondamento della vita sociale non sono 'negoziabili'". Si veda anche la *Nota dottrinale circa alcune questioni riguardanti l'impegno e il comportamento*

dei cattolici nella vita politica (24 novembre 2002) della Congregazione per la Dottrina della Fede a firma del Cardinale Ratzinger. Vi è scritto: “Poiché la fede costituisce come un’unità inscindibile, non è logico l’isolamento di uno solo dei suoi contenuti a scapito della totalità della dottrina cattolica. L’impegno politico per un aspetto isolato della dottrina sociale della Chiesa non è sufficiente ad esaurire la responsabilità per il bene comune”.

Ricordiamo che il bene comune dipende oggettivamente dall’interesse superiore per gli individui e per la società. La legge naturale deriva da principi universali a partire dai quali si costituisce l’umanità. Ci sono dunque pratiche ed azioni che sono contrarie alla sua dignità e al suo sviluppo.

Alcuni cittadini e responsabili politici si dichiarano cattolici pur essendo in contraddizione con il Magistero della Chiesa. Nelle esigenze scaturite dalla morale naturale illuminata dalla fede in Cristo, essi selezionano gli aspetti a loro convenienti per non essere in opposizione con le idee alla moda di un’epoca. In una visione puramente propagandista e in un atteggiamento paradossale, alcuni sostengono così di essere contro il matrimonio tra persone dello stesso sesso pur approvando l’idea dell’adozione in questo contesto. Altri sono favorevoli a questo matrimonio in nome del significato dell’“amore” (molto mal compreso, in quanto non c’è amore coniugale tra queste persone), ma si oppongono all’adozione dei bambini. Altri daranno il loro sostegno al matrimonio e all’adozione. Altri ancora saranno favorevoli alla contraccezione, all’aborto, all’eutanasia o alla ricerca sugli embrioni. I pastori della Chiesa devono far sapere a questi cattolici impegnati in politica che essi si pongono in contraddizione con i principi della morale naturale a rischio di non essere più in comunione con la Chiesa e di non essere più moralmente adatti a ricevere l’Eucaristia.

Una società che promuove la contraccezione, l’aborto, l’eutanasia e il suicidio assistito, concorre a svalutare la vita proponendo come unica via d’uscita

a determinati problemi dolorosi delle soluzioni di morte. Un cattolico in politica non può essere complice di ciò che distrugge la vita. L’uomo non ha il diritto di attribuirsi questo potere di vita e di morte, e di attentare al senso della famiglia costituita da una coppia formata da un uomo e una donna, e impegnata nel matrimonio.

3.2 Opzioni che pongono problemi sui quali i cattolici si devono mobilitare

Mi ispirò ora alla nota interdicasteriale *La salute riproduttiva dei rifugiati*, sempre d’attualità, pubblicata il 14 settembre 2001 dai Pontifici Consigli per la Salute, per la Pastorale dei Migranti e degli Itineranti, e per la Famiglia, in risposta al Manuale pratico sulle modalità dell’assistenza ai rifugiati nell’ambito della salute riproduttiva, pubblicato nel 1991 dall’Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (ACNUR). Ritroviamo nella nota di questi Pontifici Consigli un certo numero di principi d’azione a cui i cattolici si devono ispirare quando si parla di salute riproduttiva.

Abbiamo insistito sui problemi posti da questa nozione di “salute riproduttiva”. La Santa Sede non può dispensarsi dal manifestare numerose riserve su questa pratica che consiste nell’imporre a donne ed adolescenti comportamenti sanitari che vanno dalla contraccezione all’aborto passando a volte, loro malgrado, per la loro sterilizzazione. Sono tutte pratiche che attentano alla dignità delle persone, all’esercizio della sessualità coniugale e alla famiglia.

Nel Manuale dell’agenzia dell’ONU, che contiene alcuni aspetti positivi, troviamo il sunto di una visione inquietante della sessualità umana e il compendio dei problemi principali sollevati dalla Chiesa.

1. Esiste una differenza fondamentale tra la concezione utilitaristica e pragmatica della sessualità umana, associata al concetto di *salute riproduttiva*, e la prospettiva offerta dalla Chiesa nel suo rispetto per la dignità dell’uomo e

della sua sessualità. “L’uomo e la donna sono creati da Dio per una comunione di persone... Sono ad un tempo uguali e... complementari. Bisogna dunque rispettare il doppio significato della reciproca donazione dell’uomo e della donna, aperta alla vita, nel matrimonio, che la contraccezione promossa dalla cosiddetta «salute riproduttiva» contraddice”.

2. Le conoscenze scientifiche permettono d’affermare che la vita umana inizia fin dall’istante della fecondazione. La maggior parte del tempo la donna ne è consapevole e pensa già al bambino che porta in sé. Nonostante questa constatazione oggettiva e la soggettivazione che la donna vive interiorizzandola, le si lascia intendere che si tratta solo di un ammasso di cellule. Ma la vita umana è già presente nel suo stato iniziale. La Chiesa ricorda dunque l’obbligo di “rispettare e tutelare il diritto alla vita di ogni embione umano e rifiuta come immorale ogni azione che ne provochi l’aborto o la manipolazione”.

3. Spesso dopo rapporti sessuali forzati o non protetti, è proposto il ricorso a quella che viene chiamata “contraccezione d’emergenza” o ancora “pillola del giorno dopo”. Essa viene presentata come contraccettiva mentre, quando è avvenuta la fecondazione, è soprattutto abortiva. L’OMS relativizza lo stato biologico dell’embrione nel corso dei primi giorni chiamandolo “pre-embione”, il che vuol dire, ancora una volta, che lo riduce ad un ammasso di cellule. La Chiesa denuncia qui un “sofismo” che non corrisponde ad una base biologica precisa. La “contraccezione d’emergenza” non è moralmente accettabile. La situazione può essere peggiore quando la sterilizzazione è presentata come una semplice “contraccezione” mentre si tratta della soppressione radicale della funzione procreatrice. Nei Paesi poveri, le adolescenti e le donne non sono informate di quel che rappresenta una vera manipolazione delle persone e mutilazione delle donne e a volte degli uomini mediante una sterilizzazione mascherata.

4. La separazione tra sessualità e procreazione è largamente con-

fermata ed esige che non si giudichino i rapporti extraconiugali o omosessuali. Invece di essere educati al significato dell'amore, nella prospettiva del matrimonio e di una futura famiglia, i ragazzi e le ragazze vengono iniziati al solo piacere sessuale immediato, individualista ed irresponsabile che aumenta i rischi di trasmissione delle infezioni sessuali e dell'AIDS. Ci si accontenta di proporre e addirittura d'imporre il preservativo, mentre invece la questione è di educare ad un comportamento sessuale responsabile per una prevenzione duratura contro le infezioni e le relazioni precarie e passeggiere legate alla sola ricerca del piacere sessuale.

5. La limitazione delle nascite è ragionevole e legittima quando gli individui usano metodi naturali che si sono dimostrati validi sulla base di una reale educazione e sono moralmente leciti. Esse rispettano il corpo e i rapporti della coppia, e favoriscono il dialogo e l'atteggiamento responsabile dei coniugi.

6. In numerosi casi, l'aborto diventa un mezzo contraccettivo particolarmente nei Paesi sviluppati laddove, invece, l'uso dei contraccettivi è considerevole. Invece di prestare attenzione e di riflettere su questa situazione, i poteri pubblici s'ingegnano ad offrire tutti i mezzi per incoraggiare la soppressione degli embrioni e dei nascituri con il solo pretesto "della libertà delle donne a disporre del loro corpo". L'abbiamo detto, questa visione delle cose che in nome della libertà iscrive la morte al cuore della procreazione, lascia delle sequele e fa gravare sulla società un sentimento deleterio di colpevolezza tanto presente nella società depressiva.

In Francia studi recenti⁹ mostrano il disinteresse dei giovani per l'insegnamento della contraccezione a scuola e di ciò che implica anche riguardo l'aborto. Abbiamo talmente legato sessualità, contraccezione ed aborto che questo trio suscita viva inquietudine tra i giovani. In effetti nel momento in cui sono impegnati nel loro sviluppo sessuale, la prima questione che si pongono è di sapere se saranno o meno fecondi e se sono normalmente costituiti in

tutto. Come risposta i poteri pubblici e gli organismi sovrarappresentati come il planning familiare lasciano loro intendere che devono diffidare della procreazione e non cercare di integrarla nella loro sessualità. Un atteggiamento che è in controtendenza al lavoro di soggettivazione da loro operato per interiorizzare il loro corpo sessuato. Non è così che possono diventare responsabili.

Conclusione

1. Se gli *studi del gender* hanno avuto il merito di mettere in luce disparità e ingiustizie sociali nei riguardi delle donne, ben presto questi studi sociologici si sono trasformati in un movimento ideologico e di lotta tra uomini e donne. La lotta di classe è stata trasformata in lotta dei sessi affermando che le donne dovevano non soltanto emanciparsi dagli uomini, ma anche cercare la propria autonomia al di fuori della vita coniugale e familiare. Ma la relazione tra gli uomini e le donne non può essere basata su un conflitto di potere ma sull'uguaglianza, la loro interdipendenza e la loro complementarità.

2. Per meglio sottolineare l'autonomia delle donne, i teorici del *gender* hanno voluto liberarle dalla loro vocazione di sposa e madre neutralizzando la maternità grazie alla contraccezione e all'aborto. Separando l'espressione sessuale degli sposi dalla procreazione, si fa perdere agli uomini e alle donne il carattere *unitivo* che nutre e rafforza il legame coniugale e talvolta *procreativo* della loro sessualità coniugale, nonché la loro capacità di proiettarsi nel futuro. Una società che scredita il significato del bambino, finisce per perdere il senso della sua storia. Diventa individualista, si chiude nella magnificenza del bambino-re e trasforma l'atto sessuale in un gesto ludico alla ricerca del proprio piacere egocentrico.

3. La nozione di *salute riproduttiva* maschera le derive della sessualità umana, la precarietà familiare in seguito al divorzio e l'accanimento degli organismi dell'ONU e delle ONG a definire, tra i giovani, la sessualità in ter-

mini di contraccezione, d'aborto e di liberalità delle pratiche protette soltanto da mezzi tecnici, senza alcun discernimento razionale di ciò che conviene fare.

Escludendo la procreazione dalla sessualità, la società prepara i giovani all'irresponsabilità del loro gesto e del loro comportamento sessuale. La mutilazione del significato della sessualità nella sua duplice dimensione, unitiva e procreativa, non favorisce sempre la mentalizzazione della relazione di coppia che sfocia sulla difficoltà a fare coppia insieme e a saperne superare tutte le tappe, cioè le crisi, per svilupparsi. In mancanza di una vera mentalizzazione della relazione di coppia, la situazione si altera al punto di regolare le difficoltà psichiche della coppia sul piano della separazione e della rottura nel divorzio. Ben inteso, la Chiesa ha sempre riconosciuto la necessaria limitazione delle nascite, ma usando mezzi moralmente leciti che rispettano la dignità della persona e la sessualità umana come luogo di comunione nel dono di sé in seno alla relazione matrimoniale.

4. Il concetto di *salute riproduttiva* non deve essere utilizzato in quanto tale. Esso necessita di un'analisi critica e di essere rimesso in questione, come abbiamo mostrato in questa esposizione, nei riguardi di ciò che implica. Per questo preferiamo parlare di *salute della famiglia* così come esiste un *Libretto di famiglia*, che include il padre, la madre e i figli. La famiglia è un bene comune dell'umanità che si fonda sull'unione matrimoniale di un uomo e di una donna poiché essi sono i soli ad essere nella logica dell'alterità e dunque dell'amore e della coppia generazionale. La famiglia rappresenta la cellula fondamentale della società e il luogo per eccellenza della socializzazione dei figli. Sostenendo la *salute familiare*, l'insieme del legame sociale si trova rafforzato e aperto alla condivisione della vita e dell'avvenire.

Giustamente Papa Giovanni Paolo II ha scritto, nella sua Esortazione apostolica *Familiaris Consortio* (1981), che "l'avvenire dell'umanità passa attraverso la famiglia" (n. 86). ■

MONSIGNOR TONY ANATRELLA. Autore sullo stesso argomento della *différence vietata*, Flammarion, *Époux, heureux époux*, Flammarion, *Le règne de Narcisse*, Presses della Renaissance, *La tentation de Capoue*, Cujas e di recente pubblicazione: Pontificio Consiglio per la Famiglia, *Le gender, la controverse*, Presentazione di Tony Anatrella, Téqui.

Note

¹ ROCHEFORT FLORENCE, *Le pouvoir du genre, laïcités et religions*, PUM, Toulouse (France).

² Autori che hanno domestichezza con

questo spostamento di senso: BUTLER JUDITH, *Le trouble dans le genre*, La découverte, Paris; FASSIN ÉRIC ET MARGRON VÉRONIQUE, *Homme, femme, quelle différence?*, Salvator, Paris.

³ Op. cit.

⁴ IACUB MARCELA, *Le sexe, comme des bêtes*, Journal Libération (France) des 29/30 novembre 2011.

⁵ «La Russie veut limiter l'avortement pour relancer sa démographie», Benjamin Quénel, La Croix, p. 5, venerdì 18 novembre 2011.

⁶ GOTTI-TEDESCHI ETTORE, *Editoriale*, in L'Osservatore Romano del 4 novembre 2011, Città del Vaticano. «Perché l'economia cresca in maniera stabile ed equilibrata deve crescere

in maniera altrettanto armonica ed equilibrata la popolazione. Noi abbiamo negato le nascite e abbiamo surrogato la necessaria crescita con una crescita consumistica e a debito».

⁷ Discorso di Benedetto XVI, sabato 12 novembre 2011, ai partecipanti al Convegno Internazionale sul tema: *Cellule staminali adulte: la scienza e il futuro dell'uomo e della cultura*, organizzato a Roma dal Pontificio Consiglio per la Cultura dal 9 all'11 novembre 2011.

⁸ Discorso di Benedetto XVI ai partecipanti al Congresso del Partito popolare europeo, 30 marzo 2006.

⁹ Giornale Le Monde del 25 ottobre 2011, «*Contraception à l'école: le désintérêt des lycéens*», articolo di Sylvie Kerviel.

2. Gender e diritti riproduttivi: aspetti legali*

PROF. VINCENZO BUONOMO

Professore ordinario di Diritto Internazionale e Organizzazione internazionale nelle Facoltà di Diritto della Pontificia Università Lateranense

Parlare di *gender* e di *salute riproduttiva*, inserendo i due termini nel più ampio contesto dei diritti umani, significa cogliere un aspetto fondamentale dell'attuale dibattito internazionale non solo intorno ai temi legati alla procreazione, alle questioni mediche inerenti la sfera sessuale e riproduttiva, ma anche dell'educazione, della psicologia, e più in generale sugli *stili di vita*. L'interesse – ma anche le perplessità, non facili da superare – del giurista è evidente, direi necessario.

Un esempio? «Si chiama Storm, ha quattro mesi, capelli biondi e occhi blu mare. Un bébé adorabile che crescerà “senza sesso”: i suoi genitori, Kathy Witterick e David Stocker, hanno deciso di non annunciare al mondo se è un maschio o una femmina. Per la loro scelta decisamente anti-convenzionale la coppia di canadesi è stata già soprannominata “la più politicamen-

te corretta del mondo”. Per i genitori, il sesso di un bambino non dovrebbe determinare il suo posto nel mondo».

Di fronte a questa notizia, comparsa lo scorso 24 maggio sul *Times* di Londra, due sono le immediate reazioni del giurista:

– all'anagrafe Storm come è stato dichiarato?

– gli ordinamenti giuridici possono fare a meno di contemplare norme che prevedono e impongono, giustamente, una differenza considerazione tra la donna e l'uomo?

In altri termini il giurista non può fare a meno di considerare gli immediati risvolti sull'ordinamento giuridico di un comportamento dettato dal “politicamente corretto” basato su una concezione che vuole superare la basilare (è il caso di dire: naturale) differenza uomo-donna. Anzi il fondamento politico, ideologico e culturale della scelta fatta dai genitori canadesi è importante per capire quali regole applicare non a tutela dei genitori, ma di Storm. Guardando alla dimensione internazionale del diritto il riferimento corre subito alle grandi conquiste dell'esperienza giuridica espresse dalle convenzioni che tutelano la donna lavora-

trice, che vietano l'impiego della donna nei lavori forzati, che prevedono il principio della parità (a parità di lavoro corrisponde parità di salario). Gli esempi sono tratti dai primi atti elaborati dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro, salutati come meta di civiltà. Ma si potrebbe continuare e chiedersi perché in alcune aree del mondo si saluta come obiettivo positivo l'abolizione della poligamia o di regole consuetudinarie che impongono la patrilinearità nel processo educativo o nelle scelte in materia religiosa.

La decisione dei genitori canadesi su quali fondamenti giuridici si pone? Certamente un primo richiamo è il significato assunto dal termine *gender* nei processi legislativi e normativi sviluppatisi negli ultimi decenni, assunti dal linguaggio internazionale dal 1993 (dibattito nella Conferenza dell'ONU sui diritti umani) che sempre più hanno collocato la differenza per *gender* come fattore sostitutivo e alternativo a quella tradizionale per sesso così da consentire a ogni persona di attribuirsi un proprio “genere”, in modo libero e perciò mutante: maschile, femminile o anche condizioni cosiddette altre (come nel caso del *transgender*).

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

1. Alcuni elementi sulle radici e sul significato

Il linguaggio internazionale ci porta a leggere espressioni come *gender*, *gender equality*, *gender identity* e ad elaborarne significati ed applicazioni possibili, sempre più ampie e soprattutto capaci di incidere nel profilo normativo e quindi comportamentale. È evidente infatti che in questo caso l'uso in atti normativi – sia pure di *soft-law* in riferimento, ad esempio, ai documenti finali (*Dichiarazioni e Piani d'azione*) adottati dalle Conferenze ONU degli anni '90: diritti umani, popolazione, donne – di questi termini ha determinato progetti e stili di vita e quindi comportamenti individuali e collettivi. Non il contrario, secondo l'adagio *ius sequitur vitam*, capovolgendo così l'ermeneutica fondata sulla relazionalità vitaregole che è propria della scienza giuridica.

Una lettura dei termini attraverso il linguaggio del diritto internazionale evidenzia che:

a) il "genere" maschile e genere femminile si riversa nella formula "uomo e donna", quindi una *prospettiva identitaria*, mentre il *gender* non riguarda l'essere uomo o l'essere donna, ma le relazioni tra loro;

b) la società assegna a uomini e donne delle differenze di ruolo, relazione, tratti di carattere, comportamenti, potere e capacità di influenzare situazioni e scelte;

c) il termine *gender* affianca, e non sostituisce, il termine "sesso", come nel caso del principio di non discriminazione adottato nei Trattati dell'Unione Europea sin dal 1997 con la revisione di Amsterdam. A fondamento una distinzione: mentre il sesso è determinato da caratteristiche genetiche ed anatomiche (non più biologiche!), il *gender* è un'*identità acquisita* che si apprende, che si evolve in ragione dei tempi e varia sensibilmente da una cultura all'altra, come anche all'interno di una stessa cultura.

Soffermarsi sulla dimensione *relativistica* di tale approccio è un obbligo, ma è altresì essenziale per capirne l'impatto nel profilo giuridico. La frammentazione del

soggetto, al quale poi si legano i diritti fondamentali, è praticata attraverso una scomposizione della sua *identità* tra l'elemento del sesso che è tradizionale componente, e quello del *gender* che ne costituisce una nuova. A quest'ultima vengono poi collegati dei diritti.

Inizialmente il *gender* viene legato all'uguaglianza, all'equità di trattamento, come mostra una prima interpretazione della *Convenzione sull'eliminazione di ogni discriminazione nei confronti della donna* relativamente ai dati statistici riguardanti la donna (cf. COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reporting.htm> *General Recommendation No. 9, 1989*), l'eguale remunerazione per uguale lavoro (Id., *General Recommendation No. 13, 1989*, dove vi è l'espressione "*gender-neutral criteria*" [para. 2]), il lavoro domestico (Id., *General Recommendation No. 17, 1991*).

Poi la questione della violenza sulle donne fece modificare tale approccio sino ad allora seguito (Id., *General Recommendation No. 19, 1992*) con l'introduzione dell'espressione "*gender-based violence which impairs or nullifies the enjoyment by women of human rights and fundamental freedoms under general international law or under human rights conventions, is discrimination*".

Il medesimo indirizzo trovò collocazione nel 1994 nella *Conferenza del Cairo su popolazione e sviluppo* (ICPD) che indicò:

a) il *gender* legato alla prevenzione della violenza, al controllo della fecondità (ICPD, *Dichiarazione*, Principio 4), ponendolo in diretto collegamento con la dimensione dei diritti individuali;

b) il diritto di coppie e *individui* di decidere: numero, spazio e tempo delle nascite (ICPD, *Dichiarazione*, Principio 7). Giovanni Paolo II il 5 dicembre 1992, inaugurando la *Conferenza internazionale sulla nutrizione* affermò lo stesso principio, ma ancorato alla vita familiare, alla coppia uomo-donna, non alla dimensione individuale, per altro in linea con quanto maturato nel linguaggio e nella normativa internazionale.

In modo più circostanziato la

Conferenza di Pechino sulle donne (1995) aggiunse:

a) l'idea della distinzione e protezione per *gender* come parte dell'esercizio del diritto a diventare madre;

b) l'autonomizzazione (*empowerment*) intesa come *conferimento di potere* alle donne che mediante la tutela del loro *gender* possono assumere il controllo sulla loro vita e definire i loro obiettivi, acquistare competenze, fiducia in se stesse, risolvere i loro problemi e diventare autonome rispetto alla tradizionale complementarietà con l'uomo indicata, ad esempio, dall'art. 16 della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*: «Uomini e donne in età adatta hanno il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia, senza alcuna limitazione di razza, cittadinanza o religione. Essi hanno eguali diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e all'atto del suo scioglimento».

Diretti sono stati gli effetti di tale impostazione in materia di diritti umani, poiché hanno potuto inserirsi nel cosiddetto "*quadro concettuale*" secondo il quale il processo di *sviluppo umano* va basato sugli standard internazionali dei diritti umani e ha come obiettivo operativo la promozione e la tutela dei diritti fondamentali. Un quadro che relativamente a questo ambito cerca di analizzare le disuguaglianze – di *gender* – che sono alla base di problemi di sviluppo e affronta le pratiche discriminatorie e una ineguale distribuzione del potere (mancato *empowerment - gender*) che impediscono un effettivo sviluppo umano.

Quale è stata la ricaduta negli ordinamenti nazionali di tale impostazione da quando è stato interinato il concetto di *gender* nelle politiche e negli indirizzi legislativi degli Stati? Inizialmente il termine sembrava sottolineare l'uguaglianza, poi è diventato sostitutivo della differenza per sesso, poi ancora si è affiancato a quest'ultima. Anche in assenza di una piena incorporazione si è trattato di un processo che ha toccato il piano legislativo interno in materia di sanità, educazione, ambito umanitario. Oggi è possibile valutare le implicazioni per uomini e

donne di tutte le azioni programmate mediante la legislazione, le politiche o i programmi in qualsiasi area ed a tutti i livelli istituzionali (poteri locali o nazionali). Una vera e propria strategia che comprende le preoccupazioni e le esperienze di donne e uomini nella progettazione, attuazione, monitoraggio e valutazione degli indirizzi operativi e dei programmi in tutte le politiche, economiche e sociali, in modo che le donne possano beneficiarne in ugual misura degli uomini facendo scomparire ogni disuguaglianza. L'uguaglianza di *gender* è proposta non più come mezzo o strumento, ma come obiettivo finale.

2. Questioni aperte dalla *gender perspective*: effetti prodotti e producibili

Le norme giuridiche sono strumento di coesione sociale, servono a garantire la legalità e la convivenza, e in questa funzione operano per garantire la certezza del regole come pure una loro applicazione senza discriminazione.

Nella prospettiva di genere le regole diventano invece degli *stereotipi*, specie quando vanno a circoscrivere la portata di diritti o l'applicazione del principio di non discriminazione, come è ben visibile non solo in atti di *soft-law*, ma anche nel significato dato a norme vincolanti. È il caso della *Convenzione sull'eliminazione di ogni discriminazione nei confronti della donna* la cui interpretazione indica gli stereotipi di tipo normativo nel caso della violenza sulle donne (COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reporting.htm> *General Recommendation No. 19*, 1992, con riferimento agli articoli 2, 5 e 10 della Convenzione), della partecipazione della donna alla vita pubblica e politica (cf. ID., *General Recommendation No. 23*, 1997, con riferimento all'art. 7) aprendo così la strada all'affermarsi del presupposto: ciò che non è proibito è permesso. Una impostazione che si riversa nella spasmodica ricerca di far corrispondere dei bisogni a dei diritti fondamentali, a dare

una maggiore attenzione non al soggetto debole ma a quello vulnerabile che non è più la donna. Perde così coerenza anche la cosiddetta *affirmative action*, quella discriminazione positiva chiamata a tutelare diritti per un soggetto o una categoria mediante l'apparente diniego dei diritti di altri. In concreto si è imposto un nuovo modo per leggere e regolare:

a) l'*uguaglianza tra i sessi*: tutti gli esseri umani, uomini e donne, sono liberi di sviluppare le proprie capacità personali e di fare scelte senza essere vincolati da stereotipi, ruoli rigidi e pregiudizi. Ciò significa che, nonostante le differenze, atteggiamenti, aspirazioni ed esigenze di uomini e donne, hanno la stessa considerazione, lo stesso valore e lo stesso favore. Questo non significa che tra donne e uomini non vi sono differenze (diventano identici), ma i loro diritti, le responsabilità e le opportunità di cui dispongono non dipendono dal loro sesso di nascita. In termini giuridici e legali si definisce una allargamento della tutela e dei soggetti;

b) l'*uguaglianza di trattamento*: uomini e donne vanno trattati in modo equo (non differenziato) in base alle proprie esigenze e equivalente in termini di diritti, vantaggi, obblighi e opportunità. L'obiettivo di un equo trattamento di entrambi i sessi spesso richiede l'integrazione di misure volte a correggere gli squilibri originati da sviluppi storici, sociali e religiosi che colpiscono le donne;

c) la *sensibilità culturale* (rientra nell'approccio basato sui diritti umani): è una strategia di programmazione che aiuta i responsabili politici e gli operatori dello sviluppo ad analizzare, comprendere e utilizzare valori, risorse e strutture culturali positive quando operano per eliminare ogni resistenza alla attuazione di linee internazionali (Dichiarazione finale del Cairo, Piano d'azione di Pechino e da ultimo gli Obiettivi del Millennio adottati nel 2000). Tale sensibilità ha l'obiettivo di creare le condizioni per far passare in continuità programmi di sviluppo e per consentire il cambiamento "dal di dentro", soprattutto in termini di conferimento di potere (*empowerment*)

alle donne e di promozione della salute e dei diritti riproduttivi (espressione che con un significato di tipo meccanicistico sostituisce quella di procreazione).

In sostanza ordinamenti giuridici e indirizzi politici si collocano in una dimensione che pur restando sul piano dei diritti umani, non è più collegata alla relazione, ma all'opposizione tra i soggetti in ragione di individualità diverse e differenti anzitutto nel riconoscere altre soggettività rispetto a quelle tradizionali ancorate alla differenza donna-uomo.

3. Salute riproduttiva/diritti riproduttivi: nuovo diritto o categoria di diritti?

Nell'agosto 1994, in preparazione della Conferenza del Cairo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità inserì in un suo documento di lavoro predisposto per quella riunione l'espressione *diritti della salute riproduttiva* con la quale si identificava la dimensione individuale della procreazione (o riproduzione) separandola dalla coppia: in sostanza sul piano delle formulazioni di tipo giuridico, la sessualità venne separata dalla procreazione in termini giuridici. E questo pur in carenza di una definizione precisa della salute riproduttiva, anzi nella convinzione che sarebbe stata la prassi successiva a proporre una precisa (oggi potremo dire che la precisione era intesa come effettiva ed efficace attuazione di tale obiettivo): "[...] reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents" (ICPD, *Programma d'azione*, para. 7.3).

Se il contesto originario legava i diritti della salute riproduttiva alla questione demografica, l'evoluzione successiva li ha collegati alla sessualità. Guardando a fondo emerge che i diritti riproduttivi comprendono alcuni diritti umani che sono già riconosciuti nelle legislazioni nazionali, documenti internazionali sui diritti umani e altri documenti adottati per *consensus*. Questo comprende il ri-

conoscimento del diritto fondamentale di tutte le coppie e degli individui a decidere liberamente e responsabilmente il numero, la spazio e il tempo delle nascite e di avere le informazioni e i mezzi per farlo, come pure il diritto di raggiungere i più alti standard di salute sessuale e riproduttiva. Aspetti a cui si aggiungono le decisioni concernenti il diritto alla riproduzione senza discriminazioni, coercizioni e violenze, come esprimono documenti sui diritti umani o programmi adottati in ambiti intergovernativi.

La difficile elaborazione del concetto si è mossa dal presupposto che le decisioni riguardanti la riproduzione debbono essere libere da discriminazione, coercizione e violenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1994 la inseriva nel suo concetto classico di salute, definita in termini di benessere fisico e psichico, ma con specifico riferimento ai meccanismi della riproduzione e al funzionamento del sistema riproduttivo in tutte le fasi della vita: una indicazione quest'ultima recepita dalla prassi successiva come dimostra l'applicazione avvenuta nell'ambito dei diritti del fanciullo (cf. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF THE CHILD, General Comment n. 4 [2003] *Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*) e il dibattito aperto quanto ai diritti dell'anziano.

Il concetto di salute riproduttiva implica la possibilità di una sessualità responsabile, soddisfacente e sicura, e la libertà per le persone a scegliere di avere figli se lo desiderano e quando lo desiderano. Un approccio ancorato a standard autonomi rispetto a scelte etiche o a più ampi riferimenti di ordine morale, che implica per le donne e gli uomini la possibilità (in termini di "diritto a") di scegliere i metodi di regolazione della fertilità, sicuri, efficaci, accessibili e accettabili; inoltre richiede agli ordinamenti interni (attraverso i servizi sanitari) di consentire a singoli e a coppie di accedere a servizi sanitari adeguati, specie per le donne in gravidanza, perché sia garantita a tutti la possibilità di avere un bambino sano. L'obiettivo fi-

nale diventa la tutela di una sorta di garanzia per l'attività sessuale e quindi per le scelte legate alla procreazione: quella che poi si definirà come *sicurezza riproduttiva* (reproductive safety).

Quali le implicazioni sul piano direttamente giuridico e normativo? Diventano esemplificativi tre aspetti: la pianificazione familiare, l'aborto, i servizi sanitari. Uno studio condotto dall'UNFPA e pubblicato nel 2011 (*Gender at the Heart of ICPD: The UNFPA Strategic Framework on Gender Mainstreaming and Women's Empowerment*) indica che dalla menzionata concezione della salute riproduttiva scaturisce dal punto di vista giuridico:

a) la garanzia verso persone sposate e non sposate, adolescenti e giovani;

b) l'inserimento nelle cure della salute primaria;

c) la considerazione, riguardo all'aborto, dell'impatto degli aborti insicuri (*unsafe abortion*) sulla salute della donna, come un importante problema di sanità pubblica indicando come traguardo l'attivazione di misure per ridurre il ricorso all'aborto, attraverso servizi di pianificazione familiare ampliati e migliorati. In altri termini si tratta di indicatori rivolti alle legislazioni statali, con o senza disposizioni riguardanti l'aborto, sia mediante specifiche norme interne che attraverso la recezione di norme internazionali (il caso della previsione dell'art. 14 del *Protocollo di Maputo* del 2004 alla *Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli*). Ad ulteriore ampliamento della portata di tale indirizzo si pone l'indicazione che nel caso in cui l'aborto non è vietato dalla legge, i sistemi sanitari dovrebbero addestrare e fornire agli operatori dei servizi sanitari i mezzi per prendere altre misure per garantire che l'aborto sia *sicuro e accessibile*.

Conseguenze di tale impostazione sono evidenti anche in relazione alla destinazione delle risorse in materia sanitaria, come è stato esplicitato dalla WHO (*Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated*

Mortality, 2007⁵) e per altro già indicato dal Programma d'azione della Conferenza del Cairo (paragrafo 7.6), relativamente ad alcuni obiettivi:

- a) pianificazione familiare;
- b) cura: fase prenatale, fase della nascita e fase post-nascita;
- c) prevenzione e trattamento appropriato dell'infertilità;
- d) prevenzione dell'aborto e gestione delle conseguenze dell'aborto;
- e) trattamento delle infezioni del tratto riproduttivo;
- f) prevenzione, cura e trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili e dell'HIV/AIDS;
- g) informazione, educazione e assistenza specifica sulla sessualità umana e la salute riproduttiva;
- h) prevenzione e sorveglianza sulla violenza contro le donne, cura post-violenza e altre azioni per eliminare pregiudizi e pratiche tradizionali come la mutilazione genitale femminile;
- i) riferimenti appropriati per una diagnosi precoce e gestione delle precedenti situazioni.

4. Il *gender* nella normativa e nell'azione internazionale

La questione nel profilo strettamente giuridico si è ampliata alla considerazione anche di altre situazioni, legate essenzialmente al profilo della non discriminazione riguardante in particolare la donna, come pure ad un sempre maggiore coinvolgimento di più Istituzioni intergovernative intorno ad aspetti sempre più settoriali. È il caso della *prenatal sex-selection* – già indicata come pratica discriminatoria nella Conferenza del Cairo (*Programma d'azione*, 4.16) – divenuta oggetto di azione congiunta tra WHO, UNFPA, UNICEF, UN WOMEN e Alto Commissariato per i Diritti Umani, con riferimento non solo all'uso delle tecnologie per la selezione in base al sesso dei nascituri, ma anche dell'aborto selettivo (WHO, *Preventing Gender-biased Sex Selection*, 2011); o alle specificazioni riguardanti un diritto alla contraccezione (UNFPA, *The Rights to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*, 2010) che

confermano l'introduzione di un tale diritto nel contesto della pratica interpretativa del Comitato dei diritti del fanciullo (CRC, *General Comment no 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*: "States parties should provide adolescents with access to sexual and reproductive information, including on family planning and contraceptives, the dangers of early pregnancy, the prevention of HIV/AIDS and the prevention and treatment of sexually transmitted diseases" (para. 28).

L'adozione nel 2000 da parte dell'Assemblea Generale della *Dichiarazione sugli Obiettivi di Sviluppo del Millennio* ha poi ulteriormente dato connotazione di *soft law* al *gender*. Lo dimostra da ultimo un rapido riferimento al recente *World Development Report 2012: Gender Equality and Development* edito dalla Banca Mondiale nel quale è possibile individuare il tipo di percorso che l'idea (o ideologia?) del *gender* ha compiuto nella pratica internazionale. Nel caso specifico, la Banca lo propone come indicatore specifico della questione sviluppo, facendone l'elemento catalizzatore di risorse, attività e finalità delle forme di finanziamento dello sviluppo nel cui quadro entra non solo la dimensione intergovernativa espressa dalla Banca Mondiale o da altre Istituzioni, ma anche l'atteggiamento degli Stati. Questi ultimi, infatti, sono chiamati ad orientare in termini di *gender* in ogni azione destinata allo sviluppo ed alla crescita di popolazioni e territori. Del resto la lettura offerta dal *World Development Report 2012* presenta la prospettiva di genere come esplicitazione – o piuttosto come criterio interpretativo – della salute della donna inserita nel "Quinto" degli *Obiettivi del Millennio*, documento di indirizzo intorno a cui ruota tutta l'azione

del Sistema delle Nazioni Unite in relazione alle attività di cooperazione allo sviluppo.

Si può quindi dire che nell'ambito dei diritti umani la *prospettiva di genere* ha fatto emergere un orientamento nella concezione e quindi nella tutela dei diritti basata sulla diversità piuttosto che sulla differenza e sull'esistenza di un diritto alla non discriminazione in luogo della tradizionale tutela non discriminatoria. È quanto dimostra, ad esempio, il dibattito intorno al diritto alla riservatezza che andrebbe garantito in tema di salute riproduttiva alle fanciulle rispetto al diritto dei genitori.

5. Cenni al significato accolto nelle legislazioni nazionali

Quale la realtà nel profilo legislativo interno agli Stati determinato da questa impostazione?

L'identità di genere (*gender*) ha inserito nel profilo legislativo la categoria delle persone LGBT (lesbiche, gay, bisessuali, transessuali e transgender) come a sé stante e richiedente tutela di diritti propri, non rientranti nel quadro dei diritti fondamentali riconosciuti e pertanto resi giustiziabili all'interno degli Stati e sul piano internazionale. Ne sono esempi i cosiddetti "diritti" alla:

– *rettifica del sesso e modifica del nome nei documenti ufficiali*, mediante l'accesso alle terapie e il riconoscimento giuridico con la conseguente parità di trattamento nella maggior parte degli ambiti della vita sociale. Sono ormai molteplici le leggi sul cosiddetto *reassignment* che istituiscono anche apposite strutture;

– *protezione giuridica del transgender*, non in quanto persona, ma nella sua condizione, con le conseguenti indicazioni per casi di *transfobia* e le connesse sanzioni;

– *protezione internazionale co-*

me richiedenti asilo, in genere situazione motivata da cause politiche, etniche, religiose, oggi si richiede l'estensione anche per l'orientamento sessuale o l'identità di genere per quanti non possono vivere per tali motivi nel proprio Paese. In 23 Stati questo è già presente indicando le persone LGBT come "particolare gruppo sociale";

– *libertà di riunione e di espressione* in relazione ad eventi e situazioni che coinvolgono l'identità di genere o l'orientamento sessuale;

– *protezione in ragione dell'incitamento all'odio e reati di odio* nei confronti delle persone LGBT in alcuni casi equiparati alla discriminazione razziale (Unione Europea), con la richiesta di prevedere specifiche fattispecie di reato e relative pene o anche a considerare tali comportamenti come aggravante per altri reati;

– *tutela rispetto a trattamento ineguale, degradante o alla più generale discriminazione*, come aspetto che riguarda in particolare i transgender nel contesto lavorativo, dell'istruzione, sociale;

– *libera circolazione e al connesso ricongiungimento familiare*, con il riconoscimento di relazioni fra persone dello stesso sesso e matrimoni unisessuali, ricomprendere cioè coppie dello stesso sesso, siano esse sposate registrate o di fatto, nella definizione di "familiare". Già normativa in Austria, Canada, Francia, Ungheria, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo e Spagna;

– *informazioni imparziali sulla condizione di persona LGBT* e sulle loro relazioni, con particolare riferimento ai giovani LGBT: collegato con la questione della riservatezza in materia di salute riproduttiva e con indicazioni per l'elaborazione di leggi che prevedono apposite forme di educazione e formazione (Estonia, Francia, Regno Unito, Germania, Spagna, Paesi Bassi). ■

Cooperazione tra i Paesi africani e la Chiesa nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Il contributo della Regione Africana dell'OMS*

DOTT. LUIS GOMES SAMBO

Direttore Regionale per l'Africa, Organizzazione Mondiale della Sanità

È un grande piacere e un onore intervenire in questa Riunione dei Vescovi Incaricati della pastorale della salute. Con profondo senso di umiltà e sensibilità morale ho accettato l'invito rivoltomi da S.E. Mons. Zygmunt Zimowski, Presidente del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, ad intervenire di fronte ad un pubblico così illustre di Vescovi provenienti da tutto il mondo, qui riuniti dal Dicastero per gli Operatori Sanitari.

È una sfida parlare della cooperazione tra i Paesi africani e la Chiesa cattolica nel campo dell'assistenza sanitaria e del contributo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità può apportare per promuovere la collaborazione tra Stato e Chiesa. Nello spazio di tempo assegnatomi, vorrei in primo luogo evidenziare le caratteristiche principali della situazione sanitaria in Africa e i loro fattori determinanti. In secondo luogo, mi riferirò ai valori e ai principi, l'etica sui quali poggia la filosofia dei sistemi sanitari nelle strutture della Chiesa e dello Stato. In terzo luogo, analizzerò la complementarità dei sottosistemi e delinearò il loro valore aggiunto nel migliorare la fornitura di assistenza sanitaria e i relativi risultati. In quarto luogo, proporrò alcuni approcci per migliorare il dialogo e la collaborazione tra i servizi sanitari della Chiesa e quelli dello Stato. Infine, suggerirò aree programmatiche prioritarie che potranno essere prese in considerazione e il ruolo

che l'OMS può svolgere nel promuovere la partnership tra Stato e Chiesa ed accelerare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi sanitari concordati a livello nazionale e internazionale.

Le caratteristiche principali della situazione sanitaria in Africa e i loro fattori determinanti

I sistemi sanitari sono deboli e la Regione deve ancora affrontare un onere molto elevato per quanto riguarda le malattie trasmissibili e non trasmissibili, l'alta mortalità infantile e materna, le epidemie ricorrenti e le crisi umanitarie aggravate da fattori quali il cambiamento climatico, la crisi finanziaria globale e la crisi alimentare. Nella maggior parte i Paesi africani sono ancora ben lontani dal raggiungere gli obiettivi per il 2015 per la salute infantile, la riduzione della mortalità materna e il controllo di malattie gravi come l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria. Inoltre, la maggior parte dei Paesi non raggiungerà gli altri Obiettivi di Sviluppo del Millennio in materia di salute per migliorare l'accesso all'acqua e ai servizi igienico-sanitari ed alleviare la povertà e la fame. Nonostante costrizioni di varia natura, dei progressi tangibili sono stati ottenuti da governi, comunità e partner, tra cui la Chiesa cattolica, che stanno attuando sforzi concertati per affrontare le numerose sfide dello sviluppo della Regione, in particolare relative all'equità e alla sostenibilità. Il tempo a mia disposizione quest'oggi non mi permette di descrivere più in dettaglio queste sfide. L'ho fatto

nella presentazione dello scorso anno durante la XXV Conferenza Internazionale organizzata qui in Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

Valori e principi (etica) all'origine dei sistemi sanitari

Lo scopo ultimo dei settori sanitari tanto della Chiesa quanto dello Stato è quello di raggiungere l'accesso universale alle cure sanitarie e migliorare lo stato di salute della popolazione. I valori e i principi della Chiesa, quali compassione, equità, solidarietà e partecipazione, sono condivisi anche dagli Stati che hanno adottato l'approccio delle cure primarie per rafforzare i loro sistemi sanitari. La forte etica del servizio, la preoccupazione per rapporti di qualità personale-paziente, che sono i tratti distintivi dei servizi sanitari della Chiesa, sono anch'essi al cuore della strategia delle cure primarie. Logicamente, quindi, ci si aspetta che i valori condivisi e le basi teoriche della progettazione dei servizi sanitari statali e della Chiesa, facilitino la complementarità a livello metodologico ed operativo. In termini di benefici sociali, tali partnership dovrebbero rafforzare le sinergie e sfruttare tanto la capacità strutturale dei sistemi sanitari quanto quella di fornire cure sanitarie di qualità.

Circa la complementarità dei due sottosistemi

L'abituale collocazione delle strutture sanitarie della Chiesa – spesso in zone rurali remote – e dei servizi sanitari statali – il più delle volte in aree metropolitane

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

– forniscono opportunità di complementarità nella copertura sanitaria. Allo stesso modo, i due sottosistemi si completano a vicenda per quanto riguarda l'enfasi sull'assistenza sanitaria curativa o preventiva. L'approccio adottato nei confronti delle cure specialistiche rispetto a quelle olistiche è un altro aspetto che andrebbe ulteriormente analizzato. Inoltre le strutture per la formazione degli operatori sanitari (ad esempio infermieri e personale sanitario ausiliario) gestite dalla Chiesa completano lo sforzo del settore statale nel migliorare la dimensione e la varietà del personale sanitario nazionale. I servizi della Chiesa e dello Stato possono anche equipararsi in materia di finanziamento della sanità, in particolare in misure di protezione sociale che facilitino l'accesso universale alle cure sanitarie e proteggano i segmenti poveri e vulnerabili della popolazione da spese sanitarie catastrofiche.

Per quanto riguarda la fornitura di farmaci e vaccini, i vari sistemi di reperimento e logistica potrebbero essere meglio sincronizzati al fine di ridurre il costo dei farmaci per evitare le scorte, garantire un uso razionale delle medicine di qualità, e applicare principi e norme di trattamento comuni.

Approcci per migliorare il dialogo e la partnership

Il dialogo dovrebbe anzitutto iniziare al livello più alto tra i rappresentanti della Chiesa e dei governi. Si prevede che tali discussioni consentiranno scambi, identificazione di aree e accordi comuni che portino ad accordi formali per guidare la collaborazione a livello operativo.

È necessario fare una mappatura delle questioni *politiche, strutturali e procedurali* che possono riflettere i punti di forza o di debolezza di una parte o dell'altra. Tale mappatura dovrebbe includere anche una panoramica dei risultati ottenuti da entrambe le parti. Ad esempio, le questioni politiche dovrebbero *prima* comprendere i punti in comune e le differenze di valori, principi, percezioni, significati e credenze; in *secondo*

luogo, analizzare le diverse percezioni e razionalità, compresi gli aspetti relativi al diritto civile ed ecclesiastico; *terzo*, valutare concettualizzazioni e costruzioni alternative; e infine, creare consenso e adattare diversi punti di vista, ove possibile.

Non esiste un'unica metodologia per sviluppare la partnership tra Stato e Chiesa. Sono convinto, tuttavia, che le scienze sociali interpretative offrano motivi epistemologici e strumenti rilevanti che dovremmo analizzare ulteriormente per affrontare in maniera più efficace la natura complessa e pluralistica dei sistemi sanitari.

A seconda dello specifico contesto sanitario di ciascun Paese, l'OMS potrebbe convocare o soltanto facilitare il dialogo tra il Governo e la Chiesa. A questo proposito, essa potrebbe favorire rapporti di collaborazione a sostegno delle politiche sanitarie nazionali, dei piani strategici e della loro attuazione. È importante ricordare che ogni sistema sanitario è motivato e ha un background storico. Un sistema sanitario esiste all'interno di un contesto politico, sociale ed economico; e siccome il contesto cambia, cambia pure il sistema sanitario, adeguandosi alle nuove situazioni. Essendo soggette ad un forte controllo da parte dell'uomo, le dinamiche dei sistemi sanitari sono inevitabilmente influenzate da fattori filosofici, culturali e religiosi, che influiscono sulle prestazioni e sui risultati dei servizi sanitari.

A mio parere, delle partnership rafforzate tra Chiesa e Stato non solo migliorerebbero la capacità strutturale dei sistemi sanitari nazionali, ma individuerebbero anche i parametri del coinvolgimento, ad esempio su aree prioritarie di intervento, e ancora affronterebbero questioni controverse, quali alcuni metodi in materia di riproduzione umana e la prevenzione dell'HIV/AIDS.

Aree programmatiche prioritarie che si potrebbero considerare

Le aree prioritarie in cui può essere costruita la collaborazione

tra Chiesa e Stato in Africa sono: il *rafforzamento dei sistemi sanitari* in base all'approccio delle cure primarie, compreso il potenziamento delle capacità in materia di risorse umane, il finanziamento della sanità e la fornitura di farmaci e vaccini essenziali. Particolare attenzione dovrebbe essere rivolta ad accrescere la forza numerica degli operatori sanitari di comunità, in particolare nelle zone più remote; questo potrebbe contribuire ad aumentare la copertura delle vaccinazioni di routine e contribuire a raggiungere l'obiettivo di eradicare la poliomielite. Altre priorità includono la *salute materna e infantile*, in particolare i provati interventi di costo-efficacia per ridurre i livelli ancora molto alti di mortalità materna e infantile. *L'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi* sono malattie che colpiscono l'Africa subsahariana più che in qualsiasi altra parte del mondo.

La prevenzione e il controllo delle *malattie non trasmissibili*, tra cui la salute mentale, le lesioni e la violenza, sono aspetti sempre più importanti. Sono tutti settori prioritari che dovrebbero essere considerati nel processo di promozione della partnership tra Stato e Chiesa in Africa.

Quale potrebbe essere il ruolo dell'OMS?

Il contributo dell'OMS nel promuovere la collaborazione tra Stato e Chiesa potrebbe essere considerato in conformità al proprio *core business*, vale a dire: convocare per una salute migliore; fornire elementi sulle tendenze e sui determinanti della salute; offrire consulenza in materia di norme e standard relativi alla salute e allo sviluppo; coordinare la sicurezza sanitaria e rafforzare i sistemi e le istituzioni sanitarie. Per esempio, l'OMS può convocare piattaforme multilaterali per dialogare su fattori di rischio che colpiscono la salute pubblica, come abuso di alcol, uso del tabacco, alimenti non sani e fattori di rischio comportamentali.

Il ruolo di advocacy dell'OMS è stato esteso alle istituzioni sanitarie di ricerca e sviluppo, tra

cui le aziende farmaceutiche, per promuovere la scoperta di nuovi strumenti e negoziare il prezzo dei farmaci e dei vaccini al fine di renderli più accessibili alle persone, in particolare ai poveri, solo per citare alcuni esempi.

In conclusione, il ruolo significativo della Chiesa con la sua lunga storia di pastorale della salute in Africa potrebbe essere sfrutta-

to attraverso partnership rafforzate con gli Stati. L'OMS intende contribuire in modo sostanziale alla promozione di tali partenariati con la Chiesa cattolica e le altre istituzioni religiose per sistemi sanitari più efficienti, e condizioni migliori per quanti vivono in Africa.

Illustri membri di questa assemblea, vorrei esprimere il mio mo-

desto riconoscimento per il ruolo nobile e sacrificale che i vescovi incaricati della pastorale della salute svolgono nella fornitura di assistenza sanitaria, in particolare per le popolazioni meno abbienti dell'Africa. Vorrei approfittare di questa opportunità per trasmettervi i miei migliori auguri di buona salute e successo nei vostri sforzi.

Grazie per la vostra attenzione. ■

ORGANIZZAZIONE DELLA PASTORALE SANITARIA NELLA CHIESA

1. Caratteri generali*

S.E. MONS. JOSÉ L. REDRADO, OH

Segretario emerito
del Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari

DUE IDEE FONDAMENTALI

I. Evangelizzare il campo sanitario: contenuti

II. Organizzazione della Pastorale Sanitaria: pratica pastorale

I. Evangelizzazione del campo sanitario

1. Parte del modello che è Gesù di Nazareth

A) Il suo progetto evangelizzatore lo proclama nella Sinagoga di Nazareth: *“Lo Spirito del Signore è sopra di me, per questo mi ha consacrato con l'unzione e mi ha mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio...”* (Cfr. Lc 4,18-19).

B) Lo corrobora con le **opere** (Mt 11,4-6); usa **parole**: “Io voglio, sii sanato” (Mt 8,3). Anche **gesti e silenzi**: vede, attende, si sofferma (Gv 8,1-11; 9,1-40).

C) Il Vangelo ci dice che Gesù percorreva tutta la Galilea **insegnando e curando** ogni infermità e sofferenza... La gente lo ammirava ed esclamava: *“Ha fatto bene ogni cosa: fa udire i sordi e fa parlare i muti”* (Mc 7,37).

D) Gesù istituisce l'**equipe di pastorale**, non svolge la Missione da solo:

– Chiama gli apostoli (Lc 6,12-16; Mt 10,1-4).

– Li forma (Lc 11,1-3; Mc 4,1-20).

– Li invia (Mt 28,16-20; Lc 9,6; Mc 6,13).

Il mandato di Cristo **prende corpo** nel campo sanitario nei seguenti termini: *“Chiamati a sé i dodici, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e d'infermità”* (Mt 10,1).

2. *La Chiesa ha ricevuto da Cristo un esplicito mandato: Andate. Predicate. Curate.*

A) La **Chiesa esiste per evangelizzare**, per comunicare la Buona Novella, continua le parole e i gesti di Gesù; evangelizzare è la sua ragion d'essere (Mt 28; EN 13, 14).

B) Attraverso il mandato di Cristo le sono affidati anche i malati.

Questa attenzione a **curare gli infermi è inseparabile dall'evangelizzazione**. La stessa tradizione della Chiesa ci insegna che il servizio agli ammalati è parte integrante della sua missione (Cfr. Dolentium hominum, 1). La Chiesa cerca l'incontro con l'uomo, in modo particolare sulla via della sua sofferenza. “L'uomo diventa la via della Chiesa” (Salvifici doloris 3). La cura dei malati è una “diaconia” ecclesiale (LG 1).

C) **Sollecitudine della Chiesa per i malati**. Dopo Gesù e gli apostoli, tutta la storia della Chiesa è piena di buoni Samaritani, uomini e donne, santi e non santi, ma tutti hanno visto nel cammino della vita i feriti, i

bisogni di salute, di attenzione, di accoglienza, di ospitalità, di guarigione e li hanno soccorsi con molto amore. Un esercito di misericordiosi, fin dai primi secoli del cristianesimo, cominciando dai sinodi e dai vescovi, passando per gli Ordini monastici fino ai grandi santi della carità del secolo XVI – Giovanni di Dio, Camillo de Lellis, Vincenzo de Paoli – fino al secolo XIX in cui fiorirono nuovi santi e sante, ravvivando la fiamma della carità – Benito Menni, Don Guanella, Giuseppe B. Cottolengo, Giovanni Bosco, Luigi Orione, Teresa di Calcutta, Giovanni Paolo II. “I santi sono i veri portatori di luce all'interno della storia...” (Deus caritas est, 40).

D) Tale sollecitudine per i malati, **grande in estensione** – oggi sono 20.000 le strutture sanitarie cattoliche – e grande per la **testimonianza** e dedizione di vita, viene sottolineata in questi ultimi anni; **Pio XII illuminò** la scienza medica con innumerevoli discorsi che nel momento presente fanno testo. **Il Concilio Vaticano II**, a parte il Messaggio ai malati, segnala tanto al vescovo quanto ai sacerdoti di avere cura specialmente “dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (PO 6, 8; LG 38). Lo stesso **Diritto Canonico** (Can. 529, par. 1) ricorda ai parroci il dovere di assistere gli infermi e i moribondi e di farlo con generosa carità.

E) **Magistero di Papa Giovanni Paolo II**. La sollecitudine della Chiesa in favore dei malati è molto significativa nel Magistero di Giovanni Paolo II, tanto per i suoi

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

numerosi discorsi in incontri con i malati e professionisti della medicina, quanto per i documenti di grande rilievo – legislazione canonica, nuovo catechismo, lettere encicliche ed esortazioni apostoliche – in tutti loro troviamo diversi passaggi che, direttamente o indirettamente, alludono alla pastorale sanitaria. La Rivista *Dolentium hominum*, Organo del Dicastero, li ha raccolti e commentati in diversi numeri (cfr. *Dolentium hominum*, nn. 5, 11, 12, 17, 21, 23, 29, 32, 36, 41).

Tale sollecitudine di Papa Giovanni Paolo II per i malati è contrassegnata da **tre date importanti** per la Pastorale sanitaria, tre date con tre documenti significativi:

– **11 febbraio 1984.** Lettera apostolica *Salvifici doloris*, sul senso cristiano della sofferenza umana;

– **11 febbraio 1985.** Lettera apostolica *Motu Proprio Dolentium hominum* con cui si istituisce la Pontificia Commissione della Pastorale per gli Operatori sanitari. Con la riforma della Curia romana (Costituzione apostolica *Pastor bonus*, 28-VI-1988) la Commissione diventa Pontificio Consiglio;

– **13 maggio 1992.** Istituzione della Giornata Mondiale del malato (Lettera del Papa al Cardinale Angelini, in cui indica tale istituzione e le finalità).

A partire da queste date si crea un movimento di animazione in tutte le Chiese a favore della Pastorale della Salute. Si nominano vescovi responsabili nelle Conferenze episcopali, si creano Commissioni nazionali e diocesane, gruppi di animazione, nasce il Camillianum, Istituto di pastorale della salute che concede la licenza e il dottorato in teologia di pastorale sanitaria; nascono centri nazionali e diocesani per la formazione di operatori della Pastorale dei malati: sacerdoti, religiosi, religiose e laici. Si moltiplicano i Congressi, le pubblicazioni... La stessa celebrazione della Giornata Mondiale del malato contribuisce efficacemente a questo risveglio a livello delle nazioni, diocesi, ospedali e parrocchie.

Un salto importante è stato compiuto, molto è stato realizzato, benché resti ancora molto da

fare. Ciò costituirà una sfida permanente per un continuo sviluppo della pastorale in questo settore.

Da Giovanni Paolo II abbiamo ereditato un patrimonio eccezionale con i suoi scritti e visite ai malati, però è stata la sua vita che ha colpito tutto il mondo, dall'attentato fino alla morte, esempio di forza, vigore e amore nella sofferenza; è stato per tutti una magnifica cattedra.

F) Magistero di Papa Benedetto XVI. Questa eredità viene assunta da Papa Benedetto XVI; lo vediamo precisamente in tante circostanze con i malati, che si tratti di Udienze generali del mercoledì, o delle varie visite alle Chiese o delle Giornate Mondiali del Malato, le encicliche *Deus caritas est*, *Spes salvi* e *Caritas in veritate*; o delle visite a centri sanitari: ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, e gli ospedali in Spagna – del Nens a Barcellona, 6 novembre 2010, e San José, Madrid, 20 agosto 2011.

II. Organizzazione: pratica pastorale

1. Riflessione generale

Ho voluto consolidare questa seconda idea – Organizzazione –, che ora svilupperò brevemente, con la riflessione precedente, mostrando la predicazione e lo stile di Gesù verso gli ammalati e come, a partire da Lui e seguendo poi gli apostoli, la Chiesa sia stata sempre sensibile e, con sollecitudine amorevole, abbia scritto una storia grande d'amore che è stata sottolineata in alcuni momenti dai grandi santi e sante della carità, con l'esempio delle loro vite e l'eredità delle loro Istituzioni al servizio dei malati. Siamo giunti così ad una tappa privilegiata per la pastorale sanitaria con la figura di Giovanni Paolo II, la sua vita e le opere che ci ha lasciato, in special modo l'istituzione di un Dicastero la cui finalità è l'**ANIMAZIONE**, di cui può già contare una storia di 25 anni, breve ma feconda, perché c'è stato in tutta la Chiesa un forte risveglio della Pastorale sanitaria, momento singolare offerto al Pontificio Consiglio. Il passato è passato, ora bisogna continuare a camminare; il

futuro è ancora da costruire e non sarà facile, sarà esigente, in quanto la panoramica sanitaria è complessa e mutevole. Sarà necessario molto coraggio, molto entusiasmo, molte idee, grandi e pratiche, molte mediazioni, molta organizzazione e animazione.

Le Chiese particolari stanno camminando, alcune di più, altre di meno; però si sta compiendo una riflessione e si nota una pastorale sanitaria più viva, più organizzata ed una tendenza maggiore ad essere più presenti e a preparare operatori pastorali che motivino e accompagnino i malati e i professionisti. Su questa idea il Pontificio Consiglio ha uno spazio e una responsabilità di animazione e di aiuto alle Conferenze episcopali molto importanti, a volte decisivi, perché si tratta di estendere l'animazione, incoraggiando soprattutto gli **ANIMATORI** delle Conferenze episcopali, e cioè voi, vescovi responsabili della pastorale dei malati nelle vostre rispettive nazioni. È questa, in definitiva, la finalità di questo Incontro. Per il Pontificio Consiglio, voi siete e dovete essere il braccio destro, senza di voi l'animazione della pastorale sanitaria sarebbe monca. Per questo vi incoraggiamo ad assumere seriamente l'incarico – la missione – che le vostre Conferenze vi assegnano in favore della Pastorale dei malati.

Tutta la ricchezza dottrinale della Chiesa in questo settore deve tradursi in un'organizzazione pastorale a livello nazionale, diocesano, ospedaliero e parrocchiale, in modo che l'attenzione pastorale in questo campo della salute si moltiplichi, giunga a tutti i settori e si realizzi con efficacia.

Non esiste nessun modello magico, dipenderà da molte circostanze: cultura, ambiente, diocesi, parrocchia, struttura sanitaria, possibilità di persone, preparazione, vocazione, creatività..., però nessuno potrà negare la necessità di un'organizzazione basilare; nessun agente pastorale dovrà pensare ed evangelizzare da solo, bensì dovrà farlo in gruppo.

L'azione pastorale richiede vie che le diano maggiore ampiezza, efficacia e permanenza. Tali vie le chiamiamo strutture pastorali per lo svolgimento della Missione; so-

no funzionali, necessarie – qualcuna ce ne deve essere – e contingenti, perché tutte sono scambiabili, non sono un fine in sé, devono servire la vita e rinnovarsi con essa.

Per facilitare e rendere efficace il lavoro daremo alcuni suggerimenti che possono essere applicabili e pratici.

2. Criteri di cui il Vescovo deve tener conto

A) **Quel che deve essere:** Maestro. Liturgo. Pastore (cfr LG 20, 25, 26 e CD 11).

– “**esempio** ai fedeli nelle parole, nel comportamento, nella carità, nella fede, nella purezza... (1Tim 4,12);

– “**abbiano cura** specialmente dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (PO 6, 8; LG 38);

– il vescovo è il “**locandiere**” al quale viene consegnato l’infermo affinché lo curi.

Commentando la parabola del Buon Samaritano, San Carlo Borromeo indica l’obbligo che il vescovo contrae verso i malati e, se è il successore degli Apostoli, il Signore invia anche lui a predicare e curare; per questo il vescovo è il primo responsabile della pastorale sanitaria, prima delle stesse Istituzioni religiose al servizio degli ammalati.

B) **Quel che deve fare:**

– “**creare comunità**” sensibile ai malati, per un’attenzione integrale verso gli stessi;

– “**illuminare**” il complesso mondo della sanità – i temi della vita, della salute, della malattia e della morte;

– “**accompagnare**” tanto i malati e i familiari quanto i professionisti sanitari;

– “**creare, dare impulso ed organizzare**” la delegazione diocesana di Pastorale della salute.

C) In “**particolare**”, il vescovo responsabile della Pastorale sanitaria in seno alla Conferenza episcopale, **DEVE ESSERE:**

– **MEMORIA** che ricordi e ravvivi continuamente l’impegno di fronte alla Conferenza episcopale che deve essere impegno di ciascun vescovo nella sua Chiesa e della Conferenza episcopale in quanto tale;

– **STIMOLO** che aiuti i vesco-

vi a scoprire nuovi campi di questa pastorale, deve presentare esperienze nuove di altri luoghi, deve sostenere l’approfondimento dei vescovi in questo compito ed aiutarli a rivedere questa azione pastorale (cfr. Javier Osés, in *Dolentium hominum*, n°. 38/1988)

– **VINCOLO D’UNIONE** tra il Pontificio Consiglio e la Conferenza episcopale.

A questo fine si deve stabilire una reciproca conoscenza e relazione che aiuti entrambi: il Pontificio Consiglio a conoscere più direttamente l’attività della Conferenza episcopale in relazione al mondo dei malati, e il vescovo responsabile a conoscere gli obiettivi e le attività del Pontificio Consiglio e delle altre Conferenze episcopali.

3. Azioni concrete del Vescovo responsabile

– Creare un Dipartimento o un Segretariato a livello nazionale

– Nominare un Direttore o Segretario nazionale

– Formare il team nazionale e programmare le attività a livello nazionale

– Incoraggiare le diocesi a creare il Segretariato diocesano

– Promuovere la formazione di operatori di pastorale sanitaria

– Promuovere le associazioni sanitarie cattoliche

– Studiare la presenza e il funzionamento dei servizi pastorali nelle strutture sanitarie

– Preparare e celebrare la Giornata Mondiale del Malato

– Attenzione alle legislazioni nazionali che attentano alla salute e ripercussioni nella pastorale e nell’etica

– Inviare al Pontificio Consiglio un rapporto annuale sullo sviluppo della pastorale sanitaria a livello nazionale

– Preparare la relazione quinquennale per la “visita ad limina” e, durante la stessa, visitare il Pontificio Consiglio

– Stimolare la partecipazione ai Congressi o riunioni di studio convocati dal Pontificio Consiglio. ■

ORGANIGRAMMA MODELLO DI UN DIPARTIMENTO NAZIONALE DI PASTORALE SANITARIA



2. Organizzazione della Pastorale della Salute in Argentina*

**S.E. MONS. LUIS
TEODORICO STÖCKLER**

*Vescovo Emerito di Quilmes,
Argentina*

1. ARGENTINA:

Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute

Nel 1991 la Conferenza Episcopale Argentina crea la Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute, formata da almeno tre Vescovi, uno dei quali ne è il Presidente, e da un sacerdote che svolge le funzioni di Segretario Esecutivo.

Presidente: S.E. Mons. Luis Teodorico Stöckler, Vescovo Emerito di Quilmes

Membri: S.E. Mons. Fabriciano Sigampa, Arcivescovo di Resistencia

S.E. Mons. Pedro María Olmedo, Vescovo Prelato di Humahuaca

S.E. Mons. Horacio Benites Astoul, Vescovo Ausiliare Emerito di Buenos Aires

Segretario Esecutivo: P. Andrés Tello Cornejo

Nel 2006 questa Commissione Episcopale crea l'Equipe Pastorale di Sostegno, formata dai Delegati Regionali di Pastorale della Salute.

2. Pastorale e cura spirituale del malato

In Argentina la Pastorale della Salute è presente negli ospedali statali e in quelli privati, nelle case di cura e nei centri geriatrici, nei centri di media degenza, negli *hospice* (centri per malati terminali) e nelle case famiglia.

Molti ospedali e case di cura possono contare sull'assistenza

fornita da un cappellano nominato dal Vescovo Diocesano e da religiose che risiedono nel centro.

Nelle Diocesi in cui non si dispone di un numero sufficiente di sacerdoti, sono i membri delle parrocchie ad occuparsi di questa pastorale, oltre ad assistere i malati ricoverati nei centri geriatrici e nelle case famiglia.

In Argentina ci sono diversi centri sanitari appartenenti alla Chiesa:

- Casa di Cura San Camillo (Buenos Aires)

- Casa di Cura Mater Dei (Buenos Aires)

- Ospedale Austral (Del Viso, Provincia di Buenos Aires)

Sono presenti poi case di carità, congregazioni e associazioni private di fedeli per persone inferme che sono state dimesse dall'ospedale. Sono:

- Casa Belén (Buenos Aires)

- Casa Eféta (Buenos Aires)

- Casa La Posada (uomini con HIV-AIDS) (San Miguel, Prov. Buenos Aires)

- Casa La Posada (donne con HIV-AIDS) (José C. Paz, Prov. Buenos Aires)

- Casa delle Suore Missionarie della Carità (per uomini con HIV-AIDS) a Benavidez (Prov. di Buenos Aires)

- Zárate - uomini (Prov. di Buenos Aires)

- Mar del Plata - donne (Prov. di Buenos Aires)

Inoltre, da qualche tempo sono stati istituiti degli *hospice* per curare i malati terminali, in maggior parte malati oncologici:

- Hospice San Camillo (Martínez, Prov. di Buenos Aires)

- Hospice Madre Teresa di Calcutta (Luján, Prov. di Buenos Aires).

Sono presenti anche molti centri geriatrici appartenenti a congregazioni religiose, che si occupano di curare e assistere le persone anziane.

3. L'accompagnamento pastorale per gli operatori sanitari: formazione morale e spirituale

In Argentina non esiste una pastorale specifica per gli operatori sanitari, ma è prevista la loro partecipazione agli "Incontri di Pastorale della Salute" organizzati dalle diverse Diocesi o Regioni, dove sono invitati e ai quali intervengono medici, infermieri e altri operatori sanitari.

Questi incontri, che sono organizzati assieme alla Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute, hanno come obiettivo la formazione pastorale, bioetica e spirituale, che si realizza nella comunione di un incontro fraterno.

In Argentina ci sono diverse organizzazioni che partecipano alla vita della Chiesa, e che si rivolgono in modo particolare agli operatori sanitari:

1. "Rete degli Operatori Sanitari", che fa capo al Dipartimento per i Laici (DEPLAI) della Conferenza Episcopale Argentina. Questa Rete, a cui partecipano gli operatori sanitari, ha come finalità l'interscambio dei servizi tra tutti i partecipanti, per poter in questo modo superare gli interminabili tempi d'attesa per le visite, gli esami, ecc. La Rete tiene periodicamente delle riunioni, nel corso delle quali si condividono i criteri di lavoro e per la formazione in campo spirituale e della bioetica.

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

2. Associazioni Professionali

Queste Associazioni si rivolgono e sono formate da operatori sanitari, che si riuniscono per condividere le esperienze in campo spirituale degli associati e per offrire una formazione in campo spirituale e della bioetica.

3. Rete di accompagnamento pastorale in salute mentale

In diverse Diocesi si sono costituite reti di operatori sanitari in salute mentale (psichiatri, psicologi, psicopedagogici), nella maggior parte dei casi sotto la guida di un sacerdote, per accompagnare le persone che giungono alle parrocchie perché hanno bisogno di assistenza psico-terapeutica secondo i valori cristiani, che invece non trovano nell'assistenza pubblica/privata, oppure perché incontrano ritardi nel sistema sanitario pubblico.

4. Associazioni di professionisti e volontari

Come abbiamo già accennato, queste Associazioni che riuniscono gli operatori che lavorano nello stesso campo, si occupano della formazione spirituale e bioetica dei loro associati, organizzano un ritiro spirituale annuale, e celebrano con una Santa Messa il giorno dedicato alla loro professione.

Nei casi controversi che riguardano l'interesse pubblico, manifestano il pensiero della Chiesa cattolica con dichiarazioni divulgate attraverso i mezzi di comunicazione.

Tra queste Associazioni citiamo il "Consorzio dei Medici Cattolici", l'"Associazione delle Infermiere Cattoliche", il "Consorzio degli Psicologi Cattolici" e il "Consorzio dei Dentisti Cattolici".

Molti dei volontari che si recano in visita ai malati appartengono ai gruppi parrocchiali di Pastorale della Salute; in Argentina però sono presenti anche in forma organizzata. Tra questi ultimi citiamo il "Volontariato della Caritas", le "Volontarie di Maria" (dell'Apostolato di Schoenstatt), il "Volontariato Vincenziano" e il "Volontariato Franciscano".

È da sottolineare l'opera del "Servizio Sacerdotale d'Urgenza", presente in 16 Diocesi, che può contare sulla presenza di un sacerdote e di due o tre laici, dalle 9 di sera alle 6 della mattina, per amministrare i sacramenti di notte, principalmente alle persone moribonde.

Nella maggior parte delle Diocesi i "Servizi Sacerdotali d'Urgenza" sono presenti da più di 25 anni. Possiedono un proprio statuto, una Commissione Direttiva e un sacerdote consulente, con l'approvazione del Vescovo Diocesano.

Esiste anche la "Federazione Nazionale dei Servizi Sacerdotali d'Urgenza", i cui statuti, Commissione Direttiva e consulente ecclesiastico, sono nominati con l'approvazione della Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Argentina.

Questa Federazione tiene la propria Assemblea annuale nel mese di novembre, alla quale partecipano i membri delle diverse Commissioni Direttive, e dove si condividono esperienze e sfide pastorali, momenti di preghiera e di formazione teologica e bioetica in un incontro di tipo fraterno.

5. Cappellani cattolici

Nelle Diocesi in cui il numero dei religiosi è maggiore, gli ospedali e le case di cura possono avere un cappellano cattolico, nominato dal vescovo diocesano. Nella maggior parte questi sacerdoti si dedicano esclusivamente alla pastorale, e inoltre sono nominati dallo Stato o dall'Istituzione Sanitaria Privata.

Possiamo evidenziare l'Arcidiocesi di Buenos Aires, che annovera quarantaquattro cappellani, i quali si riuniscono l'ultimo giovedì del mese per condividere la formazione permanente, criteri pastorali comuni e la comunione fraterna.

Nel 1998 è stata creata la "Fraternità Nazionale dei Cappellani Cattolici degli Ospedali e Centri Assistenziali", i cui statuti, approvati dalla Conferenza Episcopale Argentina e dalle autorità, sono rinnovabili ogni tre anni. La Fra-

ternità opera su mandato approvato dalla Commissione Episcopale per la Pastorale della Salute.

Questa Fraternità ha la missione di riunire e realizzare la formazione permanente dei cappellani, cercando in particolare la partecipazione di quelli che appartengono alle Diocesi in cui sono pochi i sacerdoti che realizzano questo compito pastorale e che non possono condividere con gli altri questa missione sacerdotale.

6. Istituzioni sanitarie cattoliche private

In Argentina ci sono poche case di cura e istituzioni sanitarie cattoliche, e si trovano soprattutto nell'Arcidiocesi di Buenos Aires e nelle Diocesi suffraganee:

- Casa di Cura San Camillo (Figlie di San Camillo) - Buenos Aires
- Casa di Cura Mater Dei (Schöenstad) - Buenos Aires
- Casa di Cura San José (Circolo dei Lavoratori Cattolici) - Buenos Aires
- Ospedale Austral (Opus Dei) - Del Viso, Prov. di Buenos Aires
- Cottolengo di Don Orione - Temperley, Prov. di Buenos Aires
- Cottolengo di Don Orione - San Miguel, Prov. di Buenos Aires
- Casa Bagués (San Camillo) - Bagués, Prov. di Buenos Aires.

Le case di cura e gli ospedali cattolici non formano una rete, ma difendono la necessità che si rispetti l'obiezione di coscienza dell'operatore sanitario e quella dell'istituzione di fronte all'avanzare di nuove normative e legislazioni che tendono a includere nel "Programma Medico Obbligatorio" le pratiche che rientrano nei "Programmi di Salute Sessuale e Riproduttiva", e altre che attualmente sono allo studio, come i "Progetti di legge per una morte degna", il "Progetto di legge per l'aborto non punibile" e il "Progetto di legge per l'aborto".

Un'altra sfida che riguarda l'evangellizzazione è l'attenzione pastorale e la formazione della coscienza degli operatori sanitari, e la prioritaria attenzione spirituale ai malati e ai loro familiari.

7. Comitati di bioetica

La maggioranza degli ospedali pubblici e molti di quelli privati hanno un Comitato di Bioetica Clinica, che in alcuni casi è separato dal Comitato Etico per la Ricerca Clinica.

I cappellani cattolici sono invitati a partecipare a questi Comitati, in quanto la loro presenza è suffragata dalla loro formazione teologica, filosofica e bioetica, oltre che dal lavoro pastorale in ospedale.

I Comitati di Bioetica delle case di cura e gli ospedali cattolici aderiscono alla "Bioetica Personalista Ontologicamente Fondata", alle raccomandazioni della Pontificia Accademia per la Vita e al Magistero della Chiesa.

A livello di ospedali pubblici, nella città di Buenos Aires esiste una rete di Comitati di Bioetica, mentre non è così per le case di cura e gli ospedali privati.

L'Istituto di Bioetica dell'Università Cattolica Argentina organizza corsi e master in bioetica, con grande partecipazione di operatori sanitari, avvocati e sacerdoti.

Questo Istituto organizza inoltre il Congresso Internazionale di Bioetica, a cui sono invitati gli ospedali e le case di cura cattolici, come uditori e anche come relatori.

In America Latina esiste la "Rete Latinoamericana di Bioetica", con una forte espressione del pensiero "Principialista" e di una "Bioetica dei Diritti Umani".

8. Sfide e prospettive future

A. Pastorale e attenzione al malato

Le sfide permanenti sono due: la formazione permanente e l'incorporazione di nuovi cappellani. In questi ultimi anni il numero degli operatori pastorali che si recano in visita agli infermi è dimi-

nuito. È una pastorale in cui bisognerà incorporare più persone, e più giovani.

Un'altra sfida è fare in modo che, nelle diverse Diocesi, si incorporino alla Pastorale della Salute anche i ministri dell'Eucaristia.

B. Operatori sanitari

L'attenzione pastorale e spirituale per gli operatori sanitari è una sfida costante, anche se la sfida più grande è la formazione della loro coscienza, secondo l'umanizzazione della salute, il rispetto per la dignità del malato e l'esercizio della professione secondo principi bioetici.

C. Associazioni professionali

Un obiettivo è la formazione di una rete di Associazioni per condividere le sfide della professione, secondo i principi bioetici della Chiesa.

Un altro traguardo da raggiungere è l'evangelizzazione dei professionisti tra di loro e nei confronti dei loro pazienti. Molte volte notiamo che il professionista cura la propria vita spirituale, ma non ha un proposito evangelizzatore nell'ambito dell'istituzione sanitaria in cui lavora.

D. Volontariato

In questo momento esiste un forte bisogno di realizzare una grande pastorale vocazionale, così da suscitare tra i laici vocazioni al servizio dei malati, in particolare tra i giovani e gli uomini adulti.

Un altro compito è la formazione permanente degli operatori pastorali.

E. Cappellani Cattolici

Una grande sfida è che tutti gli ospedali e le case di cura possano contare sulla presenza di un cappellano cattolico, ma la mancanza

di sacerdoti in molte Diocesi rende difficile concretizzare questa esigenza.

Come Chiesa, si sta lavorando alla formazione dei seminaristi in Pastorale Ospedaliera, affinché quando saranno ordinati possano essere preparati a lavorare in questo ambito pastorale.

Un'altra sfida è la formazione permanente pastorale, bioetica e spirituale dei sacerdoti negli ospedali.

Un'altra ancora è la formazione dei volontari negli ospedali da parte dei cappellani.

F. Comitati di Bioetica

Una sfida in questo campo è l'istituzione di una Rete dei Comitati di Bioetica degli ospedali e case di cura cattolici, e la formazione degli operatori professionali in queste stesse istituzioni in cui lavorano.

Un altro grande obiettivo da raggiungere è che gli operatori sanitari cattolici possano far parte dei Comitati di Bioetica degli ospedali pubblici.

G. Altre Sfide

Attualmente in Argentina si sta dibattendo su alcune norme e disegni di legge che possono attentare alla dignità della vita, come ad esempio su questi temi: "Aborto non punibile", "Aborto", "Fecondazione assistita e artificiale", "Ricerche biomediche", "Identità di genere" e "Morte degna". In quale misura, come Chiesa, possiamo far sì che i legislatori prendano coscienza del rispetto della dignità della vita, riguardo questi disegni di legge?

Un'altra sfida, di fronte alla povertà, è la mancanza di accesso ai sistemi sanitari da parte di molte persone, l'esclusione sociale. Come Chiesa ci chiediamo in che modo possiamo influire sulle politiche pubbliche che riguardano la salute. ■

3. La Pastorale della Salute in Nord America*

**S.E. MONS.
KEVIN C. RHOADES**

Vescovo di
Fort Wayne-South Bend,
USA

Vi ringrazio per avermi offerto l'opportunità di partecipare a questa Tavola Rotonda, e di condividere con voi le mie considerazioni sulla pastorale della salute nella Chiesa del Nord America.

Sono il Responsabile del Gruppo di lavoro sulla Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti, un gruppo di vescovi della nostra Conferenza Episcopale che negli ultimi tre anni ha assunto la responsabilità di coordinare le attività della Conferenza, portate avanti dai vari comitati che tra i loro ambiti d'azione hanno anche quello dell'attenzione nel campo della salute. Fanno parte del nostro Gruppo anche i vescovi in rappresentanza dei Comitati sulla Dottrina, sulla Giustizia Interna e sullo Sviluppo Umano, oltre a quelli che si occupano delle Attività Pro-Vita e degli Affari Canonici, poiché in queste aree si manifestano temi e problematiche inerenti la salute.

Il Gruppo comprende anche i consulenti dei Centri Nazionali Cattolici di Bioetica, l'Associazione Cattolica per la Salute, la Partnership Nazionale Cattolica sulle Disabilità e l'Associazione Medica Cattolica. Proprio la settimana scorsa, la nostra Conferenza Episcopale ha deciso che il nostro Gruppo diventerà una Sub-Commissione che dipenderà dalla Commissione sulla Dottrina, dato che gran parte del nostro lavoro si concentra su questioni morali ed etiche nel campo della salute. La nuova Sub-Commissione, così come il Gruppo di Lavoro, comprenderà anche i vescovi rappresentanti dei suddetti Comitati, giacché le tematiche riguardanti la giusti-

zia, il pro-vita e l'aspetto canonico continueranno ad interessare il campo della salute.

Un paziente ospedalizzato su sei, negli Stati Uniti, è curato e assistito in una struttura sanitaria cattolica. Negli Stati Uniti sono presenti 636 ospedali cattolici, circa il 13% del numero totale degli ospedali in tutta la nazione. Inoltre, esistono più di 1.400 strutture sanitarie cattoliche, comprese case di cura e istituti di cura a lunga degenza. La sanità cattolica costituisce il maggior gruppo di fornitori di cure sanitarie no-profit di tutta la nazione. In Canada, la sanità cattolica può contare circa 100 ospedali, istituti di cura a lunga degenza, case di cura e centri di salute comunitari. È indubbiamente una componente significativa dell'intero sistema sanitario canadese.

La grande maggioranza delle strutture sanitarie cattoliche negli Stati Uniti appartengono all'Associazione Sanitaria Cattolica degli USA. La sua 'organizzazione sorella' in Canada è l'Alliance Sanitaria Cattolica. Queste Associazioni riuniscono i leader della sanità cattolica per condividere le idee, lavorare in modo congiunto su varie tematiche, difendere i valori e le priorità della Chiesa a livello pubblico. Forniscono servizi di consulenza, programmi educativi, pubblicazioni e strumenti online rivolti ad aree strategiche della missione, dell'etica, della formazione della leadership, del patrocinio e della difesa dei diritti. I vescovi scrivono spesso articoli sulle riviste specializzate del settore. Il presidente dell'Associazione Sanitaria Cattolica è anche consulente del Gruppo di lavoro sulla Sanità. La Conferenza Episcopale può contare sulla collaborazione di un vescovo che serve da legame tra la Conferenza stessa e l'Associazione Sanitaria Cattolica. In Canada, un vescovo nominato dalla Conferenza Episcopale Canadese fa par-

te del Consiglio Direttivo dell'Alliance Sanitaria Cattolica.

Tutte le strutture sanitarie cattoliche degli Stati Uniti si rifanno alle Direttive Etiche e Religiose per i Servizi Sanitari Cattolici (*Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*) della Conferenza Episcopale Statunitense. Queste Direttive affermano che: "gli standard etici di comportamento nel campo della salute derivano dal Magistero della Chiesa sulla dignità della persona umana" e "forniscono un'autorevole guida su determinate questioni che la Chiesa di oggi è chiamata ad affrontare". "Le Direttive promuovono e proteggono le verità della fede cattolica, che sono alla base degli argomenti concreti riguardanti la salute" (cfr. *Introduzione*). Le direttive promuovono e salvaguardano le verità della fede cattolica, ogniquale volta queste verità sono chiamate in causa per argomenti concreti in campo sanitario. Tali Direttive sono suddivise in sei parti: la Responsabilità Sociale dei Servizi Sanitari Cattolici; la Responsabilità Pastorale e Spirituale della Sanità Cattolica; I Rapporti tra operatori professionali e pazienti; Questioni riguardanti l'inizio della vita; Questioni riguardanti i malati gravi e i morenti; e infine la Costituzione di nuove partnership con organizzazioni sanitarie. Grazie a queste Direttive, i Vescovi esercitano il loro ruolo educativo e di guida nei confronti delle istituzioni e dei servizi sanitari cattolici.

Simile per importanza alle Direttive Etiche e Religiose per gli Stati Uniti, è la Guida Etica alla Salute (*Health Ethics Guide*) in Canada, usata da tutte le organizzazioni sanitarie cattoliche del Paese. La Guida è realizzata dall'Alliance Sanitaria Cattolica Canadese, in collaborazione con quella Conferenza Episcopale. Quest'ultima procede alla revisione della Guida,

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

che viene pubblicata dopo aver ricevuto il *nihil obstat* e l'*imprimatur* della Conferenza Episcopale. Esiste uno stretto rapporto di lavoro tra la Alliance e la Commissione per la Dottrina della Conferenza Episcopale Canadese.

Le Direttive Etiche e Religiose negli Stati Uniti e la Guida Etica alla Salute in Canada forniscono un orientamento sull'attenzione spirituale e pastorale dei pazienti o dei residenti nelle strutture sanitarie cattoliche. L'attenzione pastorale è considerata fondamentale nella missione della sanità cattolica e nel suo ministero sanante.

I Vescovi hanno anche il compito di garantire l'attenzione spirituale e pastorale per i cattolici nelle strutture sanitarie non cattoliche. Negli Stati Uniti, l'Associazione Nazionale dei Cappellani Cattolici è un'organizzazione che si occupa di formare, abilitare e supportare i cappellani e gli agenti di pastorale che svolgono il ministero sanante nel Paese. Questa associazione ha un Consiglio Consultivo Episcopale formato dai vescovi in rappresentanza delle regioni della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti. È presente anche un vescovo che funge da "legame episcopale ufficiale" tra la Conferenza Episcopale degli Stati Uniti e l'Associazione Nazionale dei Cappellani Cattolici. Negli ultimi vent'anni, negli USA abbiamo riscontrato un forte aumento di laici impegnati come agenti di pastorale della salute; infatti circa la metà dei membri dell'Associazione Nazionale dei Cappellani Cattolici sono laici, uomini e donne. Prima di poter esercitare il loro ministero, però, devono avere l'approvazione formale del proprio vescovo. Tutti ricevono una formazione specifica per questo ministero, e devono aderire alle Direttive Etiche e Religiose della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti. Sebbene in Canada non ci sia un'associazione di cappellani cattolici, la Alliance Sanitaria Cattolica del Canada opera molto da vicino con l'Associazione Canadese per l'Attenzione Spirituale, un'organizzazione multireligiosa responsabile per la formazione professionale, l'abilitazione e il sostegno alle persone impegnate nel campo della pastorale.

L'aumento dei laici impegnati in questo ministero non ha certamente diminuito l'importanza del ministero svolto dai sacerdoti nella pastorale della salute. Negli Stati Uniti e in Canada ci sono ancora centinaia di sacerdoti che svolgono le funzioni di cappellani nelle strutture sanitarie. I pastori sono altresì responsabili dell'attenzione spirituale e pastorale dei loro parrocchiani che sono ricoverati in ospedale, oppure costretti a casa o ancora che vivono in strutture di lunga degenza. La maggior parte dei parrocchiani possono contare su un ministero pastorale bene organizzato, che comprende la cura sacramentale da parte dei sacerdoti, in particolare l'Unzione degli Infermi, così come il portare la Santa Comunione ai malati e a quanti sono costretti a casa da parte di sacerdoti, diaconi e ministri straordinari dell'Eucarestia. Visto il numero crescente di parrocchie, negli Stati Uniti e in Canada, l'idea di un "infermiere della parrocchia" è un'altra dimensione importante del ministero sanante nell'ambito della parrocchia. Molte diocesi forniscono una formazione continua ai cappellani e agli agenti di pastorale, attraverso le associazioni diocesane.

La pastorale degli operatori sanitari, compresa la loro formazione morale e spirituale, nel Nord America avviene in vari modi. Negli Stati Uniti e in Canada esiste un'organizzazione di medici cattolici, l'Associazione Medici Cattolici, che supporta i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari, nel loro percorso professionale e spirituale. Questa associazione, attraverso dei gruppi locali negli Stati Uniti e in Canada, assiste i medici e gli altri operatori sanitari a "mantenere i principi della fede cattolica nella scienza e nella pratica della medicina". Molti gruppi tengono seminari, ritiri e Messe annuali. L'Associazione Medici Cattolici ospita ogni anno una conferenza sulla formazione e pubblica una rivista ufficiale incentrata sull'etica medica.

La Chiesa in Nord America deve affrontare molte sfide, soprattutto guardando al futuro, che provengono da una società sempre più secolarizzata. La Chiesa e il ministero sanante cattolico continuano

a testimoniare la santità della vita dal momento del concepimento fino alla morte naturale, in una cultura che ha visto l'erosione, negli ultimi decenni, del rispetto della vita per i bambini non ancora nati, mentre nel contempo è sempre più minacciata la vita dei malati terminali e dei morenti. La Chiesa in Nord America è una voce forte nella promozione e nella difesa della sacralità della vita umana, e nella tutela della sanità cattolica di fronte alle crescenti minacce rivolte alla nostra libertà religiosa e alla nostra libertà di fornire assistenza e cure seguendo gli insegnamenti morali della Chiesa.

La Chiesa si è poi battuta strenuamente nella società per il diritto ad un'assistenza sanitaria di qualità, e che fosse accessibile a tutti, in particolare ai poveri, alle persone senza assicurazione o con un'assicurazione insufficiente, agli immigrati e ad altre fasce vulnerabili della popolazione. In un dibattito politico infuocato e spesso molto controverso, come quello degli Stati Uniti, riguardo la politica sanitaria, la Chiesa è stata coerente nel difendere la santità della vita e per un sistema sanitario giusto, che sia alla portata di tutti. A livello interno, la Chiesa continua ad affrontare la sfida di mantenere la sanità cattolica in un ambiente economico difficile. In alcuni luoghi, si è resa indispensabile la partnership con altre istituzioni e servizi non cattolici. Oltre ai vantaggi economici derivati da queste partnership, abbiamo potuto constatare che ci sono stati dei benefici anche per le strutture non cattoliche, che hanno sospeso gli aborti ed altre pratiche immorali che sono proibiti se sono in partnership con un ospedale cattolico. Allo stesso tempo, queste partnership possono presentare delle sfide importanti per la salvaguardia dell'identità cattolica dei nostri servizi e istituzioni cattolici, e per garantire che non si realizzi una cooperazione di tipo illecito, con risultati riprovevoli. Questo campo richiede una vigilanza permanente, per assicurare che tali partnership siano sempre aderenti alle Direttive Etiche e Religiose della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti.

Grazie per la vostra attenzione. ■

4. Organizzazione della Pastorale della Salute in Burkina Faso*

S.E. MONS. JUSTIN KIENTEGA
Vescovo di Ouahigouya e
Vescovo Incaricato
per la Pastorale della Salute
in Burkina Faso

Introduzione

Gli indicatori delle politiche sanitarie mostrano che i Paesi africani del sud Sahara vivono gravi problemi. Le lamentazioni del salmista sembrano essere sulle labbra dei nostri malati: “*Da dove mi verrà l’aiuto?*” (Sal 121, 1).

Ben presto, per vocazione e per missione, la Chiesa-Famiglia del Burkina-Niger ne è coinvolta, perché è dell’Uomo che si tratta. In effetti, l’arrivo dei Missionari d’Africa (Padri Bianchi) ha visto la nascita delle prime postazioni sanitarie e scuole. Essi hanno integrato la promozione sociale nella pastorale d’insieme. Gli evangelizzatori cercavano più di salvare umanamente, socialmente e religiosamente che di formare delle comunità o fondare una Chiesa¹.

In questa breve presentazione, desidero semplicemente rispondere alla seguente domanda: che tipo d’organizzazione la Chiesa-Famiglia di Dio del Burkina ha istituito per rispondere ai bisogni sanitari degli uomini e delle donne di questo Paese?

1. La realtà sul campo

Secondo l’auspicio dei vescovi, nel 2002 fu istituita una Commissione Episcopale al fine di coordinare le azioni sul campo, formare il personale, migliorare la qualità delle prestazioni e soprattutto assicurare la testimonianza della fe-

de cristiana attraverso la cura dei malati. Furono così create quattro sotto-commissioni:

La Sotto-commissione delle strutture sanitarie private cattoliche

La Chiesa cattolica gestisce 96 strutture sanitarie ripartite nelle 13 diocesi del paese. Esse sono raggruppate in un’Associazione (Associazione delle strutture sanitarie private cattoliche del Burkina Faso) riconosciuta dallo Stato. Queste strutture sanitarie sono nelle regioni più povere.

La tipologia delle strutture sanitarie cattoliche è varia: postazioni di cure primarie, centri di recupero nutrizionale per i bambini, centri medici con postazione chirurgica, centri di riabilitazione per i portatori di handicap, orfanotrofi, depositi farmaceutici e centri d’accoglienza per i bisognosi e per i malati di AIDS.

Nella tabella che segue troviamo la ripartizione delle strutture per diocesi e per tipologia:

In questi centri lavorano 908 persone, di cui 107 tra religiosi/religiose e sacerdoti (il 12% sono religiosi consacrati).

Ogni mese passano in queste strutture più di 53.000 malati, il che corrisponde a circa 640.000 malati l’anno, cioè il 7% della popolazione totale.

La Sotto-commissione per la cappellania ospedaliera per l’assistenza multiforme dei malati

La maggior parte delle diocesi si sono impegnate a nominare dei cappellani per l’assistenza spirituale dei malati e per l’accompagnamento dei familiari e del personale sanitario. Di fronte alla sfida della formazione dei cappellani, abbiamo messo in atto un sistema di formazione per corrispondenza. Date le distanze e la mancanza di mezzi finanziari della Commissione episcopale da noi animata, il segretario della Commissione prepara e invia ai vari cappellani i moduli di formazione

	Cma	Cm	Csps	Cren	Handic.	Orph.	Depôt	Acc.	Opht.	Totale
Ouaga	1	1	10		1	1	1	3		18
Manga				1			1			2
Koudoug.	1		4	10	1		1			17
Ouahig.		1	1							2
Koupela		1			4	1			1	7
Fada		1	2	2	2		2			9
Dori					1					1
Kaya			1	3	1		1			6
Dedoug.			1	3	1					5
Nouna			1		2		1		1	5
Bobo			3		3		3			9
Banfora					1			1		2
Diebouougou			1	2	4	1	5			13
Totale	2	4	24	21	21	3	15	4	2	96

*Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

e alla fine dell'anno noi valutiamo il livello di apprendimento del contenuto proposto.

La Sotto-commissione cattolica di lotta contro l'AIDS

Questa Sotto-commissione è molto ben organizzata dal livello nazionale fino alla base nelle parrocchie e nelle comunità ecclesiali di base. È animata dal Comitato Nazionale Cattolico di Lotta contro l'AIDS (CNCLS). È l'Associazione ad organizzare e animare con i suoi vari rami la Giornata Internazionale di Lotta contro l'AIDS del 1° dicembre di ogni anno.

Attualmente essa è membro dell'Unione dei Religiosi e Capi villaggio del Burkina (URCB), che opera per la presa in carico dei malati di AIDS, la lotta contro la tubercolosi e la malaria. La Chiesa cattolica, così come le altre confessioni religiose (musulmani, protestanti e capi villaggio), ha i suoi rappresentanti a livello del coordinamento nazionale e di quelli regionali, della divisione amministrativa del Burkina. In quanto partner dello Stato, l'Unione riceve parte dei fondi del Fondo Mondiale di lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria.

La Sotto-commissione etica

Istituita grazie agli sforzi del Professor Jacques Simporé M.I., religioso camilliano, organizza congressi su temi di sensibilizzazione legati alle sfide poste dai problemi etici della società del Burkina. È ora al suo secondo Congresso (svoltosi dal 4 al 6 ottobre 2007) e produce articoli nel senso di far prendere sempre coscienza al pubblico delle poste in gioco etiche e rivelargli la visione della Chiesa cattolica.

Le religiose nel servizio sanitario hanno una loro organizzazione (Fraternità delle Religiose professioniste sanitarie del Burkina Faso: FREPSAB) che funziona abbastanza bene a livello nazionale, regionale e diocesano. Essa mira alla formazione e alla condivisione delle esperienze tra i membri.

Un'organizzazione che sta partendo lentamente è quella dei Medici e Farmacisti cattolici. Una conferenza svoltasi nel 2008 ne

ha gettato le basi ed ha suscitato grande interesse tra i partecipanti. Noi speriamo che la sua realizzazione prevista a livello diocesano e nazionale sarà una forza di testimonianza per il personale curante cristiano.

In occasione della celebrazione del 75° anniversario dell'evangelizzazione, i vescovi hanno voluto incoraggiare l'impegno missionario dei laici, aiutandoli ad organizzarsi meglio². Questo appello ha trovato eco favorevole a livello sanitario, tanto che abbiamo assistito alla nascita di un certo numero di Associazioni a carattere socio-sanitario che hanno canalizzato lo zelo missionario di molti cristiani: la Legione di Maria, i CPAM (Consigli Parrocchiali di Accompagnamento dei Malati), gli Amici dei malati, Fiaccola di carità, Associazione Tobia, ecc. Essi collaborano con le cappellanie ospedaliere e delle strutture sanitarie per visitare i malati, tanto a domicilio quanto nelle strutture sanitarie.

2. Le sfide

Siamo consapevoli che al giorno d'oggi siamo chiamati a compiere altri passi organizzativi e di formazione se vogliamo che la Parola di Cristo, Medico delle anime e dei corpi, si realizzi nella Chiesa-Famiglia del Burkina-Niger: *"Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza"* (Gv 10,10).

A questo proposito siamo felici che Papa Benedetto XVI, durante il suo primo viaggio in Africa dal 17 al 23 marzo 2009, abbia trovato le parole giuste per chiederci di occuparci della questione sanitaria. In effetti, lodando l'operato della Chiesa, il Papa aveva auspicato che la sua azione sia ancor più visibile nell'educazione alla salute di base³.

Ciò vuol dire che per quanto riguarda l'organizzazione della pastorale dei servizi sanitari il Burkina Faso ha delle sfide importanti da affrontare. Vorrei citarne rapidamente cinque:

1ª sfida: la pastorale della salute e la realtà culturale

Malgrado alcuni difetti, la sa-

lute nel Burkina Faso presenta aspetti notevoli in materia di cura e assistenza ai malati⁴. Per questo, la gente non dovrebbe fermarsi ai servizi poiché i servizi socio-sanitari offerti dalla Chiesa non devono tendere soltanto ad un obiettivo pratico ma devono anche cercare di riconvertire una mentalità sulla salute, sulla sofferenza, la vita e la morte. La questione poi della scelta tra medicina moderna e farmacopea tradizionale relega la medicina moderna in secondo piano.

2ª sfida: una pastorale della salute attenta ai segni dei tempi

È la classe povera della società a frequentare le nostre strutture sanitarie. Ciò esige che noi offriamo cure sanitarie di qualità ai poveri chiedendo loro un modesto contributo senza dimenticare la difficoltà per alcuni di poter pagare le spese di consultazione o di esami biomedici. Così, l'AIDS continua a creare poveri, orfani, vedove e abbandonati. Mancano in maniera cruciale delle strutture di cura per i malati mentali.

Le parole di San Paolo potrebbero fare eco a questa sfida: *"Dio non ci ha dato uno spirito di paura, ma di forza, di amore e di disciplina"* (2 Tim 1,7).

3ª sfida: la collaborazione con lo Stato

Considerando, da una parte, la missione della Chiesa che è quella di essere al servizio dell'uomo e di ogni uomo, e dall'altra, dato il ruolo pionieristico della Chiesa nell'offerta di cure sanitarie nel nostro paese, lo Stato accetta di sostenere l'azione della Chiesa assegnando suoi operatori nelle strutture sanitarie cattoliche e assicurandone la presa in carico finanziaria.

Papa Giovanni Paolo II affermava che *"le opere sociali cattoliche... non sono mera supplenza di provvisorie carenze dello Stato, né tanto meno concorrenza nei suoi confronti, ma espressione originaria e creativa della fecondità dell'amore cristiano"*⁵. Nella pratica, la strada da percorrere oggi per raggiungere questo obiettivo conosce ancora numerose difficoltà: conflitti a livello d'etica medica, conflitti a livello di applicazione

delle convenzioni che alcuni istituti religiosi hanno con lo Stato, conflitti nella formazione dei nostri operatori nelle scuole sanitarie statali, impegno degli operatori assegnati dallo Stato nelle nostre strutture sanitarie, secondo la nostra visione del malato e il suo servizio nell'abnegazione, ecc.

4ª sfida: la mancanza di formazione adeguata in pastorale della salute

Bisogna dubitare del successo di ogni pastorale quando la formazione del popolo cristiano e delle sue guide è carente⁶. Per questo contiamo di colmare questa lacuna grazie al centro di formazione dei Padri Camilliani di Ouagadougou. Lodiamo lo sforzo delle diocesi che hanno già inviato o stanno per inviare sacerdoti a specializzarsi in teologia pastorale della salute al Camillianum di Roma.

5ª sfida: la pastorale della salute e la realtà economica

Notiamo in primo luogo che le sfide economiche sono immense. La povertà degli Stati dell'Africa Sub-sahariana di cui il Burkina Faso fa parte, le difficoltà di mantenimento delle strutture esistenti,

in particolare per quanto riguarda gli edifici, le difficoltà di pagamento a livello delle strutture sanitarie cattoliche i cui dipendenti sono laici, il costo elevato del materiale di lavoro, la mancanza di benefattori occidentali, la diminuita generosità delle ONG e degli organismi sono tutte sfide economiche serie. È necessario pertanto ritrovare l'equilibrio finanziario al livello delle strutture sanitarie cattoliche per poter arrivare ad autofinanziarsi poiché, come dice un proverbio della savana, *"chi è sdraiato sul tappeto altrui è sdraiato per terra"*.

Conclusione

La nostra giovane Chiesa del Burkina, che ha ricevuto la Buona Novella del Vangelo nel 1900, ha saputo leggere i segni dei tempi per rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni dall'arrivo dei primi missionari. Essa è sempre consapevole del fatto che devono essere cercate vie molteplici e devono essere effettuati sforzi oltre a quelli che abbiamo presentato. Essa non potrebbe farlo se non potesse contare su ognuno dei suoi figli e figlie e senza

il sostegno di persone o istituzioni di buona volontà. Il quadro di consultazione nel quale oggi viviamo, ci aprirà cammini nuovi e proficui per la nostra missione di compassione. Ringraziamo il Dicastero per questa bella iniziativa, e speriamo che ce ne siano altre affinché, pastori e gregge, possiamo essere una Chiesa che riceve la vita dal suo Maestro e Medico per eccellenza per offrirla a tutti in abbondanza.

Vi ringrazio. ■

Note

¹ SANON A., *Préface*, SANDWIDÉ É. C., *Histoire de l'Église au Burkina Faso, tradition, receptio et re-expressio: 1899-1979*, N. Domenici - Pécheux, Rome 1999, p. VI.

² Cfr. ÉVÊQUES DE HAUTE-VOLTA, *Option pour un nouveau départ*, dans "Fidélité et Renouveau" (juillet 1977) n. 104, p. 3; ARCHEVÊCHÉ DE OUAGADOUGOU, *Enseignement socio-politique du cardinal Paul Zoungana*, Archevêché, Ouagadougou 2004, p. 135.

³ Cfr. BADILLA L. - MAINOLDI L., *Benedetto XVI. XI° pellegrinaggio apostolico internazionale 2009 (Camerun-Angola)*, in "SeDoc - Agenzia Fides n.sp." (17-23 marzo 2009), p. 69.

⁴ J. KI ZERBO, *Charisme camillien et culture africaine*, in «Fidélité et Renouveau» (1982) n. 122, pp. 25-37.

⁵ Discorso a Loreto, 11 aprile 1985.

⁶ KINKUPU L. S., *Les défis de l'évangélisation dans l'Afrique contemporaine*, Karthala, Paris 2005, p. 76.

5. L'organizzazione della Pastorale della Salute in Africa. Il caso del Burundi*

**S.E. MONS. JOACHIM
NTAHONDEREYE**

*Vescovo di Muyinga
Presidente della Commissione
Episcopale per gli Affari
Economici e Sociali,
Burundi*

Introduzione

Quando invia i suoi apostoli a proclamare che il Regno dei cieli è vicino, come testimonia il Vangelo di Matteo, Gesù indica loro, da una parte, che questa missione implica anche la realizzazione di opere quali la guarigione dei malati, la resurrezione dei morti, la purificazione dei lebbrosi e la cacciata dei demoni (Mt 10,7-8). Dall'altra, non nasconde che li sta inviando in un mondo ostile in cui dovranno "essere prudenti come i serpenti e semplici come le colombe" perché la loro missione abbia successo (Mt 10,16).

Fin dal momento in cui si è stabilita in Burundi, la Chiesa ha voluto obbedire a questo mandato del Signore. Nel proclamare la Buona Novella, essa non ha mancato di illustrare la vicinanza del Regno di Dio cercando, tra l'altro, di rispondere il più possibile ai bisogni delle popolazioni in materia di salute. Oggi come ieri, la sua pastorale in questo ambito si ispira alla preoccupazione di conformarsi alla volontà del Signore e si svolge nell'attenzione alle esigenze della realtà. Pertanto il mio intervento inizierà con un rapido colpo d'occhio sul contesto socio-amministrativo in cui questa pastorale si organizza e si realizza. Successivamente cercherò di delinearne il profilo attuale e in seguito evidenziare le sfide più importanti che deve affrontare e ciò che intendiamo fare per affrontarle.

Il contesto socio-amministrativo in cui si iscrive la Pastorale della Salute della Chiesa in Burundi

La Chiesa in Burundi è chiamata a svolgere il proprio ruolo pastorale in materia di salute in un contesto caratterizzato in particolare da:

- Un carico significativo di morbidità e di mortalità legate alle malattie trasmissibili, in particolare all'HIV/AIDS e alla malaria;
- Il sottosviluppo del Paese e l'estrema povertà della popolazione, di cui si dà semplicemente colpa ad una demografia galoppante come causa principale;
- Medicalizzazione del problema demografico e imposizione non dichiarata della contraccezione, sotto la spinta totalitaria di donatori guadagnati all'ideologia antinatalista della nuova etica mondiale;
- Riforma del sistema sanitario pubblico per un maggiore accesso della popolazione alle cure mediche, l'efficienza dei servizi e la partecipazione della comunità a cui sono destinati.

Si noti, inoltre, che nel marzo 2009 la Commissione Episcopale per gli Affari Economici e Sociali ha firmato con il Ministero per la Salute Pubblica e la Lotta contro l'AIDS un accordo di cooperazione denominato "Accordo specifico di collaborazione nel campo della salute" che, teoricamente, regola i rapporti di collaborazione tra Chiesa e Stato in materia di salute¹. Purtroppo, questa convenzione soffre di molte violazioni a cui è difficile porre rimedio in quanto il Comitato misto permanente previsto dall'Accordo non è stato mai attuato.

Questi sono i principali elementi del contesto in cui si esercita la pastorale della salute della Chiesa in Burundi e da cui, quindi, emergono le sfide che deve affrontare.

La Pastorale della Salute in Burundi oggi

L'azione della Chiesa nel campo della salute in Burundi è di due ordini e si svolge su due livelli differenti. È anzitutto spirituale e religiosa come conviene alla missione propria della Chiesa. E, come tale, si esercita giustamente nel prendersi cura religiosamente e spiritualmente dei pazienti a casa o in ospedale. Ma è anche d'ordine tecnico e professionale in quanto si occupa della creazione e della gestione delle istituzioni sanitarie. D'altro canto, essa si svolge anzitutto a livello di ogni diocesi come Chiesa locale e poi a livello della Conferenza Episcopale per sostenere e coordinare le attività svolte nelle diocesi.

L'accompagnamento religioso e spirituale dei pazienti, nonché la loro cura, hanno luogo a livello di ciascuna diocesi. È qui che si organizzano i servizi della cappellania di assistenza sanitaria e l'impegno delle parrocchie e delle comunità ecclesiali di base in questo apostolato. Ma è qui anche che vengono svolti i servizi professionali delle istituzioni sanitarie appartenenti alle diocesi stesse o di proprietà degli Istituti di Vita Consacrata. Tocca quindi ad ogni diocesi provvedere al necessario ministero di supervisione e accompagnamento pastorale del lavoro di queste istituzioni.

Desiderosi di aiutarsi vicendevolmente nel compiere il loro dovere di vigilanza pastorale nell'ambito della salute, i Vescovi hanno creato, al livello della loro Conferenza, un servizio di promozione della salute. Questo servizio, che è sotto la supervisione della Commissione Episcopale per gli Affari Economici e Sociali, è incluso nei servizi del Segretariato esecutivo della Caritas nazionale. Il suo compito è quello di seguire da vicino gli sviluppi della situazione sanitaria del Paese, di studiarne le problematiche per in-

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

formare la Conferenza dei Vescovi sulle varie questioni in gioco, aiutandola così ad intraprendere le misure pastorali necessarie. Purtroppo, non si è ancora arrivati a dotarlo di personale sufficientemente competente affinché possa svolgere adeguatamente questo compito.

Fino ad oggi, il servizio si è limitato ad offrire alle varie istituzioni sanitarie della Chiesa il supporto tecnico e logistico di cui hanno spesso bisogno a Bujumbura, la capitale. D'altra parte, esso coordina in particolare le loro attività di cui devono rendere conto al Ministero per la Salute Pubblica o che richiedono di consultarlo. Funziona così da canale per mantenere il rapporto con lo Stato, sia per le istituzioni e i servizi diocesani di promozione della salute che li coordinano, rispettivamente, sia per la Conferenza dei Vescovi, per quanto riguarda l'azione della Chiesa in materia di salute.

Ma si deve riconoscere che il supporto di questo servizio alle istituzioni sanitarie mostra una lacuna che va colmata al più presto, vale a dire la mancanza di un accompagnamento pastorale, spirituale e morale dei professionisti che vi lavorano. Questo ovviamente richiederà una riorganizzazione del servizio per arricchirlo di persone in grado di contribuire alla realizzazione di questo compito tanto importante al giorno d'oggi.

Per ora, ecco come si presenta la struttura organizzativa attraverso la quale la Chiesa in Burundi esercita la pastorale della salute.

A livello centrale, essa dispone del **Servizio di Promozione della Salute** diretto e supervisionato da **CED-CARITAS BURUNDI**, delegato permanente della Commissione Episcopale per gli Affari Economici e Sociali. **A livello intermedio**, si basa su un servizio analogo diretto e supervisionato all'interno di ciascuna delle 8 Organizzazioni Diocesane per lo Sviluppo (*Organisations Diocésaines pour le Développement - ODD*). **A livello operativo di base**, conta 11 ospedali, 70 centri sanitari, 72 Centri di rilevazione volontari dell'HIV/AIDS e 71 luoghi di prevenzione della trasmissione dell'HIV dalla madre al figlio.

Nella mappa illustrativa a fianco sono contrassegnati i Centri sanitari e gli ospedali. Purtroppo di questi

ultimi ne compaiono solo 4 quando in realtà il loro numero è pari a 11. Gli altri sette sono rispettivamente a Songa, Ntita e Mutoyi nell'Arcidiocesi di Gitega, a Gihanga nella diocesi di Bubanza, a Jenda nell'arcidiocesi di Bujumbura, a Mivo nella diocesi di Ngozi e a Musongati nella diocesi di Rutana.

Anche se attualmente il Governo e le comunità locali stanno creando numerose strutture sanitarie, il loro numero è ancora insufficiente se si tiene conto della densità della popolazione e dei bisogni in campo sanitario. Inoltre, il contrasto nella qualità delle prestazioni che si nota in favore delle unità sanitarie della Chiesa rispetto a quelle dello Stato basta a far comprendere che essa le moltiplicherebbe se disponesse di mezzi. Ma prima di pensare ad erigere nuove infrastrutture per aumentare le istituzioni sanitarie, ci sono molte altre difficoltà da sormontare.

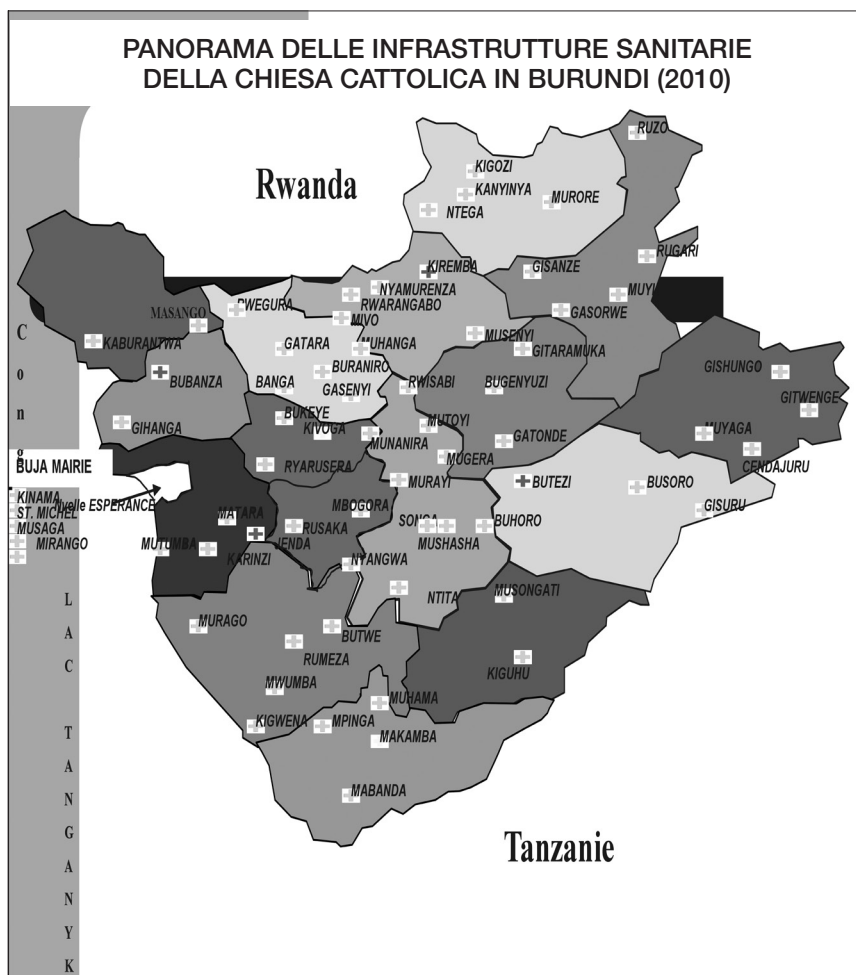
Le sfide da raccogliere

La prima sfida è trovare i mezzi necessari per far funzionare le strut-

ture sanitarie già esistenti. E questo, mentre gli aiuti esterni su cui contava in passato diminuiscono di anno in anno mentre la generazione delle risorse interne è ostacolata non solo dalle privazioni economiche dei suoi membri, ma anche dalla mentalità attendista che questi hanno ereditato dal paternalismo dei nostri primi evangelizzatori.

Inoltre la Chiesa deve raccogliere la sfida dell'esigenza sempre più pressante di conformare il funzionamento di queste istituzioni alle norme strutturali e gestionali sviluppate altrove, secondo criteri che non tengono conto delle nostre realtà socio-culturali, e ancor meno delle esigenze spirituali, religiose e morali della nostra fede cristiana. Corredate dal ricatto finanziario inerente al sistema della remunerazione dei servizi in base alla performance, queste norme rendono problematica non solo la collaborazione con lo Stato che le impone, ma anche con alcune delle nostre istituzioni sanitarie, preoccupate di coprire le spese a scapito della coerenza morale.

C'è poi la sfida legata alla medicalizzazione² del problema de-



mografico, in virtù della quale la questione della pianificazione familiare è trattata dal punto di vista “della salute e dei diritti riproduttivi”³. Anche il Ministero per la Salute e la Lotta contro l’HIV/AIDS ha creato al suo interno un nuovo organismo denominato “Dipartimento della Salute della Riproduzione” incaricato proprio di promuovere programmi di contraccezione, sotto la guida del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA).

La sfida da raccogliere consiste nel fatto che il Dipartimento cerca di far rispettare questi programmi da parte di tutte le strutture sanitarie, tanto quelle pubbliche quanto quelle private e autorizzate come le nostre. La strategia di attuazione è l’integrazione dell’offerta allettante di un finanziamento basato sulle prestazioni e sul rimborso delle spese relative alle cure gratuite obbligatorie prescritte dallo Stato per le donne incinte e i bambini sotto i 5 anni. Tali costi non sono rimborsati direttamente secondo le attività mediche avviate, ma per compensazione, in base ad indicatori della misurazione della performance utilizzati dal Ministero. Tuttavia, queste non comprendono la prestazione dei farmaci e dei test di laboratorio che costituiscono il grosso delle azioni effettuate dalle nostre strutture sanitarie.

Inoltre, a motivo della pianificazione familiare, il sistema di finanziamento attualmente in vigore remunera unicamente gli indicatori della prestazione relativa alla contraccettione artificiale. Le nostre strutture sanitarie ne sono indirettamente discriminate in quanto i metodi naturali con cui possono dare il loro contributo in questo settore vengono ingiustamente censurati come inefficaci o impossibili. Bisogna poi sottolineare che esse sono costantemente sotto la pressione di un ricatto sia a livello psico-sociale sia finanziario per coinvolgerle a tutti i costi nella promozione dell’uso dei metodi contraccettivi artificiali. Lo specifico accordo di collaborazione firmato con la Commissione Episcopale per gli Affari Economici e Sociali subisce così una violazione appena appena velata. Cosa fare allora per aiutare le nostre istituzioni sanitarie a raccogliere questa e le altre sfide? È esat-

tamente questa la domanda a cui deve rispondere la nostra pastorale della salute.

Quale conclusione per la pastorale di domani?

Nel contesto della riforma del sistema sanitario attualmente in corso in Burundi, è urgente riorganizzare la struttura e le modalità di funzionamento del Servizio di Promozione della Salute creato dalla nostra Conferenza Episcopale. È necessario che tale servizio sia in grado di coordinare e supportare meglio non solo tecnicamente e professionalmente, ma anche e soprattutto dal punto di vista spirituale e morale, i servizi analoghi delle nostre diocesi e istituzioni sanitarie nelle loro rispettive giurisdizioni. È necessario creare una rete cattolica solidale e attiva per affrontare, con un’unica voce, le esigenze del dialogo permanente con il Ministero per la Salute Pubblica e la Lotta contro l’HIV/AIDS al fine di promuovere una collaborazione rispettosa delle nostre convinzioni morali.

Ma a questo scopo non è sufficiente aggiornare la struttura organizzativa del servizio, né diversificare e rafforzare le competenze del proprio personale. Avremo bisogno, in più, di garantirle il giusto approccio ai problemi sanitari e infonderle lo spirito necessario perché possa corrispondere davvero alla sua vocazione di strumento pastorale della nostra Chiesa. In comunione con la Chiesa universale, dovremo riuscire ad imprimere a questa struttura l’approccio integrale che tenga conto del fatto che “la malattia colpisce la persona nella sua integrità, e non solo una parte del corpo”⁴. È questa che può alimentare in essa la preoccupazione di un servizio che “abbraccia tutte le dimensioni della persona umana”⁵. Per quanto riguarda la spiritualità da coltivare, occorrerà che il Servizio di Promozione della Salute si armi di una consapevolezza viva e profonda di essere chiamato al servizio della vita e che sia disposto a promuovere il senso di questo servizio in ogni operatore sanitario⁶.

Lo stesso Servizio dovrà infine prestare particolare attenzione alla “medicalizzazione del problema demografico” e alla sua gravità nel

nostro Paese. Ciò con l’intenzione di far valere, presso le istituzioni sanitarie di sua competenza e il loro personale, l’insegnamento della Chiesa sulla procreazione responsabile e sulla questione demografica. In tal modo, dovrà in particolare prendere a cuore la raccomandazione di “suscitare convinzioni e di offrire aiuti concreti a quanti vogliono vivere la paternità e la maternità in modo veramente responsabile”⁷. In altre parole, il Servizio è chiamato a promuovere, da un lato, un approccio sereno alla questione della galoppante demografia del nostro Paese per liberare la mente dal panico di cui è invaso oggi e dalla manipolazione che ne consegue. Dall’altro, è sua responsabilità promuovere, a livello del coordinamento nazionale e delle varie diocesi, una pastorale familiare che integri la formazione e l’accompagnamento delle coppie in un uso efficace dei metodi naturali della regolazione delle nascite. Sarà anche necessario fare opera di advocacy presso gli organi decisionali del Ministero per la Salute Pubblica e la Lotta contro l’HIV/AIDS affinché questi metodi siano riconosciuti non soltanto come validi, ma anche come i soli che convengono alla dignità della persona umana. ■

Note

¹ Conformemente a tale accordo, “il Ministero si impegna a rispettare la missione e la Dottrina della Chiesa come pure la sua organizzazione amministrativa e finanziaria” vegliando nel contempo “alla qualità delle cure dispensate in tutte le strutture sanitarie della Chiesa conformemente alla politica sanitaria nazionale”. “La Commissione [quanto a lei] si impegna a lavorare nel rispetto delle leggi e dei regolamenti in vigore nel campo della salute, ad ispirarsi agli orientamenti della politica sanitaria nazionale, ad eseguire i programmi dello Stato in materia di salute preventiva, curativa e promozionale, e a collaborare ai programmi statali in conformità alla sua missione come determinato dalla Dottrina e dal Codice di Diritto Canonico”.

² Il concetto è preso in prestito da M. SCHOYANS, *La dérive totalitaire du libéralisme*, Mame, Paris 1995, p. 159.

³ Comunicato stampa in occasione della Conferenza Internazionale del Cairo su popolazione e sviluppo.

⁴ S. E. MONS. Z. ZIMOWSKI, Allocuzione all’apertura del Seminario “Etica della spiritualità della salute. Medicine tradizionali e complementari. Ricerche e nuovi orientamenti”, Roma, 20 ottobre 2009.

⁵ Ibidem.

⁶ Cfr. Carta degli Operatori sanitari, Introduzione.

⁷ *Familiaris Consortio*, n. 35

6. L'organizzazione della Pastorale della Salute nella Chiesa in India. Il contributo dei Vescovi incaricati della Pastorale della Salute*

**S.E. MONS. VINCENT
M. CONCESSAO**

*Vescovo incaricato,
Commissione per la Salute
Conferenza Episcopale
dell'India*

Introduzione

Dopo quello governativo, il sistema sanitario cattolico è il più grande dell'India, ed è presente in tutto il Paese. Attraverso la sua rete sanitaria, la Chiesa cattolica è impegnata in tutti e tre i livelli della salute, e cioè: assistenza sanitaria primaria/salute comunitaria, assistenza sanitaria secondaria e terziaria. Delle 5.524 strutture sanitarie cattoliche nel Paese, solo 788 sono ospedali. Il resto sono dispensari, centri sanitari, centri di riabilitazione, iniziative sanitarie non formali e così via¹. In altre parole, solo il 14% circa delle strutture sanitarie cattoliche sono impegnate nelle cure secondarie e terziarie, mentre l'86% circa sono impegnate nell'assistenza sanitaria di base, nella salute comunitaria e nei servizi di riabilitazione. Questo è significativo nel contesto indiano, dove la stragrande maggioranza della popolazione non può ricorrere all'assistenza sanitaria di base, per problemi di accessibilità economica. Così la Chiesa cattolica, attraverso la sua vasta rete di assistenza sanitaria, in particolare quella primaria e comunitaria, raggiunge chi non ha accesso alle cure e continua la missione sanante di Gesù Cristo, specialmente tra i poveri e gli emarginati.

**Conferenza Episcopale
dell'India (CBCI)²**

La CBCI, l'organizzazione permanente della gerarchia cattolica dell'India, è stata costituita durante la Conferenza dei Metropoliti tenutasi a Madras nel mese di settembre 1944. La CBCI è al servizio di 164 diocesi, 28 delle quali sono di rito siro-malabarese, 8 di rito siro-malankarese e 128 sono diocesi latine. La Chiesa cattolica in India è suddivisa in 13 regioni che funzionano attraverso i Consigli episcopali regionali, con un Vescovo Presidente, un Vescovo Segretario e un sacerdote Segretario.

A seguito della Lettera di Papa Giovanni Paolo II (1987) a tutti i Vescovi del Paese, la CBCI è il volto della Chiesa cattolica in India e si occupa di "questioni di interesse comune e di carattere nazionale e sopra-rituale" (Lettera di Papa Giovanni Paolo II). Oltre ad altri ruoli o funzioni, la Segreteria della CBCI rafforza e favorisce il rapporto tra le tre Chiese *sui iuris* come comunione; promuove la tutela sulle questioni nazionali; interviene presso il Governo, in collegamento con il governo centrale e i ministeri/dipartimenti del Centro; influenza politiche governative per la costruzione della Nazione e lo sviluppo dei popoli; è in collegamento con le altre Chiese cristiane (associate con il National Council of Churches-NCCI e l'Evangelical Fellowship of India-EFI attraverso il National United Christian Forum-NUCF), con associazioni della società civile, persone di altre religioni e con tutta la gente di buona volontà, per lavorare per la pace e l'armonia, la probità nella vita pub-

blica, la promozione dei diritti umani e i valori del Vangelo.

La CBCI opera attraverso i suoi cinque Centri/Istituti nazionali e 13 commissioni tra cui la Commissione per la Salute. A capo di ciascuna commissione c'è un Vescovo, coadiuvato da due Vescovi membri e da un Segretario.

Commissione per la Salute della CBCI³

Questa Commissione è stata istituita nel 1989 e funziona come organismo di coordinamento di tutte le istituzioni sanitarie della Chiesa in India. Essa costituisce il forum di discussione su questioni di vitale importanza nazionale relative alla salute e alla pianificazione di un'azione comune. Lo scopo è quello di ispirare e guidare tutti gli organismi sanitari secondo lo spirito dell'insegnamento, le pratiche e la tradizione cattoliche (Rapporto dell'incontro dell'organismo generale della CBCI, Pune, 1992). Il sito ufficiale della Commissione per la Salute della CBCI è cbcihealth.org.

Visione della Commissione per la Salute della CBCI: avendo ricevuto il mandato da Gesù Cristo, il Guaritore Divino, di garantire la vita nella sua pienezza, e ispirata dal suo amore compassionevole, la Chiesa cattolica in India pensa a una società sana, in cui le persone, specialmente i poveri e gli emarginati, raggiungano e mantengano il benessere olistico e vivano in armonia con il Creatore, con se stesse, gli uni con gli altri e con l'ambiente.

Missione della Commissione per la Salute della CBCI: fornire un'assistenza umanizzante consi-

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

derando la dignità della persona e le esigenze della società; assicurare un'assistenza sanitaria propositiva, preventiva, curativa e riabilitativa per tutti, in particolare per i poveri e gli emarginati attraverso la loro responsabilizzazione; impegnarsi nella mobilitazione sociale della comunità creando consapevolezza in materia di diritti, doveri e responsabilità legate a problemi sanitari.

Gli organismi sanitari cattolici dell'India ufficialmente riconosciuti dalla CBCI

Associazione sanitaria cattolica dell'India (*The Catholic Health Association of India - CHAI*). È stata fondata il 29 luglio 1943 dalla Dott.ssa Suor Mary Glowrey, JMJ, in collaborazione con altre 16 religiose, con l'intento di migliorare il livello dell'educazione sanitaria e promuovere i valori cattolici e l'opzione per i poveri.

La visione della CHAI⁴: la CHAI tiene alto il suo impegno di portare la "salute per tutti". Essa vede la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, e non semplicemente come l'assenza di malattie. Di conseguenza, immagina un'India in cui le persone abbiano assicurati aria, acqua e ambiente puliti; non soffrano di malattie prevenibili; siano in grado di gestire i loro bisogni sanitari; siano capaci di controllare le forze che provocano le affezioni; godano di dignità ed uguaglianza e abbiano voce nelle decisioni che le riguardano, indipendentemente da casta, credo, religione o condizione economica, e rispettino la vita umana, la mantengano e la coltivino affinché possa crescere in pienezza.

La missione della CHAI: promuovere la salute della comunità, intesa come processo di responsabilizzazione della gente, specialmente dei poveri e degli emarginati, affinché siano collettivamente responsabili nel raggiungere e mantenere la loro salute ed esigano la salute come un diritto, e garantire la disponibilità dell'assistenza sanitaria di adeguata qualità a costi ragionevoli.

Colpo d'occhio sui membri della CHAI al 3 marzo 2011⁵

N.	CATEGORIA	VITA	ANNUALE	TOTALE	%
1	Centri per la cura della lebbra	52	5	57	1,7
2	Centri sanitari -1 [0 letti]	1.196	177	1.373	41,4
3	Centri sanitari -2 [01 - 06 letti]	572	73	645	19,4
4	Centri sanitari -3 [07 - 10 letti]	150	20	170	5,1
5	Ospedali [11 - 25 letti]	215	19	234	7
6	Ospedali [26 - 50 letti]	154	17	171	5,1
7	Ospedali [51 - 75 letti]	29	6	35	1
8	Ospedali [76 - 100 letti]	28	6	34	1
9	Ospedali [101 letti e oltre]	54	12	66	1,9
10	Scuole di infermieristica	26	0	26	0,7
11	Società diocesane di servizio sociale	118	14	132	3,9
12	Società non diocesane di servizio sociale	40	16	56	1,6
13	Membri Associati	260	3	263	7,9
14	Membri individuali	40	12	52	1,7
	TOTALE	2.934	380	3.314	

Corporazione degli Infermieri cattolici dell'India (*Catholic Nurses Guild of India - CNGI*). La CNGI è stata costituita nel 1957. Il suo obiettivo principale è quello di "migliorare ed elevare la professione infermieristica nei suoi aspetti religiosi, apostolici, etici, sociali, culturali, economici e tecnici, ed essere lo strumento attraverso il quale gli infermieri cattolici possano parlare ed agire corporativamente in questioni di interesse comune alla loro professione". I membri dell'organizzazione sono circa 40.000. La sede è a Mumbai.

Forum delle religiose medico dell'India (*Sister Doctors Forum of India - SDFI*). L'ispirazione per organizzare un forum di religiose medico è sorta durante la valutazione del giubileo d'oro della CHAI. Alla fine, il Forum delle religiose medico dell'India è stato costituito nel 1993 nel corso della Convenzione Nazionale della CHAI a Kaloor, Ernakulam. Sino ad ora conta più di 600 membri, che lavorano per i poveri delle zone rurali ed urbane come religiose medico. Il SDFI è stato formalmente registrato come entità giuridica separata nel 2009.

La coalizione della CBCI per l'AIDS e le malattie collegate

(CBCI-CARD): Considerando la necessità di una maggiore cooperazione tra la salute e il settore dello sviluppo della rete cattolica in India, e per facilitare la cooperazione con lo Stato (Governo dell'India), il 10 luglio 2009 la CBCI-CARD è stata registrata come società separata sotto l'egida della CBCI presso il registro delle società, a Nuova Delhi.

I seguenti membri costituiscono, nella loro capacità istituzionale, il Consiglio di Amministrazione della CBCI-CARD. **Presidente:** Presidente della Commissione per la Salute della CBCI; **Vice Presidente:** Segretario generale della CBCI; **Segretario:** Segretario della Commissione per la Salute della CBCI; **Tesoriere:** Direttore esecutivo di Caritas India; **Altri membri:** Vice Segretario Generale della CBCI; Presidente di Caritas India; Presidente del "Saint John Medical College and Hospital"; Direttore del Saint John Medical College and Hospital; Presidente/Rappresentante dell'Associazione sanitaria cattolica dell'India (CHAI); Presidente/Rappresentante del Forum delle religiose medico dell'India (SDFI); Presidente/Rappresentante della Coalizione infermieri cattolici dell'India (GESCI).

L'organizzazione della Pastorale della Salute nella Chiesa in India

A causa della scarsità, nella maggior parte degli ospedali in India, di cappellani a tempo pieno formati a questo fine, gran parte della pastorale non viene svolta da cappellani, ma dal personale infermieristico e dai volontari, che accompagnano coloro che sono preoccupati o in difficoltà e semplicemente li ascoltano con un atteggiamento che non giudica. Il più delle volte sembra che il peso principale della pastorale ricada sulla persona più vicina alla situazione, che ha tempo sufficiente per ascoltare e un certo tipo di autorità per attuare un cambiamento.

Ovunque vi sia disponibilità di cappellani, è fornita una pastorale diretta ai pazienti, soprattutto quando un paziente non è collegato con il team infermieristico e i volontari. Come rappresentanti di Dio, essi offrono ai malati e ai sofferenti speranza, libertà dalla colpa e dalla paura, accettazione della malattia e della sofferenza, riconciliazione e pace. Tuttavia, nella maggior parte dei casi il ruolo fondamentale dei cappellani è molto più di una pastorale diretta per i pazienti, cioè quello di sostenere e responsabilizzare gli infermieri, il resto del personale e i volontari che svolgono il ruolo primario della cura pastorale, come persone che lavorano in un ambiente stimolante.

Oltre alla pastorale della salute, il personale sanitario della rete cattolica in India è anche direttamente o indirettamente coinvolto nella pastorale dei malati e dei sofferenti. Ciò avviene attraverso la preghiera informale, la consulenza informale e un "ministero di presenza". Negli ospedali in cui viene fornita assistenza secondaria e terziaria, la pastorale è più organizzata. In alcuni dei grandi ospedali/università esiste un dipartimento di cappellania dove cappellani a tempo pieno forniscono i succitati servizi in maniera organizzata. In aggiunta a ciò essi organizzano anche seminari, incontri e ritiri per lo più per operatori sanitari, studenti e così via. Inoltre somministrano ai pazienti,

ai loro cari e agli operatori sanitari i sacramenti di guarigione cioè l'Eucaristia, il sacramento degli infermi e la riconciliazione.

Nel caso di piccole strutture sanitarie come i dispensari, specialmente nelle aree remote del paese, di solito alla parrocchia viene associato un convento. In molti di questi luoghi, le suore e il sacerdote lavorano insieme gestendo una scuola, un ambulatorio e le necessità pastorali e socio-economiche della comunità parrocchiale. Oltre ai servizi forniti attraverso le summenzionate strutture, essi visitano anche le persone nelle loro case. Attraverso queste attività forniscono la pastorale a livello comunitario. In molti casi, il sacerdote è il cappellano delle suore.

Ruolo dei Vescovi incaricati della Pastorale della Salute

La maggior parte delle diocesi hanno una commissione per la salute con un sacerdote, o una suora, incaricati di coordinare la pastorale delle attività sanitarie della diocesi, sotto la guida del Vescovo. Ogni Consiglio Episcopale Regionale ha una commissione per la salute con a capo un Vescovo. In molti casi un sacerdote o una suora assistono il vescovo incaricato.

A livello della CBCI, esiste un team di 3 Vescovi (Arcivescovo Vincent M. Concessao, di Nuova Delhi, Vescovo Jacob Mananthodath, di Palghat; Arcivescovo William D'Souza, di Patna) con l'Arcivescovo Vincent M. Concessao come vescovo responsabile della Commissione. Il vescovo incaricato della Commissione per la Salute della CBCI è anche presidente della CBCI-CARD, e consigliere ecclesiastico presso CHAI, SDFI e CNGI. Il Vescovo responsabile è invitato alle riunioni del Consiglio e dell'organismo generale di queste organizzazioni e le accompagna guidandole pastoralmente. È soprattutto in questi incontri e nelle celebrazioni eucaristiche che si svolgono durante tali occasioni che egli esercita il suo ministero pastorale in mezzo a loro.

Politiche e pastorale della salute della CBCI

Quattro sono le politiche della CBCI:

- Politica Sanitaria della Chiesa cattolica in India – Condividere la pienezza della vita

- Politica della Chiesa cattolica in India in materia di HIV/AIDS – Impegno per compassione e cura

- Politica di gender della Chiesa Cattolica dell'India – Responsabilizzazione delle donne nella Chiesa e nella società

- Politica educativa.

Di queste quattro politiche, due sono direttamente legate alla pastorale della salute, mentre le altre due riguardano il ruolo delle donne e la pastorale dell'educazione nel promuovere la missione sanante della Chiesa.

Cooperazione tra Chiesa e Stato in materia di assistenza sanitaria in India

La Chiesa cattolica in India realizza numerosi progetti in tutto il Paese attraverso le diocesi, le congregazioni e gli istituti religiosi. A livello nazionale la CBCI collabora con il Governo indiano nel campo dell'HIV, della tubercolosi e della malaria attraverso i progetti del suo Fondo Globale. Tuttavia, in tutto il Paese ci sono molti altri progetti gestiti da varie istituzioni cattoliche. Questi progetti non sono attuati direttamente dalla CBCI e sono finanziati da diverse fonti. Coprono tutti i settori, tra cui l'assistenza sanitaria, l'istruzione, la donna, lo sviluppo della comunità, gruppi di auto-aiuto, ecc. Oltre al Fondo Globale, per i molteplici progetti in atto in tutto il Paese, ci sono diversi benefattori locali, nazionali e internazionali, come per esempio il Governo dell'India, CRS, Misereor, Missio, varie organizzazioni delle Nazioni Unite, Caritas Internationalis, ecc.

Programma Nazionale per il Controllo dell'AIDS (National AIDS Control Program - NACP III): Come parte degli sforzi per arrestare ed invertire l'epidemia di HIV/AIDS in India, il governo sta attuando il NACP-III, che

include componenti relativi alla prevenzione, la cura e il trattamento e le infrastrutture di rafforzamento per i sistemi di sorveglianza e di informazione sulla gestione della salute. Il progetto PACT "Promuovere l'accesso alla cura e al trattamento" è inserito nel NACP-III, che mira ad aumentare la disponibilità di terapia antiretrovirale (ART) potenziando il numero di centri ART e migliorando l'accessibilità alle cure creando Centri di assistenza comunitari (Community Care Centers - CCC) e reti a livello distrettuale di persone che vivono con l'HIV (PLHIV).

I principali servizi relativi ai Centri di assistenza comunitari sono finalizzati a migliorare l'adesione alla terapia antiretrovirale e sono i seguenti: prestazioni nel caso di Infezioni opportunistiche minori (OI); prestazione di cure ospedaliere per 5 giorni; consulenza sull'adesione ai farmaci, sulla nutrizione, sul comportamento preventivo dopo la diagnosi iniziale; verifica dell'indirizzo del paziente e follow-up per l'adesione attraverso visite a domicilio; un'attività di sensibilizzazione dovrebbe anche garantire la tutela per i test precoci e la consulenza ai ICTC.

Il progetto PACT della CBCI ha raggiunto con successo i seguenti obiettivi: 52 Centri di assistenza comunitaria creati in 6 Stati altamente vulnerabili: Bihar, Chattisgarh, Gujarat, Jharkhand,

Orissa e Bengala occidentale; sono stati formati 72 nuovi assunti e 69 personale a rotazione (personale totale dei centri, 141) con un ulteriore 30% del personale a rotazione collocato nelle sessioni introduttive di formazione; 16.873 persone affette da AIDS hanno ricevuto i servizi dei Centri di assistenza comunitaria (CCC) in un anno, rispetto al numero previsto di 10.082; riunioni di coordinamento ARTC-CCC vengono organizzate regolarmente in tutti i distretti in cui sono stati istituiti i Centri; tutti i CCC inviano regolarmente rapporti mensili e trimestrali utilizzando il CMIS (Computerized Management Information System) sviluppato da PFI (Private Finance Initiative).

Programma Nazionale Aggiornato di controllo della TB (Revised National TB Control Program - RNTCP): Il progetto RNTCP della CBCI⁶ è iniziato nel 2008 sotto l'egida del Fondo Globale per combattere l'AIDS, la tubercolosi e la malaria. Nel gennaio 2010, è nato il Rolling Continuation Channel (RCC) del Global Fund Project con la firma del protocollo d'intesa tra la CBCI CARD e la Divisione centrale TB del Ministero della Salute e del benessere familiare del Governo dell'India. Attraverso questo progetto nelle strutture sanitarie cattoliche (Catholic Health Facilities - CHF) vengono forniti i servizi RNTCP insieme al governo di diciannove stati. Alcuni dei

risultati di questo progetto sono: numero di pazienti considerati – 50.600; numero di strutture sanitarie cattoliche (CHF) interessate – 143; numero di programmi sottoscritti con il governo – 192.

Conclusione

Nel campo della salute la Chiesa in India ha contribuito molto, in rapporto al proprio numero, in particolare nelle zone rurali e tra i poveri. Per milioni di persone in India, il nostro personale sanitario, soprattutto le nostre religiose, sono il volto della chiesa. Tuttavia, ci sono molte possibilità di essere meglio attrezzati per un servizio più efficace e di testimonianza. La Chiesa in India si muove in questa direzione anche se interagisce con altri enti che operano in campo sanitario, per mobilitare le risorse e per raggiungere un numero maggiore di persone con il ministero sanante di Gesù, il Guaritore Divino. ■

Note

¹ Directory of the Catholic Health Facilities in India, CBCI Commission for Health Care, 2008, p. 7.

² <http://www.cbci.in/About-CBCI.aspx>

³ <http://www.cbci.in/all-Commissions/health-care.aspx>

⁴ <http://www.chai-india.org/vision-mission.htm>

⁵ <http://www.chai-india.org/membership.htm>

⁶ Annual report, CBCI-CARD, 2010-11, p. 2.

7. L'organizzazione della Pastorale della Salute in Indonesia

S.E. MONS. A.M. SUTRISNAATMAKA, MSF
 Vescovo di Palangka Raya,
 Central-Kalimantan,
 Indonesia

Introduzione

Con questa breve presentazione vorrei dare alcune informazioni su come la pastorale della salute viene sostenuta e incoraggiata in ambito ecclesiale da parte della Conferenza Episcopale Indonesiana (BCI). Solitamente si occupano di pastorale della salute le suore appartenenti ad alcune Congregazioni religiose, in collaborazione con i laici, in particolare medici cattolici, e altre persone impegnate negli ospedali e in campo assistenziale. Il Vescovo della diocesi sostiene e incoraggia il lavoro pastorale, e la Conferenza Episcopale Indonesiana nel corso della sua riunione annuale, attraverso il proprio Delegato si informa sulle attività svolte¹.

Alcune informazioni di carattere generale: l'Indonesia è costituita da circa 17.000 isole, 3.000 delle quali sono abitate da 235 milioni di persone. Le religioni ufficiali sono 6: Islamismo (la maggioranza, il 70% circa), Protestantismo, Cattolicesimo, Induismo, Buddismo e Confucianesimo. I cattolici sono circa 8 milioni (il 3% della popolazione), e ci sono 37 diocesi. All'inizio di novembre si tiene una nostra riunione annuale, che dura 10 giorni, a Giacarta, la capitale².

Condividere informazioni e problemi sulla pastorale della salute potrebbe essere un modesto contributo per aiutare la Chiesa universale ad assistere i poveri,

soprattutto quelli che hanno bisogno di un'attenzione particolare, affinché vivano in buone condizioni di salute, nel rispetto della dignità umana. Seguiamo il programma che sarà presentato in questo incontro.

1. L'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva: aspetto dottrinale, legislativo e cura pastorale

L'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva³ in Indonesia hanno come punto centrale il programma di pianificazione familiare. Non è facile esporre l'intero scenario e le conseguenze a livello dottrinale, legislativo e della cura pastorale relativamente alla sua messa in pratica. A livello dottrinale, la Chiesa inizialmente si è confrontata con la tradizione, i costumi e il background culturale della popolazione. Il Governo si concentra sull'aspetto demografico, sul controllo delle nascite, con il suo modo e il suo sistema. Per questa ragione, il Governo non presta attenzione all'insegnamento religioso ma piuttosto al risultato della pianificazione familiare, o alla riduzione della popolazione, fino alla crescita zero.

L'impegno profuso nel campo della salute riproduttiva influenza e mette in relazione con alcuni problemi che riguardano il personale, i metodi e i dispositivi. Accanto a tutto ciò, il Governo e la Chiesa si trovano di fronte al problema dell'aborto, dell'HIV/AIDS e dell'uso improprio dei dispositivi per la pianificazione familiare tra i giovani. Talvolta la Chiesa in alcuni casi collabora con il Governo, ma ci sono casi in cui il Governo segue la propria politica e il proprio obiettivo, così

che le donne ne diventano oggetto e vittime. Il progetto governativo sulla pianificazione familiare crea anche un certo disaccordo con il Magistero della Chiesa e la sua dottrina, in particolare per quanto riguarda il controllo naturale delle nascite. Il Governo permette e offre tutti i tipi di pianificazione familiare.

Per la Chiesa cattolica, l'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva si sono sviluppate in un'atmosfera di fede, secondo la Parola di Dio tratta dalla Sacra Scrittura: *"E Dio creò l'uomo a sua immagine, a immagine di Dio lo creò: maschio e femmina li creò"* (Gen 1,27). La Chiesa in Indonesia ha affrontato un problema critico, perché la popolazione è formata da tante etnie, con una grande varietà di culture, lingue, visioni filosofiche della vita e credenze religiose. Non è facile generalizzare e semplificare questi ambiti di provenienza. Alcune osservazioni potrebbero spiegare che l'insegnamento dottrinale della Chiesa ha influenzato la società, ed è stato facilmente accettato come terreno comune per lo stile e il modello di vita. Anche la maggior parte dei musulmani non ha alcun problema con la dottrina sull'ideologia del *gender* e della salute riproduttiva.

Un altro grave problema è l'aborto come conseguenza del sesso libero e l'uso improprio dei dispositivi di pianificazione familiare. Si tratta di un fenomeno serio, perché ci sono circa due milioni di aborti l'anno⁴. Purtroppo, tanti sono stati praticati in condizioni cattive e non sicure. Sebbene l'aborto sia severamente vietato, accade che il suo numero sia in crescita. Un altro grave effetto del sesso libero e dell'uso improprio dei dispositivi è l'aumento dei ca-

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

si di HIV/AIDS. In alcune città e regioni, l'HIV/AIDS è in forte aumento. Anche in questo caso, le donne e i bambini sono le vittime e soffrono più degli uomini.

Sul piano legislativo, il Governo e la Chiesa nutrono la stessa preoccupazione, così che da un punto di vista legislativo non esistono problemi gravi. Sul piano pratico, però, nella società gli uomini hanno un certo privilegio. Nella vita di diversi gruppi, specialmente in un sistema patriarcale, le donne hanno meno diritti e gli uomini prevalgono in ogni faccenda pubblica. Questa situazione porta a un problema fondamentale riguardo l'uguaglianza dei diritti di uomini e donne. Il privilegio degli uomini talvolta significa oppressione per le donne. Per questo il livello dottrinale e legislativo non corrisponde all'attuazione pratica di ogni giorno.

Attraverso il lavoro pastorale, la Chiesa sta cercando di rendere un servizio adeguato, specialmente nel campo della salute riproduttiva. Basandosi sulla volontà di Dio espressa nella Sacra Scrittura, la Chiesa si impegna e rivolge un'attenzione particolare all'uguaglianza della dignità di donne e uomini. L'assistenza sanitaria, così come è articolata nel campo della salute riproduttiva, dovrebbe rivolgersi al rispettivo genere, così da mantenere l'equità per entrambi i sessi.

2. La cooperazione tra Chiesa e Stato nel campo della salute

Sin dall'inizio dell'opera missionaria in Indonesia, l'assistenza sanitaria è stata uno degli obiettivi principali della Chiesa. All'inizio del XIX secolo, i missionari hanno affrontato la situazione di quel momento adottando una misura strategica per portare la Buona Notizia. La pastorale della salute divenne allora il mezzo per promuovere il Vangelo come attualizzazione del Regno di Dio. A quel tempo lo Stato era molto debole, non aveva mezzi adeguati né il potere per esercitare il proprio dovere in campo sanitario. I missionari religiosi e alcune suore appartenenti a Congregazioni religiose, ebbero una parte attiva

nella pastorale della salute aprendo ospedali, centri sanitari e anche visitando i villaggi. Le suore incontravano le persone, portavano loro le medicine, e così realizzavano la pastorale della salute. In questo modo la Chiesa è riuscita ad entrare nei villaggi, e a portare la salvezza alle persone.

In Indonesia, l'opera sanitaria cattolica è portata avanti dai singoli e dalla società nel suo complesso. Da una parte è inevitabile che si debba agire nel rispetto delle normative emanate dal Governo indonesiano in campo sanitario; ma dall'altra il Governo deve rispettare e accettare la caratteristica peculiare del lavoro sanitario cattolico, basato sulla fede cattolica, che si fonda sulla Sacra Scrittura, sulla Tradizione, sul Diritto Canonico e sul Magistero. In questo contesto e da questo punto di vista incontriamo molti problemi e tensioni, poiché la legge e la regolamentazione emanate dal Governo non sono sempre appropriate agli insegnamenti, alla visione morale e alla fede della Chiesa cattolica.

Di fronte a questa situazione, che danneggia l'insegnamento e la fede cattolica, la Chiesa in Indonesia non può restare in silenzio, e pertanto ha adottato alcune azioni.

Azione n. 1

La Chiesa si sforza di partecipare attivamente alla preparazione e ad organizzare la regolamentazione assieme al Governo. Quando il piano del Governo prevede di emanare una nuova legge o un nuovo regolamento, allora la Chiesa, attraverso la Conferenza Episcopale Indonesiana, assume l'iniziativa di cooperare con alcuni cattolici che rivestono cariche a livello parlamentare (nel DPR: *Dewan Perwakilan Rakyat* - Consiglio Rappresentativo del Popolo; o nella MPR: *Majelis Permusyawaratan Rakyat* - Assemblea Consultiva del Popolo), organizzando un gruppo formato da esperti che conoscono la legge o il regolamento che dovrebbe essere ratificato. A questo gruppo viene affidato un compito e, per quanto possibile, l'autorità per partecipare al controllo e all'organizzazione della regolamenta-

zione, per evitare che la legge sia in contraddizione con il Magistero cattolico. A volte questi sforzi hanno successo, altre invece non portano a nessun risultato.

Azione n. 2

Fare ogni sforzo per impedire la ratifica del regolamento se quest'ultimo entra in contraddizione con l'insegnamento cattolico. Se la prima azione non ha avuto successo, allora bisogna intraprendere la seconda, se è possibile, pubblicando articoli scientifici sul giornale e sui periodici, per evidenziare i difetti, le mancanze e le conseguenze negative, se certi punti non sono corretti, prima della ratifica. Così facendo si spera che gli intellettuali che leggono articoli scientifici, indipendentemente dalla loro religione o dall'appartenenza politica, siano in grado di comprendere i difetti e le mancanze dei disegni di legge e che parteciperanno attivamente per sventare la ratifica dei regolamenti problematici.

Azione n. 3

Utilizzare la maniera di protestare consentita dalla legge. Quando anche la seconda azione non ha avuto successo, a volte ci avvaliamo dei metodi dimostrativi concessi dalla legge, come ad esempio scendere in piazza per manifestare contro la legge e fare il possibile affinché non sia approvata. Una volta con questo modo di protestare siamo riusciti a respingere la ratifica della legge nazionale sull'istruzione. Alle manifestazioni partecipano anche gli appartenenti di altre religioni e gruppi che sono altrettanto consapevoli che i regolamenti sono dannosi anche per loro. Le manifestazioni hanno luogo contemporaneamente nello stesso giorno e in città diverse.

Azione n. 4

Quando la terza azione non riesce e il Governo insiste a dichiarare che la legge sarà ratificata, allora si intraprende l'ultima azione. La Chiesa cattolica, da sola o assieme ad altre religioni o gruppi, con coraggio avvia un ricorso giurisdizionale, scrivendo una lettera di reclamo alla Corte Suprema, chiedendo di rivedere e mo-

dificare i punti discutibili con altri già preparati. In alcuni casi questa azione ha avuto successo.

3. L'organizzazione della pastorale della salute nella Chiesa indonesiana

Prima della fondazione della Conferenza Episcopale Indonesiana (1961), la pastorale della salute era portata avanti da alcune Congregazioni di suore, in varie parti dell'Indonesia, praticamente in alcune isole maggiori come Java, Sumatra, Kalimantan e Sulawesi. In alcuni luoghi dove i cattolici formavano un numero consistente, come a Flores, si iniziò ad organizzare la pastorale della salute. Passo dopo passo, l'organizzazione è diventata sempre più ampia, per arrivare al livello nazionale.

a. PERDHAKI e l'organizzazione del personale sanitario in Indonesia

L'Associazione degli Operatori Sanitari in Indonesia "PERDHAKI" (*Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia*) è stata fondata il 22 luglio del 1972; ne sono membri 28 diocesi e 79 unità di Ospedali e Case di Cura cattolici⁵. La Conferenza Episcopale Indonesiana nomina un Vescovo come delegato per la Salute, che funge da ponte tra la Conferenza Episcopale stessa e gli Ospedali cattolici. L'incontro annuale della Perdhaki favorisce lo sviluppo dei rapporti tra la Conferenza Episcopale e tutti i livelli gerarchici (fino ai parroci) e il personale della stessa Perdhaki⁶.

Il servizio sanitario cattolico in Indonesia non è coordinato direttamente dalla Conferenza Episcopale locale. Ogni unità sanitaria cattolica (ospedale) di proprietà delle suore e della Diocesi è indipendente. L'Associazione Perdhaki ha una sua rappresentanza nelle diocesi nelle cui parrocchie esiste la pastorale della salute. L'incontro annuale dell'associazione è un'occasione per condividere le informazioni sullo sviluppo di argomenti che riguardano la salute e i progressi del suo programma. Inoltre, alcuni operatori facenti

parte dell'associazione si recano in visita agli ospedali cattolici, alle case di cura e ai centri sanitari presenti in molte diocesi, e che grazie a queste attività riescono ad aiutarsi a vicenda. Il risultato è che il servizio sanitario cattolico in Indonesia è molto apprezzato dalle persone e dal Governo. In alcune diocesi i centri sanitari cattolici sono preferiti per il loro servizio considerato eccellente.

b. L'organizzazione del personale medico cattolico in Indonesia

L'organizzazione del Personale Medico Cattolico è la KMKI (*Komunitas Medik Katolik Indonesia, The Catholic Doctors, Dentists, and Medical Staffs of Indonesia*). È stata fondata l'11 febbraio del 2001, con i seguenti obiettivi: comunicare e condividere le informazioni e in particolare approfondire la spiritualità cattolica per il personale e per quanti lavorano nel campo della pastorale della salute. Attraverso incontri regolari, l'organizzazione intende sviluppare e migliorare la professionalità e la capacità del servizio in campo sanitario⁷. Possiamo dividere le attività in tre gruppi:

1. attività spirituali: celebrazione mensile dell'Eucaristia, ritiri, approfondimenti e riflessioni su temi etici e morali, pellegrinaggi, ecc.

2. incontri professionali e tecnici: seminari informativi e su questioni etiche e mediche, congressi internazionali, ecc.

3. attività sociali: aiuto alle vittime del terremoto di Yogyakarta (2006), Padang e altre azioni a carattere sociale e assistenziale.

L'organizzazione KMKI ha una sua rappresentanza in diverse diocesi: Jakarta, Semarang, Denpasar, Manado e Pontianak.

In Asia, la KMKI fa parte della federazione che raggruppa le associazioni dei medici cattolici AFCMA (*Asian Federation of Catholic Medical Associations*), e per questo partecipa alle attività di quest'ultima. A livello internazionale, la KMKI è membro della FIAMC (*Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques*). Ha preso parte al

congresso internazionale della FIAMC a Barcellona (2006), e a Lourdes (2010).

All'incontro dell'AFCMA XIV di Hong Kong (2008), la KMKI è stata scelta come ospite di AFCMA XVI e l'AFCMA XV si terrà a Bali (18-21 ottobre 2012) e avrà per tema: Le sfide dei medici cattolici in un mondo che cambia. I sotto-temi saranno: Le sfide dei medici cattolici: a. Nel sostenere l'etica biomedica; b. All'inizio della vita umana; c. Al termine della vita umana; d. Nella promozione della consapevolezza della fertilità naturale; e. Nelle controversie sull'uso del profilattico nella prevenzione dell'HIV.

Grazie a questa organizzazione, la pastorale della salute nella Chiesa indonesiana può usufruire di due canali. Il primo a livello interno: la Conferenza Episcopale facilita e collega tutte le unità pastorali in Indonesia⁸. Questo canale interno è gestito dalla Perdhaki. Il secondo è a livello internazionale, rivolto ad AFCMA e FIAMC, e collega l'Associazione Indonesiana di Pastorale della Salute all'Associazione Asiatica e Internazionale.

Conclusione

Questa breve presentazione è certamente limitata ed anche incompleta. Spero però che abbia fornito nuove informazioni a chi non conosce la Chiesa in Indonesia. La pastorale della salute, sin dall'inizio dell'opera evangelizzatrice in Indonesia, ha sempre avuto un ruolo importante, e per questo la Conferenza Episcopale ha rivolto un'attenzione particolare a questo campo pastorale per sostenerlo. Quest'opera umanitaria si trasforma in una via strategica per l'evangelizzazione, basata sull'opera di Gesù per i malati. La Conferenza Episcopale in Indonesia continua quest'opera e proclama la Buona Novella a tutte le persone che vivono in questo Paese. ■

Note

¹ L'ultima lettera pastorale della BCI è stata scritta a novembre 2009 ed aveva per

titolo: "L'opera di evangelizzazione della Chiesa Cattolica in Indonesia nel campo della pastorale della salute". La lettera è stata diffusa dopo tre giorni di studio e di riflessione sulla pastorale della salute, dal 2 al 4 novembre dello stesso anno. In questa lettera, i vescovi hanno sottolineato ancora una volta l'importanza della pastorale della salute per i poveri e le persone che hanno bisogno di assistenza e cure sanitarie, come espresso nella *Dolentium Hominum* n. 2 e nella *Gaudium et Spes* n. 10.

² Questi dati si basano sulla statistica del 2010 e "Petunjuk Gereja" (The Indonesia Church Directory), pubblicati dal Diparti-

mento di Documentazione e Relazioni Pubbliche, Konferensi Waligereja Indonesia (BCI), Jakarta 2009.

³ La definizione di "salute riproduttiva" è stata pubblicata dalla Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo (Conference on Population and Development - ICPD), Cairo 5-13 settembre 1994; è stata adottata dalla Assemblea Mondiale della Sanità a maggio 2004.

⁴ Cfr. BKKBN, KB, Program Nasional (National Family Planning), Jakarta, 2007, p. 61.

⁵ Cfr. Direktori Rumah Sakit & BP/RB Unit Anggota Perdhaki 2007.

⁶ *The Conclusion and Result of the Annual Meeting 2010*, Jakarta 23-25 luglio 2010, punto 3.

⁷ Lettera del Presidente della KMKI (Dr. Ignatius Harjadi Wijaya) alla Conferenza Episcopale Indonesiana, 8 novembre 2011.

⁸ Sin dalla fondazione della Perdhaki, la Conferenza Episcopale ha scritto alcuni messaggi e lettere pastorali, come: "Messages of BCI to pastoral work of health care", 2 febbraio 1978; "Ethical and pastoral directory for Catholic Hospital", 1 dicembre 1987; "The Work of Evangelization of the Catholic Church in Indonesia in the pastoral care in health", 2-4 novembre 2009.

8. La Pastorale della Salute in Spagna*

S.E. MONS. RAFAEL PALMERO RAMOS

Vescovo di Orihuela-Alicante,
Responsabile per la Pastorale della Salute in Spagna

1. Cos'è per noi la Pastorale della Salute? È l'azione di tutti i cristiani che, nelle comunità locali e parrocchiali, come membri della Diocesi e della Chiesa universale si rivolgono ad ogni essere umano – sano o infermo – per offrirgli:

– Il **senso** che il messaggio cristiano apporta alle grandi realtà umane della vita: salute, malattia, cura, sofferenza e morte, e l'assistenza che offre ai malati.

– La **presenza** accanto ai malati, e ai loro familiari e a quanti se ne prendono cura, per comunicare, con parole, gesti e fatti concreti, che il Vangelo dell'Amore di Dio, manifestato in Cristo, si realizza qui e ora attraverso l'Eucaristia e i sacramenti degli infermi.

– L'esercizio della fraternità cristiana, che si concretizza in un'**assistenza umanizzata e umanizzatrice** e nell'aiuto per illuminare i problemi etici che si presentano oggi nel mondo della salute.

La Pastorale della Salute è, in definitiva, la **presenza appropriata della Chiesa nel mondo**

della salute, una pastorale che offre risposte evangeliche agli interrogativi dell'uomo di oggi.

Nel tempo c'è stato un cambiamento: **Pastorale degli Infermi, Pastorale Sanitaria, Pastorale della Salute.**

2. Il cambiamento non riguarda soltanto il nome, ma indica anche l'orientamento e i nuovi contenuti.

– Si vuole superare un modello pastorale di tipo esclusivamente sacramentale o di servizio caritativo-assistenziale e di aiuto a "morire bene", per dargli un maggior contenuto evangelizzatore. L'obiettivo di questa pastorale è quello di far presente nel mondo dei malati e nella complessa problematica che li accompagna, la forza umanizzatrice e sanante che offre Gesù Cristo, nostro Salvatore.

– Si allarga il campo d'azione della cura pastorale: difendere la salute e lottare contro la malattia, le sue cause e conseguenze; collaborare affinché le strutture sanitarie e la tecnica ospedaliera siano al servizio della salute e non del lucro o di altri interessi; umanizzare sempre di più il processo di cura; collaborare in tutto ciò che possa favorire la salute dell'uomo di oggi: donazione di sangue e di organi, prevenzione delle tossicodipendenze, lotta all'alcolismo, iniziative per sconfiggere la solitudine e la mancanza di comuni-

cazione, promozione della salute nella terza età...

– Si acquisisce una disposizione più positiva, poiché al suo orizzonte non c'è soltanto la malattia, ma anche la salute, intesa in modo integrale e aperta alla salvezza. La salute non è più considerata come assenza di malattia, ma si cerca di superare anche la definizione dell'OMS: "La salute è uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale dell'uomo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale e non la sola assenza di malattia", per viverla come la realizzazione della propria verità della vita. In definitiva, si può dire che oggetto della Pastorale della Salute è "proclamare e rendere visibile la salvezza nella sua totalità", rivelando la forza sanante di Gesù Cristo nel mondo malato, nel nostro mondo, la cui società cerca ardentemente la salute, sentendosi bisognosa di salvezza.

Con questo proposito di definizione di Pastorale della Salute, come azione dei cristiani nelle comunità locali, come impegno e lavoro della Chiesa Diocesana e come lavoro di ogni membro delle nostre comunità parrocchiali e ospedaliere, si comprende bene lo slogan di qualche anno fa: "*Nella Pastorale della Salute siamo tutti responsabili*".

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

3. In Spagna, il nostro dipartimento di *Pastorale della Salute* è integrato nella Commissione Episcopale di Pastorale, e opera con obiettivi sempre più definiti e con azioni concrete, condivise in buona parte da tutte le diocesi spagnole, da più di venticinque anni.

La Chiesa pellegrina in Spagna, seguendo l'esempio del suo Fondatore e Maestro, ha sempre inteso il dovere di servire i malati e sofferenti come parte integrante della sua missione¹. Come pastori della Chiesa, noi vescovi siamo consapevoli che "nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole o malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione"². Questa azione della Chiesa racchiude l'annuncio, la celebrazione e l'impegno.

Questa impostazione ci porta a pensare che la azione evangelizzatrice dev'essere promossa, incoraggiata e coordinata. Per questo (dato che il nostro mondo dipende sempre dagli organigrammi) abbiamo pensato alle *Delegazioni Diocesane*, che realizzano questa presenza della Chiesa su incarico e a nome del vescovo. Ogni anno trascorriamo tre giorni di condivisione, formazione permanente e programmazione: i Delegati Diocesani, il Vescovo Responsabile, e il Direttore del Dipartimento.

Il nostro lavoro pastorale si realizza e si concretizza in tre azioni, versanti o canali:

– L'evangelizzazione o Pastorale della Parola.

– I sacramenti e la celebrazione dell'Eucaristia.

– L'impegno cristiano, che cerca di tradurre concretamente, in determinati momenti, ciò che la

Parola annuncia e che i sacramenti realizzano simbolicamente.

4. La formazione, il funzionamento e i risultati si articolano in cinque settori del nostro Dipartimento nazionale. Essi sono:

1. Servizi religiosi nei centri ospedalieri.

2. Pastorale della salute nelle parrocchie.

3. Religiosi e religiose operatori sanitari.

4. Professionisti Sanitari Cristiani (PROSAC).

5. Movimenti specializzati.

Le nostre cappellanie sono presenti negli ospedali, secondo accordi stabiliti appositamente nelle diciassette comunità autonome spagnole. Le équipes sono formate da sacerdoti, diaconi e laici, che definiamo come "persone idonee".

Allo scopo di preparare questi servizi a continuare ad operare anche in un prossimo futuro, abbiamo tenuto quindici corsi estivi di Pastorale della Salute per seminaristi delle diverse diocesi spagnole.

Dall'11 di febbraio, festa della Madonna di Lourdes, e fino alla VI Domenica di Pasqua, in ogni diocesi si vive, nel miglior modo possibile, quella che abbiamo chiamato Campagna per il Malato, che culmina con la celebrazione della Pasqua del Malato nelle parrocchie e nei centri sanitari, e con la Santa Messa, che si celebra ogni anno in un luogo diverso ed è solitamente presieduta dal Vescovo responsabile e trasmessa dalla Televisione Spagnola. Prima delle celebrazioni si pubblica un rapporto sul centro, che fa riferimento alla Campagna.

5. La letteratura di cui ci avvaliamo è ampia, abbondante e ricca (libri, dossier e articoli), con *documenti di base che ci orientano*, nell'intento di dare una risposta pastorale adeguata e tempestiva, il che significa opportuna in ogni momento. In particolare evidenziamo:

I. Lettera Apostolica *Salvifici Doloris*, di Giovanni Paolo II, 1984.

II. Lettera Apostolica *Dolentium Hominum*, di Giovanni Paolo II, 1985.

III. Atti del Congresso Nazionale "Iglesia y Salud" (*Chiesa e Salute*), Madrid, settembre 1994.

IV. Documento *Chiesa e Salute*, approvato dalla LXIV Assemblea Plenaria della Conferenza Episcopale Spagnola del 22 novembre 1995.

V. Assistenza Religiosa in Ospedale. Orientamenti Pastoral.

VI. Messaggi annuali del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato.

VII. Messaggi annuali della nostra Commissione di Pastorale.

VIII. Raccolta di temi di formazione in Pastorale della Salute (10 titoli).

In questo modo ci addentriamo nella dinamica della dedizione personale di Cristo medico e maestro, cercando di partecipare, insieme e ogni volta di più e meglio, alla vita divina³, ed essendo tutti responsabili della Pastorale della Salute. ■

Note

¹ *Dolentium hominum*, 1.

² *Christifideles laici*, 38.

³ Cfr. *Deus caritas est*, 13.

9. Il contributo dei Vescovi incaricati della Pastorale della Salute da una prospettiva australiana*

S.E. MONS. PATRICK POWER

Vescovo Ausiliare
di Canberra e Goulburn,
Presidente della
Commissione per la salute
e i servizi comunitari
della Conferenza Episcopale,
Australiana

“Un Samaritano si avvicinò all'uomo che era stato aggredito, e vedendolo ne ebbe compassione. Come ministri della Chiesa Cattolica in Australia, il nostro operato è ispirato da Dio che attraverso Gesù raggiunse gli altri e ne guarì le ferite al fine di rendere il nostro mondo più giusto. Come il Buon Samaritano, noi che operiamo nel campo della salute e dell'assistenza cattoliche agli anziani in Australia, ci impegniamo a camminare accanto a coloro che si trovano nel bisogno, indipendentemente dal loro credo, ricchi e poveri allo stesso modo. Così facendo, rimaniamo fedeli alla chiamata del Vangelo”.

Sono veramente onorato di essere stato invitato a partecipare a questa Conferenza. Esprimo il mio ringraziamento al Presidente e ai membri del Pontificio Consiglio per avermi dato la possibilità di essere con voi in questi giorni.

Le parole con le quali ho aperto questa mia relazione, che invitano alla riflessione sulla figura del Buon Samaritano e sull'importanza della parabola per il ministero sanante della Chiesa, non sono parole mie. Appartengono invece alla dichiarazione d'intenti, in corso di sviluppo da parte di ospedali, centri di ricerca medica, centri assistenziali per anziani e servizi domiciliari gestiti in Au-

stralia dai nostri meravigliosi collaboratori laici e religiosi.

È proprio a nome di questi laici e religiosi competenti che sono qui oggi. Grazie a Dio gli ospedali e i servizi assistenziali per anziani in Australia sono validi. Ci sono 75 ospedali e 550 servizi per anziani. La Chiesa gestisce il 10% degli ospedali e dei servizi per anziani della nazione, e il loro numero è in crescita. Una decina di anni fa gli ospedali erano 55. Negli ultimi tre anni sono stati aggiunti ai servizi cattolici 2.000 posti letto integrativi. Le persone che lavorano per noi sono 40.000, quasi tutti laici.

I nostri ospedali e centri per anziani in Australia sono organizzati in base alla loro storia. Quasi tutti i servizi sono stati iniziati negli ultimi decenni da congregazioni religiose, per rispondere alle necessità della popolazione. Poiché il numero dei religiosi iniziava a diminuire, furono create delle partnership tra diverse congregazioni religiose per assicurare la continuazione di questo apostolato. In tempi più recenti, i laici hanno iniziato a ricoprire ruoli dirigenziali e di gestione, una volta appannaggio dei religiosi. In totale, esistono 76 diversi enti canonici che attualmente sovrintendono i servizi sanitari e assistenziali per anziani. I Vescovi responsabili di questi servizi sono molto pochi. Infatti in Australia c'è un solo Vescovo, quello di Lismore, che ha la responsabilità di un ospedale cattolico. Contrariamente al caso delle scuole cattoliche, la maggior parte dei Vescovi in Australia riconosce che sono i religiosi e i laici ad aver dato il dono dell'assistenza sanitaria cattolica alla Chiesa in Australia, e che sono lo-

ro che meritano tutto il nostro sostegno per traghettare questo apostolato nel futuro.

Noi Vescovi australiani abbiamo tre diversi mezzi per metterci in relazione con questo meraviglioso apostolato cattolico nel mondo della salute.

Il primo è attraverso la Conferenza Episcopale Australiana. Io presiedo la Commissione Episcopale per la salute e i servizi comunitari, e in base alle esigenze teniamo incontri con i responsabili dei servizi sanitari e comunitari. Il rapporto della Commissione con gli ospedali e i centri cattolici per anziani è molto buono, e siamo grati perché, sebbene gli ospedali e i servizi assistenziali siano per lo più canonicamente indipendenti dalla Conferenza Episcopale, abbiamo comunque un buon rapporto di lavoro, costruito sul principio del rispetto reciproco.

Il secondo mezzo è attraverso la Catholic Health Australia, l'associazione degli ospedali e dei servizi cattolici per anziani. Si tratta di un'organizzazione molto forte, che riflette la collegialità con cui i diversi ospedali e servizi per anziani lavorano insieme per realizzare il ministero sanante di Gesù. La Catholic Health Australia rappresenta un consulente fondamentale per i Vescovi nel campo delle politiche sanitarie. Essa è una voce forte per il magistero cattolico nel panorama politico e di comunicazione dell'Australia; non si concentra soltanto sulla politica sanitaria e di assistenza agli anziani, ma fornisce altresì un campione dei determinanti sociali della salute. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono i cosiddetti determinanti sociali, come le esperienze nella

* Questo testo è stato presentato il 23 novembre 2011 in occasione della Riunione dei Vescovi Incaricati per la pastorale della salute organizzata nella Città del Vaticano dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

prima infanzia, l'accesso al cibo e a un alloggio e la sicurezza di un lavoro, a determinare la durata della vita di una persona, e quale sarà il suo stato di salute. La Catholic Health Australia orienta i governi a concentrarsi sui determinanti della salute, e la Chiesa, attraverso i suoi servizi sociali e le sue scuole, è ben qualificata per farlo, per conto delle persone più povere e bisognose della comunità australiana.

Il terzo è attraverso i nostri collegamenti a livello di diocesi. Ogni ospedale e centro assistenziale per anziani in una determinata diocesi, è costantemente alla ricerca del coinvolgimento dei Vescovi nell'apostolato della salute della Chiesa. Noi Vescovi abbiamo ricevuto la grazia di avere ottimi rapporti di lavoro con le persone che esercitano la missione della Chiesa nel campo della salute in Australia.

Attraverso questi tre canali di impegno esistenti tra Vescovi, ospedali e servizi assistenziali per anziani, abbiamo messo in atto alcuni meccanismi formali.

Il primo è il "Codice degli standard etici della salute e dell'assistenza cattoliche agli anziani" (*Code of Ethical Standards of Catholic health and aged care*). Ne ho qui alcune copie, per chi fosse interessato. Si tratta di una guida pratica per il personale degli ospedali cattolici e dei centri per anziani su come vivere la missione di Cristo attraverso una profonda comprensione degli insegnamenti della Chiesa in materia di etica della salute. È stato redatto dai Vescovi e da Catholic Health Australia, ed è utilizzato anche al di fuori degli ospedali cattolici. Si tratta di un documento che attinge dagli insegnamenti della *Carta per gli Operatori Sanitari*, pubblicata da questo Pontificio Consiglio.

Il secondo meccanismo è quasi completato. I Vescovi e 'Catholic Health Australia' hanno scritto la "Guida per comprendere la governance della sanità cattolica e dei servizi assistenziali per anziani" (*Guide for understanding the governance of Catholic health and aged care services*). Questo documento è nato in considerazione della realtà che i laici og-

gi stanno ricoprendo ruoli di responsabilità che una volta erano appannaggio dei religiosi, e che gli stessi Vescovi hanno ricoperto molto raramente, se non mai. La Guida esprime l'accordo di Catholic Health Australia e dei Vescovi su come la governance cattolica può essere praticata al meglio, nel rispetto della legislazione civile, del diritto canonico e delle esigenze teologiche. Descrive poi alcuni requisiti per la formazione cattolica, e la necessità che questa formazione sia continua e più coinvolgente, nel corso della maturità di una persona nella fede. Spero che i Vescovi australiani nell'incontro che avranno questa settimana, arrivino a ratificare il progetto finale di questa Guida, che è il prodotto di 18 mesi di lavoro dei Vescovi e degli amministratori dei centri sanitari cattolici.

Noi Vescovi siamo molto orgogliosi dei nostri ospedali cattolici, che sono tra i migliori e i più affidabili in Australia. In un momento in cui molti australiani guardano con sospetto o con cinismo alle organizzazioni religiose, si fidano del ruolo che gli ospedali cattolici ricoprono all'interno della comunità. Il volto di Gesù è presentato con compassione ed esperienza alla comunità australiana attraverso i nostri ottimi ospedali cattolici.

I governi in tutta l'Australia hanno una grande considerazione per gli ospedali e i centri assistenziali cattolici per anziani. Differentemente dalla situazione di altri paesi, i nostri governi finanziano attivamente 21 ospedali pubblici cattolici, che forniscono servizi a chiunque si trovi nel bisogno. Tutti i nostri 550 servizi assistenziali per anziani ricevono un qualche tipo di finanziamento da parte del Governo federale. In effetti il finanziamento della sanità da parte del Governo in Australia è molto buono, e l'accesso per tutti all'assistenza sanitaria viene fornito attraverso un sistema basato sul gettito fiscale, chiamato *Medicare*. Questo sistema consente a qualsiasi australiano di poter essere visitato da un medico, e ricevere un trattamento in ospedale o un trattamento farmaceutico gratuito, se non è in grado di sostenere il costo delle proprie cure.

Ciò non significa che i governi abbiano sempre la stessa visione della Chiesa su certe posizioni etiche. L'aborto in Australia è legale. L'eutanasia non lo è, ma sono in molti a battersi per la sua legalizzazione, compresi alcuni parlamentari. I Vescovi e Catholic Health Australia si adoperano affinché il movimento in favore dell'eutanasia non ne ottenga la legalizzazione nei prossimi anni. Questo continuerà ad essere un compito molto difficile.

Tuttavia, i governi rispettano la capacità degli ospedali cattolici di operare sempre secondo i principi etici cattolici. Nessun ospedale cattolico pratica l'aborto o è tenuto a fornire servizi in tal senso, e neanche a fornire consulenza nel campo della contraccezione o dei servizi di fecondazione assistita. I governi rispettano i principi etici cattolici esistenti nei nostri ospedali e nei nostri centri assistenziali per anziani, consentendo loro di operare nel rispetto del Codice degli Standard etici cattolici della salute e dell'assistenza agli anziani.

Gli ospedali cattolici in Australia devono affrontare gran parte degli stessi problemi che ha la Chiesa nelle nazioni occidentali. La partecipazione alla vita della Chiesa in Australia è in declino, così come il numero dei cattolici praticanti. Anche il numero di coloro che vogliono assumere un impegno per la vita attraverso il sacerdozio o la vita religiosa sta diminuendo. Tutto ciò mette sotto pressione gli ospedali e i servizi cattolici per anziani per quanto riguarda la capacità di amministrare i sacramenti ai pazienti ricoverati in ospedale o ai residenti delle case per anziani. I laici si stanno impegnando in una formazione qualificata in teologia, per prestare servizio come leader ed operatori pastorali. Cattolici impegnati lavorano in grandi gruppi pastorali formati da laici, per venire incontro ai bisogni spirituali dei malati. I sacerdoti continuano ad essere presenti, ma questa presenza sta diminuendo. Per alcuni sacerdoti poi riuscire a tenere il ritmo degli ospedali moderni è una vera sfida. Così come numerose parrocchie australiane non hanno sacerdoti, diversi ospedali

e servizi assistenziali per anziani hanno difficoltà a trovare sacerdoti disponibili quando sono necessari. In alcune circostanze, in particolare nelle zone rurali in cui i sacerdoti si devono spostare, l'accesso ai sacramenti talvolta è limitato. Non ci sono soluzioni facili a questo problema nelle attuali circostanze, in cui i laici sono disponibili ma non sono abilitati a celebrare i sacramenti, riservati ai sacerdoti.

Mentre i nostri servizi sanitari cattolici in Australia sono dinamici, la sfida che i Vescovi devono affrontare è quella di tenere il passo con i continui cambiamenti. Dobbiamo saper "leggere i segni dei tempi", assieme a tutti i sog-

getti coinvolti nella sanità cattolica. La tecnologia si muove velocemente, nuove sfide etiche compaiono quasi sempre assieme ad ogni nuovo trattamento, e con il declino del numero dei cattolici nella comunità cristiana ci sono sempre meno collaboratori cattolici, e sempre meno religiosi e sacerdoti disponibili per lavorare nelle organizzazioni cattoliche. Dobbiamo sostenere quanti sono disposti a lavorare al servizio della Chiesa, e trovare i percorsi giusti per decisioni etiche ferme. Il futuro della Chiesa nel campo della salute è forte, se instilliamo la fede nei nostri laici che rivestono ruoli di responsabilità, e continuiamo ad assisterli nella loro

formazione e nella comprensione dell'identità cattolica, e li sosteniamo nel loro lavoro per il Signore e il suo popolo.

Noi che siamo impegnati in Catholic Health Care in Australia, abbiamo preso a cuore le parole di Papa Benedetto alla XXV Conferenza internazionale di questo Pontificio Consiglio, nel novembre 2010: "Chinarsi come il Buon Samaritano verso l'uomo ferito abbandonato sul ciglio della strada è adempiere quella 'giustizia più grande' che Gesù chiede ai suoi discepoli e attua nella sua vita". In Australia noi ci impegniamo con tutto il cuore per continuare a portare avanti il nostro apostolato in questo spirito. ■

Interventi del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

***65^a Sessione
del Comitato Regionale dell'OMS
per l'Africa***

***Simposio
“Una sanità solidale:
la sanità pubblica e privata
nel rispetto della persona”***

65^a SESSIONE DEL COMITATO REGIONALE DELL'OMS PER L'AFRICA N'Djamena, Ciad, 31 agosto - 4 settembre 2015

Intervento di Mons. Mupendawatu

MONS. JEAN-MARIE MUPENDAWATU

Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari

Signora Presidente, Direttore Regionale dell'OMS per l'Africa, Dr. Matshidiso Rebecca Moeti, Onorevoli Ministri, Distinti delegati, ho l'onore e il piacere di partecipare a questa 65^a sessione del Comitato Regionale dell'OMS per l'Africa. Ringrazio il Direttore Regionale, Dr. Matshidiso, per l'invito rivoltomi a partecipare in qualità di osservatore a questa augusta assemblea. Vi porto i calorosi saluti della Santa Sede, e in particolare del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, di cui ho l'onore di essere Segretario. Il Dr. Sambo, vostro predecessore, mi aveva invitato a partecipare alle precedenti sessioni, alle quali però non avevo potuto essere presente. Grazie a Dio, questa volta l'opportunità si è materializzata. Vi ringrazio per il vostro impegno nella promozione della salute pubblica in Africa, specialmente per la vostra leadership nel contribuire ad accrescere le competenze e ad affrontare le emergenze sanitarie, come la recente epidemia di Ebola che ha colpito alcuni Paesi dell'Africa occidentale.

La Chiesa cattolica è sempre stata impegnata nella promozione della vita umana e della salute, rendendo la cura dei malati e dei bisognosi parte integrante della sua missione. Così facendo, essa segue l'esempio eloquente del suo Fondatore e Maestro che, nel-

la sua attività messianica sulla terra, passò beneficiando, soprattutto i malati e i sofferenti (At. 10, 38). Infatti, in molte parti dell'Africa sub-sahariana, la Chiesa è orgogliosa di essere uno dei principali partner dello Stato nella fornitura di servizi sanitari, attraverso le sue numerose strutture sanitarie, spesso situate in zone rurali difficili da raggiungere. Ad oggi, la Chiesa cattolica ha più di 110.000 istituzioni sociali e sanitarie in tutto il mondo, di cui 5.034 ospedali e 16.627 dispensari. Nella sola Africa, essa gestisce 1.167 ospedali e 5.252 dispensari (*Annuario Statistico della Chiesa* 2013). Ciò sta a sottolineare il profondo interesse della Chiesa per il mondo della sofferenza e della salute umana.

La Chiesa inoltre è lieta di contribuire alla formazione del personale sanitario, attraverso le sue scuole infermieristiche presenti in numerosi Paesi e le sue facoltà di medicina in alcune Nazioni. In molti Paesi africani, in collaborazione con lo Stato e con l'aiuto delle organizzazioni internazionali ecclesiali, essa contribuisce allo sviluppo di una risposta efficace alle epidemie e al rafforzamento delle strutture sanitarie.

Signora Presidente, poiché questo è il mio primo incontro con voi, permettetemi di condividere brevemente la missione e il lavoro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. Esattamente 30 anni fa, l'11 febbraio 1985, San Giovanni Paolo II istituì il nostro Dicastero, affidandogli la missione di manifestare la sollecitudine della Chiesa per gli infermi aiutando coloro che svolgono il servizio ai malati e sofferenti,

affinché l'apostolato della misericordia risponda sempre meglio alle esigenze delle persone (*Pastor Bonus*, 152). Questa missione viene promossa attraverso la realizzazione di diverse attività e cioè:

i) Far conoscere la dottrina della Chiesa circa gli aspetti spirituali e morali della malattia e il significato dell'umana sofferenza (cfr. Giovanni Paolo II, Lettera Apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana, *Salvifici Doloris*, 11 febbraio 1984).

ii) Offrire la sua collaborazione alle Chiese locali affinché gli operatori sanitari possano ricevere l'assistenza spirituale di cui necessitano nell'esplicare la loro attività secondo la dottrina cristiana.

iii) Favorire l'attività teorica e pratica che in questo campo svolgono le organizzazioni cattoliche internazionali e le altre istituzioni.

iv) Seguire attentamente le novità in campo legislativo e scientifico che riguardano la salute, affinché se ne tenga opportunamente conto nell'opera pastorale della Chiesa.

Tutto questo Signora Presidente, si traduce in molteplici attività volte a promuovere la missione e la realizzazione dei compiti assegnati al Consiglio. A tal fine, vorrei citarne alcuni:

1. Organizzazione di una Conferenza internazionale annuale su un problema sanitario rilevante. Normalmente vi partecipano oltre 700 delegati in rappresentanza di 50-70 Paesi. Negli ultimi anni, abbiamo organizzato Conferenze sull'HIV/AIDS; la cura dei malati e degli anziani con patologie neurodege-

nerative; le persone con disturbi dello spettro autistico; l'assistenza sanitaria equa ed umana; il bambino come persona e paziente: approcci terapeutici a confronto.

2. Sensibilizzazione attraverso la pubblicazione di messaggi su varie giornate sanitarie: Giornata Mondiale dei malati di lebbra; Giornata Mondiale contro l'AIDS; Giornata Mondiale della Consapevolezza sull'Autismo; Giornata Internazionale delle Persone Anziane; Giornata Mondiale del Diabete; Giornata Mondiale dei disabili e Giornata Mondiale di Raccolta del farmaco.

3. Promozione della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato (11 febbraio) e diffusione del Messaggio del Santo Padre per l'occasione.

4. Pubblicazione della Rivista *Dolentium Hominum* in 4 lingue e altri documenti come la Carta degli Operatori Sanitari, e quello sulla dipendenza dalla droga.

5. Sostegno e collaborazione con le Associazioni sanitarie internazionali cattoliche: Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC); Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere e delle Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS); Federazione Internazionale Farmacisti Cattolici (FIPC) e Comitato Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (CIISAC).

6. Attraverso la Fondazione del Buon Samaritano, anch'essa isti-

tuita da San Giovanni Paolo II, il Pontificio Consiglio offre sostegno economico ai malati più bisognosi, e soprattutto a quelli affetti da HIV/AIDS. La Fondazione organizza inoltre incontri internazionali di studio su questioni sanitarie, promuove la donazione di prodotti medici ai centri sanitari delle comunità a basso reddito, fornisce cibo e istruzione ai bambini e offre borse di studio agli studenti di medicina. Negli ultimi anni, ha intrapreso la costruzione di un network tra le facoltà cattoliche di medicina in Africa, al fine di promuovere la collaborazione e la condivisione delle competenze, nello sforzo di formare professionisti del settore medico. Finora, hanno aderito alla rete sette facoltà.

7. Signora Presidente, un'altra importante attività del nostro Dicastero che vorrei portare all'attenzione di questa augusta assemblea è la collaborazione con le organizzazioni internazionali e regionali impegnate nel mondo della salute. A nome della Santa Sede, il Pontificio Consiglio segue con attenzione il lavoro e le iniziative dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di politiche sanitarie. A tal fine, partecipa alla riunione annuale del Comitato Esecutivo dell'OMS e dell'Assemblea mondiale della sanità a Ginevra in qualità di osservatore, e fa una dichiarazione sul tema generale.

Il Pontificio Consiglio collabora anche con varie istituzioni

dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, impegnate nella lotta contro la tossicodipendenza e la criminalità correlata: l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC); il Consiglio internazionale per il Controllo dei Narcotici (INCB) e la Commissione sulle sostanze stupefacenti (CND). L'obiettivo è quello di affiancare queste agenzie al fine di promuovere il dialogo e cooperare in favore della vita e della dignità della persona.

Signora Presidente, è con lo stesso spirito che vorrei immaginare la mia presenza in questa sessione del Comitato Regionale dell'OMS per l'Africa. La mia sincera speranza è che essa segni l'inizio di una proficua collaborazione nell'interesse della salute pubblica nelle nostre Nazioni africane. Auspico che essa possa aiutare a rafforzare la collaborazione esistente e il reciproco riconoscimento tra Chiesa e Stato, nello sforzo comune per garantire l'accesso a servizi sanitari di qualità per tutti i nostri cittadini, nel rispetto dei loro diritti e della loro dignità. È vero che l'Africa sub-sahariana si trova a dover affrontare ancora numerose sfide e restrizioni in materia di salute; tuttavia, con lo sforzo congiunto di tutti coloro che sono impegnati nella causa della salute umana, saremo in grado di aprire la strada verso un ambiente più sano per i nostri cittadini.

Grazie! ■

SIMPOSIO "UNA SANITÀ SOLIDALE: LA SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA NEL RISPETTO DELLA PERSONA" Pordenone, 28 ottobre 2015

Indirizzo di saluto di Mons. Mupendawatu

**MONS. JEAN-MARIE
MUPENDAWATU**

*Segretario del
Pontificio Consiglio
per gli Operatori Sanitari*

Cari amici, sono particolarmente lieto di poter essere presente a questo simposium e di portare, oltre che il mio Personale, anche l'indirizzo di saluto del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari.

L'evento che vi vede qui riuniti rappresenta preziosa occasione per riflettere e condividere in uno scenario di particolare intensità e coinvolgimento per la Pastorale della Salute; con piacere partecipo ai vostri lavori sicuro di poter trarre, ma con la speranza anche di poter fornire, illuminazioni e considerazioni utili per poter svolgere al meglio delle possibilità la nostra missione pastorale al servizio, prima di tutto, della Persona ammalata e di tutto il suo contesto circumvicino.

In tal senso, mi è propizia questa iniziativa, cui plaudo, per poter esprimere alcune considerazioni.

Cosa è, oggi, un Ospedale cattolico? Potremmo rispondere secondo un criterio soggettivo, soddisfacendo la domanda secondo l'ottica di chi si avvicina ad esso e di esso si serve o in esso lavora oppure secondo un criterio oggettivo soddisfacendo la domanda di come deve presentarsi di fronte alla società ed ai pazienti in particolare un ospedale che si fregia dell'attributo o della qualifica di cattolico. Non appaia questa una distinzione marginale poiché se il significato soggettivo può dare motivo a

valutazioni personali e discutibili, quello oggettivo sottende secoli o, per meglio dire, millenni, di storia della Pastorale Sanitaria che è l'espressione saliente della evangelizzazione.

Voglio comunque chiarire che un ospedale, in quanto cattolico, non ha il dovere di essere diverso dagli altri ospedali o strutture sanitarie analoghe ma è semplicemente chiamato ad essere, o a sforzarsi di essere, migliore degli altri perché seguire Cristo nell'assistenza a chi soffre è mettere al servizio dell'infermo il massimo della propria professionalità con generosa dedizione ben consapevoli, comunque, che, come ha scritto il Santo Giovanni Paolo II, "nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana quando si tratta di andare incontro alla sofferenza degli altri".

Vorrei soffermarmi, poi, su alcuni presupposti "irrinunciabili" per un ospedale cattolico che definirei "ideali" poiché paradigmatici dei fondamenti di un vero ed esemplare ospedale cattolico; tra i tanti, vorrei oggi focalizzarne tre dedicando, ad ognuno di essi, una riflessione breve, brevissima.

1. Considerare l'ospedale come un luogo privilegiato di evangelizzazione aperto alle differenti culture e situazioni

Delle istituzioni proprie della Chiesa cattolica, l'ospedale è quella più diffusa in tutte quelle parti del mondo dove la Chiesa è presente. Il primo censimento del-

le istituzioni sanitarie cattoliche effettuato dopo l'istituzione della Pontificia Commissione poi Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori Sanitari colse di sorpresa per l'inattesa presenza, massiccia e diretta, della Chiesa nell'ambito della Salute e della Sanità in maniera globale. Affinché l'ospedale cattolico sia un luogo privilegiato di evangelizzazione, però, è necessario che sappia inserirsi nella struttura culturale e nelle situazioni proprie del posto: il motivo di fondo per cui, sin dall'istituzione del Dicastero che rappresento, ci si preoccupò che ogni Conferenza Episcopale avesse un Vescovo Delegato per la pastorale sanitaria era proprio questo! Bisognava che le direttive del magistero della Chiesa in materia trovassero applicazione calandosi adeguatamente nelle realtà culturali, sociali, politiche, economiche e religiose specifiche ovvero entro la cornice delle idee guida caratteristiche della cultura dei singoli continenti.

La Chiesa in Africa, ad esempio, è guardata come "Famiglia di Dio": non ci deve stupire, quindi, che proprio in Africa, dove i cattolici sono il 14% della popolazione, le strutture cattoliche siano il 17% di tutte quelle sanitarie continentali; ciò è ricollegabile al bisogno delle popolazioni africane di trovare, specialmente nei luoghi di assistenza, il clima della famiglia. L'ospedale cattolico in Africa, quindi, deve avere il volto cristiano della Famiglia.

Nelle Americhe, principalmente in America Latina, una Chiesa vicina ai deboli, ai poveri, ed ai deboli poveri ed ammalati si è con-

fermata come quella più credibile, stante la condizione di oppressione conosciuta con la colonizzazione dalle popolazioni stesse.

Diversa, ovviamente, la situazione in Europa e nei Paesi ad antica e solida tradizione cristiana ove è cessata qualsiasi funzione di supplenza della Chiesa nel campo della Salute e della Sanità: è proprio negli ospedali cosiddetti cattolici di questi Paesi che deve realizzarsi in maniera più chiara e diretta la “comunità ecclesiale completa”.

In questo ambito la pastorale sanitaria è il più convincente sinonimo di evangelizzazione proprio perché la vicinanza a chi soffre è la stessa che ispirò la pedagogia di Gesù. I cattolici europei, a tutti i livelli, però, non valorizzano adeguatamente il fattore unificante dell’impegno della Chiesa nel campo sanitario, in tutti i paesi.

Partendo da questo si potrà preparare l’auspicata unità europea che potrà essere realmente tale solo se sarà l’unità nel servizio all’uomo ed alla sua dignità: come dire che una evangelizzazione centrata sui problemi, e la loro soluzione, della sanità e della salute si incontra con il concetto compiuto di civiltà e di globalizzazione dell’amore e del servizio.

La Medicina forse più di ogni altra branca della scienza è emblematica dello strettissimo rapporto tra progresso e civiltà visto che non si può avere miglioramento della qualità della vita senza la salvaguardia, la promozione ed il recupero della salute. E persino quando la medicina è impotente di fronte alla gravità del male essa è in grado di alleviarne il peso! È sufficiente però guardare il mondo e la civiltà che viviamo per renderci conto che, nonostante figlio della civiltà, il progresso scientifico e tecnologico rischia quotidianamente, ed in maniera sempre più minacciosa, di dirigersi contro la civiltà.

La stessa medicina che ha raggiunto traguardi altissimi con i trapianti d’organo, l’ingegneria genetica, la farmacologia viene oggi, sempre più spesso e minacciosamente, trasformata in arbitrio della vita degli altri, introducendo tecniche e concetti di selettività che sono il volto mascherato di un nuovo razzismo: e questo accade proprio

nei Paesi ad antica e consolidata tradizione cristiana, laddove maggiore è il numero degli ospedali cattolici; è proprio qui che essi devono rappresentare l’avanguardia, la frontiera avanzata della evangelizzazione!

2. La necessità che il personale sanitario si distingua per una solida formazione morale

Tra gli aspetti emergenti del nostro tempo vi è lo scarto sempre maggiore tra preparazione tecnico-scientifica degli operatori sanitari e preparazione o formazione morale.

In campo medico, infatti, la civiltà si chiama servizio alla vita: questo servizio, quotidianamente, interpella la coscienza morale perché nulla di quanto pertinente alla vita ed alla sua sacralità ed inviolabilità sfugge all’ambito della coscienza e della legge morale (Pio XII, 1961).

Nello stesso Giuramento di Ippocrate si riscontra una visione morale della vita umana: una visione di servizio ad essa e alla sua sacralità ed inviolabilità. È infatti un atteggiamento morale quello che si è chiamati ad assumere di fronte alla difesa della vita nascente e contro l’aborto, di fronte alla maternità e paternità responsabile contro un egoistico controllo demografico, di fronte ad una biologia genetica minacciosa alla radice della personalità della persona, di fronte alla salvaguardia del diritto a morire in pace contro l’eutanasia, di fronte alla umanizzazione della medicina contro ogni forma di burocrazia e spersonalizzazione, di fronte al diritto di tutti alla salute, senza discriminazione alcuna!

Quale formazione morale sottende a questi compiti irrinunciabili non solo per i medici ma per tutti gli operatori sanitari che, secondo San Giovanni Paolo II sono anche i farmacisti, gli infermieri, i cappellani, i religiosi, le religiose, gli amministratori ed i volontari?

Al riguardo, cito con piacere la Carta degli Operatori Sanitari, documento in grado di “offrire una sintesi organica ed esauriente della posizione della Chiesa su tutto quanto attiene all’affermazione in

campo sanitario del valore primario ed assoluto della vita: di tutta la vita e della vita di tutti” (p. 5, prefazione alla I Edizione, 1994).

Ferma restando la distinzione tra assistenza sanitaria e pastorale sanitaria, esiste tra i due aspetti una rigorosa interdipendenza: come il medico o l’infermiere non possono ignorare i risvolti morali delle decisioni che sono chiamati a prendere di fronte al malato, così l’operatore di pastorale sanitaria deve possedere una conoscenza non approssimativa dei problemi strettamente medici. Il sacerdote o l’operatore di pastorale sanitaria non subentrano all’operatore sanitario ma sono chiamati ad operare al suo fianco anche se con grande delicatezza e discrezione.

La mancanza della doverosa consapevolezza dell’integrazione dei compiti è all’origine della difficoltà dell’intervento di quest’ultimo a torto considerato come colui cui spetta il compito di prendere atto del fallimento della medicina, quando persino scienziati non credenti riconoscono il valore persino terapeutico della preghiera.

La formazione morale dell’operatore sanitario cattolico non può essere delegata, poiché parte integrante della sua formazione professionale. Ecco perché è fondamentale che le strutture sanitarie cattoliche, singolarmente ma soprattutto associativamente, siano dotate degli strumenti idonei alla formazione morale del personale che vi opera.

È necessaria una formazione etica permanente ed aggiornata alla complessità dei problemi che si susseguono nel mondo sanitario odierno, in grado di fare dell’operatore sanitario cattolico un operatore alieno da strumentalizzazioni e forme di carrierismo lesive dei diritti del malato.

3. Il dovere di adoperarsi affinché il bilancio umano e spirituale della gestione di un ospedale cattolico sia prioritario rispetto al bilancio economico ed amministrativo

Non è inconsueto, anche da parte di responsabili cattolici – e persino appartenenti ad istituti religiosi – sentir dire di un ospedale che tutto

va bene perché, in un tempo difficile e complesso come il nostro, i bilanci quadrano. Dove la società è progredita e organizzata nelle sue molteplici articolazioni, l'ospedale ed il luogo di cura e ricovero è certamente anche un'azienda che deve essere amministrata con onestà, trasparenza, correttezza in ossequio alle leggi, ma anche con la necessaria abilità amministrativa. Non è sempre facile muoversi all'interno di una legislazione spesso farraginosa che espone anche a rischi economici seri l'amministrazione di una struttura ospedaliera.

Ciò premesso, tuttavia, deve essere chiaro che un'istituzione sanitaria cattolica va del tutto e veramente bene soltanto se anche il suo consuntivo spirituale è in attivo: consuntivo spirituale che attiene all'assistenza degli infermi, al coinvolgimento delle famiglie dei pazienti, alla professionalità degli operatori sanitari nell'essere autentici Buoni Samaritani verso le infermità fisiche da curare ma anche verso le necessità spirituali da coltivare.

Esperienze anche recenti dimostrano che modalità di approccio sanitario che muovono da premesse mutate da visioni antropologiche diverse da quella cristiana o da esigenze di tipo economico, organizzativo e manageriali, per facilitare l'incontro con l'uomo dei nostri giorni, alla fine sono risultate inadeguate. Soprattutto oggi c'è bisogno di riscoprire quanto sia salutare anche per l'economia e per i modelli organizzativi sociali e sanitari ispirarsi alla solidarietà insegnataci da Gesù nella parabola del Buon Samaritano (cfr. *Salvifici Doloris* 29). La centralità del malato ha una valenza anche sociale ed economica e richiede che si investano risorse per perseguire i valori riassunti nel comandamento dell'amore del prossimo.

Come insegna la parabola del seminatore (cfr. Mc 4,3), se le buone intenzioni non sono evangelicamente ben radicate, quasi sempre vengono soffocate dalle istanze culturali egemoniche o da interessi e compromessi che non hanno niente a che vedere con le esigenze del regno di Dio sulla terra.

L'ospedale cattolico deve impe-

gnarsi e distinguersi nella ricerca scientifica, nel miglioramento delle tecniche terapeutiche ed assistenziali ma non può e non deve trascurare i malati anziani, quelli cronici, quelli terminali, quelli che abbisognano di una terapia spirituale che gli insegni a valorizzare la stessa condizione di dolore.

L'ospedale cattolico deve diventare un centro di ricostruzione spirituale dell'uomo: tramite dell'azione spirituale che deve caratterizzare un ospedale cattolico è l'umanizzazione dell'assistenza. Forse perché viviamo in un tempo che la disattende, si parla molto di umanizzazione della medicina e dell'assistenza; eppure è proprio l'umanizzazione a preparare il terreno dell'azione spirituale e pastorale, perché i valori cristiani disattesi sono, innanzitutto, valori umani disattesi!

L'umanità alla quale la Chiesa presta servizio soprattutto nei luoghi di ricovero e cura è l'umanità nella sua interezza: la stessa comunità ecclesiale, da sempre presente nell'ospedale cattolico, si esprime in comunione con tutto l'uomo. Non comunione tra i soli cristiani, neppure comunione che privilegia i soli cristiani perché l'uomo, proprio se cristiano, è in grado di recepire i valori che sono comuni a tutti, indipendentemente dalla loro fede, dalla loro razza, dalla loro cultura ed estrazione sociale e di censo. Come cristiani, quindi, siamo chiamati a difendere e propagare tutti i valori supremi della condizione umana.

Purtroppo pesa nella complessa organizzazione ospedaliera odierna il condizionamento di una mentalità irrinunciabile del nostro tempo: quella di operare per settori, esasperando la suddivisione dei compiti; oggi, più che mai, gli uni ignorano quello che fanno gli altri ed il pretesto della necessaria professionalità accentua l'incomunicabilità.

L'immagine del Buon Samaritano (Lc 10,31ss), comunemente associata alla professione medica e alle professioni sanitarie in genere, rimane a tutt'oggi un riferimento piuttosto estrinseco e del tutto personale, con tutte le implicanze di carattere spirituale e morale del caso.

Ne è prova il fatto che di fronte alle crescenti responsabilità etiche, la cultura medica dei nostri giorni, figlia di un'idea di scienza e di progresso sempre buono e positivo e che rivendica assoluta libertà (cfr. *Spe Salvi* 16-18), tende a trasformare il medico sempre più in un tecnico che offre soluzioni al di fuori da ogni possibile orizzonte di senso e di visione dell'uomo. Ma l'azione spirituale all'interno dell'ospedale cattolico comporta una comunione che è assai più che il semplice coordinamento, una comunione che deve essere intesa come condivisione e partecipazione di tutti.

Ne deriva che umanizzare l'ospedale comporta disponibilità e partecipazione e quindi nessuna preclusione di fronte ad alcun valore, disponibilità come capacità di cooperare, di capire, di entrare in comunione e, pertanto, di condividere e partecipare per affermare nel concreto mondo sanitario i valori della cultura cristiana che è sempre una cultura profondamente umana.

È a questa realtà umana e spirituale, scientifica e soprannaturale, che bisogna tendere affinché questo cammino si risolva in una sempre maggiore fedeltà alla volontà di Dio e si traduca nell'impegno di trattare tutti con quel rispetto, quell'accoglienza e quella delicatezza che esige la loro dignità di persone umane, create ad immagine e somiglianza di Dio, ed è pratica realizzazione di quella fraternità che deve caratterizzare la comunità dei discepoli di Gesù, nel loro sforzo di vivere quotidianamente il Vangelo.

Nonostante le problematiche culturali e sociali, punto fermo della comunità cristiana in ambito sanitario è una forma di pensiero, che consideri l'uomo nella sua totalità.

Niente può rivelarsi tanto disastroso per la fede e per la cultura sanitaria e medica, quanto il perdere di vista la totalità della persona!

Con queste semplici riflessioni che ho voluto condividere con Voi tutti e l'auspicio di un Simposio ricco di illuminazioni al servizio della Vita esprimo a Voi tutti, di cuore, i migliori auspici per un proficuo lavoro! ■