



## **DOLENTIUM HOMINUM**

N. 42 – anno XIV – N. 3, 1999

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO  
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

---

### **DIREZIONE**

S.E. MONS JAVIER LOZANO BARRAGÁN, Direttore  
S.E. MONS JOSÉ L. REDRADO, O.H., Redattore Capo  
P. FELICE RUFFINI, M.I., Segretario

### **COMITATO DI REDAZIONE**

BENEDETTINI P. CIRO  
BOLIS DR.A LILIANA  
CUADRON SR. AURELIA  
D'ERCOLE DON GIOVANNI  
EL-HACHEM DR.A MAYA  
GRIECO P. GIANFRANCO  
HONINGS P. BONIFACIO  
IRIGOYEN MONS. JESÚS  
JOBLIN P. JOSEPH  
MAGNO DON VITO  
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA  
PLACIDI ING. FRANCO  
SANDRIN P. LUCIANO  
TADDEI MONS. ITALO

### **CORRISPONDENTI**

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

### **TRADUTTORI**

CHALON DR.A COLETTE  
FARINA SIG.A ANTONELLA  
FFORDE PROF. MATTHEW  
GRASSER P. BERNARD, M.I.  
QWISTGAARD SIG. GUILLERMO

Direzione, Redazione, Amministrazione: CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 698.83138, 698.84720, 698.84799,  
Fax: 698.83139 E-MAIL: [opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

Pubblicazione quadrimestrale. Abbonamento: 60.000 Lire (o importo equivalente in valuta locale),  
compresa spedizione

Stampato a cura della Editrice VELAR S.p.A., Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

# Sommario

4 **Messaggio del Santo Padre  
per la Giornata Mondiale del Malato  
11 febbraio 2000**

11 **Pellegrinaggio ai luoghi di sofferenza  
nell'anno giubilare 2000**

SIMPOSIO MONDIALE AISAC  
"LE ISTITUZIONI SANITARIE CATTOLICHE  
TESTIMONIANZA DI CHIESA", 1-3 LUGLIO 1999

GIOVEDÌ 1 LUGLIO

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

16 **Il punto di vista del Diritto Canonico**  
*Mons. Osvaldo Neves De Almeida*

18 **Identità giuridica dell'istituzione sanitaria  
cattolica**  
*Prof. Giuseppe Dalla Torre*

TAVOLA ROTONDA  
"LE ASSOCIAZIONI NAZIONALI E LA FEDERAZIONE  
INTERNAZIONALE: RIFONDARE UN PROGETTO"

19 **I: Sintesi del continente Europa**  
*P. Leonhard Gregotsch, M.I.*

20 **II: La regione asiatica**  
*Sr. Ancy SD*

23 **III: L'Africa**  
*Dr. D.P. Ross*

25 **IV: Il punto di vista della  
"Catholic Health Australia"**  
*Dr. Francis Sullivan*

27 **V: America Latina**  
*Fra José Anadón, O.H.*

29 **VI: Rapporto sull'Associazione Sanitaria  
Cattolica degli Stati Uniti**  
*P. Michel Place*

32 **VII: La Federazione Internazionale  
dei Farmacisti Cattolici (FIPC)**  
*Prof. Alain Lejeune*

34 **VIII: Il Comitato Internazionale Cattolico  
degli Infermieri e degli Assistenti  
Medico-Sociali (CICIAMS)**  
*Sig.ra An Verlinde*

38 **IX: La Federazione Internazionale delle  
Associazioni dei Medici Cattolici, (FIAMC)**  
*Prof. Gianluigi Gigli*

40 **X: La Federazione Internazionale  
delle Università Cattoliche, (FIUC)**  
*Prof. León Cassiers*

41 **XI: L'Associazione Italiana  
di Pastorale Sanitaria, (AIPAS)**  
*P. Antonio Martello*

VENERDÌ 2 LUGLIO

43 **Equità e compatibilità dei costi  
nell'assistenza sanitaria.  
Quale ruolo dei cattolici?**  
*Dr. Salvador Rofes Capo*

51 **Il principio di sussidiarietà  
fra istituzioni cattoliche**  
*Prof. Maria Pia Garavaglia*

53 **Relazione tra istituzioni sanitarie  
cattoliche e OMS**  
*Dr. Fernando S. Antezana-Aranibar*

56 **La telemedicina, Internet  
e le istituzioni sanitarie cattoliche**  
*Dr. Helmut Fluher*

58 **La telemedicina: quali prospettive  
per le istituzioni sanitarie?**  
*P. Jean-Paul Guillet*

TAVOLA ROTONDA  
"QUALI MODELLI PER UNA  
GESTIONE-ORGANIZZAZIONE COERENTE  
CON I VALORI CRISTIANI:  
IDENTITÀ DEL MANAGER CATTOLICO"

61 **I: I problemi economici in campo sanitario  
devono essere subordinati all'etica**  
*Dr. Antonio Cicchetti*

62 **II: Il punto di vista giuridico**  
*P. Leonard Gregotsch, M.I.*

65 **III: Le istituzioni sanitarie cattoliche a Taiwan  
e l'identità del leader-manager cattolico**  
*Sr. Mary Ann Lou, MD*

68 **IV: Assistenza sanitaria cattolica  
all'interno del sistema sanitario australiano**  
*Dr. Francis Sullivan*

71 **V: Principi su cui dovrebbe basarsi l'operato  
della Chiesa Cattolica nel campo della salute  
e dell'assistenza nei paesi in via di sviluppo**  
*P. Ramón Ferrero, O.H.*

74 **VI: Identità dell'amministratore cattolico  
e modelli basati sui valori cristiani per  
un'organizzazione ed una direzione coerenti  
in campo sanitario**  
*Fra José Anadón, O.H.*

77 **VII: Una proposta di modello organizzativo  
in accordo con i valori cristiani finalizzato  
a sostenere l'amministratore dei servizi sanitari  
cattolici nelle impegnative sfide dei nostri tempi**  
*Dr. Mary Healey-Sedutto, Ph.D*

SABATO 3 LUGLIO

80 **Nuova evangelizzazione per il terzo millennio  
e istituzioni sanitarie cattoliche**  
*P. Luciano Sandrin, M.I.*

87 **Conclusione del Simposio Mondiale  
dell'AISAC**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*

*Le illustrazioni di questo numero  
sono tratte dal libro:  
Los Niños Jesús del Museo "Casa de los Pisa"  
Granada*



***“Come una madre consola il figlio  
così io vi consolerò”***

*(Is 66,13)*

# **Messaggio del Santo Padre per la Giornata Mondiale del Malato 11 febbraio 2000**

1. L'VIII *Giornata Mondiale del Malato*, che avrà luogo a Roma l'11 febbraio del 2000, anno del *Grande Giubileo*, vedrà la comunità cristiana impegnata a rivisitare la realtà della malattia e della sofferenza nella prospettiva del mistero dell'incarnazione del Figlio di Dio, per trarre da tale evento straordinario nuova luce su queste fondamentali esperienze umane.

Al tramonto del secondo millennio dell'era cristiana la Chiesa, mentre guarda con ammirazione al cammino compiuto dall'umanità nella cura della sofferenza e nella promozione della salute, si pone in ascolto delle domande che affiorano dal mondo della sanità, per meglio definire la sua presenza in tale contesto e rispondere in modo adeguato alle pressanti sfide del momento.

Nel corso della storia, l'uomo ha messo a frutto le risorse dell'intelligenza e del cuore per superare i limiti inerenti alla propria condizione ed ha realizzato grandi conquiste nella tutela della salute. Basti pensare alla possibilità di prolungare la vita e migliorarne la qualità, di alleviare le sofferenze e valorizzare le potenzialità della persona attraverso l'impiego di farmaci di sicura efficacia e di tecnologie sempre più sofisticate. A tali conquiste vanno aggiunte quelle di carattere sociale, quali la diffusa coscienza del diritto alle cure e la sua traduzione in termini giuridici nelle varie "Carte dei diritti del malato". Non va dimenticata, inoltre, l'evoluzione significativa realizzata nel settore dell'assistenza grazie al sorgere di nuove applicazioni sanitarie, di un servizio infermieristico sempre più qualificato e del fenomeno del volontariato, che ha assunto nei tempi recenti significativi livelli di competenza.

2. Al tramonto del secondo millennio, tuttavia, non si può dire che l'umanità abbia fatto quanto è necessario per alleviare il peso immenso della sofferenza che grava sui singoli, sulle famiglie e su intere società.

Anzi sembra che, specialmente in questo ultimo secolo, sia stato ampliato il fiume del dolore umano, già grande per la fragilità della natura umana e la ferita del peccato originale, con l'aggiunta di sofferenze inflitte dalle cattive scelte dei singoli e degli Stati: penso alle guerre che hanno insanguinato questo secolo, forse più che ogni altro della pur tormentata storia dell'umanità; penso alle forme di malattia largamente diffuse nella società come la tossicodipendenza, l'AIDS, le malattie dovute al degrado delle grandi città e dell'ambiente; penso all'aggravarsi della piccola e grande criminalità, ed alle proposte di eutanasia.

Ho davanti al mio sguardo non soltanto i letti degli ospedali ove giacciono tanti in-

fermi, ma anche le sofferenze dei profughi, dei bambini orfani, delle tante vittime dei mali sociali e della povertà.

Nello stesso tempo, con l'eclissi della fede, specialmente nel mondo secolarizzato, si aggiunge un'ulteriore e grave causa di sofferenza, quella di non saper più cogliere il senso salvifico del dolore e il conforto della speranza escatologica.

3. Partecipe delle gioie e delle speranze, delle tristezze e delle angosce degli uomini di ogni tempo, la Chiesa ha costantemente accompagnato e sorretto l'umanità nella sua lotta contro il dolore e nel suo impegno per la promozione della salute. Si è nello stesso tempo impegnata a svelare agli uomini il significato della sofferenza e le ricchezze della Redenzione operata da Cristo Salvatore. La storia registra grandi figure di uomini e di donne che, guidate dal desiderio di imitare il Cristo mediante un profondo amore per i fratelli poveri e sofferenti, hanno dato vita ad innumerevoli iniziative assistenziali, costellando di bene gli ultimi due millenni.

Accanto ai Padri della Chiesa e ai Fondatori e alle Fondatrici degli Istituti religiosi, come non pensare con ammirato stupore alle innumerevoli persone che, nel silenzio e nell'umiltà, hanno consumato la propria vita per il prossimo infermo, raggiungendo in molti casi le vette dell'eroismo? (cfr. *Vita Consecrata*, 83). L'esperienza quotidiana mostra come la Chiesa, ispirata dal Vangelo della carità, continui a contribuire con molte opere, ospedali, strutture sanitarie e organizzazioni di volontari, alla cura della salute e dei malati, con particolare attenzione ai più disagiati, in tutte le parti del mondo qualunque sia o sia stata la causa, volontaria o non della loro sofferenza.

Si tratta di una presenza che va sostenuta e promossa a vantaggio del bene prezioso della salute umana e con lo sguardo attento a tutte le disuguaglianze e le contraddizioni che permangono nel mondo della sanità.

4. Nel corso dei secoli infatti, accanto alle luci non sono mancate le ombre, che hanno oscurato ed oscurano tuttora il quadro per tanti aspetti splendido della promozione della salute. Penso, in particolare, alle gravi disuguaglianze sociali nell'accesso alle risorse sanitarie, quali ancora oggi si riscontrano in vaste aree del Pianeta, soprattutto nei Paesi del Sud del mondo.

Tale ingiusta sperequazione investe, con crescente drammaticità, il settore dei diritti fondamentali della persona: intere popolazioni non hanno la possibilità di usufruire neppure dei medicinali di prima e urgente necessità, mentre altrove ci si abbandona all'abuso e allo spreco di farmaci anche costosi. E che dire dello sterminato numero di fratelli e sorelle che, mancando del necessario per sfamarsi, sono vittime di ogni sorta di malattie? Per non parlare delle tante guerre, che insanguinano l'umanità seminando, oltre alle morti, traumi fisici e psicologici di ogni genere.

5. Di fronte a tali scenari, bisogna riconoscere che, purtroppo, in non pochi casi progresso economico, scientifico e tecnico non è stato accompagnato da un autentico progresso, centrato sulla persona e sulla inviolabile dignità di ogni essere umano. Le stesse conquiste nel campo della genetica, fondamentali per la cura della salute e, so-

prattutto, per la tutela della vita nascente, diventano occasione di selezioni inammissibili, di insensate manipolazioni, di interessi antitetici all'autentico sviluppo, con risultati spesso sconvolgenti.

Si registrano, da una parte, sforzi ingenti per prolungare la vita ed anche per procrearla in modo artificiale; ma non si permette, dall'altra, di nascere a chi è già concepito e si accelera la morte di chi non è più ritenuto utile. Ed ancora: mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorte di culto del corpo e alla ricerca edonistica dell'efficienza fisica, contemporaneamente ci si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali.

Tutte queste contraddizioni e situazioni paradossali sono riconducibili alla mancata armonizzazione tra la logica, da una parte, del benessere e della ricerca del progresso tecnologico e la logica, dall'altra, dei valori etici fondati sulla dignità di ogni essere umano.

6. Alla vigilia del nuovo millennio, è auspicabile che anche nel mondo della sofferenza e della salute si promuova "una purificazione della memoria" che porti a "riconoscere le mancanze compiute da quanti hanno portato e portano il nome di cristiani" (*Incarnationis Mysterium*, 11; cfr anche *Tertio Millennio Adveniente*, 33, 37 e 51). La comunità ecclesiale è chiamata ad accogliere, anche in questo campo, l'invito alla conversione legato alla celebrazione dell'Anno Santo.

Il processo di conversione e di rinnovamento sarà facilitato dal volgere continuamente lo sguardo a Colui che, "incarnatosi nel grembo di Maria venti secoli fa, nel sacramento dell'Eucaristia continua ad offrirsi all'umanità come sorgente di vita divina" (*Tertio Millennio Adveniente*, 55).

Il mistero dell'Incarnazione implica che la vita sia intesa come dono di Dio da conservare con responsabilità e da spendere per il bene: la salute è quindi un attributo positivo della vita, da perseguire per il bene della persona e del prossimo. La salute, tuttavia, è un bene "penultimo" nella gerarchia dei valori, che va coltivato e considerato nell'ottica del bene totale e, quindi, anche spirituale, della persona.

7. È in particolare al Cristo sofferente e risorto che il nostro sguardo si volge in questa circostanza. Assumendo la condizione umana, il Figlio di Dio ha accettato di viverla in tutti i suoi aspetti, compresi il dolore e la morte, dando compimento nella sua persona alle parole pronunciare nell'Ultima Cena: "Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici" (Gv 15,13). Celebrando l'Eucaristia, i cristiani annunciano ed attualizzano il sacrificio di Cristo, "per le cui piaghe siamo stati guariti"(cfr. *1Pt* 2, 25) e, unendosi a Lui, "conservano nelle proprie sofferenze una specialissima particella dell'infinito tesoro della redenzione del mondo, e possono condividere tale tesoro con gli altri" (*Salvifici Doloris*, 27).

L'imitazione di Gesù, Servo sofferente, ha condotto grandi santi e semplici credenti a fare della malattia e del dolore una fonte di purificazione e di salvezza per sé e per gli altri. Quali grandi prospettive di santificazione personale e di cooperazione alla

salvezza del mondo apre ai fratelli ed alle sorelle ammalate il cammino tracciato dal Cristo e da tanti suoi discepoli! Si tratta di un percorso difficile, perché l'uomo non trova da sé il senso della sofferenza e della morte, ma di un percorso pur sempre possibile con l'aiuto di Gesù, Maestro e Guida interiore (cfr. *Salvifici Doloris*, 26-27).

Come la resurrezione ha trasformato le piaghe di Cristo in fonte di guarigione e di salvezza, così per ogni malato la luce del Cristo risorto è conferma che la via della fedeltà a Dio nel dono di sé fino alla Croce è vincente, ed è capace di trasformare la stessa malattia in fonte di gioia e di resurrezione. Non è forse questo l'annuncio che risuona nel cuore di ogni celebrazione eucaristica quando l'assemblea proclama "Annunziamo la tua morte, Signore, proclamiamo la tua resurrezione, nell'attesa della tua venuta"? I malati, mandati anch'essi come operai nella vigna del Signore (cfr. *Christifideles Laici*, 53), con il loro esempio possono offrire un valido contributo all'evangelizzazione di una cultura che tende a rimuovere l'esperienza della sofferenza impedendosi di coglierne il senso profondo con gli intrinseci stimoli ad una crescita umana e cristiana.

8. Il Giubileo ci invita, altresì, a contemplare il volto di Gesù, *divino Samaritano delle anime e dei corpi*. Seguendo l'esempio del suo divin Fondatore, la Chiesa "ha riscritto, di secolo in secolo, la parabola evangelica del buon Samaritano, rivelando e comunicando l'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo. Ciò è avvenuto mediante la testimonianza della vita religiosa consacrata al servizio degli ammalati e mediante l'infaticabile impegno di tutti gli operatori sanitari" (*Christifideles Laici*, 53) Questo impegno non scaturisce da particolari congiunture sociali, né va inteso come un atto facoltativo o occasionale, ma costituisce una risposta inderogabile al comando di Cristo: "Chiamati a sé i discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e d'infermità" (Mt 10,7-8).

È dall'Eucaristia che il servizio reso all'uomo sofferente nell'anima e nel corpo assume il suo senso, trovando in essa non solo la sua fonte, ma anche la norma. Non a caso Gesù ha collegato strettamente l'Eucarestia al servizio (Gv 13,2-16), chiedendo ai discepoli di perpetuare in sua memoria non solo la "*fractio panis*", ma anche il servizio della "*lavanda dei piedi*".

9. L'esempio di Cristo, buon Samaritano, deve ispirare l'atteggiamento del credente inducendolo a farsi "prossimo" ai fratelli e alle sorelle che soffrono mediante il rispetto, la comprensione, l'accettazione, la tenerezza, la compassione, la gratuità. Si tratta di lottare contro l'indifferenza che porta gli individui e i gruppi a chiudersi egoisticamente in se stessi. A questo scopo, "la famiglia, la scuola, le altre istituzioni educative, anche per soli motivi umanitari, devono lavorare con perseveranza per il risveglio e l'affinamento di una profonda sensibilità verso il prossimo e la sua sofferenza" (*Salvifici Doloris*, 29). In chi crede, tale sensibilità umana è assunta nell'agape, cioè nell'amore soprannaturale, che porta ad amare il prossimo per amore di Dio. La Chiesa, infatti, guidata dalla fede, nel circondare di affettuosa cura quanti sono afflitti dall'umana sofferenza, riconosce in essi l'immagine del suo Fondatore povero e



sofferente, e si premura di sollevarne l'indigenza, memore delle sue parole: "Ero infermo e mi avete visitato" (Mt 25,36).

L'esempio di Gesù, buon Samaritano, non spinge soltanto ad assistere il malato, ma anche a fare il possibile per reinserirlo nella società. Per il Cristo, infatti, guarire è nello stesso tempo reintegrare: come la malattia esclude dalla comunità, così la guarigione deve portare l'uomo a ritrovare il suo posto nella famiglia, nella Chiesa e nella società.

A quanti sono impegnati, professionalmente o per scelta volontaria, nel mondo della salute, rivolgo un caldo invito a fissare lo sguardo sul divino Samaritano, perché il loro servizio possa diventare prefigurazione della salvezza definitiva e annuncio dei nuovi cieli e della nuova terra "nei quali avrà stabile dimora la giustizia" (2Pt 3,13).

10. Gesù non ha solo curato e guarito i malati, ma è anche stato un instancabile *promotore della salute* attraverso la sua presenza salvifica, l'insegnamento, l'azione. Il suo amore per l'uomo si traduceva in rapporti pieni di umanità, che lo conducevano a comprendere, a mostrare compassione, a recare conforto unendo armonicamente tenerezza e forza. Egli si commuoveva di fronte alla bellezza della natura, era sensibile alla sofferenza degli uomini, combatteva il male e l'ingiustizia. Affrontava gli aspetti negativi dell'esperienza con coraggio e senza ignorarne il peso, comunicava la certezza di un mondo nuovo. In Lui, la condizione umana mostrava il volto redento e le aspirazioni umane più profonde trovavano realizzazione.

Questa pienezza armoniosa di vita egli vuole comunicare agli uomini di oggi. La sua azione salvifica mira non solo a colmare l'indigenza dell'uomo, vittima dei propri limiti ed errori, ma a sostenerne la tensione verso la completa realizzazione di sé. Egli apre davanti all'uomo la prospettiva della stessa vita divina: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10).

Chiamata a continuare la missione di Gesù, la Chiesa deve farsi promotrice di vita ordinata e piena per tutti.

11. Nell'ambito della promozione della salute e di una qualità della vita rettamente intesa, due doveri meritano da parte del cristiano una particolare attenzione.

Anzitutto la *difesa della vita*. Nel mondo contemporaneo molti uomini e donne si battono per una migliore qualità della vita nel rispetto della vita stessa e riflettono sull'etica della vita per dissipare la confusione dei valori, presente talora nella cultura odierna. Come ricordavo nell'Enciclica *Evangelium vitae* "significativo è il risveglio di una riflessione etica intorno alla vita: con la nascita e lo sviluppo sempre più diffuso della bioetica vengono favoriti la riflessione e il dialogo – tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni – su problemi etici, anche fondamentali, che interessano la vita dell'uomo" (n. 27). Tuttavia, accanto a costoro non mancano quelli che, purtroppo, cooperano alla formazione di una preoccupante cultura di morte con la diffusione di una mentalità intrisa di egoismo e di materialismo edonista e con l'appoggio sociale e legale alla soppressione della vita.



All'origine di questa cultura sta spesso un *atteggiamento prometeico* dell'uomo, che si illude di "potersi impadronire della vita e della morte perché decide di esse, mentre in realtà viene sconfitto e schiacciato da una morte irrimediabilmente chiusa ad ogni prospettiva di senso e ad ogni speranza" (*Evangelium Vitae*, 15). Quando la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, gli stessi professionisti del mondo della salute "possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazioni della vita o addirittura in operatori di morte" (*ibid.*, 89).

12. In questo contesto, i credenti sono chiamati a sviluppare uno sguardo di fede sul valore sublime e misterioso della vita, anche quando essa si presenta fragile e vulnerabile. "Questo sguardo non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso, e proprio in queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà" (*ibid.*, 83).

È un compito, questo, che investe particolarmente gli operatori sanitari: medici, farmacisti, infermieri, cappellani, religiosi e religiose, amministratori e volontari che, in virtù della loro professione, a titolo speciale sono chiamati a essere custodi della vita umana. Ma è compito che chiama in causa anche ogni altro essere umano, a cominciare dai familiari della persona malata. Essi sanno che "la domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, è soprattutto domanda di compagnia, di solidarietà, di sostegno nella prova. È richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno" (*ibid.*, 67).

13. Il secondo dovere, al quale i cristiani non possono sottrarsi, concerne, *la promozione di una salute degna dell'uomo*. Nella nostra società vi è il rischio di fare della salute un idolo a cui viene asservito ogni altro valore. La visione cristiana dell'uomo contrasta con una nozione di salute ridotta a pura vitalità esuberante, soddisfatta della propria efficienza fisica ed assolutamente preclusa ad ogni considerazione positiva della sofferenza. Tale visione, trascurando le dimensioni spirituali e sociali della persona, finisce per pregiudicarne il vero bene. Proprio perché la salute non si limita alla perfezione biologica, anche la vita vissuta nella sofferenza offre spazi di crescita e di autorealizzazione ed apre la strada verso la scoperta di nuovi valori.

Questa visione della salute, fondata in una antropologia rispettosa della persona nella sua integralità, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale. In questa prospettiva, la persona stessa è chiamata a mobilitare tutte le energie disponibili per realizzare la propria vocazione e il bene altrui.

14. Questo modello di salute impegna la Chiesa e la società a creare *un'ecologia degna dell'uomo*. L'ambiente, infatti, ha una relazione con la salute dell'uomo e delle popolazioni: esso costituisce "la casa" dell'essere umano e l'insieme delle risorse affidate alla sua custodia e al suo governo, "il giardino da custodire e il campo da coltivare". All'ecologia esterna alla persona, però, deve congiungersi un'ecologia interiore e morale, la sola adeguata ad un retto concetto di salute.

Considerata nella sua integralità, la salute dell'uomo diventa, così, attributo della vita, risorsa per il servizio al prossimo ed apertura all'accoglienza della salvezza.

15. Nell'anno di grazia del Giubileo – "anno di remissione dei peccati e delle pene per i peccati, anno della riconciliazione tra contendenti, anno di molteplici conversioni e di penitenza sacramentale ed extrasacramentale" (*Tertio millennio adveniente*, 14) invito pastori, sacerdoti, religiosi e religiose, fedeli e uomini di buona volontà ad affrontare con coraggio le sfide che si presentano nel mondo della sofferenza e della salute.

Il *Congresso Eucaristico Internazionale*, che sarà celebrato a Roma nel 2000, diventi il *centro ideale* dal quale si irradiano preghiere ed iniziative atte a rendere viva ed operante la presenza del divino Samaritano nel mondo della salute.

Auspico di cuore che, grazie al contributo dei fratelli e delle sorelle di tutte le Chiese cristiane, la celebrazione del Giubileo del 2000 possa segnare lo sviluppo di una collaborazione ecumenica nel servizio amorevole ai malati, così da testimoniare in modo comprensibile a tutti la ricerca dell'unità sulle vie concrete della carità.

Rivolgo un appello specifico agli Organismi Internazionali politici, sociali e sanitari, perché in ogni parte del mondo si facciano convinti promotori di progetti concreti per la lotta contro quanto attenta alla dignità e alla salute della persona.

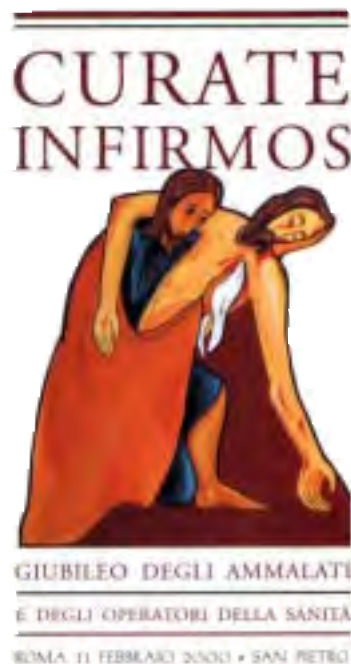
Nel cammino di attiva partecipazione alle esperienze dei fratelli e delle sorelle ammalati, ci accompagni la Vergine Madre che, sotto la croce (cfr. Gv 19,25), ha condiviso le sofferenze del Figlio e, divenuta esperta del soffrire, esercita la sua costante ed amorevole protezione verso quanti vivono nel corpo e nello spirito i limiti e le ferite della condizione umana.

A Lei, *Salute degli infermi e Regina della pace*, affido i malati e quanti sono loro vicini, perché con materna intercessione li aiuti ad essere propagatori della civiltà dell'amore.

Con tali auspici, imparto a tutti una speciale Benedizione Apostolica.

Da Castel Gandolfo, 6 agosto 1999, Trasfigurazione del Signore.





## Pellegrinaggio ai luoghi di sofferenza nell'anno giubilare 2000\*

### 1. Perché questo depliant?

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute offre questo depliant come sussidio per l'acquisto dell'*indulgenza giubilare* nell'ambito della pastorale della salute, nello spirito della Bolla per l'indizione del grande Giubileo dell'anno 2000 *Incarnationis mysterium*:

*“In ogni luogo, se si recheranno a rendere visita per un congruo tempo ai fratelli che si trovino in necessità o difficoltà (infermi, carcerati, anziani in solitudine, handicappati, ecc.), quasi compiendo un pellegrinaggio verso Cristo presente in loro (cfr. Mt 25, 34-36)...”* (Penitenzieria Apostolica, *Disposizioni dell'indulgenza giubilare*, n. 4).

### 2. Che cos'è il Giubileo?

Il Giubileo è per la Chiesa un “*kairos*”, un tempo favorevole di grazia, in cui i fedeli cristiani sono invitati, soprattutto, a testimoniare la carità di Dio, la sua tenerezza verso tutti, con una particolare sollecitudine verso i sofferenti.

### 3. Il dono dell'indulgenza

Tra gli elementi costitutivi dell'evento giu-

bilare sono da ricordare la conversione e il perdono. A questi è strettamente collegato il dono dell'indulgenza. Essa è la remissione dinanzi a Dio della pena temporale per i peccati, già rimessi quanto alla colpa. Il dono dell'indulgenza è così uno dei frutti più importanti del Giubileo.

Tutti i fedeli, convenientemente preparati, possono abbondantemente fruire, lungo l'arco dell'intero Giubileo, del dono dell'indulgenza, secondo determinate condizioni che sono: *la confessione sacramentale, la comunione eucaristica, il pellegrinaggio, la preghiera secondo le intenzioni del Santo Padre, la visita a luoghi di cura od altri, le attività e azioni di carità e di penitenza.*

### 4. Pellegrinaggio verso Cristo presente nei fratelli sofferenti

Per ricevere il dono dell'indulgenza è importante riscoprire:

– l'importanza della preghiera nelle sue varie forme a favore dei malati, delle loro famiglie e di coloro che li hanno in cura; si tratta di pregare per e con i malati, gli operatori pastorali e sanitari in famiglia, in ospedale e negli altri luoghi di cura;

– l'ospedale e gli altri luoghi dove si trovano gli ammalati come una delle mete del pel-

\* Il testo riprodotto è stato ripreso da un dépliant ideato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute in occasione del Giubileo.

legrinaggio nell'arco dell'intero Giubileo; è un pellegrinaggio verso Cristo presente nei fratelli sofferenti;

- la stessa persona malata, bisognosa, come un luogo di predilezione spirituale per la *comunità cristiana*: “ero malato e mi avete visitato” (Mt 25, 36).

Di conseguenza, occorre promuovere iniziative che avvicinino le comunità cristiane ai malati, cercando di:

- conoscere meglio la realtà sanitaria (missione, programmi, problemi);
- contribuire in qualche modo a trovare rimedi e soluzioni ai problemi individuali;
- dedicare particolare attenzione ai malati affetti da speciali patologie (ad es. tumore, tossicodipendenza, AIDS, ecc.);
- offrire il proprio tempo libero per accompagnare gli ammalati, evitando loro solitudini ed emarginazione.

### 5. Indicazioni e suggerimenti per la visita ad un ospedale, una casa di cura o una casa con un malato in famiglia...

Con lo spirito di compiere un pellegrinaggio verso Cristo presente nei sofferenti: malati, handicappati, anziani in solitudine, ecc. (cfr. Mt 25, 34-36) un gruppo di fedeli oppure un singolo fedele si possono recare in un determinato ospedale, casa di cura o in famiglia per acquistare l'indulgenza giubilare.

È bene che la visita abbia un carattere coinvolgente per una comune e fraterna celebrazione giubilare della misericordia di Dio con i malati e le persone che li assistono.

In tale occasione, previa necessaria consultazione con la direzione o le persone interessate, si potrebbero prevedere alcuni momenti significativi come:

- a. *Una celebrazione eucaristica oppure una celebrazione liturgica* (le Lodi, i Vespri), o un altro *pio esercizio di pietà* (la Via Crucis, il Rosario mariano, la recita dell'inno Akathistos in onore della Madre di Dio).

È bene che la celebrazione renda protagonisti i malati e gli operatori sanitari che vi partecipano (lettura della parola di Dio, formulazione delle intenzioni della preghiera dei fedeli, segni offertoriali, testimonianze, ecc.).

- b. Per meglio manifestare i segni di solidarietà e di vicinanza, potrebbero essere visitati *alcuni reparti specifici della struttura sanitaria* da parte di tutti “i pellegrini” o di alcuni del gruppo.

- c. Si potrebbe anche organizzare *un momento di riflessione e di approfondimento* su un tema riguardante la cura della salute o il significato salvifico della stessa sofferenza.

- d. Se le circostanze lo consentono si può realizzare *un momento conviviale e di festa*.

### 6. Lo spirito potenziale e la condivisione

Per ricevere il dono dell'indulgenza, è importante anche promuovere lo spirito di penitenza attraverso iniziative concrete di generosità, di condivisione e di solidarietà fraterna, quali:

- a. L'astensione da consumi superflui per devolvere una somma in denaro ai malati di Aids, a ricerche sui tumori e patologie varie, a costruzioni e attrezzature di ospedali, o in favore di enti e associazioni del mondo della sofferenza e della salute per le diverse necessità;

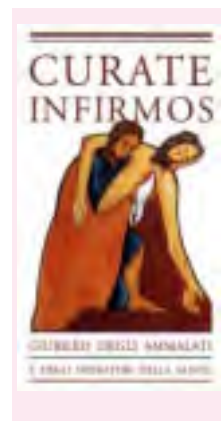
- b. Il sostegno alle opere socio-caritative di carattere religioso, con particolare sollecitudine per i bambini affetti da gravi patologie (tumore, tossicodipendenza, disabilità, ecc.);

- c. La realizzazione di un gesto concreto di carità rispondente a una particolare esigenza nel territorio (ad es. predisposizione di accoglienza per i parenti di malati, organizzazione di turni di volontariato, aiuto economico per sostenere la cura di un malato indigente, ecc.).

### 7. Significato del simbolo giubilare della Giornata Mondiale del Malato 2000

La Giornata Mondiale del Malato nell'anno giubilare ha un significato tutto particolare, sia per il contenuto, che per la dinamica e la partecipazione stessa.

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha voluto rappresentare la giornata con un logo particolare che potrà servire anche durante tutto l'anno giubilare.



Il logo rappresenta simbolicamente Gesù Cristo risorto che sorregge con tenerezza Gesù il Crocifisso.

Egli è il Buon Samaritano che solleva l'uomo ferito e se ne prende cura: a noi fare altrettanto.



***Simposio Mondiale AISAC  
(Associazione  
Internazionale delle  
Istituzioni Sanitarie  
Cattoliche)***

***“Le Istituzioni Sanitarie  
Cattoliche testimonianza  
di Chiesa”***

***1-3 luglio 1999***

***Nova  
Domus Sanctae Marthae,  
Città del Vaticano***

## Caratteristiche di un ospedale cattolico

La Conferenza Episcopale degli Stati Uniti indica le seguenti caratteristiche: essere animati dal Vangelo, avere molto rispetto per i pazienti e per le loro famiglie, prendersi cura in particolare degli emarginati, promuovere la ricerca medica e la collaborazione con gli altri centri sanitari che accettano i principi cattolici, trattare in modo giusto ed equo i suoi impiegati, seguire quanto indicato dal CIC, avere operatori pastorali particolarmente preparati, lavorare in collaborazione con le parrocchie locali, privilegiare l'amministrazione dei sacramenti, in particolare dell'Eucaristia, promuovere l'amministrazione del sacramento della Penitenza, preparare i ministri dell'Eucaristia, curare in special modo l'Unzione dei malati, e facilitare l'assunzione del Viatico.

### 1. Ecclesialità di un ospedale cattolico

#### 1. Elementi basilari

In ogni ospedale troviamo tre elementi indispensabili, e cioè:

1) *il servizio agli ammalati;*  
2) *le relazioni istituzionalizzate tra coloro che prestano questi servizi e gli stessi ammalati, che deve essere qualcosa di molto speciale;*

3) *la direzione dell'ospedale stesso.*

Quando questi tre elementi – servizi, relazioni istituzionali, direzione – si basano su una concezione cristiana, e cioè sul messaggio evangelico e la carità cristiana, allora l'ospedale può dirsi cristiano; quando poi il messaggio evangelico e la carità cristiana sono quelli praticati, vissuti e inse-

gnati dalla Chiesa cattolica, allora avremo un ospedale cattolico.

#### 2. Missione ecclesiale e ospedale cattolico

L'ospedale cattolico fonda la sua identità nella missione ricevuta da Cristo nella Chiesa di curare i malati (Lc 9, 1-2).

#### 3. Lo Spirito Santo e l'ospedale cattolico

La Chiesa nel passato ed ancora oggi è motivata nel servizio agli ammalati dall'Amore nei confronti di Dio infuso in Lei dallo Spirito Santo.

#### 4. Chiamata ecclesiale e ospedale cattolico

Lo Spirito Santo fa capire alla Chiesa che Cristo è presente in particolare nei malati e, tra questi, nei più poveri e meno protetti. Egli chiama la comunità ecclesiale ad estendere il proprio raggio d'azione e ad accrescere i suoi legami comunitari con queste persone.



#### 5. Vescovo, Eucarestia e ospedale cattolico

L'essenza stessa della Chiesa si realizza nella chiamata che la costituisce; siccome questa chiamata oggi è realizzata pienamente dal vescovo nell'Eucaristia, non è possibile comprendere un ospedale cattolico senza una connessione con lui e, in concreto, con la celebrazione eucaristica.

#### 6. Pastorale sacramentale e ospedale cattolico

La prima linea da sottolineare nella costituzione di un ospedale cattolico è la linea pastorale. In un ospedale cattolico, deve occupare un posto particolare l'Eucaristia e, pertanto, la pastorale sacramentale.

#### 7. Il cappellano dell'ospedale cattolico

È ovvio che, per essere cappellano di un ospedale cattolico, è necessaria l'approvazione del Vescovo, di cui il cappellano è rappresentante.

#### 8. La Sacra Scrittura

La Sacra Scrittura, è la spiegazione cosciente della chiamata che Dio fa in Cristo nell'ambito ospedaliero e che si comprende nelle circostanze particolari del paziente mediante il dono dello Spirito Santo.

### 2. Aspetti preminenti dell'ospedale cattolico

#### 1. Umanesimo

Gli operatori sanitari devono personalizzare il modo di trattare il malato. Mai considerarlo un numero o uno dei tanti casi. L'esempio del Buon Samaritano è il modello da seguire.



## 2. Preparazione

Il ministero della salute deve essere esercitato utilizzando la scienza e le tecniche mediche, che è assolutamente necessario pertanto dominare.

## 3. Vita nascente

Principio basilare è che la vita è un dono di Dio. L'uomo riceve la vita da Dio, egli non è altro che un amministratore che deve dare la vita così come Dio ha stabilito. Ogni trasmissione o quanto connesso con la trasmissione della vita che avversi questo principio, sarà estraneo all'ospedale cattolico.

## 4. Vita nella fase terminale

Un ospedale cattolico deve

prendersi cura della vita nella sua fase terminale. Deve rendere fortemente coscienti i pazienti terminali e i loro familiari della realtà fondamentale e decisiva della resurrezione. Deve preparare il paziente a defungere dandogli il necessario sostegno spirituale.

## 5. Economia

Un ospedale cattolico non è un "business" in cui il criterio ultimo del suo funzionamento è il profitto. Questo non vuol dire che un ospedale cattolico debba essere gratuito; piuttosto si deve configurare un ospedale in cui la norma sia la *comunicazione cristiana dei beni*.

## 6. Cooperazione

Va affermato che qualunque

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

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
*Presidente del Pontificio Consiglio  
per la Pastorale della Salute,  
Santa Sede*

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





## Natura e senso del diritto

Una chiave di lettura per capire la funzione e l'importanza del diritto per la nostra materia, al di là dei due unici articoli del Codice che parlano degli ospedali<sup>1</sup>, potrebbe essere, paradossalmente, la stessa parabola del buon samaritano, così cara agli operatori sanitari. Il buon samaritano non sarebbe soltanto il paradigma della carità, ma anche della giuridicità.

La giustizia, infatti, secondo la sua definizione classica, consiste nel "dare a ciascuno quel che è suo" (*unicuique ius suum tribuere*). Ora ciò che per primo si deve dare ad ogni uomo, il primo dovere e fondamento di ogni giuridicità, è il riconoscimento della sua dignità umana. Il buon samaritano, insieme ad un atto essenziale di carità, compie anche l'atto più elementare di giustizia: riscattare la dignità di un uomo concreto, ferito, dimenticato, e morente.

## Il Diritto Canonico

Ogni ordine giuridico che faccia onore al suo nome, non può essere altro che lo sviluppo sociale di questa dignità primigenia. Ugualmente, il diritto canonico risulta dal distendersi normativo della dignità battesimale dei Figli di Dio, nonché della dignità della presenza di Gesù Cristo nella Chiesa<sup>2</sup>.

La Chiesa è il popolo messianico costituito dall'alleanza che Dio ha stipulato con gli uomini, alleanza che nell'ordine della legge nuova diventa comunione vitale. Tale realtà della Chiesa, che è l'ammirevole unione del divino con l'umano, si manifesta pure in un complesso di diritti e di doveri sociali, vale a dire, nel Diritto Canonico. Esso, sarebbe, quin-

di, l'insieme dei rapporti di giustizia determinati dall'origine divina della Chiesa, dalla sua struttura, dalla sua finalità, dai suoi beni e mezzi, sviluppati nella storia e nella vita dei popoli. In altre parole, la natura della Chiesa, Corpo Mistico di Cristo, Sacramento della sua presenza tra gli uomini, e continuità della Sua missione, fanno sì che il Diritto Canonico sia un diritto di comunione; comunione dei cristiani con Gesù, e dei cristiani tra di loro, in Cristo<sup>3</sup>.

Nel diritto canonico troviamo, innanzitutto, un nucleo costituzionale, di diritto divino, formato da quegli elementi che rispondono alla volontà fondatrice di Gesù Cristo: sacerdozio ministeriale/sacerdozio comune, vocazione universale alla santità/sacramenti, magistero e governo, Chiesa universale/Chiesa particolare. Ci sono, poi, elementi di diritto naturale che si desumono dalla dignità umana perché la

Chiesa è un popolo di uomini (diritto alla vita, alla buona reputazione, all'intimità, alla libera scelta di stato, ecc.). Ci sono, infine, diritti e doveri di "diritto positivo" che appartengono all'auto organizzazione della Chiesa nel suo momento storico, nonché ai modi che si ritengono necessari per difendere i beni fondamentali del diritto divino e naturale.

Ogni attività che si svolge nella Chiesa, affinché sia davvero un'attività ecclesiale, deve essere impostata all'interno della cornice canonica. Questo vale anche per gli ospedali cattolici.

## Gli ospedali cattolici ed il Diritto Canonico

In quanto fenomeno sociale, l'ospedale è un'organizzazione di persone e di cose per la prestazione di determinati servizi di salute. Un tale insieme dinamico, nell'ambito civile-statale, avrà la tipologia giuridica più adatta alla sua missione secondo le particolari circostanze: fondazione, associazione civile, società per azioni, forme di cooperazione tra pubblico e privato, ecc. La sua attività sarà governata dalla specifica normativa sanitaria, nonché, più in generale, dalla legislazioni in vigore per le attività sociali ed economiche, dal diritto del lavoro, dal diritto civile, dal diritto amministrativo, e persino, dal diritto penale.

Anche in campo canonico, l'ospedale avrà tante configurazioni possibili, secondo le molteplici opzioni del Popolo di Dio peregrinante e i diversi rapporti giuridici che si possono stabilire attorno ad una struttura sanitaria cattolica.

Possono esserci, pertanto, ospedali appartenenti ad una diocesi (o ad altri enti di natura gerarchica), o ad un ordine



religioso, o ad un'associazione pubblica di fedeli. Potrebbe esserci una dualità tra il titolare dei beni (una certa persona giuridica) ed i responsabili dell'attività propriamente sanitaria (un'altra persona giuridica), e persino uno sviluppo in più di due soggetti (il proprietario dei beni, gli incaricati delle attività ospedaliere, e coloro che hanno a carico la cura spirituale e pastorale). Ci sono poi delle prescrizioni che riguardano la liturgia, la disciplina dei sacramenti e le cose sacre che sono pertinenti per gli ospedali. In materia di impiego delle persone, bisogna armonizzare le esigenze canoniche con quelle lavorative civili, specie quando si tratta di religiosi, o di sacerdoti diocesani con compiti pastorali nelle strutture ospedaliere, ecc.

È necessario, pertanto, studiare le situazioni concrete e determinare i relativi obblighi, diritti e responsabilità, tanto all'interno dell'organizzazione sanitaria, quanto nelle sue relazioni con la Chiesa universale, con le Chiese particolari, e anche con i Superiori degli ordini religiosi nei casi pertinenti. Inoltre, ci sarà sempre bisogno del riconoscimento della

gerarchia per poter godere dell'aggettivo di cattolico. Tale riconoscimento esprime la constatazione della presenza degli elementi essenziali di appartenenza al popolo di Dio e di servizio alla sua missione<sup>4</sup>.

### **Il diritto come garanzia di identità e punto di partenza per lo svolgimento della propria missione**

“Cattolico” non è un semplice titolo, e nemmeno un'adesione sentimentale a certi principi più o meno definiti. Essere cattolico significa appartenere al Popolo di Dio, e così vivere in comunione con Gesù Cristo. Il diritto ci segnala le condizioni perché ci sia tale comunione, e offre la garanzia dell'identità del cristiano e delle opere ecclesiali.

Conoscere ed attuare le norme del diritto canonico, nelle concrete circostanze, è condizione necessaria per accettare tutte le conseguenze del vivere nella Chiesa. Gli ospedali cattolici sono chiamati ad essere testimoni fedeli e promotori della dignità dei Figli di Dio, ed a realizzare il Regno attraverso l'assistenza sanitaria.

L'adeguato inserimento canonico non è altro che l'inserimento nella Chiesa, per il pieno esercizio della missione di buoni samaritani: portare al malato non soltanto l'aiuto e il sollievo fisico, ma lo stesso Gesù Cristo, che guarisce il corpo allorché svela all'uomo la pienezza del suo essere.

Mons. OSVALDO NEVES  
DE ALMEIDA  
Ufficiale della Segreteria di Stato  
Santa Sede

### **Note**

<sup>1</sup> Can. 860 § 2, sul battesimo negli ospedali; e Can. 566 § 2, sulla facoltà dei cappellani di assolvere certe censure.

<sup>2</sup> Inoltre, la dignità di figli di Dio è il fondamento ultimo della dignità umana. Cfr. Cost. *Gaudium et Spes*, N. 22; Catechismo della Chiesa Cattolica, N. 359.

<sup>3</sup> Cfr. Cost. *Lumen Gentium*, NN. 2-3, 5-11; Giovanni Paolo II, Cost. Ap. *Sacrae discipline leges*, par. 6, 13, ecc.

<sup>4</sup> Canon 216, 300, 305, 312, § 2, ecc., ed anche, nel caso pertinente, i canon 609-612 per le case religiose.



# Identità giuridica dell'istituzione sanitaria cattolica\*

## 1. Premessa

Complessità del tema:  
– perché tocca il diritto canonico ed il diritto statale;  
– perché il problema dell'identità è *soprattutto* il problema della *difesa* di tale identità.

## 2. Una tipologia canonistica

Utile il richiamo alla distinzione, che si fa in dottrina, fra istituzioni ecclesiali, istituzioni ecclesiastiche ed istituzioni meramente cristiane.

a) Le *istituzioni ecclesiali* sono quelle in cui la Chiesa si struttura, che hanno origine divina (come ad es. L'episcopato) o storica (es. Le Conferenze episcopali), il cui fine è direttamente soprannaturale e sono pertanto del tutto estranee all'ordinamento giuridico dello Stato.

b) Le *istituzioni ecclesiastiche*: svolgono una attività (e hanno finalità) ambivalente, nel senso che hanno una finalità temporale immediata e ben determinata (es. scuole, ospedali, istituzioni di assistenza e beneficenza ecc.) ma qualificata da uno scopo apostolico.

In particolare tali istituzioni risultano strumentalmente piegate al perfezionamento spirituale di quanti in esse operano, o di coloro cui le relative attività sono destinate. Su queste istituzioni la Chiesa rivendica un dovere-diritto inalienabile, sulla base di un duplice titolo: naturale e soprannaturale (cfr. I Tim. 3,15; AA 8, GS 42, GE 3 e 8).

c) Le *istituzioni cristiane*: realtà che nascono ed operano direttamente ed esclusivamente nell'ordinamento statale, sia pure nell'intento di comunicare alla società valori cristiani (es.: partito o sindacato di ispirazione cattolica).

Le istituzioni sanitarie cat-

toliche sono generalmente riconducibili alla seconda categoria (piena coincidenza tra fini e attività); qualche volta anche alla prima categoria (nel fine generale entra anche la specifica attività sanitaria).

## 3. Le istituzioni sanitarie cattoliche come "res mixtae"

– In che senso rientrano nelle "res mixtae" (quanto all'attività svolta);

– involgono la *Libertas Ecclesia* e la libertà religiosa;

– sono destinate ad avere un regime giuridico complesso (canonico-civile), perché nascono *nella* Chiesa ma sono proiettate *fuori* della Chiesa;

– il problema della "compatibilità" tra disciplina canonistica e disciplina civilistica;

– il problema della distinzione tra carattere ecclesiastico e fine di religione o di culto. (Can. 114,2; Can. 298, art. 16., legge 222/1985).

## 4. "Identità" delle istituzioni sanitarie cattoliche

È data dalla concorrenza di diversi elementi:

a) per la loro origine  
*carattere ecclesiastico*

⇒ enti di libertà

⇒ enti di struttura

b) per l'ambito materiale delle loro attività (la sanità)

c) per le peculiari finalità che inglobano (ma non si esauriscono sul) il "bene salute" [istituzioni di tendenza...].

## 5. La salvaguardia della "identità"

Il problema della compatibilità fra "identità" e diritto comune. Spesso il pieno rispetto della identità di tali istituzioni richiede che siano disciplinate

negli ordinamenti civili non attraverso l'automatica sottoposizione al diritto comune, bensì attraverso un regime giuridico peculiare, che tenga conto della loro origine e delle loro peculiari finalità.

Ciò significa che dette istituzioni non possono, ad es., essere sottratte ai controlli previsti dal diritto canonico a salvaguardia della loro natura, ma non possono neppure essere assoggettate ad obblighi che, pur previsti dalla legge per la generalità delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, non siano compatibili con tale loro natura. Per esempio: leggi nazionali che obblighino le istituzioni ospedaliere ad assicurare trattamenti sanitari contrari alla morale cattolica.

Viceversa è del tutto legittima la loro sottoposizione al diritto comune per ciò che attiene, ad es.: alle autorizzazioni amministrative, alla vigilanza (amministrativa e tecnica) della pubblica autorità sull'attività sanitaria svolta, alla verifica della sussistenza di determinati requisiti come condizione per l'esercizio di attività sanitaria; ai controlli di bilancio e contabili, qualora le attività istituzionali siano svolte con denaro pubblico, al regime tributario ecc.

Diverse vie per salvaguardare la tendenza:

a) la via unilaterale statale

b) la via concordataria (cfr. Art. 7,3 Concordato italiano)

c) la via statutaria (soprattutto nei paesi di *common law*).

Prof. GIUSEPPE DALLA TORRE  
Rettore della Libera Università  
Maria Santissima Assunta  
Roma

\* Questa è una traccia dell'intervento del Professor Dalla Torre che non è stata rivista dall'autore prima della pubblicazione.

## “Le Associazioni Nazionali e la Federazione Internazionale: rifondare un progetto”

### I: Sintesi del continente Europa

Gli ospedali cattolici sono promotori della salute e della dignità dell'uomo. Hanno per scopo il servizio completo del malato nella globalità del suo essere. Alla sua persona prestiamo tutte le cure secondo le sue necessità e secondo le possibilità e nostre competenze. Gli istituti cattolici pongono l'uomo al centro dell'attenzione nel mondo della salute. Ogni servizio nel mondo della salute vuol portare il vangelo per l'edificazione del regno di Dio e la promozione dell'uomo. In occasione del congresso mondiale degli ospedali cattolici nel 1985 il Santo Padre Giovanni Paolo II affermava: *“L'ospedale cattolico impegnato a farsi testimonianza di chiesa, deve rivedere a fondo la sua organizzazione allo scopo di riflettere sempre meglio i valori evangelici espressi nelle direttive sociali e morali del Magistero; non deve lasciarsi assorbire da sistemi che occupano soltanto obbiettivi economico-finanziari e degli aspetti clinico-patologici; deve saper stare sempre più vicino all'uomo ed assisterlo nell'angoscia che lo agita nei momenti più critici della malattia; deve saper creare una cultura orientata all'umanizzazione della medicina e dell'ospedale”*. Questo richiamo del Santo Padre deve portare i responsabili delle istituzioni sanitarie cattoliche a cercare soluzioni compatibili tra economia di mercato e protezione della dignità umana.

Gli ospedali cattolici, le loro associazioni nazionali e la AI-SAC dovrebbero diventare uno strumento valido per creare uno stile condiviso di gestione, di assistenza e di organizzazione che testimoniano l'appartenenza alla Chiesa e alla sua Missione.

#### 1. Le associazioni nazionali degli ospedali cattolici

In quasi tutti i paesi europei esiste una associazione nazionale degli ospedali cattolici, che comprende in più dei casi anche gli istituti di assistenza per gli anziani e per gli handicappati fisici, psichici e mentali.

Dai 15 paesi dell'Unione Europea sono otto nell'organizzazione del Comité de liaison européen du secteur sanitaire et social privé à but non lucratif. Quattro di questi fanno anche parte del Standing Committee of hospitals of the European Union (HOPE).

Rappresentanti delle associazioni nazionali fanno parte della Commissione etica nell'ambito dell'organizzazione europea degli istituti a scopo non lucrativo nel campo sanitario: Germania, Italia, Olanda, Austria. Proprio a livello dell'Unione Europea si pone il problema etico nell'ambito della ricerca, dei diritti dell'uomo, della legislazione sanitaria, dell'economia sanitaria, nell'amministrazione delle risorse umane, tecniche e materiali.

Gli ospedali e gli istituti di assistenza sanitaria di ordini religiosi, delle diocesi e della Caritas diocesana o nazionale e di simili enti cattolici sono già organizzati o devono organizzarsi a livello nazionale secondo le possibilità legali di ogni paese. La Conferenza Episcopale, la Conferenza nazionale dei superiori maggiori e ogni Vescovo diocesano devono favorire la fondazione e le attività delle associazioni nazionali degli istituti sanitari cattolici.

#### Motivi:

- Promuovere nel mondo della salute il vangelo della vita.
- Garantire la presenza della chiesa nel campo medico e socio-sanitario.
- Collaborazione attiva nelle trattative con le istanze del governo nazionale e regionale.
- Condivisione di informazioni a tutti i livelli.
- Migliore distribuzione di risorse a livello regionale, nazionale e possibilmente anche per il terzo mondo.
- Diffusione di un forte senso di appartenenza nella presentazione della missione dell'ospedale cattolico nella società secolarizzata.
- Unanime attuazione concreta dei valori evangelici e del magistero ecclesiale in bioetica ed etica pubblica.
- Condivisione di piani pastorali e strategie di umanizzazione.
- Apertura ad una collabora-



zione diretta e reale in campo economico ed organizzativo.

– Garantire il futuro degli istituti sanitari cattolici con nuove forme di proprietà ec-  
clesiastica e civile in collabo-  
razione responsabile con laici  
cattolici.

## 2. L'Associazione Internazionale Istituzioni Sanitarie Cattoliche (AISAC)

L'AISAC è una associazione internazionale delle associazio-  
ni nazionali delle istituzioni sa-  
nitarie cattoliche di ogni paese.  
Dovrebbe diventare uno stru-  
mento da utilizzare per creare  
uno stile di gestione, di assi-  
stenza e di organizzazione che  
testimoni l'appartenenza alla  
Chiesa cattolica. L'AISAC de-  
ve essere espressione di comu-  
nione nei principi e nei valori  
evangelici per tutte le associa-  
zioni nazionali e per tutte le  
istituzioni sanitarie cattoliche  
del mondo. Lo scopo primario  
dell'AISAC dovrebbe essere di  
esplicitare linee-guida che con-  
sentano alle associazioni na-  
zionali di raggiungere con effi-  
cacia le finalità evangeliche  
nelle quali esse e i loro associa-  
ti istituti si identificano.

Di conseguenza deve lo sta-  
tuto dell'AISAC includere ed  
esprimere tra altri i seguenti  
punti:

### a) Definire la natura del- l'AISAC

– quali sono le associazioni  
cattoliche che formano l'AI-  
SAC;

– l'autorità (il dicastero ro-  
mano) ecclesiastica che istitu-  
isce e erige l'AISAC e appro-  
va lo statuto con la definizione  
della qualità giuridica dell'as-  
sociazione.

### b) L'obiettivo/lo scopo del- l'AISAC

– Animazione, promozione  
e coordinazione delle associa-  
zioni nazionali per promuove-  
re nel mondo della salute il  
vangelo della vita.

– Organizzare congressi a  
livello continentale e mondia-  
le per favorire lo scambio di  
esperienze in campo sanitario  
secondo gli obiettivi dell'AI-  
SAC.

– Organizzazione di con-  
gressi, corsi e work shops per i  
responsabili delle istituzioni  
nazionali associate.

– Incontri dei rappresentanti  
delle varie categorie di asso-  
ciazioni nell'ambito dello  
stesso dicastero p.e. dei medi-  
ci, degli infermieri ecc.

– Creare e diffondere un or-

gano di comunicazione che  
informa, orienta e promuove  
gli associati nella realizzazio-  
ne della loro missione.

### c) Gli associati dell'AISAC

– Definizione delle qualità  
giuridiche ed organizzative  
delle associazioni nazionali e  
dei loro obiettivi che le rendo-  
no capaci di essere soci del-  
l'AISAC:

– soci attivi ed effettivi

– soci promotori

– soci "aggregati" (simpa-  
tizzanti)

– Definizione della struttura  
dell'AISAC:

Autorità ecclesiastica com-  
petente

Consiglio direttivo (?)

Presidente (?)

Segretario (?)

Assemblea generale

– Definizione della qualità  
giuridica delle associazioni  
nazionali (definizione degli  
elementi essenziali dello statu-  
to a livello nazionale)

– Definizione dello stato  
giuridico e delle qualità etico-  
moralì di istituzioni sanitarie  
locali che fanno parte delle as-  
sociazioni cattoliche regionali  
e nazionali.

P. LEONHARD

GREGOTSCH M.I.

Associazione ospedali cattolici  
d'Austria

## II: La regione asiatica

### Introduzione

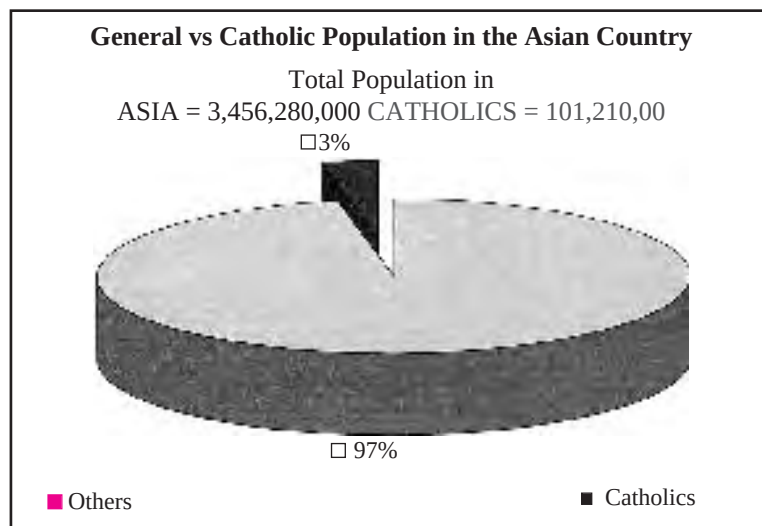
L'Asia è un continente in cui  
è presente una moltitudine di  
gruppi etnici, di culture, lin-  
gue, regioni, backgrounds so-  
cio-economici e sistemi politi-  
ci. Tutto ciò e i valori etici pre-  
senti nell'insegnamento delle  
grandi filosofie asiatiche, han-  
no forgiato la vita degli abitanti  
di questo continente.

Le culture asiatiche oggi  
sentono l'impatto della mo-  
dernizzazione e della globa-  
lizzazione. Il consumatore  
mono-culturale portato dalla  
globalizzazione sta spazzando  
via i loro valori tradizionali; la  
conseguenza è la disgregazio-  
ne delle famiglie. Tutto ciò ha  
un impatto negativo serio sul-

la salute delle persone.

La popolazione totale in  
Asia ammonta a 3.456.280.000

abitanti; secondo le statistiche  
del 1996, i cattolici sono  
101.210.000 (2,9%).



1. Strutture sanitarie nel continente asiatico

Lo scenario sanitario in Asia è caratterizzato da malattie infettive, malnutrizione, invalidità derivanti dalla mancanza di vitamine, minerali e assunzione di acqua potabile, e da un’alta percentuale di mortalità infantile. La commercializzazione dei farmaci da parte delle ditte farmaceutiche che producono medicinali troppo cari per i poveri e i sistemi sanitari pubblici che non hanno fondi sufficienti e che non raggiungono mai i bisogni, peggiorano la situazione (v. Allegato A, B per le statistiche della sanità in Asia).

In molti paesi del continente, esiste se non un’assoluta

mancanza, almeno uno squilibrio tra il numero di medici, infermieri e personale paramedico disponibile e quelli necessari in particolare nelle unità sanitarie della periferia rurale. Mentre sono in atto riforme sanitarie, molti governi e Organizzazioni non Governative trovano sempre più difficile far fronte ai bisogni sanitari essenziali della popolazione. Una critica analisi dell’attendibilità, dell’accesso e della qualità delle cure sanitarie costituisce una preoccupazione importante.

Una completa privatizzazione che permette alle imprese commerciali di coprire le necessità delle persone, si è rivelata avere gravi effetti negativi, in particolare per i poveri (Tabella 1).

2. Principali problemi della sanità cattolica nel continente

Nel continente asiatico in generale la popolazione cattolica è una minoranza, fatta eccezione per le Filippine. I problemi che la sanità cattolica deve affrontare sono esterni ed interni. I problemi esterni sono dovuti all’incomprensione tra la gestione e il governo su questioni d’etica e di management, quali ad esempio l’introduzione in India dell’imposta sul reddito e sui fabbricati che equipara le istituzioni caritative alle altre istituzioni sanitarie corporative e private. Inoltre, ogni sostegno da parte del governo indiano dipende da quanto si vuole ignorare la politica abortiva del governo e il controllo delle nascite. Ma questo è in diretta opposizione all’insegnamento della Chiesa.

All’interno, la Chiesa manca di risorse umane (medici, infermieri e personale paramedico) in quanto nel continente non ci sono sufficienti istituzioni sanitarie cattoliche per formare futuri medici, infermieri e paramedici. Impiegare personale che non proviene dalla chiesa non è economicamente redditizio a causa degli alti stipendi da pagare. Poiché le istituzioni sanitarie cattoliche non sono più finanziate come nel passato, la qualità delle cure prestate risulta compromessa e le istituzioni tendono a lasciarsi guidare dal profitto per mantenersi.

3. Associazioni nazionali

In Asia quattro paesi hanno associazioni sanitarie nazionali.

- 1. Indonesia: Association of Voluntary Health Services of Indonesia (PERDHAKI)
  - 2. Pakistan: Christian Health Association of Pakistan (CHAP)
  - 3. India: Catholic Health Association of India (CHAI)
  - 4. Corea del Sud: Catholic Hospital Association of Korea
- Benché negli anni ’70 in Pakistan esistesse un’organizzazione esclusivamente per i cattolici, essa ora si è fusa con

Tabella 1 - Popolazione cattolica e istituzioni sanitarie nei paesi asiatici

| S. No. | Country                   | Population    | Catholics  | Hospitals | Dispensaries | Others* |
|--------|---------------------------|---------------|------------|-----------|--------------|---------|
| 1      | Afghanistan               | 22.000.000    | NA         | NA        | NA           | NA      |
| 2      | Bangladesh                | 124.000.000   | 161.000    | 7         | 48           | 51      |
| 3      | Bhutan                    | 2.000.000     | 3.000      | 1         | 3            | 1       |
| 4      | China                     | 1.243.000.000 | -          | -         | -            | -       |
| 5      | Cambodia                  | 10.500.000    | -          | -         | -            | -       |
| 6      | Republic of Korea (south) | 45.700.000    | 2.168.000  | 49        | 30           | 152     |
| 7      | India                     | 982.000.000   | 14.908.000 | 704       | 1.792        | 668     |
| 8      | Indonesia                 | 203.500.000   |            | 318**     |              |         |
| 9      | Japan                     | 125.600.000   | 598.000    | 37        | 23           | 309     |
| 10     | Malaysia                  | 21.010.000    | 590.000    | 9         | 23           | 35      |
| 11     | Maldives                  | 273.000       |            |           |              |         |
| 12     | Myanmar                   | 46.700.000    | 703.000    | 3         | 34           | 190     |
| 13     | Nepal                     | 22.500.000    |            |           |              |         |
| 14     | Pakistan                  | 143.800.000   | 653.000    | 20        | 48           | 140     |
| 15     | Republic of Korea         | 22.830.000    | -          | -         | -            | -       |
| 16     | Singapore                 | 3.400.000     | 103.000    | 3         | 34           | 190     |
| 17     | Sri Lanka                 | 18.300.000    | 1.957.000  | 3         | 9            | 240     |
| 18     | Thailand                  | 59.100.000    | 147.000    | 12        | 20           | 100     |
| 19     | Vietnam                   | 76.500.000    | -          | -         |              |         |
| 20     | Philippines               | 84.440.000    | 79.500.000 | 180       | 325          | 700     |

\* Comprende lebbrosi, anziani, disabili, istituti per la riabilitazione, centri.

\*\* Ospedali e Centri sanitari

Tabella 2 - Associazione nazionale e loro membri

| S. No. | Paese         | Nome dell'Associazione                                           | Ospedali                         | Dispensari | Altri |
|--------|---------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 1      | India         | Catholic Health Association of India (CHAI)                      | 704                              | 1.197      | -     |
| 2      | Pakistan      | Christian Health Association of Pakistan (CHAP)                  | 20                               | 48         | 140   |
| 3      | Indonesia     | Association of Voluntary Health Services of Indonesia (PERDHAKI) | 318 (Ospedali e Centri sanitari) |            |       |
| 4      | Corea del Sud | Catholic Hospital Association of Korea                           | non disponibile                  |            |       |

altre denominazioni cristiane. L'India ha il numero più elevato del mondo di istituzioni sanitarie nel settore volontario con 2.900 istituzioni membri (Tabella 2).

4. Il nostro contributo alla Federazione Internazionale

In molti Paesi asiatici, in particolare in India, esistono sistemi tradizionali indigeni e la partecipazione comunitaria delle persone. Sebbene la colonizzazione e l'avvento delle "medicine delle meraviglie" (sistemi allopatrici) abbiano messo da parte questi sistemi, l'Asia sta ora vivendo una loro rinascita.

Con una tale esperienza nella promozione della salute dei poveri in un contesto multiculturale e multireligioso, tali associazioni possono offrire all'associazione internazionale un approccio più completo ed olistico alla salute. Le aree specifiche possono essere:

- promozione del concetto di salute comunitaria e della partecipazione della gente.
- promozione delle medici-

ne tradizionali e delle terapie senza farmaci.

- facilitazione dei programmi di scambio per lo studio dei modelli sanitari sviluppati in altre regioni.

5. Aspettative/utilità di un'associazione internazionale

Quando ci si riunisce con una buona intenzione, si ottengono sempre dei benefici. Il Signore stesso ci ha assicurati della Sua presenza quando ci riuniamo in Suo nome. Un'organizzazione internazionale può svolgere un ruolo cruciale nel facilitare il sostegno reciproco tra le organizzazioni nazionali.

Un'Associazione Internazionale nel campo della salute cattolica sotto la Chiesa cattolica, ha lo scopo essenzialmente di coordinare la messa in atto del magistero ecclesiale nel ministero sanitario e di comunicare in modo del tutto speciale gli ultimi sviluppi nel campo dell'etica medica che danno una prospettiva cristiana alla sanità. Essa può altresì assistere le Organizzazioni Nazionali nella

redazione di una politica comune e di un piano d'azione basati sulla visione della Chiesa e sulle necessità dei poveri.

Un altro ruolo importante che l'Associazione può svolgere è nell'area della difesa e del controllo: difesa nel promuovere i valori nel campo sanitario e controllo del modo con cui i poveri vengono trattati dai sistemi sanitari dei vari paesi. Questa supervisione aiuta l'organizzazione ad individuare i valori che devono essere sottolineati e difesi.

Conclusioni

I cambiamenti politici ed economici avvenuti in tutto il mondo nell'ultimo decennio, hanno influenzato negativamente le cure sanitarie delle popolazioni povere. Inoltre, la comparsa di nuove malattie, il riemergere di quelle che erano state sradicate, e la resistenza al trattamento di quelle esistenti, pongono un ulteriore peso sui sistemi sanitari. Mentre cresce il bisogno di servizi che siano accessibili e di buona qualità, i mezzi disponibili non sono sufficienti per far

| Allegato A - Statistiche sulla salute in Asia |                   |                          |    |                              |                              |                |                                    |                          |                       |                                    |       |                                  |                                |
|-----------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----|------------------------------|------------------------------|----------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------------|-------|----------------------------------|--------------------------------|
| S. No.                                        | States            | Life Expectancy At birth |    | Infant Mortality (per 1.000) | Population (000) in millions | GNP per capita | Maternal Mortality (per 1.000.000) | Hospital Bed (per 1.000) | Physician (per 1.000) | Health Expenditure (% of GPD) 1995 |       | MidWifes population (per 10.000) | Nurses population (per 10.000) |
|                                               |                   | M                        | F  |                              |                              |                |                                    |                          |                       | Priv.                              | Publ. |                                  |                                |
| 1                                             | Afghanistan       | 45                       | 46 | 152                          | 22,1                         | -              | 1.700                              | -                        | -                     | 27                                 | 1,1   | 0,2                              | 0.8                            |
| 2                                             | Banglades         | 58                       | 58 | 79                           | 124                          | 240            | 850                                | 0,3                      | 0,2                   | 48                                 | 1,2   | -                                | 0.4                            |
| 3                                             | Bhutan            | 60                       | 62 | 63                           | 2,0                          | 420            | 1.600                              | -                        | -                     | -                                  | 2,3   | 0,4                              | 1.5                            |
| 4                                             | China             | 68                       | 72 | 41                           | 1243,7                       | 620            | 95                                 | 2,0                      | 1,6                   | 54                                 | 2,1   | -                                | -                              |
| 5                                             | Cambodia          | 51                       | 55 | 103                          | 10,5                         | 270            | 900                                | -                        | -                     | 10                                 | 0,7   | -                                | -                              |
| 6                                             | Republic of Korea | 69                       | 75 | 22                           | 22,83                        | -              | 70                                 | 4,1                      | 1,2                   | 22                                 | 1,2   | 1,63                             | 3.0                            |
| 7                                             | India             | 62                       | 63 | 72                           | 982                          | 340            | 570                                | 0,7                      | 0,4                   | 37                                 | 0,6   | 0,37                             | 3.5                            |
| 8                                             | Indonesia         | 63                       | 67 | 48                           | 203,5                        | 980            | 650                                | 0,7                      | 0,2                   | 78                                 | 5,6   | -                                | -                              |
| 9                                             | Japan             | 77                       | 83 | 4                            | 125,6                        | 39.640         | 18                                 | 16,2                     | 1,8                   | 60                                 | 1,5   | -                                | -                              |
| 10                                            | Malaysia          | 52                       | 55 | 11                           | 21,01                        | 3.890          | 80                                 | 2,0                      | 0,4                   | -                                  | 4,9   | -                                | -                              |
| 11                                            | Maldives          | 63                       | 67 | 50                           | 0,273                        | 990            | -                                  | -                        | -                     | -                                  | 0,4   | -                                | -                              |
| 12                                            | Myanmar           | 66                       | 63 | 79                           | 46,7                         | -              | 580                                | 0,6                      | 0,1                   | 24                                 | 1,2   | 1,2                              | 0.3                            |
| 13                                            | Nepal             | 59                       | 62 | 83                           | 22,5                         | 200            | 1.500                              | 0,2                      | 0,1                   | 22                                 | 0,8   | -                                | 2.8                            |
| 14                                            | Pakistan          | 63                       | 65 | 74                           | 143,8                        | 460            | 340                                | 0,7                      | 0,5                   | 56                                 | 1,3   | -                                | -                              |
| 15                                            | Philippines       | 67                       | 70 | 36                           | 70,7                         | 1.050          | 280                                | 11                       | 0,1                   | -                                  | -     | -                                | -                              |
| 16                                            | Republic of Korea | 69                       | 76 | 10                           | 45,7                         | 9.700          | 130                                | -                        | -                     | 37                                 | 1,6   | -                                | -                              |
| 17                                            | Singapore         | 75                       | 79 | 5                            | 3,4                          | 26,73          | 10                                 | 3,6                      | 1,4                   | 76                                 | 1,4   | -                                | -                              |
| 18                                            | Sri Lanka         | 71                       | 75 | 18                           | 18,3                         | 700            | 140                                | 2,7                      | 0,1                   | 26                                 | 1,4   | 2,9                              | 5.6                            |
| 19                                            | Thailand          | 66                       | 72 | 29                           | 59,1                         | 2740           | 200                                | 1,7                      | 0,2                   | -                                  | -     | 1,9                              | 9.4                            |
| 20                                            | Vietnam           | 65                       | 70 | 38                           | 76,5                         | 240            | 160                                | 3.8                      | 0,4                   | -                                  | -     | 2,1                              | 8.6                            |



fronte alla domanda.  
Il ruolo della Chiesa è complementare a quello del governo. Le istituzioni sanitarie cattoliche sono più abituate a lavorare su scala ridotta. Esse non sono adeguatamente preparate o equipaggiate per af-

frontare gli importanti cambiamenti che hanno luogo sullo scenario nella sanità. Le possibilità e i mezzi finanziari sono ampiamente insufficienti per far fronte alle nuove sfide. L'Associazione Internazionale sarà in grado di fornire la giu-

sta direzione nella ricerca di creatività, impegno e investimento a lungo termine nella struttura sanitaria necessaria per il terzo millennio.

Sr. ANCY SD  
Co-Direttore, Associazione Sanitaria Cattolica

Allegato B - Casi riportati delle seguenti malattie in Asia

| S. | Asian Countries | Leprosy<br>1997 | AIDS/HIV<br>1997 | Tuberculosis<br>1997 | Malaria<br>1997 | Measles<br>1997 |
|----|-----------------|-----------------|------------------|----------------------|-----------------|-----------------|
| 1  | Afghanistan     | 27              | 0                | 0                    | 0               | -               |
| 2  | Bangladesh      | 11.222          | 0.6              | 63.471               | 152.729         | 4.929           |
| 3  | Bhutan          | 37              | 0                | 1.271                | 223.195         | 9               |
| 4  | China           | 1.845           | 38               | 463.358              | 0               | 68.404          |
| 5  | Cambodia        | 2.404           | 300              | 14.857               | 0               | 2.814           |
| 6  | India           | 415.302         | 5.611            | 1.400.016            | 2.800.000       | 47.072          |
| 7  | Indonesia       | 15.071          | 32               | 24.647               | 1.460.569       | 15.339          |
| 8  | Japan           | -               | -                | -                    | -               | -               |
| 9  | Malaysia        | 293             | 300              | 12.902               | 59.208          | -               |
| 10 | Maldives        | -               | 2                | 212                  | 17              | -               |
| 11 | Myanmar         | 6.935           | 690              | 22.201               | 642.751         | 1.684           |
| 12 | Nepal           | 6.602           | 37               | 22.970               | 9.718           | 8.513           |
| 13 | Pakistan        | 1.405           | 19               | 4.307                | 111.836         | 1.090           |
| 14 | Philippines     | 4.051           | 51               | 276.295              | 366.844         | -               |
| 15 | Republic        | 39              | 22               | 31.134               | 131             | 71              |
| 16 | Singapore       | -               | 92               | 737                  | 316             | -               |
| 17 | Sri Lanka       | 1.528           | 11               | 5.439                | 142.294         | 158             |
| 18 | Thailand        | 1.197           | 17.942           | 39.871               | 82.743          | 5.677           |

III: L'Africa

La CATHCA (Catholic Health Care) è l'Associazione Nazionale che tratta gli interessi dell'assistenza sanitaria della Chiesa Cattolica in Sudafrica. Dal gennaio 1998, essa è stata riconosciuta come un membro associato della Conferenza Episcopale del Sudafrica (SACBC) che ne ha approvato la Costituzione.

Il Vescovo incaricato della Pastorale della Salute è S.E. Mons. Orsmond, membro del Consiglio di Direzione.

Responsabile della gestione della CATHCHA è un Consiglio di Direzione di cui sono attualmente Presidente. Un gruppo di lavoro ha la responsabilità quotidiana della gestione. È stato nominato un Direttore a tempo pieno nella persona della Sig.ra Beauty Malete.

Organigramma della CATHCA



Alcuni finanziamenti sono stati ricevuti da Misereor.

I nostri compiti riguardano la redazione di politiche, l'interazione con associazioni di altre chiese che si occupano di salute, l'unione di cliniche, ospedali e operatori sanitari cattolici per ispirarli con la missione della Chiesa e infondere gli appropriati insegnamenti ecclesiali.

L'iniziativa più urgente in cui siamo impegnati è un programma diretto a far prendere consapevolezza dell'HIV e dell'AIDS. Il problema HIV/AIDS rappresenta la sfida più importante per la CATHCA che ha ricevuto il mandato dalla Conferenza Episcopale di trattare le questioni relative a questo problema. Il nostro Direttore, la Sig.ra Beauty Malete, concentrerà quindi i suoi sforzi in questa direzione.

Gli altri dipartimenti – politica, collegamento, etica, raccolta fondi, ecc. – sono di responsabilità di membri designati dal Gruppo di Lavoro.

I primi 18 mesi di esistenza del CATHCA sono stati movimentati. In questo breve periodo di tempo abbiamo ottenuto quanto segue:

- approvazione della nostra Costituzione da parte della Conferenza Episcopale del Sudafrica;

- impegno in un processo consultativo per sviluppare una bozza di documento che sottolinei la “Politica Sanitaria della Chiesa Cattolica nella Provincia del Sudafrica”. Questo documento è attualmente allo studio da parte dei nostri Vescovi e dovrebbe essere ratificato nel prossimo mese di gennaio;

- Summit nazionale su HIV/AIDS nel dicembre 1998;

- assistenza del più grande Ospedale cattolico del Sudafrica, il St. Mary's Hospital at Mariannhill, nelle negoziazioni riuscite per limitare l'estensione di un proposto taglio alle sovvenzioni statali;

- il lavoro di un membro del nostro Gruppo di Lavoro è stato decisivo nel creare un “Umbrella Funding Project” per un gruppo di cliniche gestite da organizzazioni religiose (cattoliche e non). Questo progetto riceverà 22 milioni di rand dall'Unione Europea nei prossimi 3 anni;

- partecipazione in un processo di creazione di un Forum Nazionale di istituzioni sanitarie finanziate dallo Stato che comprende tutti gli attori – religiosi e laici.

Le sfide principali cui il CATHCA si trova di fronte sono:

#### a) HIV/AIDS

Come abbiamo già detto, il CATHCA è attualmente incaricato dalla Conferenza Episcopale di trattare le questioni relative all'HIV/AIDS.

Poiché l'HIV/AIDS non è soltanto una questione sanitaria, stiamo coordinando la nostra risposta con quella di altri colleghi dell'Istituto Cattolico per l'Educazione nonché dell'Agenzia per lo Sviluppo e il Benessere della Conferenza Episcopale.

Si sta attuando una consultazione tra fornitori di cure sanitarie ed esperti di teologia morale cattolica su queste questioni.

Sono stati avvicinati finanziatori religiosi e laici al fine di trovare fondi per i nostri programmi HIV/AIDS.

#### b) *Garantire la continuità delle Istituzioni sanitarie cattoliche (ospedali e cliniche)*

Lo scorso anno è stato chiuso un certo numero di istituzioni sanitarie cattoliche, mentre altre sono prossime alla chiusura. La CATHCA sta considerando l'opportunità di fornire un sostegno direttivo alle istituzioni più piccole che mancano di capacità gestionale.

Inoltre, stiamo sviluppando un modello che dovrebbe permettere alle istituzioni sanitarie cattoliche di mantenere il proprio carattere ed il proprio *ethos* malgrado il minor numero di religiosi che vi lavorano.

L'aumentato ruolo svolto dai laici nelle posizioni dirigenziali nelle nostre istituzioni sanitarie porta con sé ulteriori sfide. In questo caso il ruolo della CATHCA è quello di sostenere questi manager ed assicurare che ricevano la formazione appropriata nell'insegnamento della Chiesa, in particolare riguardo alle questioni sanitarie.

#### c) *Rapporti con lo Stato*

I rapporti della nostra Associazione con lo Stato sono generalmente cordiali, benché differiamo notevolmente per quanto riguarda questioni quali



l'aborto e l'eutanasia.

Dall'entrata in vigore del Choice of Termination of Pregnancy Act (sulla libertà di scelta nell'interruzione della gravidanza) n. 92 del 1 febbraio 1997, sono stati effettuati circa 19.000 aborti.

Inoltre si sta discutendo su una proposta di “Diritti dei malati terminali (o decisioni di fine di vita).”

La Chiesa Cattolica in Sudafrica (e la CATHCA) riafferma il suo impegno alla santità della vita.

Il governo sudafricano prosegue la sua politica macroeconomica denominata “Crescita, Impiego e Ridistribuzione” (GEAR), diretta ad assicurare una riduzione drastica del suo deficit nei prossimi anni.

Tale politica prevede grossi tagli a tutti i dipartimenti statali, compreso quello della sanità. Tagli tagli sono stati imposti su tutte le istituzioni sanitarie pubbliche, ma in particolare su quelle della CATHCA.

La sfida in questo caso è quella di fare in modo che lo stato continui a sostenere le nostre istituzioni. Inoltre stiamo esaminando altre possibilità di finanziamento.

### Questioni continentali Questioni africane

Dall'incontro dell'Associazione Internazionale degli Ospedali Cattolici in Vaticano nel settembre 1998, il CATHCA ha avuto pochi contatti con i colleghi degli altri paesi africani. Mi è stato chiesto di presentare una quadro dei problemi relativi all'Africa.

In breve, i problemi generali che gli ospedali cattolici devono affrontare nel nostro continente sono i seguenti:

- conseguenze della guerra;
- HIV/AIDS;
- finanziamento e quindi continuità;
- rapporti con lo Stato.

Se l'Africa deve diventare un membro attivo di una Federazione Internazionale di Ospedali cattolici, la nostra Federazione di Ospedali cattolici dovrebbe svilupparsi a livello continentale.

Dott. D.P. ROSS  
Presidente, Consiglio del CATHCA

# IV: Il punto di vista della “Catholic Health Australia”

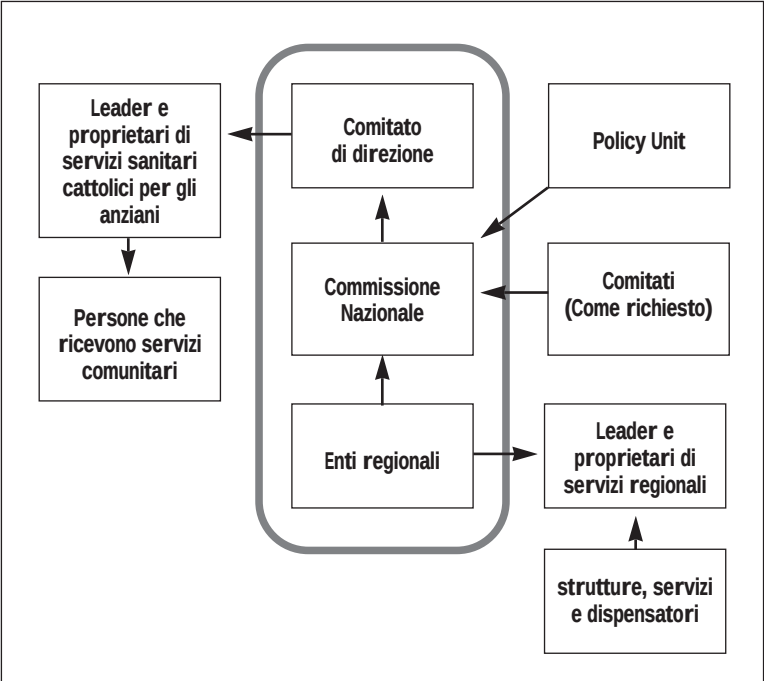
L’Associazione Australiana Cattolica per la Sanità ha intrapreso una significativa riforma per rispondere alle future sfide del ministero. Quanto abbiamo appreso dalla nostra esperienza può essere utile nella creazione di una futura federazione internazionale.

È stato ampiamente riconosciuto che il cambiamento di paradigma da una cura sanitaria istituzionale rivolta per anziani verso sistemi di dispensatori di cure ha portato nuove sfide per la gestione, maggiori pressioni sul funzionamento e ha spinto a riaffermare l’identità cattolica nel sistema sanitario.

In generale, i cambiamenti strutturali sono stati guidati da una visione comune del contributo che i dispensatori di cure cattolici intendono dare per il futuro, con la determinazione di assicurare che il ministero sanitario torni ad essere definito un lavoro essenziale della missione ecclesiale. Il risultato è stato la creazione del “Catholic Health Australia”.



## Servizi sanitari per gli anziani e per la comunità



L’organizzazione è passata dall’essere un gruppo non strutturato di interessi ad un settore consolidato di questioni di gestione. La riforma è stata essenzialmente una strategia di gestione, che vuole promuovere e rafforzare l’espressione organizzata del ministero sanitario.

La “Catholic Health Australia” ha un programma completo per promuovere e rafforzare il ministero. Gli obiettivi per cui l’Associazione è stata costituita sono i seguenti:

- promuovere il ministero sanitario cattolico per gli anziani e/o nella comunità come elemento essenziale della missione della Chiesa cattolica;
- diffondere, mediante pubblicazioni ed altri strumenti, l’insegnamento della Chiesa cattolica riguardo al ministero sanitario cattolico per gli anziani e/o nella comunità;
- fare pubbliche dichiarazioni, da una prospettiva cattolica, su questioni relative alle cure sanitarie per anziani e/o nella comunità;

– assicurare, ove possibile, la presenza e la missione effettiva dei servizi sanitari cattolici per anziani e/o nella comunità;

– servire da centro per la solidarietà e la testimonianza dei cattolici impegnati nel ministero sanitario per anziani e/o nella comunità;

– controllare ed analizzare significativi sviluppi a livello nazionale nel ministero sanitario per anziani e/o nella comunità;

– controllare, analizzare, iniziare la ricerca e rispondere alle politiche dei governi federali e statali, per quanto riguarda il ministero sanitario cattolico per anziani e/o nella comunità;

– mantenere, da parte dell’Associazione, contatti regolari con il governo federale e, quando opportuno, con quelli statali;

– identificare e rivedere costantemente le questioni etiche relative al ministero sanitario cattolico per anziani e/o nella comunità;

- difendere e promuovere una più vasta adozione dei valori cattolici, dei principi etici e della giustizia sociale nelle cure sanitarie per anziani e/o nella comunità;

- assistere nella promozione degli standard più elevati di servizio nelle cure sanitarie per anziani e/o nella comunità;

- fornire ai membri dell'Associazione consigli altamente specializzati nelle questioni attinenti al ministero sanitario cattolico per anziani e/o nella comunità;

- iniziare, promuovere e facilitare, attraverso programmi educativi e di altro genere, lo sviluppo personale e professionale dello staff e di altre persone associate alle cure sanitarie per anziani e/o nella comunità;

- fornire ai membri dell'Associazione un foro di comunicazione per questioni di comune interesse e preoccupazione;

- facilitare, ove opportuno, l'integrazione del ministero sanitario cattolico per anziani e/o nella comunità in Australia;

- essere portavoce dei membri dell'Associazione per questioni relative al ministero sanitario per anziani e/o nella comunità in modo da fornire una voce unica su queste questioni;
- essere una risorsa e un punto di riferimento per la Conferenza Australiana dei Superiori degli Istituti Religiosi per quanto attiene alle questioni relative al ministero sanitario cattolico per anziani e/o nella comunità;

- fare un collegamento con altre persone ed organismi che in un certo qualmodo si ritiene possano portare alla realizzazione degli obiettivi dell'Associazione.

### **Cosa intende fornire la nuova struttura**

#### **1. Creare una struttura autorevole**

Con oltre 116 dispensatori di cure sanitarie per anziani e/o nella comunità, era d'importanza cruciale creare una struttura autorevole. Prima la struttura dell'associazione aveva solo un Consiglio che rappresentava gli interessi dei servizi che vi facevano parte. Il nuovo Comitato di Direzione viene eletto dai

proprietari (quelli con autorità canonica per il ministero). Si tratta di un ente con molta più autorità, che pone le basi per accordi di gestione futuri tra vari proprietari. Permette inoltre un'identità a più lungo termine delle proprietà pubblicamente identificate come "cattoliche", benché rimangano specificatamente congregazionali a medio termine.

Ha anche creato un foro riconosciuto e autorevole che può trattare questioni di reciproco interesse, in particolare per i proprietari. Questo vuol dire che, se le istituzioni cattoliche rischiano la chiusura, o qualcosa del genere, esiste un foro dove possono essere studiate risposte strategiche e di collaborazione.

#### **2. Sviluppare un approccio politico a livello nazionale nell'ambito della Chiesa**

Le pressioni sul settore che mettono a rischio il contributo futuro della Chiesa sono:

- a) diminuzione della presenza del personale religioso;

- b) ambienti di servizio altamente competitivi;

- c) beni di valore sotto il controllo di istituti religiosi alla ricerca di opzioni per trasferirli o venderli;

- d) mantenimento dell'identità cattolica nel contesto della leadership e della spiritualità laica.

Di conseguenza, la CHA è stata creata per promuovere la collaborazione più che l'indipendenza, incoraggiare l'interdipendenza più che l'autonomia.

Queste pressioni richiedono una "strategia ad ombrello" che tenda a rafforzare i servizi, assicurare la capacità della futura leadership e affrontare realisticamente la futura assenza di personale religioso.

Poiché una buona parte del settore è ancora abbastanza forte da sostenere il medio termine, deve essere facilitata una seria analisi per quanto riguarda future collaborazioni, fusioni, alleanze o trasferimenti di proprietà.

#### **3. Creare un ambiente strutturale per facilitare un'azione sistematica**

Si tratta di una tendenza ge-

nerale verso lo sviluppo di sistemi sanitari nel settore. Sembra che ulteriori consolidamenti siano nell'interesse dell'attuabilità dei servizi.

Sviluppare sistemi "generici" nel quadro della CHA rafforzerà il settore in generale.

### **Risultati della nostra riforma**

#### **1. Attenzione al principio di sussidiarietà**

Presupporre un rapporto strutturale necessita di una visione comune per il futuro. Ciò a sua volta richiede un consenso sugli aspetti più importanti dei servizi sanitari cattolici per anziani in comune con tutti i fornitori.

È essenziale un discernimento su quale livello di governo possa essere più efficace nell'ottenere i risultati auspicati, a livello nazionale, regionale o locale, entro un numero di risorse preciso.

Di conseguenza, la nostra riforma ha posizionato a livello nazionale le funzioni che erano esclusivamente di importanza "generica" per il ministero. Ogni funzione che possa essere meglio trattata regionalmente o localmente, è stata attribuita di conseguenza.

#### **2. Idee diversificate sul concetto di proprietà**

Benché tutti i proprietari cerchino di mantenere i loro attuali servizi nella Chiesa cattolica, non si può presupporre che tutti adotteranno la stessa opzione per il futuro.

Deve essere sviluppata una diversità di opzioni riconosciute per armonizzare le varie situazioni economiche degli istituti religiosi.

#### **3. Urgenza**

Benché alcuni dispensatori di cure abbiano avvertito una forte urgenza per le riforme strutturali, ciò si è raramente ripercosso in tutto il settore. Ne è risultato che l'assunzione delle decisioni è stata più lenta di quanto si prevedesse.

Inoltre, con 116 proprietari distinti, i cambiamenti nelle strutture della leadership durante il periodo hanno portato



ad un certo rallentamento dei processi di consultazione.

#### 4. *Alcuni precedenti a titolo indicativo*

Le sfide cui il ministero sanitario cattolico si trova di fronte alle soglie del nuovo millennio hanno pochi, se non nessun precedente.

La lotta intellettuale per delineare nuove strade per il ministero può essere eccitante, ma può anche spaventare.

Il contenuto per sviluppare opzioni per il futuro non è prontamente accessibile. La pazienza diventa una virtù.

Le informazioni di altri paesi possono aiutare. Tuttavia, bisogna stare attenti a capire se si possono fare subito paragoni diretti.

Ciò rappresenta una sfida per le risorse umane a disposizione dei fornitori, in particolare nell'ambito del diritto canonico e della gestione.

#### Questioni relative alle strutture internazionali

1. L'Australia si sta muovendo verso sistemi sanitari e si sta allontanando da ospedali a partecipazione unica. Le strutture internazionali si basano meglio su associazioni nazionali o simili.

2. Le riforme di gestione sono le sfide più urgenti per il settore. Per affrontarle sarebbe efficace un pool di servizi di consulenza e sostegno di alta qualità.

3. Le questioni relative all'identità cattolica sono inevitabilmente collegate alle sfide più ampie poste alla Chiesa da una società sempre più secolare. Per essere credibili, le soluzioni devono essere "locali".

4. L'integrazione dei servizi cattolici nei sistemi sanitari australiani ha pochi paralleli internazionali.

5. Il "numero critico" di per-

sonale religioso ancora in attività nel ministero è molto minore rispetto agli altri paesi. Di conseguenza, l'esperienza australiana potrebbe assistere altri paesi qualora si trovassero in situazioni simili.

6. Quali funzioni o servizi specifici può fornire una struttura internazionale che non rappresentino un duplicato di quelli attualmente disponibili in Australia? Ciò richiede un'attenta esplorazione affinché le risorse non vadano perdute. C'è un indubbio beneficio nel condividere la saggezza dell'esperienza australiana. Potenzialmente c'è molto da guadagnare da un network di riflessioni sullo sviluppo del ministero sanitario cattolico nel mondo.

Dr. FRANCIS SULLIVAN  
*Direttore Esecutivo  
Catholic Health Australia*

27

## V: America Latina

### Una storia di ospitalità

Il rapporto malattia-religione-salute risale agli inizi della storia dell'uomo, quando egli ricorre a tutti i mezzi a sua disposizione per recuperare la salute o il benessere organico.

Nelle culture più antiche, la scienza ha scoperto che questo stesso rapporto viene espresso in modo più esplicito. Il sacerdote o lo sciamano trattano poteri curativi che vanno al di là della conoscenza degli effetti dei minerali, delle piante e di alcuni esseri viventi. Ce lo testimoniano documenti trovati in India, Egitto, Grecia e Roma, il Codice di Hammurabi, la Bibbia, in cui appare una grande attività sanitario-curativa, i templi-case della vita e dei morti degli egiziani, i santuari di Epidauro, di Cos e di Pergamo in Grecia, a Roma il tempio di Esculapio nell'Isola Tiberina con accoglienza dei malati, sacrifici e rituali curativi, ecc. I Fatebenefratelli oggi rappresentano in questa stessa Isola la lunghissima tradizione

ospedaliera religiosa e curativa della Città Eterna.

L'unione dell'attività curativo-religiosa tra l'antichità e la storia attuale trova fondamento nella parabola del buon samaritano, espressa da nostro Signore Gesù Cristo: "Va' e fa' lo stesso" (Lc 10, 29-37), nella pratica del vangelo (Mt 4, 23-24), nell'amore verso il prossimo come verso se stesso (Mc 12, 31).

Fin dagli inizi la Chiesa ha creato tutto uno stile di ospitalità e di ospedali che troviamo in molte società di oggi. L'accoglienza dei malati, le cure, la creazione di ospedali, sono una costante dell'opera di evangelizzazione della Chiesa. Citiamo ad esempio il diacono Lorenzo, certamente aragonese, la matrona romana Fabiola, gli Ordini Ospedalieri dei secoli dal XII al XX a Gerusalemme e in tutta Europa, e tantissime altre istituzioni ospedaliere.

A Granada, in Spagna, dove esistevano otto o nove ospedali di diverse confraternite o gruppi, San Giovanni di Dio, senza

altro mezzo che la propria convinzione e il proprio impegno a trattare i malati meglio di come venivano trattati nell'Ospedale Reale, creò uno stile di ospitalità e di ospedali che il suo Ordine continua nel mondo, con una rete ospedaliera di 293 istituzioni sotto la stessa bandiera e mistica cristiana e juandediana; 45 di questi sono in America Latina.

### America Latina

La storia della "sanità" è strettamente legata all'azione della Chiesa. Il primo ospedale delle nuove terre fu quello di San Nicola (a Santo Domingo, 1503). Nella stessa epoca sorsero altre due istituzioni: il lebbrosario di San Lazzaro e l'ospedale di Sant'Andrea.

In Messico, Ferdinando Cortés fondò il primo ospedale in terra ferma: l'ospedale di Gesù Nazareno, originariamente chiamato dell'Immacolata Concezione e che funziona ancor'oggi con il proprio patri-

monio di fondazione nella capitale della nazione messicana.

A Lima, l'Arcivescovo Jerónimo de Loaiza iniziò la storia dell'ospitalità creando l'Ospedale di Sant'Anna dei Nativi.

I Confratelli di San Giovanni di Dio (Fatebenefratelli) rappresentarono una delle poche e grandi avanzate evangelizzatrici nel mondo della sofferenza, della salute e della vita, mediante la creazione di oltre cento ospedali nei primi due secoli del processo di colonizzazione.

Un altro sforzo importante nell'assistenza ai malati durante la prima evangelizzazione d'America è stato quello compiuto dai Frati Francescani. In seguito, troviamo i Betlemiti e la Congregazione della Carità o di Sant'Ippolito.

È molto lunga la lista di figure illustri, non soltanto di religiosi, ma anche di laici e di vescovi, che si dedicarono all'assistenza ai malati. Tra questi ricordiamo Vasco de Quiroga, fondatore e promotore di vari ospedali in Messico e che rappresenta un brillante esempio di opera evangelizzatrice con una sensibilità particolare per l'ospitalità.

Tale processo di espansione ospedaliera della Chiesa continuò nei secoli XVII e XVIII, per poi decadere nel XIX secolo, durante le guerre d'indipendenza con la persecuzione della Chiesa e l'espulsione di religiosi nei vari paesi americani. Il secolo XX, giunto ormai al termine, ci lascia un'ammirevole storia di ripresa e di rinnovamento dell'opera ospedaliera della Chiesa nel continente americano, che conta oggi oltre 2.200 centri, tra ospedali, centri sanitari, ospizi, lebbrosari, ecc.

### Giustificazione del progetto

Anche nelle nostre nazioni si stanno costituendo società internazionali che vanno trasformando così la protezione e la cura della salute in un affare lucrativo.

La globalizzazione nel campo culturale, economico e politico, è una realtà che non possiamo disconoscere.

I progressi scientifico-tecnologici nel mondo ospedaliero si

vanno rapidamente globalizzando.

Sono globali anche i pericoli della manipolazione della vita e i problemi etici associati all'esercizio della medicina e alla struttura ospedaliera.

La Chiesa vuole assicurare un linguaggio comune per quanto riguarda le sue opere sanitarie e la riforma dei sistemi. Ha bisogno pertanto di strumenti che permettano lo scambio di informazioni e l'attualizzazione in materia di bioetica, che giungano a tutti gli ospedali cattolici.

Le associazioni e le federazioni internazionali cattoliche sono un mezzo importantissimo per affermare e promuovere la "Cultura della Vita", come alternativa alla predominante "Cultura della morte" e del denaro.

La riforma dei sistemi sanitari è stata già assicurata un po' ovunque; poiché in molti paesi questi sistemi si vanno sgretolando, i governi, obbligati dal neoliberalismo economico, danno segni di volersi liberare di quest'onere sociale. La nuova sfida sta nella qualità umana del servizio, nell'attenzione integrale, olistica. Ciò richiede chiarezza di principi etici, leadership spirituale, testimonianza evangelica. E tutto ciò anche a livello mondiale.

### Funzioni delle federazioni

Assicurare il diritto ad agire secondo le proprie convinzioni (libertà di coscienza e di associazione) per i professionisti e le istituzioni cattoliche nei diversi paesi. In particolare per ciò che riguarda l'esercizio dell'amore cristiano, della gratuità, del rispetto per ogni vita, in un mondo orientato dall'affanno per il denaro e la considerazione utilitaristica della persona.

Le associazioni cattoliche "hanno una funzione di mediazione attraverso la quale la dottrina cristiana può penetrare efficacemente nella vita contemporanea" (Giovanni Paolo II).

Un ruolo fondamentale è quello della formazione. Impegno diretto ad assicurare che i programmi accademici delle Facoltà di Medicina, di Infer-

mieristica e altre professioni sanitarie, dispongano di solide cattedre di etica e bioetica. Creare servizi di consultazione per lo studio dei problemi etici associati all'esercizio della medicina e la sua soluzione teorica e pratica. Finanziare pubblicazioni che servano da appoggio alla formazione permanente e all'intercomunicazione tra ospedali e professionisti sanitari cattolici.

Vegliare a che la dimensione etica e religiosa nel mondo della salute sia rispettata, animata e considerata in una duplice dimensione: come diritto della persona e come elemento terapeutico.

Essere un canale efficace di evangelizzazione nel mondo della salute e della vita. Queste Federazioni sono "una presenza organica nella Chiesa a livello internazionale". "Senza le Organizzazioni internazionali cattoliche mancherebbe qualcosa alla vitalità della Chiesa e alla sua missione profetica ed apostolica nella società internazionale di oggi" (Giovanni Paolo II).

Costituirsi in un ambito di spiritualità cristiana e specifica che assicuri ai suoi membri le condizioni per consolidare l'esperienza della fede. Le Associazioni e le Federazioni cattoliche possono contribuire grandemente a facilitare una vita di santità e di spiritualità specifica per i professionisti cattolici, di cui essi stessi manifestano la necessità.

### La sfida: un organismo vivo ed operante

Gli Istituti sociali assistenziali che abbiamo visto, con soddisfazione, raggiungere nel loro processo di sviluppo quasi tutti i cittadini dei nostri paesi, sembrano avere i giorni contati.

La diaconia attiva nella sua espressione più ampia, è una delle eccellenze della Chiesa. Verso il prossimo millennio del cristianesimo, le istituzioni di misericordia potranno essere l'elemento, anche ecumenico, fondamentale.

Bisogna pensare alla nuova evangelizzazione a partire dalla misericordia, dall'assistenza



sociale e dall'ospitalità.

Iniettare nuova vitalità alle quasi 28.000 istituzioni della Chiesa cattolica in tutto il mondo a partire dalla spiritualità nelle sue Chiese continentali, regionali, nazionali, diocesane, parrocchiali, associative, ecc.

Esaminandone il processo storico, vediamo che la Confederazione Internazionale degli Ospedali Cattolici prosegue la sua attività da quasi mezzo secolo. Oggi più che mai la sua presenza e la sua proiezione sono decisive dato il momento di crisi e i fattori di cambiamento accelerato che sta sperimentando l'istituzione ospedaliera.

Per una vera presenza, è necessario impostare un'organizzazione a livello nazionale e continentale, per darle rappre-

sentatività e forza a livello mondiale. È necessaria una campagna di divulgazione, motivazione e follow-up nei paesi in cui già esistono federazioni di ospedali cattolici, e un piano efficace di consulta per crearle laddove non esistono o non sono operanti.

È necessario creare strumenti e spazi di espressione e di scambio di idee, esperienze e iniziative. Ad esempio: rivista internazionale, riviste nazionali o regionali, utilizzo della rete web (Internet) per un'informazione permanente sulla CIHC, realizzazione di incontri nazionali e regionali, pubblicazione di documenti e libri su temi e problematiche proprie degli ospedali cattolici, ecc.

Se la Chiesa è sempre stata pioniera nella creazione di ope-

re sociali ed ospedaliere, oggi queste hanno l'urgente necessità di un sostegno spirituale di fronte alle nuove sfide che ci lancia la medicina moderna; la Chiesa deve affrontare i problemi etici e morali che l'attendano al varco.

Fra JOSÉ ANADÓN, OH  
*Delegato del CELAM  
Santafé de Bogotá, Colombia*

### Legenda

OIC = Organizzazioni Internazionali Cattoliche

FIAMC = Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche

FIPC = Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici

CICIAMS = Comitato Internazionale Cattolico delle Infermiere ed Assistenti medico-sociali

CICH = Confederazione Internazionale degli Ospedali Cattolici

## VI: Rapporto sull'Associazione Sanitaria Cattolica degli Stati Uniti

Vorrei esprimere il mio apprezzamento e quello dell'Associazione Sanitaria Cattolica degli Stati Uniti per avermi offerto l'opportunità di parlare brevemente sul ministero sanitario cattolico negli USA e sul futuro della Federazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (AISAC). Prima di iniziare, vorrei in particolare esprimere la nostra gratitudine a S.E. Mons. Lozano per l'invito rivoltoci a partecipare a questo importante simposio.

Vorrei altresì congratularmi pubblicamente con Mons. Lozano per la sua elevazione all'episcopato.

Negli Stati Uniti il ministero sanitario cattolico è stato formalmente costituito nel 1727 a New Orleans. In molti casi l'istituzione di questo ministero è stata opera di comunità di religiose e di religiosi giunti negli USA per servire i bisogni di una numerosa popolazione e, in seguito, invitati dai vescovi locali a servire la missione della Chiesa in quanto la nazione si stava espandendo verso occidente.

All'origine, tale ministero veniva effettuato nelle case dei poveri e poi negli ospedali. Col tempo, quelle che erano delle semplici espressioni corporali della misericordia, divennero un'espressione istituzionale ben organizzata ed efficace dello stesso spirito evangelico. Attualmente negli Stati Uniti ci sono 601 ospedali cattolici e 1.359 strutture per le cure a lungo termine. Gli ospedali rappresentano il 15,4% delle cure intensive fornite nel paese, e il loro valore netto è stimato intorno ai 65 miliardi di dollari. Il ministero sanitario cattolico, come quello dell'educazione e del servizio sociale, rappresenta una realtà forte e stabile sia nella Chiesa che nella società.

Negli ultimi anni, il modo di attuazione del ministero è stato influenzato da due fattori. Anzitutto, la diminuzione del numero di religiosi e allo stesso tempo una crescente consapevolezza della responsabilità dei fedeli cristiani nel realizzare le opere apostoliche e i ministeri ecclesiali. Secondo, i drammatici cambiamenti

occorsi nei sistemi di rimborso e nell'ammontare dei rimborsi ai fornitori di cure sanitarie da parte del governo (Medicare per gli anziani e Medicaid per i poveri) e delle società assicurative.

Ne è risultato un movimento volto a sviluppare dei sistemi che inizialmente hanno riunito ospedali di proprietà di un determinato istituto religioso per ottenere la forza necessaria per le operazioni commerciali e la conduzione. Sempre più questi sistemi e singole istituzioni sono diretti da laici. Essi hanno inoltre esteso la loro visione per rispondere ai bisogni di ciò che viene chiamato il *continuum* delle cure. A livello locale e regionale, l'ospedale o il ministero sanitario intensivo richiedono rapporti con istituzioni a lungo termine, con istituti per la riabilitazione e con le compagnie assicurative, per citarne alcuni.

La prima ondata di sviluppo è stata seguita da una seconda, a livello regionale e nazionale, per cui quei sistemi che prima venivano identificati con par-

ticolari istituti religiosi si sono riuniti in sistemi "co-sponsorizzati" da diversi istituti religiosi. Questo movimento presenta un altro aspetto importante nel fatto che, in alcuni casi, gli istituti religiosi hanno alienato la loro proprietà trasferendola ad una persona giuridica pubblica che si assume la responsabilità del ministero per il futuro. La leadership di questa nuova realtà ecclesiale è ampiamente dei laici.

Mentre nascono realtà positive come quelle sopra descritte, le questioni relative ai nuovi sistemi di rimborso e alla diminuzione dei rimborsi, rappresentano una sfida alla capacità di continuare questo ministero. Le stesse realtà richiedono, a livello locale e regionale, che vengano instaurati rapporti di cooperazione con i fornitori di cure sanitarie tanto di altre denominazioni religiose, quanto secolari. Le uniche questioni relative a questi rapporti sono quelle che riguardano il mantenimento dell'identità e dell'integrità.

Un altro movimento significativo è stato di natura maggiormente filosofica. L'obiettivo del ministero non è più soltanto la cura delle malattie, ma si è esteso fino ad includere l'attenzione a tutto ciò che può rendere possibile il mantenimento della salute tanto a livello individuale che collettivo. L'obiettivo è una persona sana in una società sana. Ciò invita a ricercare nuovi modi per integrare e coordinare il nostro servizio, per non menzionare come concepiamo ciò che intendiamo fare.

Le sfide cui questo ministero si trova di fronte sono, in parte:

- il bisogno di rafforzare l'identità del ministero;
- il bisogno di stimolarne la leadership;
- il bisogno di sviluppare strutture appropriate;
- il bisogno di approfondire la comprensione e l'impegno alla salute come un bene sociale o pubblico.

Le sfide possono spaventare, ma ognuna di esse ci offre un'opportunità incredibile per rafforzare e costruire su ciò che già esiste.

## Rafforzare l'identità del ministero

Negli anni passati, il ministero sanitario cattolico si è largamente adoperato per sostenere e far valere la propria identità. La nostra esperienza non è diversa da quella dei nostri colleghi che lavorano nei servizi cattolici educativi e sociali. Anche noi sentiamo sempre più il bisogno di essere attenti alle questioni relative all'identità quando diventiamo più efficaci nello sviluppo di ampi e complessi sistemi di consegna che devono rispondere alle richieste del governo, delle grandi aziende e del mercato. Nelle nostre discussioni su come meglio rispondere, siamo assistiti naturalmente dalle Direttive Etiche e Religiose. Sappiamo, ad ogni modo, che l'identità viene modellata da vari fattori e non soltanto da Direttive.

In questo modo cerchiamo di rafforzare la nostra identità al fine di assicurare che in ogni cosa che facciamo venga espressa inequivocabilmente la *ragion d'essere* del nostro ministero. La coerenza tra le nostre rivendicazioni e le azioni che compiamo alla luce di queste è ciò che ci *distingue* nell'ambito della sanità come pure in tutti gli altri.

## Stimolare la leadership nel ministero

La seconda sfida è di suscitare e di formare la leadership del futuro. Questo ministero è stato ed è benedetto da molti leader saggi e dotati – donne e



uomini, religiosi e laici. Molti leader di adesso sono cresciuti in una cultura fortemente cattolica che ha dato loro un certo tipo di formazione... una formazione che li ha radicati fermamente nella tradizione cattolica e che li ha aiutati a modellare il modo con cui pensano e agiscono. Tuttavia, questa forte cultura non esiste più come una volta. Rimane quindi la questione di come sviluppare futuri leader che siano ugualmente radicati nella tradizione, che abbiano assorbito e che siano motivati dai valori del vangelo. Come nel passato, buona parte di questo lavoro sarà opera dello Spirito. Noi però ne siamo coresponsabili. Dobbiamo assicurare che l'anima di questo ministero venga trasmessa in un modo tale che i leader di domani, cattolici e non cattolici, siano in grado di affrontare le sfide del prossimo millennio. Tutti sappiamo che non basta dare alla gente il Codice di Diritto Canonico o un insieme di Direttive perché siano capaci di amministrare il ministero saggiamente. Così come non è sufficiente basarci esclusivamente su approcci programmatici per identificare e sviluppare i leader del futuro. Dobbiamo cercare modi per trasmettere ai futuri leader l'immaginazione cattolica con tutta la sua ricchezza, profondità e complessità. Che siano coloro che sponsorizzano o coloro che governano, coloro che dirigono o coloro che praticano le arti curative, o che collaborano come aiutanti, tecnici, ecc., tutti condividono una visione comune che permetterà loro di realizzare il ministero che è stato loro affidato.

## Sviluppare appropriate strutture per il ministero

Una terza sfida è quella rappresentata dal rafforzare le strutture che supportano questo ministero. Una grande creatività ha già dato come risultato nuove forme di sponsorizzazione, in nuove strutture corporative ed in alleanze all'interno del ministero. Molti di questi sforzi, tuttavia, so-

no stati diretti esclusivamente verso un'integrazione orizzontale all'interno di ciò che tradizionalmente intendiamo per cure sanitarie cattoliche.

Oltre a continuare questi sforzi, dobbiamo perseguire anche un'integrazione più fortemente verticale, pensando alle cure sanitarie in maniera più estesa e più appropriata che nel passato. Incitati dal processo del "New Covenant", si stanno sviluppando partnership con le Carità cattoliche, con gruppi quali Mercy Housing, con scuole cattoliche e con parrocchie. Naturalmente sorge subito il seguente spinoso interrogativo: "chi se ne occuperà?". Bisogna arrivare alla risposta molto attentamente e sempre con un occhio verso l'obiettivo che vogliamo conseguire. Se dobbiamo creare dei sistemi sanitari che veramente servano il bene integrale e il benessere delle persone e delle comunità, dobbiamo essere audaci e pronti ad assumerci dei rischi.

Andando avanti, dobbiamo considerare nuovi modi di partnership e di sostegno dei medici. I cambiamenti che stanno avvenendo nel sistema sanitario americano pongono significativi impedimenti alla capacità dei medici di restare fedeli all'impegno di base della medicina: cioè il bene del paziente. Come ha sottolineato con vigore il Cardinale Bernardin, in molti modi la medicina ha perso la sua portata morale. Le organizzazioni sanitarie cattoliche devono essere luoghi in cui i medici e *tutti* i dispensatori di cure trovano una casa, luoghi dove nulla impedisca loro di agire alla luce dei propri obblighi primari.

### **Approfondire la comprensione e l'impegno alla salute come un bene sociale**

La quarta sfida, forse la più difficile, riguarda il modo con cui intendiamo le cure sanitarie. Secondo la tradizione cattolica, l'accesso alle cure sanitarie di base è un diritto umano fondamentale poiché la salute è una condizione necessa-

ria per il benessere o lo sviluppo dell'uomo. Insistiamo quindi sul fatto che la salute non deve mai essere considerata semplicemente come un prodotto, ma sempre guardata come un bene sociale o pubblico reso sulla base di un bisogno piuttosto che sulla possibilità di pagare. Inoltre, il motivo primario per offrire le cure non deve mai essere quello di un tornaconto per gli investitori.

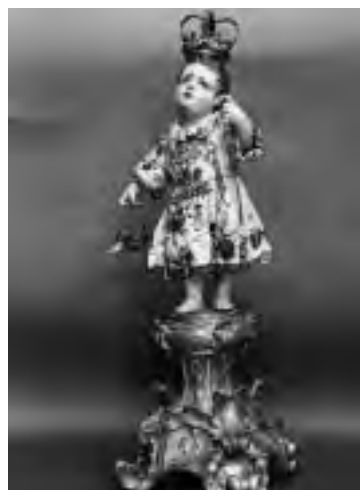
### **Difesa**

Si tratta di una funzione essenziale per le istituzioni non profit che servono gli anziani e i malati cronici. Dobbiamo identificare le barriere legislative e dei regolamenti che impediscono di fornire un continuum di cure senza interruzioni che ponga la priorità sul benessere degli anziani, dei vulnerabili e degli emarginati. Politiche federali e statali spesso operano contro l'integrazione delle cure.

L'eredità del ministero sanitario cattolico negli USA è veramente ricca. Le sfide sono molte. Quanti sono chiamati a portare avanti questo ministero, tuttavia, sperano che con l'aiuto dello Spirito Santo il ministero sarà in grado di rispondere in modo efficace e continuare ad essere un segno della compassione e delle cure di Gesù.

### **Il futuro dell'AISAC**

A questo riguardo, vorrei parlare di uno dei motivi più



importanti di questo incontro: la possibile rivitalizzazione dell'AISAC. Come abbiamo sentito nell'incontro preliminare dello scorso settembre, e da quanto è emerso dagli interventi ascoltati nel corso di questo incontro, i modi di espressione e il contesto economico e sociale del ministero variano da paese a paese e da regione a regione. Di conseguenza, il fatto che esistano prospettive differenti sul ruolo e sullo scopo di rivitalizzare l'AISAC non dovrebbe sorprendere.

Due delle ragioni più importanti per dare nuova vita e direzione all'AISAC nascono proprio da questa diversità: fornire un luogo per sperimentare ed accrescere un senso di solidarietà nel ministero che trascende i confini nazionali e regionali, nonché un senso di comunione con il ministero apostolico universale del Papa e con il Pontificio Consiglio della Pastorale per la Salute.

Secondo il punto di vista della mia associazione, questa solidarietà e comunione sarebbero meglio servite se l'AISAC rappresentasse tutte le varie dimensioni del ministero curante, comprese quelle esistenti al di là dei muri dell'ospedale di cure intensive.

Vorremmo inoltre suggerire che membri dell'AISAC non siano solo istituzioni singole di una nazione ma qualunque opera esistente (o che potrebbe essere incoraggiata ad esistere) a livello nazionale o regionale per servire e sostenere il ministero. Vorremmo anche suggerire che la struttura sia il più semplice possibile e che i progetti iniziali siano di modesta portata. È importante che i membri abbiamo un senso di come il lavoro dell'AISAC contribuisca a rafforzare la vita quotidiana del ministero.

In conclusione, sono grato per aver avuto l'opportunità di condividere questi pensieri e mi auguro che il tempo trascorso insieme risulti fruttuoso.

Rev. P. MICHAEL PLACE  
USA

## VII: La Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici (FIPC)

Sono lieto di partecipare, a nome della FIPC, a questo Simposio il cui scopo principale è quello di ricostituire un progetto legato, tra l'altro, alle istanze degli Ospedali cattolici.

Desidero ringraziare gli organizzatori per avere invitato i Farmacisti Cattolici a presentare la loro esperienza e a dimostrare la loro volontà di operare in un "polo sanitario" in seno al Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, non solamente con la FIAC, con il CICIAMS, i Medici e le Infermiere cattolici, ma anche con l'insieme degli Ospedali cattolici. Numerosi farmacisti membri delle nostre Associazioni praticano peraltro in alcuni Ospedali.

La sanità è da sempre una preoccupazione degli uomini. Lo studio della sanità, e dunque delle malattie e della maniera di affrontarle, nelle Sacre Scritture è sorprendente.

Nella Bibbia troviamo racconti di notevole rilievo su persone colpite dalle malattie, e anche su coloro che le curavano, medici e farmacisti. Ben Sirach il Saggio parla del ruolo e degli atteggiamenti di questi curanti.

I miracoli di guarigione sono riportati tanto nell'Antico quanto nel Nuovo Testamento. La storia di Tobia che ritrova la vista, nell'Antico Testamento e nel Nuovo, la Parabola del Buon Samaritano, lezione di solidarietà, esempio da seguire, sono tra i testi più conosciuti.

I trattamenti medici descritti hanno sempre un duplice valore terapeutico e simbolico.

Il Nuovo Testamento riporta, nei vangeli, non meno di 21 miracoli di guarigione operati da Gesù! Ciechi, paralitici, sordomuti, lebbrosi, folli, emorragici, Lazzaro, con la sua morte e resurrezione, il figlio della vedova di Naim,

hanno beneficiato, come il Centurione, della guarigione misericordiosa di Gesù.

Si è sempre trattato di un rapporto con la fede. Il ruolo salvifico della fede viene proclamato ogni volta: "va' la tua fede ti ha salvato".

Come dimostrazione Gesù ci esprime la prova della guarigione delle anime e dei corpi: "è più facile dire: alzati e cammina, o dire i tuoi peccati ti sono rimessi?".

Gesù non conserva il monopolio della guarigione. Egli invia gli apostoli, in suo nome, non soltanto a perdonare e a rimettere i peccati, ma anche a guarire.

Come discepoli di Cristo, noi abbiamo oggi la responsabilità di questo ministero di guarigione al quale partecipiamo, e che si esalta attraverso la Resurrezione finale.

Come prima conclusione, possiamo dire che i farmacisti, già citati nel loro ruolo di preparatori di medicinali nell'Antico Testamento, partecipano, attraverso la loro funzione, ad una missione d'amore verso il prossimo, nella promozione della salute e nell'esaltazione della vita, legate alla fede in Gesù. Operatori sanitari, i farmacisti sono attori sanitari legati al messaggio evangelico.



### **Come contrassegnare questa testimonianza delle Scritture quando si è farmacisti?**

Per rispondere a questa domanda, dobbiamo interrogarci su due suoi aspetti:

– che cos'è esattamente un farmacista?

– che cos'è un farmacista cristiano?, o qual è l'apporto cristiano alla pratica della farmacia?

#### *1. Che cos'è esattamente un farmacista?*

Il farmacista è un attore sanitario, un operatore del settore sanitario, al pari degli altri professionisti della salute, ma la sua funzione ha una particolarità:

*il farmacista è operatore sanitario di prima e di ultima linea.*

In Europa, il farmacista riceve nella farmacia in media 80 persone al giorno. Egli è dunque nella situazione d'un uomo di pubbliche relazioni, nel settore della sanità.

I consigli, che dispensa gratuitamente, spesso sono richiesti prima di un contatto con il medico. Così il ruolo di "sministamento" prima di ogni approccio medico è spesso del farmacista. Il farmacista è quindi un operatore sanitario di prima linea.

Inoltre, quando riceve una prescrizione, *il farmacista è garante non soltanto della qualità della medicina che consegna, ma anche della sicurezza del paziente*, poiché è l'ultimo punto, l'ultima garanzia prima dell'assunzione del medicinale da parte del paziente. Il ruolo del farmacista, per quanto riguarda il rispetto delle dosi, delle posologie, del buon uso della medicina, è primordiale. Il farmacista è quindi un operatore sanitario di ultima linea.

In tutti i settori d'attività, farmacia aperta al pubblico, ospe-



dale, industria, biologia clinica, ricerca e sviluppo, il farmacista è lo specialista dei criteri d'efficacia, di sicurezza e di qualità del medicinale.

## 2. Che cos'è un farmacista cattolico? Cosa può apportare la visione cristiana e cattolica all'attività di farmacista?

Troveremo la risposta nella vita delle associazioni di farmacisti cattolici che, da oltre 70 anni, infondono nei loro membri il concetto di qualità professionale legato a quello d'una spiritualità che pone l'uomo – e il malato in particolare – al centro della loro pratica quotidiana.

Queste associazioni si sono raggruppate dal 1950 – nel 2000 saranno quindi 50 anni – nella Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici, abbreviato FIPC.

Oltre ai suoi scopi statuari di sviluppare associazioni di farmacisti cattolici, di crearne di nuove, di aprire e di rappresentare le associazioni membri sul piano internazionale, tanto al livello delle associazioni professionali farmaceutiche quanto presso associazioni internazionali cattoliche, la FIPC ha anche la missione di studiare e di promuovere, dal punto di vista cattolico, tutte le questioni che hanno incidenza sull'esercizio della professione farmaceutica, proponendo loro una soluzione cristiana.

La FIPC fa dunque parte della Chiesa, dell'Ecclesia dei cristiani, in una professione nella quale i membri si ritrovano per:

- il bene dei malati (il prossimo, secondo la parabola del buon Samaritano);
- il loro arricchimento spirituale (l'approfondimento della fede);
- la loro formazione continua, in particolare nel campo delle questioni etiche e bioetiche;
- l'adattamento della loro professione nel senso del servizio ai malati (*pharmaceutical care*).

I farmacisti cattolici esercitano con una *duplice preoccupazione*:

- quella della *dignità dell'uomo*, in particolare del malato;

– è quella della *dimensione della carità*.

In questo modo i farmacisti cattolici sono più servitori che commercianti, impegnati anche nella solidarietà con le altre professioni sanitarie, ragion per cui essi si sono preoccupati di creare un "polo sanitario" che raggruppa medici e infermiere cattoliche, auspicando anche un apporto alle istituzioni ospedaliere cattoliche.

Per questo, in occasione del loro Congresso e delle Giornate Federali, i farmacisti membri della FIPC, hanno sempre tenuto a proclamare il loro atteggiamento attraverso mozioni:

- sull'AIDS e le persone colpite;
- sulla problematica della droga e dell'accoglienza dei tossicodipendenti;
- sull'urgenza dell'aiuto sociale ai più svantaggiati, ai senza-tetto, etc...;
- sulla rimessa dei debiti per i paesi del Terzo Mondo;
- sull'aborto, i contraccettivi, la RU486...;
- sul sostegno all'Evangelium Vitae;
- sulla promozione della Carta del Personale Sanitario.

Tali mozioni sono preparate da un Comitato di Bioetica della FIPC.

In questa fine di millennio, quali sono le nostre principali preoccupazioni?

1. Essere presenti nel maggior numero possibile di paesi (contatti esistono già con quasi 60 paesi, ma bisogna incentivare la creazione di nuove associazioni...).

2. Aiutare i pellegrini del gran Giubileo dell'Anno Santo



2000, fornendo un libretto sanitario, con consigli, liste di preparati farmaceutici equivalenti, indirizzi utili, punti di contatto, d'informazione, etc... in 5 lingue.

3. Favorire l'accesso – a tutti e ovunque – ai medicinali e particolarmente a quelli essenziali per la vita.

Poiché l'OMS e l'Unione Europea non ci hanno seguiti in questo progetto, abbiamo elaborato una via originale, per la creazione di 25 dossier di base per medicinali assolutamente necessari per i quali stiamo tentando una certificazione mondiale che garantisca qualità, sicurezza ed efficacia nel quadro di una libera circolazione senza tassazione, a beneficio dei malati.

Con il sostegno di un Comitato di Esperti internazionali in farmacologia, in analisi del medicinale, in clinica, abbiamo elaborato una lista di antibiotici, antiparassitari, antimalarici, antisettici, antidolorifici, AINS, prodotti contro le malattie polmonari e contro il diabete.

Ciò che non sembra interessare i grandi organismi internazionali sarà realizzato con un approccio nuovo, più vicino alla Chiesa, che è, non dimentichiamolo, il più grande operatore sanitario del mondo.

Questo progetto, presentato davanti agli Ambasciatori dei paesi africani, ha ricevuto grande attenzione e ha suscitato anche molta impazienza, tanto la sua pertinenza sembra essere adattata ai bisogni, particolarmente delle zone rurali. Ebbene, autorità occidentali sembrano forse intravedervi un approccio per trattare i più poveri dell'Europa stessa.

In conclusione, il farmacista cattolico, membro delle sue Associazioni e della FIPC, è un uomo d'azione, motivato dal servizio della sanità, operatore sanitario di prima e di ultima linea, preoccupato di avere una formazione aggiornata, professionale, tecnica ed etica, che vuole essere vicino ai suoi pazienti, e che nutre nella sua fede, un approccio di solidarietà, di carità nel significato più ampio della dignità umana.

Prof. ALAIN LEJEUNE  
Presidente della FIPC



# VIII: Il Comitato Internazionale Cattolico degli Infermieri e degli Assistenti Medico-Sociali (CICIAMS)

## 1. Introduzione

Il CICIAMS è una organizzazione internazionale cattolica comprendente 74 associazioni membri, 50 delle quali sono aderenti;

Il CICIAMS è presente in 5 continenti:

### AMERICA DEL NORD E CANADA

#### *Membri aderenti:*

Stati Uniti: National Association of Catholic Nurses USA

### AMERICA DEL SUD E PAESI LATINO-AMERICANI

#### *Membri aderenti:*

Argentina: Movimiento de Enfermeras Católicas  
Brasile: Conselho Federal de Enfermagem  
Cile: Asociación de Enfermeras Católicas de Chile  
Ecuador: ACEPAS  
El Salvador: Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador  
Messico: MEAC  
Panamá: Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá  
Portorico: Movimiento de Enfermeras Católicas

### AFRICA ANGLOFONA

#### *Membri aderenti:*

Botswana: Catholic Nurses Guild of Botswana  
Ghana: Catholic Nurses Guild for Ghana  
Kenya: Caritas Nurses Association of Kenya  
Lesotho: Lesotho Catholic Nurses Guild  
Liberia: Catholic Guild of Liberia  
Nigeria: Catholic Nurses Guild of Nigeria  
Sudafrica: Catholic Nurses Guild of Southern Africa

Swaziland: SACNG

Tanzania: Tanzania Catholic Nurses

Uganda: Caritas Nurses Association Uganda

Zimbabwe: Dominican Missionary Sisters

#### *Membri corrispondenti:*

Malawi: Catholic Nurses Association

### AFRICA FRANCOFONA

#### *Membri aderenti:*

Congo Brazzaville: Groupe Evangile et Santé  
Congo: Association Nationale des Infirmières  
Costa d'Avorio: Association Au Service de la Vie  
*Membri corrispondenti:*  
Burkina Faso: Association professionnelle d'Infirmières  
Burundi: Service promotion de la Santé  
Camerun: Catholic Nurses Guild of Bamenda  
Ecole Privée Catholique d'Infirmiers  
Congo Brazzaville: Pastorale de la Santé  
Madagascar: Secrétariat de l'USMFM  
Isole Maurizio: Evêché de Port-Louis  
Togo: Direction Nationale des Oeuvres

### ASIA

#### *Membri aderenti:*

Bangladesh: Bangladesh Catholic Nurses Guild  
Corea: Korea Catholic Nurses Association  
Hong-Kong: Hong Kong Catholic Nurses Guild  
India: Catholic Nurses Guild of India  
Indonesia: Ikatan Tyenaga Keperawatan Katolik Indonesia  
Giappone: Japan Catholic Nurses Association  
Malaysia: Catholic Nurses Guild of Malaysia  
Filippine: Catholic Nurses Guild of Philippines

Singapore: Catholic Nurses Guild of Singapore

Taiwan: Catholic Nurses Association of the Republic of China

Thailandia: Catholic Nurses Guild of Thailand

#### *Membri corrispondenti:*

Birmania: Catholic Nurses Guild of Burma  
Brunei: Apostolic Prefecture of Brunei  
Pakistan: Catholic Nurses Guild of Pakistan  
Sri Lanka: Catholic Nurses Guild of Sri Lanka  
Vietnam: Catholic Nurses of Vietnam

### EUROPA

#### *Membri aderenti:*

Austria: Vereinigung der Frauenorden Kongregationen Österreichs  
Belgio: La NVKVV Nationale Verbond van Katholieke Verpleegkundigen en Vroedvrouwen  
Croazia: Croatian Catholic Society of Nurses  
Francia: REPSA  
Germania: Caritas Gemeinschaft für Pflege und Sozialberuf Katolischer Krankenpflege  
Inghilterra e Galles: Catholic Nurses Guild of England & Wales  
Irlanda: Catholic Nurses Guild of Ireland  
Italia: ACOS  
Paesi Bassi: CFO Nieuwe Unie 91  
Polonia: Société Catholique des Infirmières  
Portogallo: Associação Católica dos Profissionais de Enfermagem e Saúde  
Romania: Roumanian Nurses Association  
Scozia: Catholic Nurses, Midwives and Health Visitors of Scotland  
Spagna: Salus Infirmorum-FERS: Federación Española de Enfermeras Religiosas Sanitarias

#### *Membri corrispondenti:*

Belgio: Fédération des Ecoles Catholiques  
Inghilterra: Association of Nursing Religious  
Italia: Federazione Italiana Religiose  
Libano: Hôpital des Soeurs du Rosaire  
Lussemburgo: Ecole des Congrégations Hospitalières Catholiques  
Malta: Nurses Association of Malta  
Russia: Caritas Moscow Medical Fraternity of Nurses

### **MEDIO-ORIENTE**

#### *Membri aderenti:*

Libano: Association Catholique des Infirmières Libanaises

#### *Membri corrispondenti:*

Giordania: Catholic Nurses of Jordan  
Libano: Hôpital des Soeurs du Rosaire

Il CICIAMS è presente da poco tempo in Medio-Oriente. Nel febbraio 1999, ha costituito una associazione cattolica nazionale in Libano in occasione della celebrazione della Giornata Mondiale del Malato, dove faceva parte della delegazione vaticana. Il CICIAMS ha in atto delle iniziative per costituire una associazione cattolica nazionale in Giordania con l'aiuto delle associazioni cattoliche delle infermiere e degli *Operatori Sanitari* in Libano. In Giordania il CICIAMS ha una associazione corrispondente.

### **OCEANIA**

(di competenza della Regione Asiatica del CICIAMS)

#### *Membri aderenti:*

Australia: Catholic Nurses Guild of Australia

#### *Membri corrispondenti:*

Nuova Zelanda: Convent of Our Lady of Compassion  
Papua Nuova Guinea: Catholic Health Workers Association of Papua New Guinea

Il CICIAMS è legato a:

Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute;  
Pontificio Consiglio per la Famiglia;

Pontificio Consiglio per i Laici;

Pontificio Consiglio per la Giustizia e la Pace.

Inoltre è membro della Conferenza Internazionale delle Organizzazioni Cattoliche e ha partecipato più volte al Comitato di Continuità.

Il CICIAMS intrattiene numerosi rapporti con il Centro Cattolico dell'Unesco, a Parigi e con il Centro Cattolico di Ginevra; inoltre è membro del Centro Cattolico di New-York.

Ha rapporti con numerose agenzie delle Nazioni-Unite:

OMS

Unicef/ONU

Ecosoc

OIT/BIT

Il CICIAMS ha frequenti relazioni con diverse organizzazioni cattoliche per la sanità e altre nei seguenti campi:

– habitat;

– ambito sociale;

– alimentazione;

La nostra organizzazione ha relazioni istituzionali e frequenti con altre organizzazioni non-professionali e non-cattoliche nel campo della sanità, per esempio l'ICN.

### **2. Interrogativi**

#### *a. Valori evangelici espressi nelle direttive sociali e morali del Magistero*

Come vivere i *valori evangelici* attraverso il lavoro quotidiano dell'operatore sanitario? I membri del CICIAMS testimoniano i valori evangelici ogni volta che si trovano in compagnia di malati, handicappati e sofferenti nelle istituzioni, negli ospedali, nelle case di riposo, nelle maternità, ecc.

Il CICIAMS lavora attraverso strutture regionali e internazionali dove gli Operatori Sanitari cattolici testimoniano i valori evangelici in modo evidente.

#### **America del Nord e Messico**

Per quanto riguarda i valori etici, i rapporti che ci pervengono dal Canada e da diverse regioni dell'America del Nord indicano la fusione tra ospedali ed istituzioni cattoliche e

non cattolici. Come conseguenza, gli ospedali e le istituzioni cattoliche possono perdere la loro identità e inoltre le infermiere cattoliche non hanno la possibilità di far riconoscere il loro credo, per esempio:

– tempo di preghiera;

– visita alle cappelle;

– azioni per promuovere la recita del rosario.

Il Prof. R. Walley del Canada, Consigliere del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, ha già sottolineato queste difficoltà create dalle fusioni tra ospedali cattolici e non-cattolici. In questi ospedali misti, le ostetriche canadesi membri del CICIAMS devono far fronte a problemi riguardanti l'aborto e i mezzi contraccettivi.

In quasi tutte le regioni dell'America del Nord e nel Messico si sta svolgendo un enorme sforzo d'educazione etica degli infermieri/e e delle ostetriche. Esistono formazioni specifiche per infermiere in ospizi e cure palliative al fine di accompagnare i malati spiritualmente e religiosamente fino al termine della loro vita. La collaborazione tra l'operatore pastorale e le infermiere è molto sviluppata ed è anche un modello per le formazioni etiche degli Operatori Sanitari in Europa.

#### **Africa anglofona**

A partire dal 1998, le associazioni del CICIAMS organizzeranno ogni due anni un seminario su temi che trattano dei valori evangelici:

– 1998: Kenya – Catholic Nurses weave a path to the Lord;

– 2000: Sudafrica – Healing Africa.

L'Uganda, il Kenya, il Mozambico, la Namibia, la Zambia, lo Zimbabwe, il Botswana e il Sudafrica hanno sottoscritto l'intenzione di inviare una delegazione importante ai seminari internazionali sponsorizzati dal CICIAMS.

Gli obiettivi sono:

– mobilitare i membri cattolici nelle parrocchie e nelle comunità a essere più attivi;

– formarsi continuamente ed essere più indipendenti;

– mobilitare gli Operatori Sa-

nitari cattolici ad identificarsi come tali negli ospedali/istituzioni cattolici e non-cattolici;

- aiutare gli Operatori Sanitari in queste comunità a ricostituire i valori familiari e a prendersi cura degli orfani e delle azioni per adozione;
- creare delle azioni di sostegno per infermieri/e per prendersi cura di loro stessi. Per esempio: pensioni per le infermiere affinché possano vivere decentemente.

### Africa francofona

Al Servizio della Vita (Costa d'Avorio), GES (Congo-Brazzaville), Scuola Cattolica delle Infermiere di Yaoundé legata all'Università Cattolica di Yaoundé (Camerun) hanno elaborato un programma mensile per regione e per ospedale/istituzione dove gli infermieri/e si riuniscono la mattina e la sera. Sotto la guida di un assistente pastorale, vi vengono trattate le difficoltà e i bisogni specifici della regione, dell'ospedale o delle istituzioni in relazione ai valori cattolici.

Per esempio:

- luogo e tempo per accompagnare i malati all'Eucarestia;
- orario di apertura della cappella per i malati e gli Operatori Sanitari;
- mezzi finanziari necessari per un assistente pastorale. Ogni mese viene trattato un tema specifico riguardante i valori evangelici.

Per esempio:

- benedizione dei malati;
- giornata mondiale cattolica dei malati.

Rapporti mensili vengono inviati al segretariato generale delle organizzazioni elencate sopra e alle diverse regioni dei paesi interessati.

### Asia

Il CICIAMS ha numerose organizzazioni nazionali in Asia che rappresenta il suo continente d'espansione. Ogni due anni si svolge un seminario professionale sui valori evangelici. L'ottava conferenza regionale del CICIAMS avrà luogo a Seoul, in Corea, nel 2001.

**Tema:** "Protezione della vita umana in un mondo che cambia".

La conferenza tratterà dei problemi della vita, quali:

- il rispetto della vita ;
- l'aborto;
- l'inquinamento;
- l'alcolismo e la droga;
- le tecniche moderne e l'assistenza delle infermiere.

C'è da sottolineare che la conferenza sarà un forum per gli Operatori Sanitari cattolici per dialogare e scambiare le loro esperienze.

Ogni 4 anni, il CICIAMS organizza un Congresso Mondiale. Il XVI si è svolto nel 1998 a Taipei - Taiwan sul tema: "La qualità della vita in una situazione globale. Responsabilità di quanti lavorano nelle cure sanitarie".

Gli Ecc.mi Mons. Lozano e Mons. Redrado erano stati invitati come rappresentanti del Vaticano. Il rapporto di questo congresso si trova nel CICIAMS-Notizie n° 3-4, 1998. Gli interventi relativi ai valori evangelici sono stati i più graditi dai partecipanti, in particolare quelli che presentavano consigli concreti sul lavoro quotidiano degli infermieri/e cattolici.

Il CICIAMS cerca di intervenire nei problemi degli Operatori Sanitari nei paesi membri non-cattolici.

Per esempio in Malesia si perde l'impiego se si rifiuta di partecipare all'aborto negli ospedali generali, malgrado l'esistenza di una carta che permette ai cattolici di rifiutarsi.

In India il CICIAMS, con

l'aiuto dell'OMS, del governo indiano e della "Catholic Nurses Guild of India" ha costruito un ospedale per i malati di AIDS (bambini-adulti-anziani) che non beneficiano di previdenza in quanto la maggior parte di loro sono immigrati del Nepal o clandestini del Bangladesh. L'ospedale accetta ogni paziente (più o meno 200) e li accompagna fino al termine della loro vita. Ogni paziente ha la possibilità di essere assistito da un operatore pastorale cattolico o della propria religione. L'ospedale è stato inaugurato lo scorso dicembre benché non sia ancora completato. In quel momento c'erano 20 bambini al di sotto dei 12 mesi, malati di AIDS. Un piano sarà riservato agli Operatori Sanitari in pensione che non dispongono di mezzi di sussistenza. Questo sottolinea la solidarietà esistente tra gli Operatori Sanitari e in particolare le infermiere, le quali riceveranno una formazione etica per poter assistere spiritualmente i malati terminali di AIDS.

### Medio-Oriente

Il CICIAMS ha una organizzazione membro in Libano. Gli obiettivi del CICIAMS per i membri del Medio-Oriente (come ad es. Libano e Giordania) sono:

- riunire gli Operatori Sanitari cattolici;
- promuovere l'unione delle associazioni del Medio-Oriente e l'internazionalità del CICIAMS;
- promuovere la preghiera, come per esempio in Libano:
  - a) Ospedale delle Suore del Rosario
  - b) Giornata Mondiale del Malato. Le Suore del Rosario pregano e donano un regalo a ogni malato;
- nei mesi di maggio e ottobre riservare un tempo (verso la sera) per pregare il rosario insieme agli Operatori Sanitari e ai malati;
- sottolineare i valori della famiglia in senso cattolico, antropologico e sociologico del termine;
- sottolineare e mettere in pratica le preghiere con azioni molto concrete (preghiere in forma cantata).



## Europa

La questione dei *valori etici* rappresenta dagli anni '80 un argomento scottante. Il CICIAMS ha dedicato il suo XV Congresso Mondiale del 1994 ai valori familiari. I dibattiti e i gruppi di studio che hanno avuto luogo hanno trattato i seguenti temi: famiglia, salute, valori etici, morte degna e mezzi terapeutici. Il rapporto sarà terminato per la fine del mese d'ottobre 1999 e sarà pubblicato sul CICIAMS-Notizie. In seguito sarà trasmesso al Consiglio d'Europa, Sezione Salute.

Numerose associazioni nazionali hanno formazioni molto elevate riguardanti i valori etici, la bioetica ecc., in particolare in Belgio, Olanda, Francia, Italia, Germania, Spagna e Gran Bretagna. Ogni manifestazione pubblica, come per esempio la Settimana delle Infermiere Fiamminghe a Ostenda, fa sempre riferimento ai valori etici e sottolinea l'identità cattolica dei nostri membri.

Nei paesi del Nord Europa la formazione etica per infermiere fa parte dell'orario obbligatorio. La formazione etica e la relativa pratica sono una necessità per gli infermieri/e in ospizi e cure palliative.

### *b. Soluzioni innovatrici nell'organizzazione dei servizi sanitari di qualità*

– Fusioni tra ospedali cattolici e non-cattolici.

Definire una specie di carta (come per esempio la carta degli Operatori Sanitari) per gli ospedali/istituzioni al fine di conservarne l'*identità cattolica* e avere la possibilità di vivere la fede, come ad esempio:

- a) cappella aperta;
- b) tempo di preghiera;
- c) azioni specifiche in prossimità delle feste cattoliche (Natale, Pasqua, giornate mondiali cattoliche dei malati).

– Formazione di tutti gli Operatori Sanitari al livello di gestione affinché possano avere la possibilità di dirigere un ospedale/istituzione; questo allos copo di una maggiore affinità in materia di cure

(programmi di cure, cure palliative).

– Formazione economica per tutti gli Operatori Sanitari al proprio livello. I costi delle cure a quale prezzo? Ogni gruppo di Operatori Sanitari deve riflettere, analizzare e mettere in atto piani d'attività che garantiscano un massimo di cure a un prezzo competitivo.

– Collaborazione con i responsabili (governo, Chiesa) affinché tutti gli esseri umani abbiano accesso alle cure primarie e necessarie, per esempio in Europa, i clandestini e gli anziani che hanno mezzi molto limitati.

– Per quanto riguarda l'Europa, collaborazione tra ospedali cattolici per ridurre i costi e controllare che ogni ospedale possa fornire cure specializzate in certi campi, come, per esempio, la chirurgia cardiaca.

– Introduzione delle moderne tecniche di telecomunicazione affinché tutte le infermiere possano profittare della formazione e delle esperienze degli altri (videoconferenze con l'America, corsi di informatica, come a Taipei, ecc.).

– Al Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, avere la possibilità d'accesso ad una comprensione degli ospedali cattolici come l'"Index" per regione e categoria di Operatori Sanitari.

– Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute do-

vrebbe essere un organismo di collegamento per tutto il mondo e i *cattolici* dovrebbero essere uniti.

– Formazione di delegati (membri specializzati degli ospedali) per organismi ufficiali quali l'OMS, l'Ecosoc, il BIT, l'Unicef. I delegati devono avere dei rapporti molto stretti con il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e una piena esperienza del lavoro sanitario quotidiano.

– In caso di difficoltà causate da guerre, catastrofi, ecc. come per esempio in Bosnia-Erzegovina e nel Kosovo, maggiore collaborazione tra gli ospedali cattolici ed interventi diretti e precisi. Gli Operatori Sanitari cattolici devono imparare a manifestarsi maggiormente in tutto il mondo. Ad esempio nel Kosovo gli Operatori Sanitari cattolici non erano quasi presenti. Il CICIAMS, l'ACOS (Italia) e l'Albania hanno avuto rapporti di una certa importanza con l'ospedale cattolico di Tirana.

### *c. Apportare un contributo alla soluzione dei dilemmi etici tipici posti dalle attività medico-scientifiche moderne*

È necessario sottolineare i seguenti punti:

– *Definire il ruolo degli infermieri/e nell'esecuzione e nel trattamento in seno ad avvenimenti medico-terapeutici;*

– *Redigere le procedure che definiscono il ruolo delle infermiere, ad esempio stabilire procedure per fermare le macchine respiratorie;*

– *Formazione bioetica per le infermiere;*

– *Apportare contributi, esperienze quotidiane ai formatori dei programmi di cure, per esempio: bisogna nutrire i malati in coma e quelli terminali?*

– *È necessario somministrare medicinali agli anziani?*

– *Collaborazione più stretta e continua tra Operatori Sanitari, medici, farmacisti, infermiere.*



Sig.ra AN VERLINDE  
Segretaria Generale  
CICIAMS



# IX: La Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC)

## 1. La situazione attuale

Per il comune osservatore, molti ospedali cattolici non presentano alcuna caratteristica visibile, in grado di differenziarli dagli ospedali pubblici o da quelli gestiti da Enti con altre finalità ideali.

In particolare, in alcuni ospedali cattolici, vengono purtroppo ignorate perfino le indicazioni del Magistero della Chiesa, mentre in molti, soprattutto nei paesi occidentali, vi è una eccessiva preoccupazione di tipo economico, che porta a privilegiare soltanto coloro che sono forniti dei mezzi per pagarsi le cure. In altri casi, poca attenzione viene posta nella scelta dei medici, giudicando di secondaria importanza la loro adesione al modello ideale proposto dall'ospedale. Tale limite risulta ancor più grave negli ospedali di insegnamento, in quanto si riflette negativamente sulla formazione dei futuri medici infermieri.

## 2. Le necessità

Un recupero di significato per gli ospedali cattolici (la cui importanza non è più avvertita in molti paesi anche di tradizione cattolica) passa necessariamente attraverso il superamento dei limiti sopra evidenziati, laddove essi siano presenti. Più in generale, per ridare significato e spessore culturale all'ospedale cattolico, occorre superare il concetto di una qualificazione in negativo (no all'aborto, no all'eutanasia ecc.) per arrivare una sua qualificazione in positivo. L'ospedale cattolico dovrebbe caratterizzarsi per la testimonianza del personale che vi lavora, per l'attenzione all'umanizzazione delle strutture, e per i modelli proposti nei

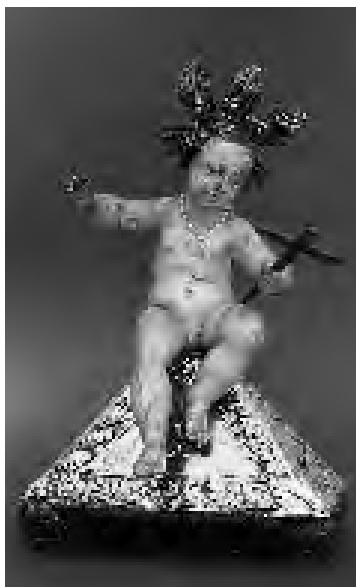
contenuti dell'insegnamento e nei tirocini pratici.

## 3. Quale senso per l'AISAC?

Nell'opera di rifondazione della identità degli ospedali cattolici (un'impresa di grande rilievo culturale sociale ed ecclesiale), un ruolo particolarmente significativo potrebbe essere svolto da una associazione internazionale degli ospedali cattolici. Essa, inoltre, potrebbe favorire la produzione di linee guida e di protocolli operativi su temi emergenti o comunque difficili e controversi dal punto di vista etico. L'associazione internazionale potrebbe costituire un luogo privilegiato per coordinare esperienze necessariamente diverse e per armonizzare le differenti realtà nazionali. Ad essa, infine, potrebbe spettare un importante ruolo di rappresentanza presso la Santa Sede e le Organizzazioni Sanitarie Internazionali.

## 4. L'esperienza della FIAMC

Un'attività simile a quella



proposta per l'AISAC è svolta dalla FIAMC nel campo dell'associazionismo medico cattolico. La FIAMC è una Federazione che raccoglie le Associazioni dei Medici Cattolici di 53 paesi, nelle quali confluiscono circa 25.000 soci individuali. Essa nasce nel 1966, molti anni dopo le prime esperienze di associazionismo cattolico in campo medico, risalenti già al pontificato di Leone XIII, stimulate proprio dalle encicliche di quel grande Pontefice. Questo riferimento storico serve per comprendere la situazione giuridica della FIAMC. Essa nasce dal basso. Non è la Federazione Internazionale che rende legittime le Associazioni Nazionali; sono esse invece che si sono date la FIAMC come strumento di coordinamento, attribuendo ad essa anche importanti compiti di rappresentanza e di indirizzo, senza riconoscerle, tuttavia, altra autorità se non quella morale. Per tali motivi, la Federazione Internazionale può decidere se accogliere nel suo seno una Associazione Nazionale e potrebbe anche, per gravi motivi, arrivarla ad espellerla. La FIAMC, tuttavia, non può in alcun modo sopprimere una Associazione Nazionale ad essa federata, o sostituirla i dirigenti, essendo ciascuna Associazione Nazionale del tutto indipendente dal punto di vista giuridico. Queste premesse sono necessarie per capire con quali difficoltà sono stati superati nel passato problemi di divergenze di opinioni, talora purtroppo anche in ambito morale, e per comprendere le attuali difficoltà finanziarie della Federazione, capaci di limitarne fortemente le possibilità di azione e in grado di condizionare l'efficienza del segretariato centrale. Il contributo finan-



ziario che le Associazioni Nazionali versano alla Federazione è infatti molto modesto e non è da tutte pagato o pagato per intero. Elevare la quota associativa o espellere chi non paga non servirebbe a risolvere il problema, ma indebolirebbe soltanto la Federazione, facendole perdere dei membri.

La FIAMC cerca di rispondere a queste difficoltà:

- pubblicando una rivista, con particolare attenzione alla bioetica e alla pastorale sanitaria;

- lavorando a stretto contatto con gli organismi centrali della Chiesa e con le Organizzazioni Sanitarie Internazionali;

- promuovendo una attività di cooperazione sanitaria con i paesi in via di sviluppo;

- promuovendo una “Promessa” del medico cattolico che, benché non obbligatoria, costituisce una sorta di *gold standard* interno;

- gestendo un Centro Internazionale di Bioetica a Bombay in India;

- ricercando fondi all'esterno e imponendo ai dirigenti della Federazione di pagare per proprio conto tutte le spese sostenute per la Federazione.

Nel futuro, altre azioni volte a rafforzare il ruolo della FIAMC potrebbero essere le seguenti:

- rendere obbligatoria la “Promessa del Medico Cattolico”;

- pervenire una forma di iscrizione diretta dei membri individuali nella Federazione Internazionale, con la speranza di avere in tal modo maggiore autorità e più fondi;

- offrire un servizio di documentazione;

- elaborare linee guida per la condotta professionale;

- disporre di un potere di intervento e di una struttura di Segretariato più solida;

- Arrivare al riconoscimento della personalità giuridica civile della Federazione, valida in ambito internazionale.

Mi sono dilungato su questi problemi della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici,

perché ritengo che la loro comprensione possa evitare analoghi errori all'AISAC.

Ribaltando il titolo di questa tavola rotonda, io suggerirei, per rifondare il progetto AISAC, di procedere dalla Federazione Internazionale alle Associazioni Nazionali, piuttosto che viceversa. O, almeno, di dotare l'AISAC di una forte autorità rispetto alle Associazioni Nazionali.

## 5. Alcuni auspicî per l'AISAC

- I medici cattolici sono spesso poco presenti, a livello associativo, proprio negli ospedali cattolici. Ciò è in parte dovuto alle difficoltà di identificare la scelta di fede con le scelte della proprietà e con le sue eventuali contraddizioni. È certo però che sarebbe auspicabile un maggior aiuto delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche nel promuovere l'associazionismo dei medici cattolici, soprattutto in quei paesi dove una Associazione di Medici Cattolici ancora non esiste.

- Sarebbe auspicabile che l'AISAC collabori strettamente con le FIAMC, la Federazione delle Infermiere e quella dei Farmacisti, inserendosi nella rete di buoni rapporti già esistenti tra le tre Federazioni più antiche e arrivando, se possibile, alla realizzazione di un segretariato



comune a Roma, previsto per l'anno 2002.

- Il calo delle vocazioni religiose ha portato alla scomparsa di alcune Congregazioni Religiose e al ridimensionamento dei programmi di molte altre. Ciò è stato precedentemente trattato con estrema chiarezza da Mr. Sullivan. Occorre evitare che ciò si traduca, come è purtroppo già avvenuto, in operazioni di fusione non rispettose della identità dell'ospedale cattolico o in vere e proprie svendite a buon mercato. Ciò costituirebbe un autentico tradimento delle intenzioni dei fondatori e del contributo di molti grandi e piccoli donatori che, con le loro offerte, hanno permesso in passato la vita degli ospedali cattolici. È auspicabile che le Istituzioni Sanitarie Cattoliche incomincino a studiare le possibilità e le modalità per dare maggiore spazio alle Associazioni del laicato sanitario cattolico, in particolare ai medici cattolici, nella amministrazione e nella gestione degli ospedali. Si tratta di avere oggi una mentalità sufficientemente lungimirante, per evitare di perdere nel futuro anche la proprietà, e per salvaguardare carisma ed etica delle Istituzioni. È al problema di leadership cui faceva riferimento Fr. Place. I medici cattolici, per la loro formazione, possono essere questa leadership, sensibile all'*ethos* dell'Istituzione e all'etica promossa dal Magistero della Chiesa.

- Infine, è auspicabile che gli ospedali cattolici si facciano carico di allargare al massimo i programmi e i posti nelle scuole di specializzazione in Ostetricia e Ginecologia. Ciò è necessario per evitare di trovarci tra pochi anni senza più ginecologi cattolici. In molti paesi è in atto, infatti, una forzatura volta a costringere i *resident* in Ginecologia ad eseguire aborti durante il periodo di training, impedendo di fatto che tale professione possa essere praticata anche da cattolici coerenti con la propria fede.

Prof. GIANLUIGI GIGLI  
Presidente della FIAMC

# X: La Federazione Internazionale delle Università Cattoliche (FIUC)

La FIUC (Federazione Internazionale delle Università Cattoliche) comprende un settore medico, che riunisce le Facoltà di Medicina delle Università membre della Federazione, cioè una quarantina di Facoltà e Scuole di Medicina. Ho il piacere di rappresentare il presidente di questo settore, Prof. Anthony Barbato della Loyola University, USA, impossibilitato a partecipare ai lavori del simposio. Sono stato Decano della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Louvain, e presiedo attualmente la Federazione Belga degli Ospedali Cattolici. Spero che, partecipando ai vostri lavori, la mia conoscenza dell'ambito universitario e ospedaliero potrà supplire alla mia mancanza d'esperienza degli organismi internazionali.

## **Orientamenti umani, psicologici e religiosi delle Facoltà di Medicina Cattoliche**

Dovendo, come prima missione, assicurare l'insegnamento della medicina, le Facoltà di Medicina sono necessariamente associate ad ospedali, alla cui gestione partecipano quasi sempre. Esse svolgono dunque, in generale, un ruolo importante nella qualità della medicina che vi viene esercitata.

Da sempre le Facoltà di Medicina si preoccupano delle dimensioni umane e relazionali del loro insegnamento. In quanto Cattoliche, si preoccupano anche delle dimensioni religiose degli ammalati. Si sforzano di formare i loro studenti nei rapporti psicologici e di insegnare loro a rispettare la religione dei pazienti. Ciò avviene il più delle volte in uno spirito pluralistico, poiché i pazienti appartengono gene-

ralmente a diverse confessioni. La principale difficoltà che si riscontra in questa formazione psicologica e religiosa dei futuri medici sta nel fatto che i corsi di medicina sono sovraccarichi e che il loro orientamento è necessariamente tecnico-scientifico. Resta pertanto troppo poco tempo per la formazione razionale e filosofica. Consapevoli di questa difficoltà, le Facoltà di Medicina Cattoliche tentano di porvi rimedio nell'insegnamento, ma sanno che molto resta ancora da fare.

## **Formazione etica**

Da moltissimi anni, i progressi della medicina sollevano problemi d'etica sempre più complessi. Da venti anni, le Facoltà Cattoliche di Medicina si occupano sempre di più di queste questioni. Non soltanto organizzano corsi di etica medica, ma molte di loro hanno creato delle unità di ricerca e riflessione in etica medica cattolica. All'inizio degli anni 80 si è costituito, con il sostegno della FIUC, un gruppo di professori particolarmente sensibili a questi problemi. Con l'aiuto di un me-

cenate, essi hanno organizzato dal 1982 al 1992 una ventina di riunioni internazionali di riflessione etica, a cui hanno partecipato ogni volta da 40 a 50 partecipanti. Nel 1988, hanno pubblicato un'opera in tre lingue, francese, inglese e spagnolo. Purtroppo nel 1992 la fine del sostegno alle ricerche da parte del mecenate, ha interrotto questa attività particolarmente feconda. Attualmente, la FIUC ha organizzato un altro comitato d'etica che il Dr. Barbato, suo presidente, cerca di rendere attivo con ogni mezzo.

## **Dimensioni sociali della medicina**

Tutte le analisi esistenti sull'insegnamento della medicina sottolineano la necessità di formare i futuri medici a una attenzione globale alla salute delle popolazioni. Ciò richiede una formazione nella medicina preventiva e nell'educazione alla salute, ma anche il tener conto dei fattori culturali, sociali ed economici che influiscono sulla salute. La dimensione economica acquisisce un'importanza sempre più crescente, in ragione dei progressi della medicina, che la rendono sempre più efficace, ma anche più cara.

Le Facoltà Cattoliche di Medicina partecipano a questa evoluzione dell'insegnamento su diversi piani. Esse includono nei loro programmi di formazione dei corsi di medicina preventiva e d'educazione alla salute. Alcune hanno creato al loro interno una Scuola di Sanità Pubblica. Il menzionato gruppo di studi sui problemi etici si è preoccupato, in alcune delle sue riunioni internazionali, delle questioni economiche riguardanti l'accesso alle cure per tutti. Ciononostante, progressi importanti



sono ancora da realizzare nella formazione dei futuri medici alle dimensioni sociali ed economiche della medicina. A parte qualche rara eccezione, le Facoltà partecipano troppo poco, in maniera ufficiale e strutturata, allo studio e all'elaborazione di politiche sanitarie a livello nazionale e internazionale.

### **Aiuto ai paesi in via di sviluppo**

Le Facoltà Cattoliche di Medicina sono molto sensibili all'aiuto ai paesi in via di sviluppo. Numerose iniziative apportano aiuti diversi agli ospedali del terzo mondo e alle Facoltà di Medicina dei paesi in difficoltà economiche. È questa una tradizione

costante nella maggior parte delle Facoltà Cattoliche dei paesi industrializzati.

La FIUC incoraggia fortemente azioni in favore dei paesi in via di sviluppo. Pur tuttavia essa, come organismo internazionale, interviene nell'organizzazione e nel coordinamento degli aiuti. Non è dimostrato infatti, che un intervento del genere aumenterebbe l'efficacia degli aiuti.

Questa breve presentazione del settore medico della FIUC mostra come le Facoltà Cattoliche di Medicina si preoccupino enormemente di insegnare e sviluppare l'etica cattolica nel campo delle cure sanitarie. Da molti anni esse hanno sviluppato questo insegnamento nei loro programmi, conducendo nel contempo delle ricerche in questo campo. I li-

miti che incontrano in questo lavoro sono gli stessi che incontrano tutte le Facoltà di Medicina: il sovraccarico dei corsi e il loro carattere esclusivamente tecnico-scientifico hanno come effetto la difficoltà di fare sufficientemente posto, nell'insegnamento medico, agli aspetti psicologici, sociologici, ma anche filosofici e religiosi. Inoltre, i suoi limitati mezzi finanziari non le permettono più di organizzare, come nel passato, delle riunioni internazionali nel campo dell'etica cattolica. Le Facoltà Cattoliche di Medicina sono perfettamente coscienti dei progressi ancora da compiere e si adoperano per realizzarli.

Prof. LEON CASSIERS,  
*Delegato del Presidente  
della FIUC*

41

## **XI: L'Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria (AIPAS)**

Chi è l'AIPAS. È una aggregazione che raccoglie tutti coloro che svolgono stabilmente specifiche attività nell'ambito della Pastorale della Salute: sacerdoti diocesani e religiosi, diaconi permanenti, membri di istituti religiosi maschili e femminili e laici.

Quali sono i suoi fini:

- promuovere la presenza e l'azione pastorale della chiesa nel mondo della salute;
- creare la formazione umana e cristiana degli operatori sanitari;
- formulare delle proposte in campo ecclesiale, politico e sociale per la tutela e difesa della persona umana in tutte le sue fasi di gestione della salute;
- curare la formazione permanente degli operatori pastorali sanitari;
- tutelare la posizione giuridica e professionale dell'operatore pastorale Sanitario;

Venendo all'argomento di questo simposio, "Le istituzioni Cattoliche Sanitarie testimonianza di Chiesa", intendo sottolineare, alla luce dell'azione

pastorale, concetti qui di seguito esposti.

### **1. Primato della soggettività del malato come persona**

Egli è il primo soggetto di pastorale, non è solo una persona che riceve cure, attenzione e compassione, ma è anche colui che dona attraverso una sua sofferenza; egli è membro



attivo per la costruzione del Regno.

È necessario passare quindi da una visione della malattia a una visione della persona. Egli non è un numero né un investimento economico.

### **2. L'accoglienza**

L'ospedale è il luogo della *ospitalità* pertanto non è soltanto la struttura curativa, ma è la *casa dell'uomo sofferente*.

È necessario favorire nelle strutture sanitarie cattoliche quel senso familiare che manca nella struttura pubblica, dove l'infermo è un illustre sconosciuto. Non basta dare buoni servizi, ci vuole anche il servizio della fraternità, della stima, del rispetto verso il malato.

### **3. La competenza**

Problemi economici, contratti di lavoro, situazioni politiche, ambizione, carrierismo, stanchezza. Questi ed altri motivi spesso portano l'operatore

sanitario ad esercitare la propria professionalità in modo sbagliato, disattento, quasi sopportando il proprio lavoro. Certe volte non vede l'ora che finisca il proprio turno. Per non parlare di tanti operatori sanitari che arrivano ad occupare posti di responsabilità senza specifiche attitudini in quel settore.

Questo comporta gravi conseguenze nel servizio verso il malato che si vede privato di un suo diritto fondamentale, quello di essere garantito nella serietà del servizio sanitario.

Nelle strutture cattoliche queste situazioni negative dovrebbero essere superate favorendo la presenza di operatori oltre che professionalmente formati, anche motivati nel proprio servizio. La medicina non è solo professione, è anche vocazione.

“Dal giuramento di Ippocrate al Buon Samaritano”: questo il titolo di un Convegno Internazionale del Pontificio Consiglio che ha sottolineato queste problematiche.

#### 4. Le risorse

Un tempo era la comunità cristiana che si prendeva cura, anche economicamente, degli infermi, soprattutto i poveri e i più indigenti. Fino al secolo scorso, l'assistenza sanitaria era gestita dalla chiesa. Ora è un servizio pubblico.

In passato il povero trovava sempre un posto nei ricoveri ospedalieri; frati, monaci, confraternite, non hanno mai la-

sciato fuori nessuno. Non c'era bisogno né di raccomandazione né di prenotazione.

Attualmente il povero sta sempre più scomparendo dalle strutture pubbliche in quanto accaparrato dalle strutture private sovvenzionate dallo Stato.

Non bisogna dimenticare la spiritualità di tanti nostri Santi fondatori di Ordini Ospedalieri, i quali non hanno fondato cliniche di lusso, per gente benestante, ma hanno evangelicamente espresso l'opzione per i poveri e i bisognosi.

Credo che questa dovrebbe essere la caratteristica fondamentale di un ospedale cattolico.

#### 5. L'azione pastorale

In questo settore, almeno qui in Italia, c'è molto cammino da fare. C'è ancora una larga parte degli Assistenti Religiosi Ospedalieri che ha uno stile di fare Pastorale ancora arretrato. Ci vuole un rinnovamento. È necessario passare da:

– una Pastorale sacramentaria a una Pastorale di evangelizzazione e catechesi. Molti ancora si fermano alla sola amministrazione dei Sacramenti e di questi in modo particolare della Eucaristia. La catechesi personale sulle grandi realtà della sofferenza umana e cristiana vengono ignorate.

– una Pastorale di tipo moralistico a una Pastorale relazionale. Non è facendo sermoni o dando solo consigli che si fa Pastorale, ma anche e so-

prattutto favorendo la auto-esplorazione del vissuto del malato per fargli conoscere le sue potenzialità e le sue capacità di maturazione e di crescita.

– dal Cappellano alla Cappellania. Si può oggi pensare con l'ecclesiologia del terzo millennio la Pastorale Sanitaria in mano al solo ministro ordinato? Non è al contrario pensabile che sia l'intera comunità cristiana che attraverso i suoi membri è presente nel servizio pastorale degli infermi? Allora non sarà più il singolo, ma un'equipe composta di diaconi, religiose, laici, sarà la comunità terapeutica che svolgerà l'azione pastorale in una struttura sanitaria.

#### 6. La formazione

È necessario che chiunque svolga un servizio pastorale abbia la formazione sufficiente per farlo. Non basta la buona volontà, ci vuole anche la scuola. Nell'AIPAS chiediamo a tutti coloro che entrano in ospedale come Assistenti Religiosi di aver frequentato un corso base di Pastorale Sanitaria e ci impegniamo a realizzare sia a livello regionale che nazionale le scuole di formazione pastorale.

L'augurio e la speranza sono che le strutture sanitarie e cattoliche siano sempre più nella società l'Icona dell'Amore del Padre Misericordioso.

Don ANTONIO MARTELLO  
AIPAS





# Equità e compatibilità dei costi nell'assistenza sanitaria. Quale ruolo dei cattolici?

venerdì  
2 luglio

Se nel 1963, quando iniziai i miei studi di medicina, qualcuno mi avesse detto che alle soglie del nuovo millennio avrei parlato dell'equità e del controllo dei costi, in pratica dell'etica di gestione, e che lo avrei fatto a Roma, di fronte a un'assemblea come quella qui riunita, gli avrei detto, come minimo, che stava sognando. Ma si scopre la propria vocazione mano a mano che si avanza nell'esperienza quotidiana, dove gli avvenimenti meno attesi conducono a un cammino che non si era nemmeno immaginato, per poi scoprire che è un cammino che piace e cercare quindi di crescere nella misura in cui si va avanti.

Ho fatto questa breve premessa per dirvi che anzitutto sono un medico, e che ho svolto per quindici anni questa professione. Benché ora mi dedichi all'amministrazione, non ho rinunciato alla mia condizione di medico anche se, naturalmente, non esercito. Non credo che l'essere medico e amministratore mi abbia causato qualche trauma o incompatibilità; al contrario, l'aver esercitato mi ha aiutato molto a capire i problemi della gestione.

Il titolo della conferenza assegnatomi era complesso e ampio, almeno tradotto dall'italiano, e mi sono permesso di abbreviarlo. Cercherò quindi di illustrare quali sono i parametri che i cattolici responsabili della gestione dei centri sanitari cattolici devono seguire, affinché il loro operato sia il più coerente possibile e nel contempo onesto nei confronti dei principi etici che i cattolici dicono di difendere. Faccio questa differenza tra coerenza e onestà ricordando la frase di un mio amico sacerdote che un giorno, parlando del tema, mi ha detto: il popolo può capire il fatto che a volte non sia-

mo del tutto coerenti con ciò che predichiamo, ma mai ci perdonerà di non essere onesti. Questa frase mi ha colpito molto e vi invito a rifletterci.

## Onestà: principio indiscutibile

A partire da questi parametri voglio cercare di fare una riflessione sulle decisioni che noi, amministratori, medici o infermieri dei centri, dobbiamo prendere sull'etica quotidiana, sulle microdecisioni mentre lascio agli esperti la macroeconomia e la grande pianificazione sanitaria.

Nella gestione sanitaria esistono innumerevoli frasi trasformatesi in luoghi comuni in tutti i congressi, le conferenze, i simposi ecc. Ne ho selezionate alcune:

- conseguire uno stato di benessere è irrinunciabile;
- dobbiamo passare da uno stato di benessere alla società del benessere;
- il valore di una vita umana non può essere misurato;
- la salute non ha prezzo ma ha un costo;
- la salute è un diritto universale della persona;
- i mezzi sanitari sono limitati;
- bisogna trattare la persona nella sua dimensione integrale;
- quando i mezzi sono limitati, bisogna stabilire delle priorità;
- bisogna lavorare con efficacia ma con efficienza;
- la gestione delle risorse deve essere efficace e queste non possono essere amministrate disonestamente.

Nell'ultimo rapporto mondiale dell'OMS leggiamo: "Se i servizi devono essere forniti a tutti, non tutti i servizi possono essere forniti".

Penso che potremmo riempire intere pagine di frasi co-

me quelle citate. Se le analizzassimo, riscopriremmo che sono tutte buone e valide, ma, propendendo per alcune se ne potrebbero contraddire altre. Alcune hanno un linguaggio del tutto assistenziale, altre sono piuttosto espressioni di tipo economico. Quando uno è medico e amministratore o amministratore e medico, vuole essere fedele a una filosofia e a determinati principi, ma allo stesso tempo deve prendere delle decisioni perché è per questo che lo hanno assunto. Allora la cosa si complica.

## Necessità di discernere e di decidere

Non vi parlerò di tecniche di gestione, di *quantum*, di come gestire i bilanci, né della filosofia dell'etica di gestione, perché non sono un esperto. Vorrei invece presentarvi alcuni casi basati sulla mia esperienza personale. La vita, nell'aspetto professionale, è stata molto generosa con me. Mi ha permesso di ricoprire differenti incarichi e mi ha reso l'immenso favore di potermi sedere a tutti i lati del tavolo. Ho esercitato come specialista in traumatologia e ortopedia per quattordici anni, ha occupato alti incarichi nei servizi centrali dell'amministrazione catalana dove sono stato responsabile di negoziare le convenzioni con gli ospedali; per oltre cinque anni ho gestito un ospedale di un ordine religioso, elencato tra quelli ad alta tecnologia e convenzionato con il SCS; sono stato amministratore di una regione sanitaria della Catalogna e attualmente sono coordinatore dei centri della provincia di Aragona, una delle tre esistenti in Spagna, dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Permettetemi di spiegarvi brevemente la realtà ospeda-



liera catalana. In questa regione il 30% dei posti letto appartengono alla Previdenza Sociale mentre gli altri sono ospedali della rete pubblica o convenzionati e sono di proprietà di comuni, società assicurative, chiesa ecc. Ogni anno la Previdenza Sociale che è stata trasferita al governo autonomo negozia con loro un'attività e un bilancio chiamato "convenzione". Quando facevo parte dell'amministrazione, la mia missione era quella di assegnare queste convenzioni.

Come ho detto, in questi trenta anni di esercizio professionale diverso, mi è capitato di sedermi ai diversi lati del tavolo e posso assicurarvi che la capacità di raziocinio, di auto-justificazione e di trasmutazione è infinita secondo il ruolo che si svolge. Sono stato generatore di costi, fornitore, finanziatore e controllore e, benché in ogni momento mi sembrasse di operare correttamente, è indubbio che i miei argomenti e i miei ragionamenti variassero a seconda dell'incarico.

### **La realtà non è asettica. Essa condiziona la nostra visione e il nostro giudizio**

Consideriamo, in primo luogo, quali sono i fattori che contribuiscono all'assunzione delle decisioni nella gestione di un centro; quando dico centro, mi riferisco ad ospedali pubblici o convenzionati con il sistema pubblico, come suppongo sia il caso della maggior parte di coloro che sono in sala.

Occupo un posto importante l'amministrazione che, con l'assegnazione del bilancio, può e in realtà condiziona, una serie di decisioni assistenziali ed economiche. Dopo abbiamo la direzione del centro, i quadri intermedi, i professionisti sanitari (principalmente medici e infermieri) e la missione, la finalità, la filosofia e la cultura istituzionale del centro che possono essere determinanti al momento di assumere decisioni.

A questo riguardo vi farò un esempio dell'epoca in cui ero

amministratore. Poiché un addetto alla cucina era andato in pensione, fu messo in concorso un posto fisso. Al bando parteciparono varie persone; una di loro aveva 62 anni e da oltre dieci lavorava come sostituto in cucina con piena soddisfazione.

C'era gente molto più giovane che ugualmente aveva dei meriti. Il posto poteva essere concesso a libera discrezione dell'équipe governativa. Al momento di riunirsi, la direzione decise che, data la filosofia dell'ospedale e considerando che la persona più anziana era quella che aveva più meriti, doveva avere il posto benché il suo rendimento nei pochi anni che le restavano per il pensionamento non sarebbe stato certamente quello di un giovane, tra l'altro perché soffriva di un'artrosi seria anche se non invalidante.

È possibile che se questo posto fosse stato messo in concorso da un'amministrazione pubblica e l'assegnazione si fosse svolta secondo le regole di un compendio rigido, questa persona avrebbe ottenuto ugualmente il posto, perché altrimenti si sarebbe potuto fare ricorso. È ugualmente possibile che in una stessa situazione, in una clinica a scopo di lucro si sarebbe scelto un giovane che avrebbe assicura-

to un maggiore rendimento, senza che questa decisione potesse essere criticabile.

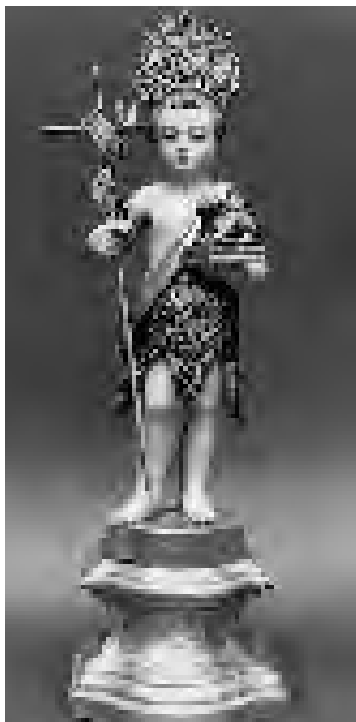
Ho scelto questo piccolo esempio per renderci conto di due cose: che non tutti i problemi di gestione che si presentano quotidianamente hanno a che vedere con l'economia (lo stipendio di una persona giovane o di una persona più anziana è lo stesso) e che una decisione può essere corretta, benché differente, in funzione dello spirito e della cultura dell'istituzione in questione.

### **Abbiamo bisogno di affrontare le decisioni in tutta la loro ampiezza e considerando tutti i fattori che hanno incidenza: amministrativi, economici, assistenziali e culturali**

Quando abbiamo analizzato i diversi fattori che incidono sull'etica della gestione, vi ho detto che una parte viene condizionata da quelli che l'amministrazione pubblica pattuisce con i centri. In questa sala sono rappresentati molti paesi i cui sistemi di finanziamento e di salute sono molto diversi. In Catalogna, che ha un sistema piuttosto differente dal resto della Spagna, il 70% dei posti letto sono convenzionati con il sistema pubblico.

Quando ho assunto la responsabilità di negoziare le convenzioni degli ospedali della rete pubblica che forniscono posti letto alla Previdenza Sociale, ogni amministratore che entrava nel mio ufficio mi spiegava il bene che faceva il suo ospedale, la grande qualità delle sue prestazioni sanitarie e quanto male era trattato in rapporto all'ospedale vicino per il quale l'amministrazione aveva un occhio di riguardo. Quando ho amministrato un ospedale, è toccato a me passare per i diversi uffici a spiegare in cosa eccellesse il mio ospedale e a cercare di farmi assegnare il massimo possibile per poter far quadrare i conti al fine di dare la migliore qualità assistenziale.

Ciò è logico e normale. Ognuno cerca di tirare l'acqua al proprio mulino, ma io sape-



vo che alcuni di coloro che entravano in ufficio non erano limpidi e che la loro gestione non era un modello di virtù.

Come devono essere i nostri rapporti come ospedali cattolici con le differenti amministrazioni pubbliche? Nei rapporti istituzionali esistono due rischi estremi: quello di lasciarsi afferrare dalla loro dinamica, vedendo così scemare l'identità propria del centro, e quello di voler essere tanto puri che, allontanandoci da quella dinamica, perdiamo la nozione della realtà.

È indubbio che il voler stare al passo con la società in cui svolgiamo il nostro lavoro può comportare problemi e conflitti interni nella nostra gestione quotidiana, particolarmente in relazione all'assistenza e alle relazioni etiche che dalla stessa derivano, alcune delle quali imprevedibili e che dovremmo risolvere con la migliore buona volontà e predisposizione possibile, benché alcune volte ci possiamo sbagliare o restare nel dubbio di aver preso la decisione giusta.

Per quanto riguarda la loro attività, i nostri centri hanno un orientamento pubblico e in molti casi si è riusciti a farli restare integrati nella rete dei servizi sanitari pubblici o in quella dei servizi sociali. Ciò comporta una stretta relazione con l'amministrazione, l'essere ben informati del presente, prevedere le richieste future non solo per quanto riguarda ciò che vorremmo fare, ma anche ciò di cui necessitano i cittadini e, nel contempo, sondare quel che l'amministrazione chiede ai nostri centri. Non ha senso mantenere un centro semplicemente per mantenerlo, se non è utile alla società che serviamo.

**Essere presenti nel mondo sanitario a partire dai principi cattolici ci obbliga a essere inseriti nella realtà sociale, nelle necessità e nella cultura che viviamo**

I nostri rapporti con l'amministrazione devono essere certamente onesti, ma allo stesso tempo anche chiari e trasparenti. Quando dico chia-

ri e trasparenti mi riferisco al centro come a un insieme, includendo dati finanziari che non lascino ombra di dubbio su come si spende il denaro ricevuto.

Vediamo quale deve essere il ruolo dei dirigenti nelle decisioni che riguardano l'aspetto economico o gli stili di gestione. In primo luogo devono predicare con l'esempio. Tutti sappiamo che, una volta pattuito un salario, che naturalmente sarà determinato in base al mercato, al valore della persona e alla volontà dell'istituzione e del contratto di giungere a un accordo, esiste un certo numero di limiti che possono essere più o meno allargabili. Un esempio è dato dalle spese di rappresentanza. Nell'amministrazione ho visto incaricati pubblici che fatturano tutti o quasi tutti i loro pranzi come "pranzi di lavoro" mentre altri li limitano al bisogno, o fatture del cellulare dell'azienda con grosse differenze. Bisogna essere rigidi con se stessi quando si fa pressione tutti i giorni per ridurre i costi.

L'amministratore o i dirigenti non possono avere un mobilio favoloso se le sedie della sala d'attesa non si possono cambiare perché non c'è denaro, né si può disporre del computer più sofisticato sul

mercato se ci sono impiegati che, per lavorare, devono aspettare che il collega termini poiché non ci sono schermi sufficienti per tutti.

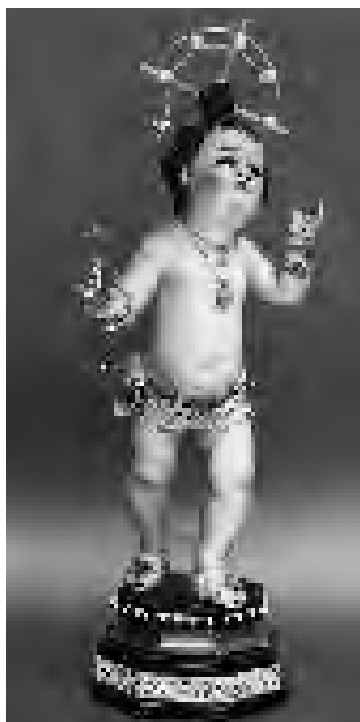
Questi piccoli dettagli, che sembrano di poca importanza, sono quelli che fanno guadagnare credibilità.

**Un direttivo senza credibilità è morto per la direzione. I nostri principi di credenti ci pongono sempre di più al centro dell'attenzione. Dobbiamo curare le parole, i gesti, gli atteggiamenti**

Una delle qualità che, a mio modo di vedere, è imprescindibile in qualunque persona che occupi un posto di responsabilità, è il senso comune. Essa deve sapere che, per funzionare, le regole e le norme sono imprescindibili ma, allo stesso tempo, deve avere il dono di intuire in quale momento una determinata situazione merita un trattamento particolare e non può essere misurata con lo stesso metro delle altre. Ciò può essere paragonato all'arbitraggio nel calcio. Per me l'arbitro migliore è quello che sa applicare la regola del vantaggio. Anche se è stato commesso un fallo, egli lascia proseguire il gioco poiché l'eventuale beneficio è maggiore della sanzione del fallo in quanto tale. Per questo non mi piacciono gli sport, come ad esempio la pallacanestro, in cui non si può applicare la regola del vantaggio. Senso comune è anche saper risolvere una situazione imprevista, che sfugge all'ordinario o che non rientra nei manuali, con dosi di prudenza, giustizia ed equità che non infrangano la coerenza con la cultura istituzionale.

**Il fatto di pensare e di discernere ci permette di valorizzare diverse decisioni senza cadere in impostazioni uniformatrici puramente meccaniche**

Dal mio punto di vista, i dirigenti devono saper uscire dai loro uffici, girare per gli



ospedali, conoscere il personale sul luogo di lavoro. Mi fa orrore vedere che i dirigenti sono situati all'ultimo piano, rifugiati in uffici appositi, che si fanno servire il caffè e non frequentano il bar degli impiegati neanche per caso. Come pretendono di conoscere la realtà quotidiana? Ai lavoratori piace che il dirigente o un funzionario della direzione sia seduto accanto a lui nella mensa perché, la seconda volta, troverà il coraggio o la fiducia per spiegargli un piccolo problema facile da risolvere di cui il funzionario neanche immaginava l'esistenza. Come minimo questo avvicinamento permetterà ai dirigenti di conoscere lo stato d'animo dei loro impiegati, le loro inquietudini, i loro piccoli problemi quotidiani. Questo stesso avvicinamento per conoscere la realtà può essere applicato ai pazienti. Una rivista americana ha riportato che la maggior parte delle indiscrezioni cliniche degli ospedali vengono riferite negli ascensori. I medici o gli infermieri commentano negli ascensori cose dei pazienti senza accorgersi della presenza di un familiare o di un conoscente del malato di cui stanno svelando intimità o che è curato dal medico che stanno criticando. Ma gli ascensori, così come il bar o la mensa dei pazienti e dei familiari, rappresentano un magnifico campo di studio per conoscere realmente ciò che pensano coloro che fruiscono dei servizi del nostro ospedale. Bisogna mescolarsi tra la gente, diventare anonimi e ascoltare ciò che si dice delle prestazioni offerte, meditando sulle eventuali critiche affinché, una volta tornati in ufficio, si possano correggere i difetti.

Bisogna mantenere una politica di "uffici aperti" all'interno di alcune norme. È chiaro che esiste una linea gerarchica da rispettare, ma a volte un impiegato ha un problema personale che ritiene vitale e sente la necessità di spiegarlo e di chiedere aiuto o consiglio al proprio direttore di divisione o all'amministratore dell'ospedale. La mia opinione

personale è che non solo siamo obbligati a riceverlo, ma che dobbiamo farlo senza indugi. Quando qualcuno insiste nel parlare con il gerente è perché è angustiato e se noi possiamo calmare questo stato d'animo, non abbiamo il diritto di tardare nel riceverlo. Bisogna essere molto trasparenti con i rappresentanti dei lavoratori. Mai fare promesse che non si possono o che non si hanno le massime garanzie di mantenere. È molto facile per un dirigente dire che determinate rivendicazioni verranno concesse l'anno seguente così che per un anno si ottiene la pace sociale. Ma siamo sicuri che nell'esercizio successivo avremo i mezzi per farlo? Se non se ne ha la sicurezza, bisogna spiegarlo chiaramente perché altrimenti la pace di oggi sarà la guerra di domani. Le persone non perdonano, e a ragione, le false promesse o gli accordi raggiunti e poi non assolti.

Bisogna implicare i quadri intermedi e, attraverso di loro, i lavoratori nell'elaborazione dei bilanci e nell'assunzione delle decisioni chiave del centro. Una volta elaborato il bilancio e prese le decisioni, bisogna spiegare perché è stata data priorità ad alcune aree piuttosto che ad altre e gli obiettivi finali del centro. Po-

co tempo fa l'amministratore di un ospedale che aveva richiesto a tutti i quadri intermedi la documentazione con le loro proposte annuali di bilancio, mi commentava che, una volta presa la decisione finale da parte dell'équipe direttiva, aveva chiamato ognuno di loro al suo ufficio e aveva spiegato ad uno ad uno il perché delle cose accettate e di quelle rifiutate. La sua opinione su queste riunioni era straordinariamente positiva.

Bisogna stare a fianco dei medici e degli infermieri quando sono oggetto di citazioni giudiziarie, sempre e quando non ci sia stata negligenza manifesta. Sono sempre più frequenti i rinvii a giudizio e il comparire in tribunale dei nostri professionisti, a volte per procedimenti di tipo penale; alcuni di questi non hanno motivo d'essere mentre altri possono essere ragionevoli, ma dovuti ad errori compiuti in buona fede. Il professionista è infinitamente grato che in questi casi la direzione lo sostenga, lo aiuti nella difesa e non si disinteressasse di un problema che, per lui, può comportare un'angoscia molto profonda.

### **Vicinanza e disposizione nei confronti dell'altro come modello che può differenziare e identificare il nostro lavoro**

I casi commentati finora fanno parte dell'etica quotidiana e, nella maggior parte dei casi, non riguardano il bilancio del centro. Ma cosa accade quando dobbiamo affrontare il "signor denaro"? È evidente che per molti cattolici, onesti e trasparenti, i nostri centri funzionano con un bilancio e se la gestione non è corretta mettiamo in pericolo la loro continuità e quella del posto di chi vi lavora. È ugualmente inconfutabile che, per esercitare una corretta gestione a partire dai principi etici su cui ci basiamo, non esiste nessun manuale, master o programma informatico che ci dia la giusta soluzione al problema. Immaginate quanto sarebbe meraviglioso



so disporre di un programma informatico in cui, una volta inserite le entrate, ci dicesse come ripartirle per non commettere nessuna ingiustizia. Ma siccome ciò non esiste – se esistesse non ci sarebbero le convenzioni – questa responsabilità ricade sugli amministratori e sulla direzione; dobbiamo dunque chiederci: perché dare priorità a questo servizio e non a quell'altro? Dobbiamo aumentare i salari a detrimento degli investimenti? Dobbiamo privilegiare il settore della manutenzione e della sicurezza o dobbiamo realizzare nuove azioni?

Parliamo anzitutto dei salari che, se nelle unità di cure intensive possono rappresentare il 60-65% del bilancio, rappresentano una percentuale molto più alta nelle unità psichiatriche o sociosanitarie. La dottrina sociale della Chiesa considera il salario la più importante, anche se non l'unica, verifica concreta della giustizia sociale nei rapporti sociali. Non possiamo corrispondere salari bassi al personale e materializzare benefici per destinarli ad altre realtà. Dobbiamo tendere a dare un salario che sia giusto ma che, nel contempo, sia il più adeguato possibile all'interno della realtà di ogni singolo centro e che non per questo metta a rischio la vitalità dell'istituzione.

Ma il salario non è l'unica cosa. I centri sono moralmente obbligati a destinare le risorse di cui dispongono per garantire, nella misura del possibile, le condizioni di sicurezza nel lavoro dei loro impiegati secondo la legislazione vigente nei vari paesi e migliorarle, quando questa legislazione sia minima. Bisogna, per quanto possibile, cercare una stabilità nell'impiego in quanto si devono evitare le situazioni di demotivazione che creano un cattivo ambiente di lavoro e si ripercuotono sull'attenzione ai malati. Naturalmente, poiché un centro sanitario funziona ventiquattro ore su ventiquattro per tutti i giorni dell'anno, dobbiamo disporre di un "pool" di persone che non potranno mai essere fisse. Ritengo comun-

que che anche nei loro confronti si debba instaurare un rapporto il più continuativo possibile.

Gli ospedali sono obbligati inoltre a destinare una parte del bilancio alla formazione. Non mi riferisco unicamente alla formazione scientifica, bensì a quella umanistica: corsi di bioetica, rapporti di aiuto reciproco, come esercitare il mandato ecc. Per riassumere, diremo che come ospedali cattolici dobbiamo far sì che la formazione non si limiti semplicemente all'aspetto scientifico, ma che abbracci anche i valori umani che permettono ai nostri professionisti di realizzarsi ulteriormente come persone, secondo il concetto integrale.

Per quanto riguarda la realizzazione di determinati investimenti o l'assegnazione prioritaria dei fondi a determinati servizi, l'équipe direttiva deve essere sufficientemente informata affinché, d'accordo con l'amministrazione sanitaria, possa destinarli ai servizi maggiormente necessari per la società. Sarebbe assurdo impegnarsi in un nuovo servizio di angiografia solo perché l'ospedale aumenti il proprio prestigio nella rete sanitaria, senza averne i mezzi. Sarebbe eticamente riprovevole lanciarsi in

nuovi investimenti costosi, quando gli apparati ad alto rischio dell'ospedale (incubatrici, respiratori, apparati per l'anestesia ecc.) sono obsoleti e il loro mantenimento non può garantire che non avverrà mai un incidente con risultati nefasti per il malato. Come regola generale, indicherei un obiettivo sotto forma di slogan: ciò che abbiamo lo dobbiamo mantenere in condizioni perfette e, finché queste non lo sono, non bisogna ricorrere a nuove tecnologie di cui non ci si può far carico. Conosciamo centri che acquistano sistematicamente gli ultimi apparati per farsi pubblicità e quindi ottenere un certo prestigio, mentre gli strumenti basilari per la chirurgia meritano soltanto critiche da parte di coloro che le utilizzano quotidianamente.

Ci sono però determinati momenti in cui la gestione comporta l'assunzione di alcuni rischi di fronte al consiglio d'amministrazione o ai proprietari del centro. Chi gestisce dovrà allora farsene carico anche se ciò potrà provocare una certa deviazione del bilancio. Bisogna accettare di acquistare un medicinale molto caro ma che, in un determinato caso, rappresenta l'unica possibilità per salvare la vita di un paziente, o di sostituire un determinato apparato la cui durata si sperava più lunga, ma che il servizio di manutenzione reputa rischioso. I nostri ospedali devono essere pionieri nel controllo rigido di tutto ciò che presuppone sicurezza per i pazienti. Non sono ammissibili errori prevedibili in materia di sicurezza né il finanziamento di un medicinale o di una determinata tecnica adducendo una mancanza di mezzi del bilancio se ciò mette a rischio la vita del paziente. Anche le istituzioni responsabili devono sforzarsi di comprendere queste decisioni aiutando con mezzi propri quando queste sono giustificate.

Non dobbiamo poi dimenticare la responsabilità della solidarietà, nella comunione dei credenti, verso quei centri dei paesi meno sviluppati che sono in situazioni molto preca-





rie; gli ospedali con buoni risultati economici hanno l'obbligo morale di aiutarli economicamente, che appartengano o meno alla propria congregazione.

Passiamo ai professionisti, a coloro cioè che detengono una parte molto importante della gestione dei fondi. Avete pensato qualche volta a ciò che può spendere un medico quando usa la penna? Egli prescrive, pone crocette sulle analisi di laboratorio, prescrive prove complementari, ecc. E al materiale fungibile che può sprecare un'infermiera strumentista che prepara la tavola degli strumenti per un piccolo intervento chirurgico come se fosse per una protesi totale all'anca? Come questi ci sono moltissimi altri esempi.

Quando abbiamo studiato medicina, siamo stati preparati a curare ma non ci hanno parlato di costi. Lo stesso avveniva nelle scuole per infermieri. Oggi assistiamo a un discreto miglioramento in questo campo, ma resta ancora molta strada da percorrere. Una parte del personale, specialmente quello medico, continua a ritenere il problema dei costi un problema dell'amministrazione statale e della direzione del centro, in quanto essi hanno la missione di curare o di fare ricerche cliniche e non di preoccuparsi delle spese. Si tratta di un grave errore che può essere sanato solo con la formazione e con una forte cultura istituzionale, formazione che deve avere la propria base nell'università, ma che deve essere potenziata nei centri, i cui dirigenti hanno una missione importante. Bisogna essere particolarmente incisivi in questa formazione con i giovani medici residenti che iniziano a lavorare in ospedale subito dopo l'università per la specializzazione. Essi cominciano a spendere, ma molti di loro dovranno essere gli amministratori di domani.

Un giorno, quando ero gerente di un ospedale, ho inviato una lettera molto schietta ai capi servizio in cui spiegavo quanto costasse per il centro ogni risonanza magnetica pra-

ticata, considerato che la domanda stava crescendo in modo allarmante. Non aggiungevo altro. Intendevo semplicemente informarli. Nei tre mesi seguenti, ci fu una diminuzione considerevole del numero di risonanze richieste. Ho fatto un esempio banale, ma se non informiamo in modo completo su quanto costi ciò che si sta facendo, la facilità dei professionisti di spendere è infinita. Ricordo l'espressione sorpresa di un primario di ortopedia quando gli spiegavo il prezzo degli impianti fatti dalla sua équipe in un anno.

La maggior parte delle volte, la spesa incontrollata non viene fatta in malafede. A volte è per mettere in atto criteri di medicina preventiva, a volte per richiedere prove non necessarie, a volte è perché "giacché chiediamo un ematocrito, facciamo un'analisi completa", senza pensare che magari un'analisi completa era stata fatta una settimana prima ed era risultata normale.

Non bisogna mai forzare ad economizzare le spese per un malato, in quanto la responsabilità ultima nei confronti di questo sta nel medico, invece bisogna essere pazienti e perdere tempo (il che in fondo equivale a guadagnarlo) a

spiegare ai professionisti che devono essere attenti ai costi ogni volta che eseguono un atto medico o infermieristico che, il più delle volte, comporta un piccolo morso al bilancio dell'ospedale e, di conseguenza, a quello dell'intero paese. Ciò che sperperi oggi per il tuo malato è denaro che domani mancherà ad un altro. Il bilancio della sanità, diceva un ex-ministro della sanità della Catalogna, è come una grande torta di cui ognuno prende una fetta, ma quando termina non ce n'è più. L'impasto è sempre quello e il pasticciare non può farne un altro, e se non la distribuiamo bene ci sarà qualcuno che ne mangerà in abbondanza mentre altri resteranno con la fame. Ciò ha molto a che vedere con i principi cattolici.

**Ci dobbiamo chiedere spesso in base a quali interessi prendiamo le nostre decisioni o assegnamo i nostri bilanci**

Pochi mesi fa ho letto un documento di un comitato d'etica di un ospedale che mi ha riempito di soddisfazione. Un bambino era stato operato d'un tumore maligno addominale ripresentatosi dopo due anni; la famiglia aveva rifiutato un nuovo trattamento in ospedale ed era ricorsa a un curatore che lo aveva curato con le erbe, contro l'opinione dei medici. Un anno dopo questo trattamento alternativo, la famiglia tornò al centro e chiese che fosse fatta al malato una risonanza magnetica e alcune analisi per vedere l'evoluzione della malattia, rifiutando però ancora una volta l'assistenza sanitaria convenzionale. Il medico che aveva curato il piccolo in precedenza, consultò il comitato per vedere se era lecito spendere fondi pubblici per prove complementari dal momento che il paziente rifiutava l'assistenza proposta. Indipendentemente da altre riflessioni, ciò che mi sembra molto positivo è che in una situazione in cui la cosa più facile sarebbe stata quella di fare le prove ed





evitare problemi, il medico si chiedeva se fosse etico impiegare fondi pubblici in un caso come quello citato.

Ci vorranno anni per far assorbire questa cultura ai nostri professionisti, incidendo in particolare sui quadri intermedi affinché, a loro volta, la trasmettano al personale di base. Stiamo comunque raccogliendo i primi frutti. In passato, discutere di temi relativi al bilancio con un capo servizio o una caposala, era molto difficile. Ora sta diventando pratica abituale anche se per qualcuno è ancora difficile capirlo. Poco a poco si crea cultura.

Dobbiamo considerare che gli input che ricevono i nostri medici, in particolare da parte dell'industria farmaceutica, sono molto forti e diretti verso un'unica direzione: "*consumare – comprare*", il che vuol dire spendere. Il professionista sanitario non ha in mano elementi sufficienti (e se ce li ha, non ha il tempo o la voglia) per verificare se quel nuovo prodotto farmaceutico, quella nuova tecnica, sono stati sufficientemente testati. Ha una fiducia implicita in colui che spiega le meraviglie del prodotto e la sua tendenza naturale è quella di provarlo. Immaginiamo che l'annuncio di ogni nuovo prodotto (macchina, video, profumo ecc.) fatto in TV possa essere provato senza costi per noi. Accetteremmo la proposta? Tutti ci dicono di essere i migliori, i più affidabili, quelli che danno l'immagine migliore [...] e molti sono più cari di quello che stiamo utilizzando e di cui siamo molto soddisfatti.

Di qui l'importanza di mostrare la trascendenza di una buona guida farmacologica per il centro, dove ci siano solo i medicinali che offrono un miglior rapporto qualità/prezzo e non si permetta l'introduzione di tecniche nuove che non abbiamo superato un'analisi severa secondo i criteri della cosiddetta medicina basata sull'evidenza. Dobbiamo potenziare le commissioni e i gruppi di lavoro formati da persone molto preparate, e allo stesso tempo molto oneste,

che siano capaci di discernere ciò che è veramente necessario innovare o ciò che va rifiutato. La serietà di fronte agli altri professionisti deve essere il prestigio del gruppo.

**Per progredire in una cultura di gestione a partire dall'etica, una buona disposizione personale non è sufficiente. Bisogna creare e sviluppare metodi e strumenti che la rendano effettiva**

Infine, tra i fattori condizionanti nell'assunzione delle decisioni, annoveriamo la cultura istituzionale e la stessa istituzione. Nella carta d'identità dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio che, come probabilmente alcuni di voi sapranno, è una delle poche congregazioni ecclesiali i cui centri si rivolgono ai malati o agli emarginati, si legge: "Un motto dei nostri Centri potrebbe essere questo: essere capaci di operare una corretta allocazione delle risorse disponibili, sapendo privilegiare gli aspetti più specifici dell'Istituzione. Al livello del centro questo servirà a garantirne il futuro, al livello dei servizi e reparti sarà finalizzato a dare un'assistenza integrale al malato e al bisogno-



so". Mi sembra una buona dichiarazione di principi istituzionali che potrebbe essere applicata all'insieme degli ospedali cattolici. Quali potremmo enumerare come fattori chiave di una cultura istituzionale negli ospedali che vogliono avere un'ideologia cattolica e che, a loro volta, influiscono direttamente sui criteri di gestione? Cercherò di elencarne alcuni.

– Innanzitutto dobbiamo scegliere i nostri professionisti, dall'amministratore all'ultimo salariato, in base alla loro competenza tecnica ma valorizzandone all'unisono la capacità umana. Bisogna spiegare loro molto bene, prima di assumerli, la filosofia e la cultura dell'impresa di cui entrano a far parte e il rispetto che, come minimo, si esige da loro per determinati principi. La cultura istituzionale di un'impresa potrebbe essere definita come alcune norme di condotta formatesi giorno dopo giorno, nel corso degli anni, che hanno avvolto l'organizzazione con un alone invisibile, ma palpabile. Quando in un ospedale o in un centro sanitario esiste questa cultura, è più facile assumere le decisioni da un punto di vista etico. Per questo motivo, prima di essere assunti da un'istituzione, è importante che riflettiamo sui nostri valori, in quanto essi dovranno essere simili a quelli della cultura etica che impera nell'istituzione. In caso contrario, potremmo entrare rapidamente in contraddizione e in situazioni di conflitto. A sua volta, quando uno entra in un'istituzione di questo tipo pienamente convinto, vi lascia, cosciente e felice, un poco di sé. Questa microparte di sé si incorpora, invisibilmente ma tacitamente, al patrimonio della cultura istituzionale.

A cosa ci serve un grande amministratore se non condivide il progetto istituzionale? E un'ausiliaria del reparto infermieristico, eccellente sotto l'aspetto professionale, ma incapace di comprendere le necessità dei pazienti? Ciò non esclude, tuttavia, che i processi di selezione debbano essere trasparenti e privi di ambi-

guità o amicizie, in quanto è in gioco la credibilità dell'istituzione in un argomento di tanta sensibilità.

– Non ci devono spaventare i cambiamenti organizzativi che consideriamo necessari perché i centri siano amministrati con criteri imprenditoriali di efficienza, sempre e quando mantengano la filosofia e lo stile proprio di ogni istituzione.

– Dobbiamo essere chiari e trasparenti riguardo all'amministrazione e ai lavoratori. Permettetemi di insistere nuovamente su questo punto poiché lo ritengo un punto chiave se veramente vogliamo che le nostre opere non siano solo dirette onestamente, ma anche che questa onestà venga riconosciuta.

– A partire dalla direzione, si devono potenziare tutti i programmi di qualità. Quando si parla di qualità, si pensa di solito alla qualità assistenziale. Dobbiamo arrivare molto più lontano: alla qualità dei servizi generali, dei circuiti amministrativi, dell'attenzione ai clienti interni che sono i nostri lavoratori. Perché non cercare formule che ci permettano di "misurare" o valorizzare la qualità dei servizi pastorali propri del centro? Ciò può sorprendere al-

cuni di voi, però vale la pena di chiedersi se i servizi pastorali di un centro sanitario sono i più adatti a quella realtà, se sono ciò che i pazienti si aspettano o desiderano ricevere, oppure se ci siamo limitati a un modello standard, uguale per tutti, senza valutarlo.

– Si deve avere una sensibilità particolare nella cura dell'ambiente. L'ospedale è un grande produttore di rifiuti di ogni tipo e un grande consumatore di prodotti riciclabili. Non basta attenersi alle norme di raccolta delle sostanze contaminanti ma bisogna andare molto più in là nel riciclaggio di tutto ciò che è possibile. Questo è un nuovo obbligo e una nuova cultura da sviluppare.

Potremmo dire tante altre cose che occuperebbero tutta la mattina, ma il tempo a mia disposizione è limitato, così come la vostra pazienza. Mi auguro che il mio intervento possa essere servito a farci riflettere sulla corretta distribuzione dei fondi e sulle forme per gestire eticamente gli ospedali ai quali apparteniamo. Credo che al boom della bioetica seguirà quello dell'etica imprenditoriale, dell'etica istituzionale nella gestione e per questo dobbiamo essere

preparati, formandoci giorno dopo giorno.

Se rileggiamo i vangeli, benché siano stati scritti due-mila anni fa vediamo che Gesù, per orientare la sua dottrina, utilizzò in alcune delle sue parabole esempi economici e perfino di gestione. Vorrei citare la parabola degli operai che vanno a lavorare in una vigna ad orari differenti, ricevendo ognuno lo stesso salario che era stato pattuito, e quella del padrone che dopo una lunga assenza torna e chiede conto ai suoi operai di come hanno impiegato i talenti che aveva affidato loro; vorrei ricordare poi le riflessioni di Gesù di fronte alla moneta con l'effigie di Cesare. Non ho dubbi che se Cristo fosse venuto sulla terra ai giorni nostri, nel messaggio evangelico avrebbe incorporato parabole che avrebbero adottato i temi di cui abbiamo parlato. Siccome questa ipotesi non avverrà, spetta a noi, in base alla nostra esperienza, al nostro studio e alla nostra formazione, cercare la luce che ci serva da guida nell'assunzione delle decisioni.

Dott. SALVADOR ROFES CAPO  
*Coordinatore dell'area  
 ospedalità Fatebenefratelli  
 provincia di Aragona, Spagna*



Ai cattolici non è concesso disimpegno nel vasto settore del servizio all'uomo malato, bisognoso di cure e di assistenza, tanto sociale quanto sanitaria.

L'impegnativo comando evangelico deve essere coniugato nel tempo e nello spazio ed oggi a noi è chiesto di essere testimoni affidabili e credibili in ogni cultura e tradizione, civile e politica. Il nostro colloquio vede infatti a confronto le più diverse esperienze, tuttavia il cosiddetto "principio di sussidiarietà" è applicabile sotto ogni cielo.

Esso implica:

- a) autonomia organizzativa;
- b) responsabilità programmatica;
- c) finalità specifica in un contesto pluralistico.

Fatte salve le situazioni peculiari nei diversi Paesi in via di sviluppo, dove la Chiesa (o il non profit di diversa estrazione) rappresenta l'unica presenza nel campo socio-assistenziale, in tutti gli altri sistemi le istituzioni cattoliche si inseriscono in un contesto legislativo ed economico dove, a maglie più o meno strette (o larghe) che le regolamenta, partecipano alla programmazione dell'offerta di servizi alle persone.

I criteri che devono guidare il rapporto fra istituzioni cattoliche e le comunità, in cui sorgono e operano, non possono trascurare i fondamenti stessi del "sacramento" della Chiesa che è evangelizzatrice, sanatrice e *una*. Soprattutto, oserei dire, l'unità deve essere il carattere più evidente verso coloro che guardano alle nostre opere.

Perciò, l'autonomia della Chiesa – e in specie delle Chiese locali – si fonda sulla progettazione al proprio interno:

- a) nel promuovere la difesa

delle proprie risorse e delle proprie "politiche" di solidarietà;

- b) nel testimoniare, anzitutto partendo dall'interno.

Un altro aspetto che riguarda l'autonomia – da ottenere e da difendere – è la specificità della proposta cristiana.

È questa caratteristica che ci impone una presenza, anche quando è faticosa e dolorosa, per mantenere vivi nel contesto sociale valori etici, che corrispondono alle aspettative esistenziali delle persone e che spesso sono disattese dallo Stato.

Il diritto alla tutela della salute – come è noto – è un diritto "recente" nella coniugazione dei diritti umani e come tale non è esigibile o esercitato con la medesima consapevolezza nei diversi sistemi politici.

In Europa, ad esempio, è facile incontrare sistemi universalistici e finanziati attraverso il sistema contributivo

da parte dei cittadini, per cui l'accesso alle prestazioni è gratuito e generalizzato.

Ci sono poi sistemi liberistici che si affidano alla copertura assicurativa da parte dei cittadini che hanno reddito, ma che non garantiscono i senza reddito. Ci sono, infine, Paesi nei quali il sistema sanitario è pressoché inesistente e i cittadini ottengono ciò che le loro risorse finanziarie consentono, in ambienti, peraltro, non strutturati con le medesime eccezioni dei Paesi di maggiore benessere e sviluppo scientifico e industriale.

La Chiesa con le sue istituzioni è "immersa" in tutte queste diverse situazioni; come si esprime quindi la sussidiarietà "tra" istituzioni cattoliche?

Va da sé, che con le debite differenze e proporzioni, alcune linee di orientamento si possono applicare anche alla sussidiarietà, genericamente intesa, fra le istituzioni ai vari livelli, in ogni società.

La "sussidiarietà" è una definizione e una scelta che la dottrina sociale della Chiesa, per prima, ha elaborato e proposto a tutti gli uomini che volessero costruire Stati ed economie liberi dagli eccessi di certo dirigismo, come di certo liberismo.

La sussidiarietà si esplica in modo:

- a) verticale;
- b) orizzontale;

Ogni livello superiore non deve "invadere" competenze, attività e responsabilità di livello inferiore, ma anche, e forse soprattutto, non può evitare di integrare ed aiutare, se il livello inferiore ha bisogno, con appropriati interventi.

Così pure ogni livello deve sentirsi "ingaggiato" ed offrire sostegno, contributi in risorse tecniche e umane, alle



strutture di pari capacità, ma che sono limitate nel loro agire efficacemente dall'ambiente povero o politicamente condizionato, in cui si trovano nell'espletare il proprio mandato. Per i cristiani la sussidiarietà è anche dunque "organizzare la carità". In tal modo la sussidiarietà diventa strumento eccezionale per esaltare la collaborazione "fraterna" fra le istituzioni, qualora si rispettino distinzioni e finalità.

Infatti, sul piano umano (e cristiano) la sussidiarietà è una modalità organizzata di espressione delle solidarietà interistituzionali, che si lega però alla rete sociale primaria delle persone, come si manifesta nella vita quotidiana, quasi una possibilità di sal-

vezza dalla formalità astratta, anonima, burocratica.

Ovviamente, se la sussidiarietà ha un fondamento giuridico ordinamentale, non è automaticamente attuabile nell'organizzazione e nella programmazione gestionale e finanziaria tanto dello Stato quanto delle diverse istituzioni tra di loro, ai vari livelli.

Ecco che può imporsi la necessità di formalizzare modelli o di studiare modalità per definire le procedure, anche nel nostro ambito di Chiesa, per il conseguimento di una effettiva sussidiarietà anche al nostro interno.

Mi sembrerebbe, in questo senso, opportuno che il Pontificio Consiglio possa predisporre un ausilio a disposizione di tutte le istituzioni sani-

tarie cattoliche, perché realizzi quella rete che potrebbe essere definita di "autoaiuto", per realizzare quella "unità" di intenti, di finalità, di valori che rendono visibile la nostra "diaconia della salute".

Il Pontificio Consiglio può integrare forze e risorse perché chi più ha, più si impegni; chi meno ha, trovi gli aiuti indispensabili per realizzare quegli obiettivi che fossero richiesti per rendere visibile la testimonianza nel luogo e nel tempo in cui le istituzioni sanitarie cattoliche rendono presente la Chiesa, come sacramento di salvezza.

Prof. MARIA PIA  
GARAVAGLIA  
*Presidente della  
Croce Rossa Italiana*





## Background

Nell'introduzione della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità si afferma che "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattie o infermità"; si asserisce poi che il godimento del massimo standard di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, convinzione politica, condizione economica o sociale".

Se paragoniamo il mondo di oggi con quello del 1948, anno in cui l'OMS fu fondata, emerge uno stridente contrasto. Il rischio di un conflitto su scala mondiale è diminuito notevolmente, ma al suo posto esiste una moltitudine di conflitti regionali e civili. I rapporti tra i paesi, che negli anni '40 riflettevano i modelli paternalistici del colonialismo e la guerra fredda, ora sono per la maggior parte modellati dalla diffusione dei valori del mercato neo-liberale e da una conseguente e aumentata interconnessione tra le nazioni.

Nel suo discorso alla XII Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute nel novembre 1997 sul tema: "Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000", il Santo Padre, riferendosi ai più importanti principi della "Carta degli Operatori Sanitari", ha detto: "Salvaguardare, recuperare e migliorare lo stato di salute significa servire la vita nella sua totalità". Inoltre, riconoscendo i segni di speranza presenti in questo ultimo scorcio di secolo, rappresentati dal progresso scientifico,

tecnologico e della medicina, ha sottolineato l'importanza di un più vivo senso di responsabilità nei confronti dell'ambiente, gli sforzi per ristabilire la pace e la giustizia ovunque siano stati violati, la volontà di riconciliazione e di solidarietà tra popoli differenti.

La Carta degli Operatori Sanitari ricorda che l'attività medico-sanitaria è, allo stesso tempo, "ministero terapeutico" e "servizio alla vita" e conclude affermando che essi devono sentirsi collaboratori di Dio che, in Gesù, si è manifestato come "medico delle anime e dei corpi", così da divenire concreti annunciatori del Vangelo della Vita.

Il Santo Padre esprime vivo apprezzamento per la dichiarazione e i principi dell'OMS e per il documento "Salute per tutti nel ventunesimo secolo"; esorta inoltre i responsabili degli organismi internazionali ad impegnarsi nel pre-

disporre garanzie giuridiche adeguate, perché sia promossa nella sua interezza anche la salute di quanti non hanno voce e perché il mondo sanitario non si lasci costringere dalle dinamiche del profitto, ma sia invece permeato dalla logica della solidarietà e della carità.

Tutto questo mostra chiaramente le basi e i principi concettuali su cui si fonda il pensiero della Chiesa cattolica in materia di salute e di assistenza sanitaria.

Quando la fine della guerra fredda ha alleviato la tensione tra Est e Ovest, erano alte le speranze di ridurre le spese belliche e aumentare le spese per la sanità. Finora, questo cosiddetto dividendo non si è materializzato o sembra che sia stato assorbito dagli sforzi per mantenere la pace che lasciano magre risorse per accelerare lo sviluppo umano.

Il tasso di globalizzazione del commercio, i viaggi e la migrazione, la tecnologia e il marketing si sono accelerati in maniera drammatica negli ultimi venti anni, provocando guadagni per alcuni ed emarginazione per altri. La comunicazione e la rivoluzione tecnologica, che caratterizzano il mondo di oggi, hanno facilitato alcune di queste tendenze. I paesi del mondo hanno acquisito consapevolezza della loro interdipendenza per la fragilità del nostro ambiente, per un sistema economico globale e la nostra comune unità. Mai come ora forze e politiche globali influenzano le decisioni nazionali e locali. Quando ci sono un'estrema povertà e malattie evitabili su vasta scala, non può esserci prosperità a lungo termine o salute per tutti in una nazione, né sicurezza a livello mondiale se alcune nazioni continuano ad investire



pesantemente negli armamenti.

Ci si preoccupa del fatto che la rapida globalizzazione non riesca a riconoscere la ricchezza della diversità culturale ed etnica. La discriminazione verso certi gruppi, particolarmente quando prevale la povertà, ha portato ad un aumento dei conflitti civili e dei rifugiati nel mondo.

Il numero delle persone che vivono in assoluta povertà e disperazione continua a crescere, malgrado il fatto che gli ultimi venti anni abbiano visto un benessere senza precedenti. Circa 1.300.000 persone vivono attualmente in condizioni di estrema povertà. Tra le comunità e i paesi ci sono crescenti disparità e disuguaglianze. Una relativa povertà e un divario sempre più ampio tra ricchi e poveri minacciano in molti paesi la coesione sociale.

La violenza è una delle caratteristiche più evidenti della disintegrazione sociale. Essa si manifesta in diversi modi nelle varie società. La disintegrazione sociale si rivela anche nella crisi corrente dei valori, come nell'indebolimento dei rapporti umani basati sulla condivisione e sull'assistenza, nei vincoli che sostengono e controllano i rapporti intergenerazionali, e nelle istituzioni che nel passato hanno governato e preservato le cellule sociali primarie quali la famiglia. Il conseguimento del benessere materiale a tutti i costi sta, in molti casi, erodendo i valori e i credo che mettevano al primo posto il benessere spirituale. I valori etici e morali non possono essere ignorati laddove perseguiamo il bene comune.

## Discussione

È di vitale importanza una rapida transizione verso un mondo in cui sia stata creata una "cultura della salute" e dove la salute occupi un posto centrale nello sviluppo umano sostenibile. A questo riguardo, dovranno essere urgentemente specificate le politiche e le strategie basilari

che guidano questa transizione e a cui tutti dovranno dare il proprio accordo allo scopo di mantenere una coesione e una coerenza di sforzi nei prossimi decenni. Sono necessarie tre azioni fondamentali:

1) assicurare che il sistema di valori dell'HFA sia adottato ovunque;

2) porre la salute al centro dello sviluppo umano ed economico;

3) sviluppare un sistema sanitario sostenibile che si basi sull'equità, la solidarietà, e su preoccupazioni morali ed etiche.

Il progresso scientifico e tecnologico sta mettendo alla prova i confini delle norme etiche, sfidando la nozione stessa di ciò che ci rende umani. I progressi nella biotecnologia e nella genomica, e l'invasione dell'informazione e dei sistemi di comunicazione, presentano allo stesso tempo sfide e opportunità per la salute. Se tutti dobbiamo condividere il progresso, i principi morali ed etici dovranno anticipare e guidare lo sviluppo della scienza e della tecnologia.

Come possiamo vedere da quanto abbiamo detto, la visione e i principi fondamentali relativi alla salute e all'assistenza sanitaria dell'OMS e

della Chiesa Cattolica coincidono, in particolare quando consideriamo che la dimensione spirituale dell'essere umano e la sua salute sono stati universalmente riconosciuti.

Se, inoltre, eguagliamo i concetti e gli scopi inclusi nella Carta degli Operatori Pastoralisti, redatta dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, vediamo che la coincidenza dei suddetti punti fondamentali diventa ancora più evidente.

Emergono due domande per la discussione:

1) se ci sono così tanti punti di coincidenza, perché allora lavorare con l'OMS non ha dato maggiori frutti?

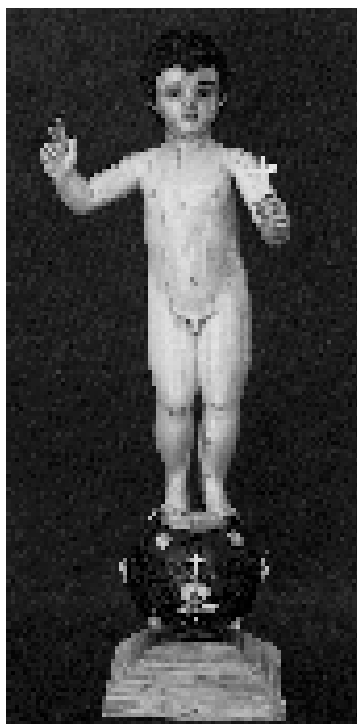
2) come si può migliorare l'attuale stato di cooperazione tra queste due organizzazioni universali affinché i beneficiari fondamentali di questi sforzi siano i popoli del mondo e i valori cristiani?

Per meglio analizzare questi interrogativi, può essere importante comprendere appieno come lavora l'OMS, come viene condotta la sua politica e come vengono prese le decisioni.

La premessa fondamentale da tenere presente prima di ogni altra considerazione è che l'OMS non è soltanto il Segretariato di Ginevra (HQ) o gli Uffici Regionali. Oggi l'OMS è formata da 191 Stati membri; ha un'Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) che è l'organismo governativo più alto e un Comitato Esecutivo (EB) che funge da organismo esecutivo eletto dall'Assemblea. A livello regionale, il Comitato Regionale assolve funzioni simili a quelle del Comitato Esecutivo. Entrambi sono assistiti da un Segretariato che realizza i mandati degli organismi governativi.

L'OMS è un'organizzazione intergovernativa. Ne fanno parte anche centri di collaborazione, centri di eccellenza, comitati di esperti, ONG, osservatori membri ed altre istituzioni associate.

Per spiegare ulteriormente la politica e il processo decisionale dell'OMS, può essere utile considerarlo come un cerchio concentrico, mediante il quale il Segretariato prepara



proposte che riflettono le preoccupazioni e le priorità degli Stati membri, elabora il background tecnico, le implicazioni che possono sorgere, comprese le questioni scientifiche, sociali ed economiche, nonché gli strumenti necessari per la messa in atto (ad esempio la Dichiarazione di Alma Ata sulle cure sanitarie di base).

Le proposte vengono generalmente sottoposte all'opinione di vari esperti (Comitati di Esperti, Gruppi Scientifici, Consultazioni ecc.). Dopo un ulteriore miglioramento da parte del Segretariato, le proposte vengono presentate al Comitato Esecutivo per l'approvazione e/o per le modifiche. Soltanto allora, viene sottoposto al WHA per lo studio finale e l'approvazione (ad esempio: approvazione del budget dell'OMS).

Come possono la Chiesa e le Istituzioni cattoliche cooperare e lavorare in modo più efficace con l'OMS?

Secondo la mia opinione, il primo passo da compiere è quello che il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute metta in atto a questo scopo una strategia attuabile. A tale riguardo, sarebbe importante completare un inventario delle istituzioni e delle attività sanitarie realizzate dalla Chiesa cattolica in tutto il mondo. L'inventario non dovrebbe essere soltanto di natura quantitativa, ma dovrebbe fornire indicazioni di valore qualitativo. Tali informazioni, una volta aggiornate, dovrebbero essere ampiamente diffuse poiché sono di grande importanza e non vanno ignorate. Probabilmente, è giusto affermare che la Chiesa cattolica è il più grande fornitore di cure sanitarie del mondo come singolo Stato o istituzione.

Questo è un messaggio molto forte. Può essere utile rispondere a domande quali, "lavoriamo attivamente nella sanità e nelle cure sanitarie in ogni paese del mondo" per dimostrare in maniera tangibile la grandezza dell'azione ecclesiale nel campo della salute.

Un altro concetto generale che vorrei fosse fatto oggetto di ulteriore considerazione è il

ruolo svolto dall'educazione nella edificazione di popolazioni sane. Anche qui, la Chiesa cattolica può e dovrebbe cogliere l'opportunità di dimostrare la sua vasta partecipazione all'educazione della comunità mondiale, particolarmente dei bambini. Un'ulteriore elaborazione in questo campo potrebbe essere di grande valore.

La strategia per incrementare la cooperazione con l'OMS dovrebbe includere tre livelli d'azione e tre o quattro temi trasversali, che sono universali e quindi creerebbero facilmente consenso.

### **Livelli d'azione**

*Globale:* WHA, EB, Segretariato (HQ), organizzazioni-istituzioni globali;

*Regionale:* Comitato Regionale, uffici dei segretariati regionali, organizzazioni-istituzioni regionali;

*Nazionale:* Autorità governative, organizzazioni-istituzioni nazionali, uffici nazionali OMS.

### **Temi per analisi e partecipazione nei seguenti campi:**

– Scientifico;

– socio-politico;  
– tecnologico;  
– economico.

Sebbene tutti i livelli di intervento siano importanti per quanto riguarda i temi su indicati, l'attuazione a livello nazionale è molto più importante in quanto ogni iniziativa in materia di salute e di cure sanitarie dovrebbe iniziare e terminare nei paesi e nelle loro comunità.

Spesso, nei forum internazionali, le istituzioni cattoliche esitano a trattare di sanità e gli organismi centrali della Chiesa da soli non possono fare la differenza. Le istituzioni cattoliche, le organizzazioni e la comunità in generale dovrebbero ugualmente assumersi le proprie responsabilità non soltanto come un compito umanitario, ma anche come un problema cristiano e morale.

### **Conclusione**

Per concludere, vorrei affermare quanto segue:

– l'OMS, la Chiesa e le istituzioni cattoliche hanno molto in comune per quanto riguarda principi, fini e missione;

– le differenze esistenti da sole non possono essere causa di antagonismo tra Chiesa cattolica e OMS;

– la salute e la vita sono i valori umani più preziosi;

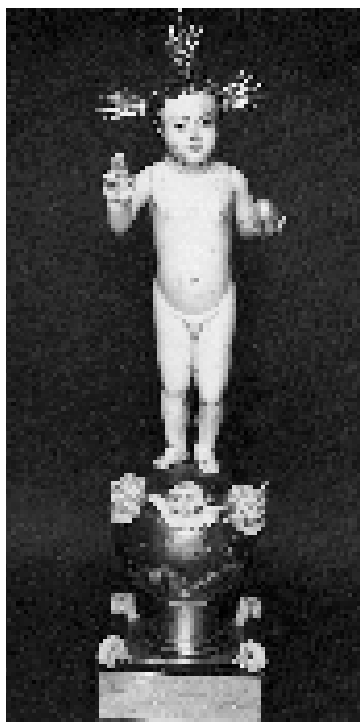
– entrambe le istituzioni sono universali e possono collaborare molto di più;

– una pianificazione strategica globale da parte del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute è molto importante per suggerire meccanismi, fornire guida, coordinamento e sostegno agli sforzi locali e nazionali;

– il Pontificio Consiglio dovrebbe identificare aree e priorità d'azione;

– il Pontificio Consiglio potrebbe considerare di ampliare la sua portata ed estendere la Pastorale della Salute a tutti, con particolare enfasi per gli operatori sanitari.

Dr. FERNANDO S.  
ANTEZANA - ARANIBAR  
O.M.S. Ginevra



# La telemedicina, Internet e le istituzioni sanitarie cattoliche

56

Come pioniere nel mondo di Internet e in particolare nelle questioni mediche online, è molto importante per me esaminare insieme a voi i seguenti argomenti:

quale è lo status della telemedicina oggi?

Quali sono i benefici potenziali che la telemedicina e il mondo di Internet possono portare alle vostre organizzazioni?

Quale è la particolare offerta che "The Internet Company" intende presentarvi per ottenere questi benefici?

La telemedicina, o più precisamente l' "informazione medico sanitaria e il sostegno umanitario" via Internet, è un rivoluzionario sviluppo tecnico ed organizzativo che offre nuove possibilità.

Esso offre innumerevoli soluzioni innovative nell'organizzazione di servizi sanitari di qualità. Rende possibile una maggiore armonizzazione e coerenza nel lavoro delle Istituzioni cattoliche e una più alta efficienza nel lavoro congiunto. Diventa così più facile creare un futuro migliore per la comunità cristiana.

Internet è nel contempo un mezzo di comunicazione e un canale di distribuzione. Esso offre la possibilità di avere in un'unica soluzione: informazione, comunicazione e transazione.

## Informazione

Accesso a una informazione illimitata.

Il sacerdote, il medico o l'infermiera di una missione sperduta possono avere lo stesso accesso alle informazioni sanitarie di un medico di una clinica universitaria americana o europea.

Non c'è modo migliore o meno costoso dei servizi multimediali via Internet per un'e-

ducazione medica costante. Tutte le necessarie informazioni esistenti nelle biblioteche elettroniche e nelle banche dati delle associazioni mediche possono essere fornite a chiunque disponga di un accesso autorizzato.

È possibile scambiarsi facilmente informazioni con tutti i membri attraverso la posta elettronica a un costo più basso di quello di una telefonata.

Vi faccio un esempio importante. Nell'aprile 1996 siamo stati in grado di mostrare la prima operazione "in diretta" in tempo reale su Internet. Si trattava di un nuovo modo molto più facile di operare i legamenti crociati del ginocchio. Nei primi minuti, oltre 60.000 persone hanno seguito simultaneamente l'operazione via Internet. È stata praticamente la più ampia lezione di medicina, a cui hanno partecipato persone di tutto il mondo al costo di una telefonata.

Nulla rivoluzionerà l'apprendimento, e in particolare l'aggiornamento costante, più di Internet. Ciò che è cominciato tre anni fa con una semplice trasmissione video e un ampio materiale di spiegazione va migliorando costantemente.

Per organizzazioni quali la Chiesa cattolica che dirige centri sanitari in tutto il mondo, ciò rappresenta un'occasione enorme per ottenere miglioramenti al costo più basso con un numero massimo di impiegati.

## Comunicazione

La consultazione tra esperti e medici generici in diverse parti del mondo, forse non rappresenta più un problema. Si possono dare consigli in tempo reale. In nessun altro campo Internet si è rivelato altrettanto efficace come in quello medico, dove il tempo è un fattore veramente critico e dove la

giusta informazione al momento giusto è decisiva per la vita del paziente.

La comunicazione vuol dire:

- e-mail: da una persona a un'altra, o da una a molte altre;

- conferenze online: coordinamento di progetti e di logistiche, aiuto in caso di catastrofi;

- video-conferenze: ad esempio aggiornamento medico continuo;

- consultazione: uso delle conoscenze mediche ove necessario. Comunicazione tra gruppi di esperti in differenti luoghi del mondo.

Nella maggior parte delle situazioni interpersonali è importante vedere la faccia dell'altro, in particolare nei rapporti tra medico e paziente. Quando non c'è un numero sufficiente di esperti, i contatti e l'aiuto per mezzo del telefono e del fax si sono sempre rivelati utili per un medico locale. Eppure, quanto sarebbe più facile scambiarsi conoscenze e consigli via Internet. Oltre ai testi e alle immagini (ad esempio raggi x), è molto semplice inviare anche contributi video e audio.

Naturalmente è ancora una realtà tecnica che non raggiunge molti paesi, di particolare importanza per la Chiesa cattolica, in quanto la lunghezza delle bande non è sufficiente per ricevere tali trasmissioni. Eppure il progresso nell'informazione tecnologica è tanto rapido che è soltanto questione di poco, prima che l'accesso illimitato ad Internet sia possibile non solo ai paesi industrializzati.

## Transazioni

Come network, Internet offre l'opportunità di essere usato come una vasta piattaforma per effettuare transazioni: per ordinare e scambiare attrezzature mediche quali farmaci o



strumenti e macchinari tecnici. È anche un mercato o una borsa ideale per l'organizzazione delle risorse umane. Con Internet si possono richiedere e gestire aiuti per le questioni ordinarie o in caso di calamità.

Un altro esempio è quello dei libri che si possono ordinare via Internet. Compagnie quali amazon.com sono le librerie più grandi del mondo. Per ora esse non possono spedire a tutti i paesi, ma esistono soluzioni per risolvere questo problema.

Tutto ciò che è possibile attraverso Internet dimostra la possibilità che avete di usarlo per la telemedicina in generale e per risolvere altri compiti importanti.

Oggi Internet viene usato da 150 milioni di persone che fra pochi anni diventeranno 500 milioni. Tutto il mondo medico si sta collegando via Internet. Io stesso ho iniziato nel 1995 con l'“Health Online Service”, il primo servizio del genere per le professioni mediche su scala globale. Dalla nostra sede in Germania, ci diffondiamo in altri paesi e ciò ci fornisce un network e un'esperienza di prima qualità.

Credo fermamente che non esista nessun altro gruppo di organizzazioni che possa beneficiare maggiormente da una piattaforma comune e globale come Internet delle organizzazioni, associazioni e ordini sanitari della Chiesa cattolica.

Come dovrebbe essere strutturata tale piattaforma? Come potrebbe essere lanciata? Quale sarebbe l'impatto medico particolare?

1. Il website Internet esistente dell'organizzazione individuale della Chiesa sarebbe lo stesso. L'impatto è dato dal fatto che possono vederlo in molti e voi potete ottenere una maggiore partecipazione e risposta ai bisogni dell'organizzazione.

2. Una parte del servizio sarebbe riservata ai soli membri autorizzati come un Intranet. Ce ne potrebbe essere uno esclusivamente per medici ed impiegati di istituzioni mediche quali ospedali o un altro per sacerdoti e infermieri in missioni e altri luoghi.

Esistono possibilità illimitate di mettere in atto più Intranet diversi per gruppi od organizzazioni di utenti specifici, ad esempio congregazioni, professioni, aree, gerarchie ecclesiastiche ecc. Ciò permetterebbe un lavoro veramente efficace mediante una comunicazione e un'informazione interna eccellenti.

3. La pagina per tutti gli utenti di Internet potrebbe avere un contenuto diverso rispetto al servizio interno ed offrire al pubblico informazioni generali sulle cure sanitarie e le relative istituzioni della Chiesa cattolica.

L'allocazione immediata delle informazioni necessarie permetterebbe alle organizzazioni assistenziali di tutti i paesi e di tutte le istituzioni di essere più efficaci di oggi. Tutte le crisi internazionali dimostrano la necessità di migliorare la logistica per quanto riguarda l'informazione e la consegna degli aiuti. Ed è possibile farlo da ogni punto del globo.

Nel servizio Internet sarebbe inclusa la possibilità di benefattori online, legata alla presentazione e allo stato economico della vostra organizzazione. Abbiamo riscontrato un grande successo delle donazioni online durante la catastrofe causata dall'uragano “Mitch” e la crisi del Kosovo.

Potete trarre profitto dal nuovo sistema e ottenere nuovi donatori da tutti quei paesi del mondo che non potete raggiungere oggi.

4. È molto importante menzionare che un servizio come questo deve essere delineato e costruito in modo tale che tutti lo possano usare facilmente. Deve essere multiculturale e multilinguistico, rispettando la maniera nazionale dei trattamenti medici. Il contenuto medico sarà autorizzato dalle associazioni attinenti.

Di cosa ha bisogno l'utente?

Di un computer o di uno degli strumenti meno cari con accesso web per usare Internet e, naturalmente di una linea telefonica.

Tutto ciò che non era possibile alcuni anni fa, lo è oggi. Soltanto ora disponiamo della tecnologia per realizzare un servizio sanitario online mondiale dal punto di vista organizzativo, tecnico ed economico.

La Chiesa è una comunità sanante ed ora abbiamo la possibilità di creare un network vivente per la comunità sanitaria.

Dott. HELMUT FLUHER  
Presidente di “The Internet Company”  
Germania



# La telemedicina: quali prospettive per le istituzioni sanitarie?

58

Senza entrare nei dettagli della tecnologia, vorrei fin dall'inizio ricordare certi principi della nostra fede e applicarli al tema che ci interessa in questo incontro di riflessione.

Dio Creatore: crescete, moltiplicatevi e dominate la terra!

Dio ha depositato *mille tesori nella sua opera* e, nel corso dei secoli, il genio dell'uomo ha saputo scoprirne i segreti e mettere a profitto le risorse già presenti nella creazione.

Si potrebbero elencare tutte le invenzioni moderne, il treno a vapore, la stampa, l'energia solare, il volo aereo, i raggi X, la radio e la televisione: tutte si basano sulle proprietà degli elementi della creazione. Nel corso degli anni, l'uomo è arrivato a *comprenderli, a scoprirne i segreti e a trarne profitto*, spesso in un modo meraviglioso e utile per tutti gli uomini e le donne dei nostri tempi.

Per introdurre il tema del mio intervento, dobbiamo ricordare un'altra realtà, purtroppo triste: se i servizi della telemedicina vengono già utilizzati nei paesi sviluppati, essi al contrario potrebbero migliorare sensibilmente la situazione sanitaria dei paesi in via di sviluppo. Secondo il Rapporto Mondiale sulla Sanità del 1996:

– dei 52 milioni di persone decedute nel 1995, quasi 40 milioni abitavano nei paesi in via di sviluppo;

– la probabilità che un bambino *muoia prima di aver compiuto i 5 anni d'età* è 10 volte superiore nei paesi in via di sviluppo che in quelli industrializzati;

– la *speranza di vita alla nascita* nei paesi in via di sviluppo è di 11 anni inferiore (64 invece di 75) a quella degli altri.

Queste differenze sono attribuibili alle differenze relative alla qualità dei servizi medici nelle due categorie di paesi, e

alla qualità dell'alimentazione nei primi 5 anni di vita, gli anni più critici.

Tutto ciò esige un'azione intrepida e coraggiosa che deve agire al livello delle cause, allo scopo di cambiare questa situazione che costituisce una profonda ingiustizia.

Fortunatamente ci sono delle soluzioni a questo problema.

## La telemedicina

La medicina tradizionale presenta numerosi limiti dovuti a fattori economici, geografici (la distanza da percorrere per i malati), professionali (una clinica potrà contare su mezzi troppo limitati per rispondere a tutte le situazioni che le si presentano).

Malati di Honduras: viaggio di numerosi chilometri in amaca per arrivare all'ospedale.

Abbiamo quindi bisogno di un sistema:

a. che sia *centrato sul paziente* piuttosto che sulla tecnologia, anche se ha sempre bisogno di mezzi tecnici;

b. che faccia arrivare i servi-

zi *fino al paziente*, sempre nella misura del possibile, preferendo ogni sistema che esiga lo spostamento del paziente verso un centro di servizi medici;

c. che assicuri la maggiore *privacy* possibile al paziente e al personale medico, anche sulla loro pratica;

d. che assicuri, prima di ogni altra cosa, non la disponibilità di un determinato strumento di telemedicina (la pubblicità che si vede sulle riviste specializzate, e forse un giorno sulle riviste popolari può essere a volte invitante), ma piuttosto i *bisogni reali* di una determinata regione;

e. che offra i *mezzi* in grado di aiutare il *maggior numero possibile di persone* in difficoltà, soprattutto i *più svantaggiati*;

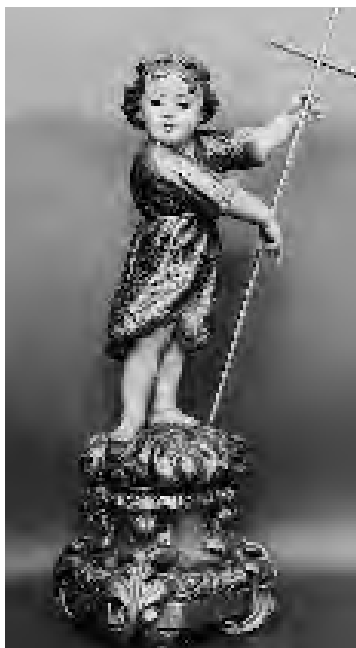
f. che assicuri quelli che necessiteranno delle *spese minime d'investimento e d'operazione*;

g. di una struttura di servizi che protegga la proprietà intellettuale delle persone o delle istituzioni che avranno contribuito a rendere possibili i servizi concreti di telemedicina.

Tutto ciò nella linea e nello spirito del Giubileo che deve essere sì una celebrazione, ma anche una condivisione delle risorse in uno spirito di solidarietà, cosa a cui tendeva la rimessa dei debiti. In questo senso saranno opportuni *gemellaggi di ospedali* dei paesi europei o nord-americani con centri ospedalieri del sud, soprattutto dell'Africa.

## Costruire la solidarietà

Come in molti altri campi, l'azione individuale sarà molto spesso estremamente difficile, se non impossibile: i costi di certi investimenti nelle installazioni di telemedicina potrebbero rivelarsi proibitivi. Al contrario, se differenti settori si uniscono, se applicazioni di



natura differente possono utilizzare le stesse infrastrutture, la loro giustificazione sarebbe enormemente facilitata e dunque anche il loro finanziamento. L'installazione del VSAT per esempio (Very Small Aperture Terminal) potrebbe essere utilizzata per la trasmissione dei dati, per video conferenze, per programmi di tele-educazione e per la posta elettronica.

### Antecedenti

Nella Bibbia possiamo trovare alcuni esempi di guarigione a distanza, quindi di telemedicina.

1. Il serpente di bronzo che Mosè aveva posto su un'asta: colui che lo avesse guardato dopo essere stato morso da un serpente, sarebbe guarito;

2. il profeta Eliseo ha guarito Naaman il Siriano semplicemente dicendogli di bagnarsi nel Giordano;

3. il centurione venne a domandare a Gesù di guarire il servo che giaceva in casa sofferente: sia fatto secondo la tua fede! E all'istante il ragazzo guarì!

Un trattamento è stato applicato a distanza [...].

Si tratta dunque, secondo la medicina così come praticata oggi, di *diagnostica* e di *trattamento* da applicare, per questo si stabilisce un bisogno certo di *raccolta e di trasmissione di dati*, con la classificazione e la memorizzazione relative.

Le moderne tecnologie di *trasmissione* che si basano sulle onde hertziane e sui fili conduttori permettono di fare a *distanza* ciò che una volta si poteva fare solo personalmente, alla presenza diretta del comunicatore e del suo interlocutore. Oggi le telecomunicazioni si sono talmente trasformate che le distanze non esistono più, il mondo è diventato un "villaggio globale".

Una volta, la medicina poteva agire su un paziente solo in sua presenza. Si sa che adesso può farlo a distanza, e in più maniere:

– per telefono, per video-visione o per video-conferenza: essa conversa e vede il suo interlocutore;

– consultando uno speciali-

sta, facendogli vedere una radiografia, una ecografia, per sottoporgli un caso difficile;

– oggi potrebbe pure fare un intervento chirurgico a distanza: il bisturi agirà in tutta fedeltà sotto la sua guida, come se fosse presente nella sala operatoria!

### Tecnologie

Oggi ci vengono offerti mezzi sofisticati di telecomunicazione e anche metodi concreti di praticare la telemedicina.

#### *Per la raccolta d'informazioni*

Se il paziente è dotato di un piccolo apparecchio – per esempio il Cardio Vox, ampiamente utilizzato in Italia, in Spagna e in Portogallo – che gli permette di registrare un elettrocardiogramma del suo ritmo cardiaco, e dispone di una linea telefonica, potrà attaccare il suo apparecchio al microfono del telefono e l'elettrocardiogramma apparirà su uno schermo del centro servizi. Egli non ha più bisogno di andare all'ospedale, risparmiando così tempo e denaro: può continuare a svolgere le sue occupazioni.

#### *Per la consultazione*

Se ad esempio un infermiere che dispone soltanto di una formazione di base e che lavora in un piccolo dispensario di

Savana, si trova davanti ad un caso complesso che va al di là delle sue conoscenze e delle sue capacità, o del materiale a sua disposizione, sarebbe certamente dispiaciuto di non poter fare una diagnosi che potrebbe aiutarlo a trovare il rimedio per il suo paziente. Questi sintomi non li ha mai riscontrati in nessun altro paziente. Dovrà dirgli semplicemente: desolato, amico, non sono in grado di aiutarti! Se non puoi recarti all'ospedale del Dipartimento – a 150 km! – ritorna a casa e sopporta il tuo male? Se fosse attrezzato per chiedere aiuto ad uno specialista, potrebbe proporgli un trattamento adeguato.

#### *Interpretazione dei dati*

Una cosa è la raccolta dei dati, ad esempio fare una radiografia, un'altra è la loro interpretazione scientifica.

Un infermiere può certamente fare una radiografia, ma da qui ad interpretarla ce ne passa. Se egli è collegato tramite video-conferenza ad un ospedale ben attrezzato in personale, potrà ricevere una diagnosi sulla stessa radiografia, dunque una seconda opinione, il che diventa possibile se entrambi le parti utilizzano la stessa piattaforma.

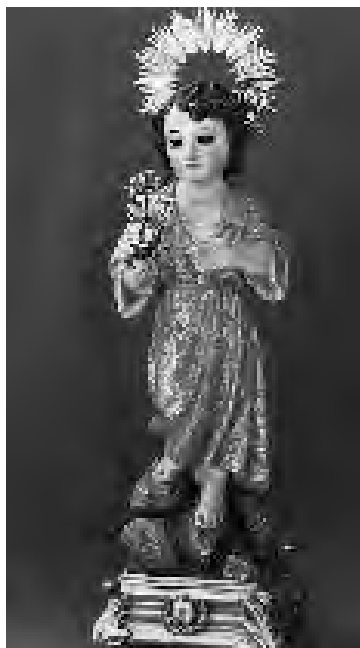
#### *Per l'elaborazione di un data-base facile da gestire*

Un ospedale dovrà contare sugli strumenti che facilitano la costruzione del dossier medico di ogni paziente e la consultazione di dossier diversi, come i casi trattati anteriormente, le differenti medicine disponibili, con i loro vantaggi e inconvenienti. Nel corso di questa riunione, vi verrà proposto un sistema concreto e pratico e vi verrà fatta anche una dimostrazione.

### Per tutti

La moderna tecnologia ci permette dunque di fare delle cose inaudite, cose che, appena qualche anno fa, sarebbero potute apparire completamente impossibili!

Questi progressi non sono in alcun modo limitati ad una zona determinata del mondo o al



profitto di pochi privilegiati o per qualche attività ben definita, escludendo gli altri.

Dio ha voluto che tutta la creazione servisse *all'intera umanità*, agli uomini e alle donne *di tutti i tempi*. Noi che viviamo nell'emisfero nord siamo privilegiati, lo sviluppo delle moderne tecnologie fa di noi degli esseri soddisfatti, poiché esse ci permettono di usufruire, molto più che nell'emisfero sud, dei mille artifici di cui non hanno potuto godere i nostri antenati: il telefono, la radio, la televisione, gli apparecchi a raggi X, l'informatica, e potrei continuare la lista in maniera pressoché infinita.

Ciò ci dà una duplice responsabilità: innanzitutto di *utilizzare le tecnologie moderne* con riconoscenza nei confronti del Creatore che ce ne ha fatto dono, e di farne *profitare tutti gli uomini*, soprattutto quelli che sono più svantaggiati, più poveri non solamente dal punto di vista economico, ma anche per l'impossibilità di utilizzare ciò che, per noi per esempio, sembra un diritto acquisito, cioè gli apparecchi che producono da noi un benessere e che a volte ci possono perfino salvare la vita, come nel caso di un importante intervento chirurgico d'urgenza.

Bisognerà investire in *programmi di formazione* che rispondano alle nuove esigenze e che permettano tra l'altro

agli operatori pastorali di guadagnare il terreno perduto.

Dunque bisogna essere attenti per conoscere *le differenti possibilità* che ci offrono i tempi moderni, essere aperti, e allo stesso tempo critici, verso *le tecnologie che possono aumentare il benessere* nei nostri fratelli bisognosi, migliorare *la qualità delle cure* prestate in regioni non dotate di tutte le possibilità di un ospedale moderno, venendo in aiuto a coloro che hanno mezzi limitati, ai pazienti che non hanno accesso alle cure a cui hanno diritto.

E questo a tutti i livelli:

- dal paziente isolato di un dispensario o di un centro sanitario fino a un centro medico lontano;

- dal piccolo ospedale dell'interno fino a un ospedale regionale e nazionale;

- dall'ospedale regionale all'ospedale universitario ben dotato di professori competenti e sperimentati;

- dall'ospedale universitario di un piccolo paese africano verso un ospedale specializzato in tale genere di trattamento ecc.

Lo Spirito Santo ci doni l'intelligenza per capire il potenziale dei mezzi moderni a nostra disposizione e delle possibilità che si aprono soprattutto per i paesi in via di sviluppo, per comprenderne il funzionamento, e ci doni la generosità per venire in aiuto ai nostri fratelli poveri.

Ero malato e mi hai visitato! Grazie alla tua ingegnosità e alla tua apertura di spirito, mi hai prestato le cure di cui avevo bisogno e che i miei mezzi o la mia situazione non mi permettevano di ricevere.

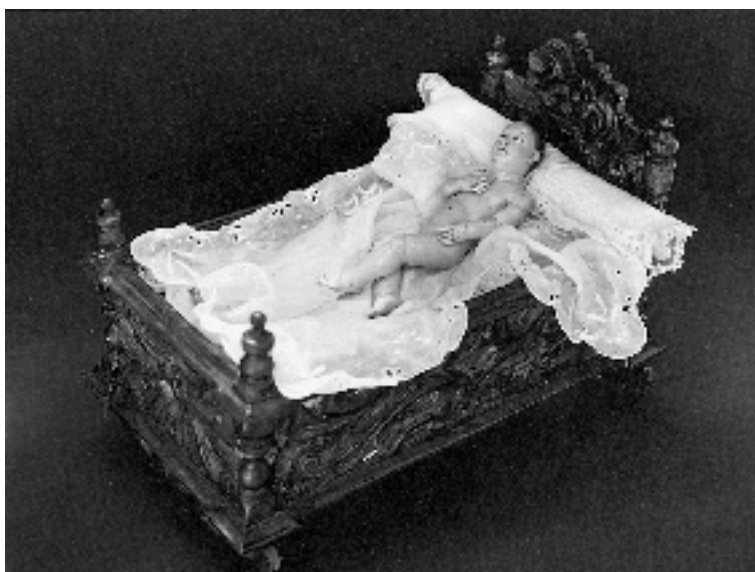
Ero malato e hai messo a mia disposizione le tecnologie che ti avevo dato da sviluppare, e tu hai alleviato le mie sofferenze.

Ero malato, e riconoscendo i tuoi limiti, non hai esitato a consultare degli specialisti che ti hanno aiutato a ben diagnosticare il mio caso, permettendoti di trovare il rimedio che mi ha guarito! Vieni a ricevere la tua risposta! Possiamo tutti avere la gioia di ascoltare tali parole da parte del Signore.

Vorrei, per terminare, manifestare al Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute la più viva riconoscenza per l'invito a partecipare a questo simposio e per la fiducia riposta in noi.

Vogliamo mettere al servizio del Consiglio la nostra volontà di assistere nella pianificazione dei servizi di telemedicina, e di dinamizzare i contatti che abbiamo già stabilito, soprattutto coi membri del Midijan Group di cui facciamo parte, che contano una vasta esperienza nel settore.

Rev. P. JEAN-PAUL GUILLET  
Direttore dell'Associazione  
Internazionale del Cinema (OCIC) –  
Servizio Missionario





# TAVOLA ROTONDA

## “Quali modelli per una gestione-organizzazione coerente con i valori cristiani: identità del manager cattolico”

### I: I problemi economici in campo sanitario devono essere subordinati all'etica

61

Mi è stato affidato il compito di introdurre questa sessione del simposio, sessione dedicata alla discussione intorno al sistema dei valori che devono orientare e guidare l'azione del manager cattolico, in merito alla gestione e alla organizzazione dei sistemi sanitari.

È un compito non facile, che affronto con la dovuta semplicità, ma con la personale convinzione che sia importante riflettere sulla missione degli operatori cristiani, a prescindere dall'ambito di impegno sociale e dal luogo in cui svolgono la propria opera.

A testimonianza di ciò, dopo di me intervengono eminenti relatori, in rappresentanza delle varie aree geografiche mondiali, ognuno dei quali svolge la propria attività in situazioni molto differenti fra loro, dal punto di vista culturale, economico, sociale e politico.

I valori sono comuni a tutti, in tutte le latitudini e in tutti i Paesi, ma i problemi e i metri di misura sono molto differenti.

Vorrei cercare di sviluppare un ragionamento, legando alcuni spunti di riflessione che ritengo attuali:

– in tutte le aree del mondo, ma in particolare in quelle più sviluppate, si sta registrando una progressiva crescita della domanda di prestazioni e di servizi sanitari. A questo fenomeno, legato in parte ai pro-

gressi della scienza medica, si contrappone una disponibilità di risorse che sono limitate per definizione.

– Il volume di risorse a disposizione per l'assistenza sanitaria rappresenta un indice indiretto del livello di ricchezza di un Paese, del suo grado di sviluppo economico. Paradossalmente i paesi più poveri, dove ci sarebbe più bisogno di assistenza, sono quelli che sperimentano livelli di tutela della salute più bassi.

– La necessità di dover limitare la spesa sanitaria è una questione che riguarda tutte le economie dei singoli Paesi, sia sviluppati che in via di sviluppo.

– Questa contrapposizione tra *limitatezza* delle risorse disponibili e potenziale *illimitatezza* dei bisogni da soddisfare, impone delle scelte di allocazione delle risorse, non solo ad un livello “macro”, di governo di un Paese o di un'area geografica definita, ma anche ad un livello “micro”, di gestione delle singole strutture sanitarie. L'allocazione a favore di un individuo, o di un gruppo di individui, si traduce in una riduzione di quanto potrebbe essere destinato ad altri.

– Si pone il problema di *quali criteri e quali meccanismi adottare nella distribuzione delle risorse disponibili*: si devono perseguire concreti obiet-

tivi di giustizia e di equità distributiva. Equità sia all'interno dei sistemi sanitari dei singoli Paesi, ma equità anche in una visione “globale” tra popoli e nazioni.

– Nei paesi più ricchi si sta assistendo a fenomeni di cosiddetto “consumismo sanitario”: la domanda di servizi sanitari non sempre è espressione di esigenze e di bisogni di assistenza “vera”. Ecco perché in questi ultimi anni si sta facendo strada il concetto di “*appropriatezza*” oltre che clinica anche economica degli atti medici.

– Quando si parla di diritto alla salute, il tema delle risorse e dei costi non può essere affrontato in una logica puramente economica, ma investe soprattutto aspetti etici dell'agire umano. L'economia deve essere lo strumento e non il “fine”. L'economia è subordinata all'etica.

Ogni scelta, se non si hanno chiari e forti gli obiettivi che si vogliono perseguire, rischia di far prendere una direzione sbagliata, con il rischio di creare o potenziare situazioni di grave squilibrio e di iniquità.

Basta pensare ad alcune scelte che si stanno facendo, anche in Paesi molto avanzati, di limitare le cure o le prestazioni a seconda dell'età; oppure di permettere l'accesso a determinate prestazioni esclusivamente alle

fasce più ricche di popolazione.

Ritengo che questo tema dei criteri di scelta in campo sanitario sia un tema che ogni operatore cristiano, a qualsiasi livello di impegno e di responsabilità, può e deve svolgere come un compito fondamentale. Si deve ribadire con forza e a tutti i livelli, che il fine autentico di ogni sistema sanitario è quello della tutela della persona e della vita umana.

Su questi temi vorrei portare la mia esperienza diretta.

Al Policlinico "A. Gemelli", anche in seguito alle modifiche legislative introdotte in Italia in questi ultimi anni che hanno cambiato profondamente le regole di funzionamento del sistema sanitario, stiamo affrontando un grande sforzo per riorganizzare l'ospedale.

In questo lavoro siamo animati dalla convinzione, non solo teorica, ma verificata sul campo in molte occasioni, che mettere "al centro" delle attività il malato e i suoi bisogni, risponde non solo ad un imperativo di carattere etico o morale, ma permette anche di realizzare la migliore organizzazione

possibile dal punto di vista dell'impiego ottimale delle risorse umane e materiali.

Quando si affrontano problemi di gestione e di organizzazione delle risorse, occorre avere sempre presente il fine ultimo della propria azione, che rimane la migliore cura e assistenza delle persone, da realizzare in un contesto di efficienza organizzativa.

Sono convinto che una buona organizzazione non dipenda solo dalle cose che si fanno, ma anche dal *come* si fanno. Il "*come*" investe una dimensione strettamente individuale, che attiene all'autonomia del singolo, ai suoi valori, alla sua visione della vita. Ma il "*come*" riguarda anche l'identità complessiva di un'organizzazione, che deve saper esplicitare gli obiettivi che persegue e i valori organizzativi che promuove.

Come dicevo, al Policlinico Gemelli abbiamo avviato in questi ultimi anni un lavoro di riorganizzazione delle attività e delle strutture organizzative.

Nell'ambito di questo lavoro, che investe tutto l'ospedale,

è stato avviato uno specifico programma di miglioramento della qualità delle prestazioni erogate. Durante la fase di avvio del progetto è stato elaborato un documento che sintetizza la scala delle priorità e gli elementi guida per raggiungere gli obiettivi di qualità posti.

Vorrei concludere questo breve intervento citando l'obiettivo che è stato messo al primo punto, come impegno primario di tutte le componenti umane e professionali: *prendersi cura della persona malata, nel rispetto integrale della sua dignità, dei suoi bisogni, della sua sofferenza e della sua speranza.*

Sono convinto che sia compito di ogni operatore in sanità, tradurre questo obiettivo in azioni concrete, nelle piccole o nelle grandi scelte che si devono affrontare ogni giorno.

Ringrazio per l'attenzione e lascio la parola agli altri relatori, in rappresentanza dei vari continenti.

Dott. ANTONIO CICHETTI  
Direttore Generale del  
Policlinico A. Gemelli – Roma

## II: Il punto di vista giuridico

### Introduzione

La Chiesa proclama il suo diritto a gestire istituzioni nel campo della salute e considera l'impegno nel mondo della salute parte integrante della propria missione.

La discussione postconciliare del "pro e contro gli ospedali cattolici" si è calmata un po'; gli ospedali cattolici trovano tuttavia grandi difficoltà a causa della riduzione del personale religioso e di conseguenza si trovano ad affrontare problemi economici e amministrativi.

Rimane scontato che l'ospedale cattolico deve svolgere un ruolo esemplare:

- nella medicina moderna, che rispetta la dignità dell'uomo;
- nell'assistenza infermieristica, qualificata ed umana;
- nell'amministrazione

esemplare ed economica.

### Obiettivi dell'ospedale cattolico

– L'istituzione cattolica sanitaria è una comunità ecclesiale



che partecipa alla missione della Chiesa cattolica per il ministero della guarigione;

– gli amministratori si impegnano in questa missione dell'istituzione considerata come comunità cristiana di servizio;

– l'istituzione sanitaria cattolica si impegna a offrire cure di qualità alla persona nella sua totalità, per guarire come Cristo ha guarito;

– l'istituzione cattolica offre un servizio pastorale ai pazienti, alle loro famiglie e a tutte le persone legate all'istituzione;

– l'istituzione sanitaria cattolica attua politiche e procedure in rapporto con le norme cattoliche dell'etica medica e offre un'educazione continua in morale medica ai medici e agli altri membri della unità sanitaria;

– l'istituzione sanitaria cattolica sviluppa relazioni appro-

priate con le organizzazioni civili e religiose.

## **Principi fondamentali dell'amministrazione degli enti ecclesiastici**

### **1. La capacità della Chiesa di possedere beni materiali**

Il Vaticano II, nella "Lumen Gentium" (n. 8), sottolinea con forza la capacità della Chiesa di possedere beni materiali, dal momento che la Chiesa è stata fondata da Cristo come comunità visibile e come tale bisogna di beni materiali, per esercitare la sua missione nel mondo: "essa utilizzerà tutti e solo quei beni che sono conformi al Vangelo [...]" (GS n. 76).

Il codice di diritto canonico del 1983, di fronte alle messe in questione interne ed esterne, afferma in modo chiaro nel can. 1254 § 1: "La Chiesa cattolica per diritto innato, indipendentemente dal potere civile, può acquistare, possedere, amministrare ed alienare beni temporali per conseguire i suoi fini". L'indipendenza giuridica della Chiesa da ogni potere è la base per una relativa indipendenza nell'amministrazione dei beni temporali.

Sebbene nel can. 1254 § 1 la capacità della Chiesa di possedere beni temporali sia presentata come diritto innato e indipendente, tuttavia è bene che questa capacità venga riconosciuta dal rispettivo Stato. In alcuni Stati non lo è o lo è solo in parte, e ciò paralizza l'effettività della dichiarazione della Chiesa.

### **2. Lo scopo dei beni materiali della Chiesa**

I beni materiali della Chiesa comprendono anche la proprietà delle varie persone giuridiche (diocesi, parrocchie, ordini, congregazioni) come titolari ecclesiastici i quali, soprattutto attraverso la determinazione degli obiettivi, si formano per l'unificazione dei beni. Già nella Chiesa primitiva i beni materiali erano finalizzati a uno scopo: la diffusione dell'annuncio cristiano.

Il Vaticano II conferma che i beni della Chiesa "devono essere impiegati per quegli scopi, per il cui raggiungimento la Chiesa può possedere beni temporali" (Vaticano II, PO n. 17). Nel codice del 1983, can. 1254 § 2, il testo del concilio viene esplicitato, indicando in dettaglio gli scopi vincolanti per le persone giuridiche responsabili dei beni terreni. "In realtà questi fini sono principalmente: ordinare il culto divino, provvedere ad un onesto sostentamento del clero e degli altri ministri, esercitare le opere del sacro apostolato e della carità soprattutto verso i poveri" (can. 1254 § 2).

Sugli scopi dei beni materiali della Chiesa nei casi particolari vanno segnalate anche le affermazioni di altri canoni del libro V del diritto canonico. Nel can. 1254 § 2, l'elenco degli obiettivi non è gerarchico e quindi non contiene una valutazione degli stessi. Questa deve emergere piuttosto dalle circostanze di luogo e di tempo e dallo scopo di una comunità o di un ordine. Da ciò si deduce quale obiettivo sia da preferirsi.

La determinazione degli obiettivi dei beni ecclesiastici mette dei limiti al loro uso. Il Vaticano II fa significative affermazioni in PO n. 17 e GS n. 76. Quando si tratta dei beni della Chiesa e quindi anche degli istituti di vita consacrata, l'impiego di essi, stabilito dal codice è vincolante. È compito dell'autorità ecclesiastica competente stabilire concretamente i confini, insistere che vengano

osservati e assolvere a quei doveri di sorveglianza, che sono legati alla sua autorità.

### **3. L'amministrazione dei beni temporali ecclesiastici**

– Beni ecclesiastici sono quelli che appartengono alle persone giuridiche pubbliche della Chiesa (can. 1257 § 1). Le persone giuridiche pubbliche sono quelle che "vengono costituite dalla competente autorità ecclesiastica perché entro i fini ad essi prestabiliti a nome della Chiesa compiano, a norma delle disposizioni del diritto, il proprio compito loro affidato in vista del bene pubblico". Il loro diritto ai beni temporali è pertanto regolato dall'ordinamento della Chiesa (can. 1255 e 1257).

In alcuni casi l'ordinamento canonico rinvia al diritto civile (can. 22, 197, 1290), accogliendo per i propri beni temporali la legislazione civile delle nazioni rispettive. Tale diritto viene esplicitato in diritto ad acquistare, ritenere, amministrare ed alienare (can. 1054, 1255).

– L'amministrazione appartiene al governo, alla potestà del governo. Il libro V del codice che tratta dei beni temporali è ricollegabile solamente al *munus regendi* della Chiesa. Quando tratta dell'amministrazione dei beni presso gli istituti religiosi, colloca questo argomento sotto il capitolo del governo (cap. 634-640). Persone giuridiche pubbliche amministrano i beni attraverso i loro amministratori.

Il codice precisa i compiti degli amministratori in modo generale nei canoni 1273-1289. Compiti specifici sono elencati nei canoni 1279-1289.

Gli amministratori agiscono entro l'ambito del loro mandato a nome della persona giuridica pubblica. "Agire a nome della Chiesa" può significare anche "secondo lo spirito della Chiesa, secondo la sua natura e la sua missione".

– Gli atti amministrativi sono posti in essere dai superiori e dagli economisti. Il canone 1280 impone ad ogni persona giuridica l'obbligo di avere un



consiglio di amministrazione o anche dei consiglieri che coadiuvano con il loro consiglio. Va ricordato che tali organismi non sono propriamente di governo, ma di consiglio e di partecipazione. Il superiore deve agire nel rigoroso rispetto delle norme dettate dal can. 127, che includono parecchie clausole invalidanti.

– Controllo dell'autorità superiore: in non pochi casi l'atto amministrativo deve sottostare al controllo dell'autorità superiore, preventivo o susseguente. Il controllo susseguente si realizza mediante il rendiconto, quello preventivo si esprime con l'esigenza del permesso o della licenza previamente all'atto amministrativo.

#### 4. La legislazione civile o statale nell'ambito ecclesiastico

La maggioranza degli Stati europei non riconosce il diritto canonico come fonte autonoma di diritto. In quasi tutti i Paesi europei la legislazione della Chiesa cattolica è solo riconosciuta in parte. Nella maggior parte dei casi esistono regolamenti che disciplinano il patrimonio ecclesiastico e la relativa amministrazione attraverso il concordato con la Santa Sede o tra la Chiesa locale-nazionale e lo Stato.

*Punti essenziali sono:*

– Riconoscimento degli enti

ecclesiastici come persone giuridiche. Questo è materia di un concordato con la Santa Sede.

– Definizione delle attività di religione o di culto di diversa natura, riguardo alle opere di beneficenza e d'istruzione.

– Il rappresentante legale è colui che rappresenta la persona giuridica davanti alla legge, sia canonica sia civile; egli non forma l'atto della persona giuridica, si limita ad esprimerlo.

– I controlli canonici e dello Stato richiedono regolamenti statali ed ecclesiastici.

– Il diritto canonico esige il rispetto della legislazione civile per garantire la certezza del diritto (canoni 1274 § 5; 1284 § 2.2; 1292 § 2).

#### 5. Identità del manager cattolico

Viviamo in una società eterogenea e liberale che si manifesta spesso in libertinismo e in un forte individualismo degli uomini del nostro tempo.

Il vero e genuino liberalismo include tolleranza per vari sistemi di valori e di principi fondamentali nella società che si manifestano nelle comunità umane come la famiglia, le comunità religiose, i gruppi o le unità che vivono un ideale specifico, i raggruppamenti ideologici o politici che cercano di trasformare la società secondo il loro sistema di valori e di obiettivi.

Constatiamo però nel nostro

tempo una tendenza forte a crearsi una religione personale prendendo dai vari sistemi quello che piace di più e creando un sistema sincretistico-personale.

Il disorientamento sembra il problema più grande della nostra società che si esprime in disubbidienza e negazione della autorità formale. Vale solo l'autorità naturale e carismatica, legata alle qualità personali dell'uomo.

Per il manager cattolico rimane il sistema dei valori evangelici la base e il fondamento della vita e delle attività amministrative. Cristo stesso ci dà l'esempio e la Chiesa, annunciando il vangelo, dà orientamento per l'amministrazione e il management.

“Colui che vorrà diventare grande tra voi, si farà vostro servo, e colui che vorrà essere il primo tra voi, si farà vostro schiavo” (Mt 20, 26).

Queste parole danno orientamento al manager cattolico di ogni epoca. Questo orientamento vale anche per la gestione e l'organizzazione delle nostre opere e per le istituzioni sanitarie di ogni tipo.

Organizzazione e strutturazione delle nostre opere hanno bisogno di testimonianza sentita e vissuta del manager cattolico e della comunità cristiana di servizio.

P. LEONHARD  
GREGOTSCH M.I.  
Associazione Ospedali Cattolici  
d'Austria





# III: Le istituzioni sanitarie cattoliche a Taiwan e l'identità del leader-manager cattolico

## Introduzione generale

Sulla cartina dell'Asia, Taiwan è l'isola a forma di foglia situata tra la Cina, il Giappone e le Filippine. La popolazione totale ammonta a 21,9 milioni. I cattolici rappresentano soltanto l'1,7%, ma la loro presenza è visibile poiché appartengono a una religione formale e solidamente fondata, con molte buone opere per la società, in particolare istituti sanitari ed educativi.

L'Associazione Sanitaria Cattolica comprende otto ospedali per cure intensive distribuiti in tutta l'isola, ognuno dei quali ha da 65 a 600 posti letto, per un totale di 2600. Nell'amministrazione di questi ospedali, ci sono sei case di cura e 11 istituti indipendenti per cure a lungo termine diretti da varie congregazioni religiose. Cinque degli otto ospedali per cure intensive sono sponsorizzati dalla diocesi, mentre gli altri sono di proprietà di congregazioni religiose. Tutto il personale direttivo è formato da sacerdoti o suore.

## Il sistema sanitario Cardinal Tien

Il mio ospedale è nato 30 anni fa, ed ha avuto il nome dal Cardinal Tien, il primo Cardinale della Cina di origine cinese. L'ospedale appartiene all'Arcidiocesi di Taipei, e l'Arcivescovo è presidente del Consiglio di Amministrazione. L'ospedale principale ha 658 posti letto per cure intensive, con un servizio per i pazienti esterni di 2300 pazienti al giorno in media, 134 medici, 377 infermieri e un totale di oltre 1000 impiegati. La solidarietà e la sussidiarietà di cui ha parlato la conferenza in Vaticano, da noi

vengono attuate da anni. Il Cardinal Tien Hospital (CTH) è ora un network di tre ospedali, ognuno dei quali con i propri centri sanitari (tavola 1). Le finanze sono comuni, ma la contabilità è indipendente.

Vorrei farvi una descrizione più dettagliata dei tre partner del sistema.

A. Il CTH principale sarà l'ospedale universitario per il collegio medico cattolico Fu-Jen di recente costituzione. Verrà presto costruita una nuova ala, che arriverà a contenere circa 1000 posti letto, per fornire insegnamento e borse di studio ai futuri studenti. Oltre ad un'eccellente istituto con quattro unità di cure intensive di classe A, abbiamo diverse unità speciali:

1) un Ospizio di 19 letti dedicato a San Giuseppe, patrono della buona morte, per i malati terminali di cancro. L'Ospizio è il secondo creato nel Paese, ma al quinto anno di vita la qualità dei suoi servizi è stata ritenuta la migliore del Paese. Lo spirito cristiano è talmente evidente in esso, che il numero di battesimi dei

pazienti e dei loro familiari probabilmente supera quello di molte parrocchie locali. Esso fornisce una valida alternativa all'eutanasia; nell'ospizio ai malati di cancro possono essere alleviate pene e sofferenze, e garantita la dipartita da questo mondo con amore e pace nel cuore. Vorrei che ogni ospedale cattolico investisse tanto in una tale unità di amore e misericordia. Il Ministero della Sanità sostiene molto il concetto di "hospice care", e presto l'Assicurazione Sanitaria Nazionale gli concederà un maggiore stanziamento di fondi.

2) In risposta ai bisogni della società in una popolazione che si invecchia rapidamente, abbiamo creato la prima unità *Nursing Home* del Paese come modello di insegnamento. Ha soltanto 51 posti letto, ma le cure sono eccellenti; ad esempio nei suoi 7 anni di esistenza nessun paziente ha mai avuto una piaga da decubito.

3) Insieme alla *Nursing Home*, c'è un *Centro di Day Hospital* per i malati anziani, che può ospitare 35 ricoverati.

4) Anche le cure psichiatriche sono un bisogno recentemente riconosciuto. Disponiamo di una divisione di *psichiatria* con 20 letti per ricoverati per cure intensive, un centro di day hospital per la riabilitazione che può accomodare 50 letti e una clinica per i pazienti esterni con 15 sessioni alla settimana.

5) La *Holy Family* è una clinica per pazienti esterni con diverse specializzazioni, per preparare quest'area di servizio a diventare eventualmente un ramo ospedaliero.

6) Sei anni fa abbiamo accettato la direzione di una *Casa per Anziani* di proprietà del governo provinciale, per 320 anziani, creandovi un'atmosfera di amore e di cure. A Pentecoste, tre degli anziani



hanno ricevuto il battesimo. Il vecchio sacerdote ha esclamato “è la prima volta che battezzo nei 17 anni del mio ministero!” Non è facile avere convertiti a Taiwan.

7) Lungo la costa dell'isola, c'è il piccolo Ospedale di San Camillo, che per 40 anni è stato l'ospedale missionario dell'Ordine di San Camillo. Negli ultimi anni, non è riuscito a sopravvivere alla competizione nelle cure intensive; per questo abbiamo accettato la sfida di aiutarlo a trasformarsi in un istituto per le cure a lungo termine, con una clinica per pazienti esterni e un centro di riabilitazione, finora con perdite finanziarie, ma rispondente ai bisogni correnti della popolazione.

B. Il nostro ospedale Yung Ho Branch ha 15 anni e 243 posti letto con clinica per pazienti esterni di 1200. Esso gestisce una casa di cura di proprietà del governo della contea, ed un'altro centro per gli handicappati gravi dal punto di vista mentale e fisico. In programma c'è la costruzione di un centro day hospital per i malati di Alzheimer e di demenza senile, ed un centro per 68 pazienti con Alzheimer; esso fa parte di uno degli oltre 100 progetti caritativi offerti al Santo Padre per il nuovo millennio.

C. Dirighiamo anche l'ospedale della Misericordia nella diocesi vicina, in una zona prima sprovvista di assistenza medica. L'ospedale ha due anni e mezzo, 250 posti letto per cure intensive. Non è ancora finanziariamente autonomo, ma rappresenta una testimonianza della Misericordia di Dio fornendo un ampio servizio psichiatrico di 100 posti letto; gestisce una casa governativa per 150 malati di *dementia* senile non abbienti e per 50 pazienti in stato vegetativo, che vengono accuditi con amore e cure di qualità.

### La nostra Dichiarazione di Missione

Questo network dell'Ospedale Cardinal Tien illustra la

nostra Dichiarazione di Missione formulata nel 1993: per manifestare lo spirito di Gesù Cristo che ama altruisticamente e incondizionatamente, promettiamo con tutto il nostro cuore di svolgere la missione dell'ospedale cattolico:

1) Promettiamo: di mettere in pratica lo spirito evangelico di “amare Dio e gli uomini”, di valorizzare e di obbedire all'etica medica cattolica, di fornire cure olistiche per la cura fisica, emotiva e psicologica dei pazienti.

2) Promettiamo: di aver cura dei bisogni sanitari della nostra società, di assolvere i compiti di un ospedale universitario, in cooperazione con le politiche governative in materia di sanità, di migliorare la qualità delle cure mediche per tutti, di fornire un servizio medico con diligenza ed eccellenza.

3) Promettiamo: di amare i nostri colleghi, di usare bene le nostre risorse, di custodire gelosamente le nostre benedizioni, e di sviluppare i talenti donatici da Dio.

### Caratteristiche delle cure cattoliche in pratica

Noi promuoviamo le cure “in quattro principi olistici”, e cioè:

1. Cura per l'intera persona, per i suoi bisogni fisici, emotivi e spirituali.

2. Cura per l'intero viaggio terreno, dalla cura prenatale

alla cura terminale, e per l'intero cammino della malattia.

3. Cura per l'intera famiglia, in quanto anche i familiari sono inevitabilmente coinvolti nella vita e nella malattia del proprio congiunto.

4. Cura con l'intera équipe dei nostri professionisti nelle istituzioni sanitarie.

Noi peroriamo questi quattro principi di cure olistiche prima per i nostri pazienti, quindi per i nostri colleghi, e infine, ma non ultimo, per noi stessi.

Per realizzare tutto ciò, oltre ad un continuo sostegno da parte della direzione, il Gruppo Pastorale dell'Ospedale ricopre un ruolo chiave. Negli anni, i nostri sforzi per promuovere un forte gruppo pastorale si sono rivelati efficaci in questi tre campi:

1) pre-evangelizzazione; abbiamo mostrato l'amore misericordioso di Dio mediante le visite quotidiane ai pazienti, la cura personale per i nostri colleghi nei momenti di particolare significato per loro quali il matrimonio, la nascita dei figli, le malattie, i lutti ecc. Inoltre abbiamo realizzato numerose attività di gruppo e programmi di autoarricchimento per i nostri colleghi.

2) Evangelizzazione; istruzioni per i malati e per i morenti, lezioni di approfondimento per colleghi, lezioni di catechismo per impiegati e loro famiglie.

3) Cura pastorale; è rivolta ai già battezzati, ma che hanno bisogno di una cura e di una preparazione continua per ricevere i sacramenti.

A differenza dei miei colleghi americani, io insisto sul fatto che la pastorale ospedaliera non è diretta solo al sostegno emotivo dei pazienti.

### Identità di un leader/manager cattolico

Siamo orgogliosi dei 2000 anni di leadership della Chiesa al servizio dei malati e dei sofferenti, su mandato di nostro Signore Gesù Cristo. Il carisma di un leader cattolico varia a seconda dei doni rice-



vuti dallo Spirito Santo e delle situazioni.

Le otto qualità che consideriamo di estrema importanza per essere ritenuti un leader cattolico sono le seguenti: 1) armonia personale con gli ideali della Chiesa; 2) chiara visione della missione e forte impegno personale; 3) sensibilità e compassione per i bisogni sanitari contemporanei; 4) abilità di trasmettere visione ed entusiasmo agli altri e nell'azione; 5) competenza nella gestione del denaro, del personale e dei beni materiali; particolarmente nel mondo della grande competizione degli affari, dobbiamo essere abili come lupi, ma puri come colombe; 6) ingegnosità nella direzione, in quanto non siamo proprietari della compagnia, ma operai del Signore nelle sue opere di misericordia; 7) collaborazione, innovazione e capacità di formare équipe sono doti indispensabili per un leader cattolico nel

mondo competitivo di oggi; 8) infine, dobbiamo essere permeati dalla spiritualità di Gesù Cristo, attraverso la preghiera e una comunione profonda con lui.

Quale è la Sua spiritualità? Eccone alcuni esempi:

Integrità: le azioni devono corrispondere alle parole e ai pensieri, per proclamare il suo amore e la sua misericordia in verità e in azioni.

Compassione: per tutti coloro che soffrono e sono malati fisicamente, mentalmente o spiritualmente; facciamo del nostro meglio per aiutarli, senza biasimarli e senza condizioni restrittive.

Spontaneità: nell'offrire aiuto, nel realizzare servizi innovativi e creativi, nell'essere pionieri per il futuro.

Abilità di destare vita e creatività negli altri, come fece Gesù.

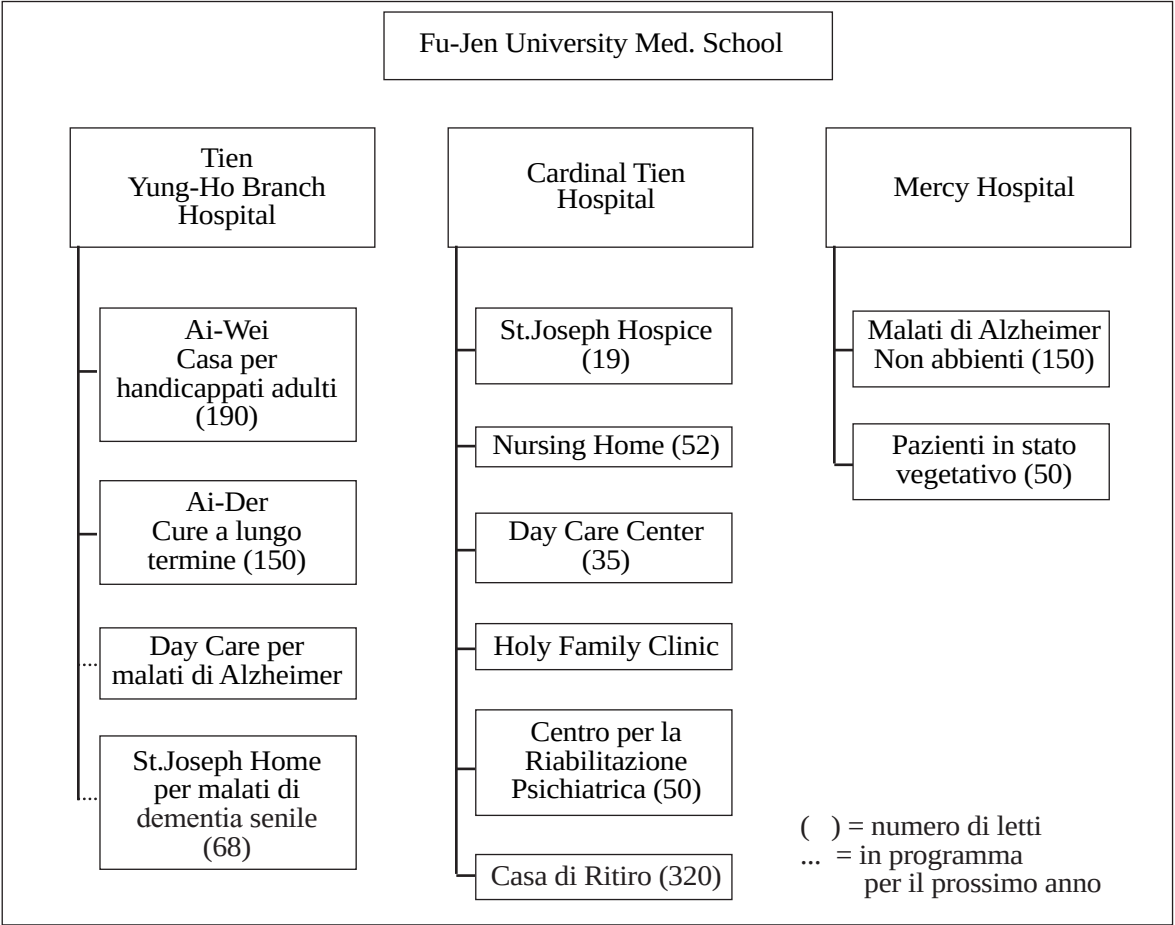
Abilità di trasformare fallimenti apparenti in esperienze di crescita, così come supera-

re l'ostacolo della paura, ma coltivare un autoesame abituale e un apprendimento intuitivo. 6) Forte preoccupazione per la giustizia nei nostri ambienti e nella società in genere.

Per concludere, un buon leader cattolico deve essere un *missionario* con una visione e un *visionario* con una missione. Non dobbiamo essere dei superuomini ma, superbamente uniti al Signore, diligentemente ed ambiziosamente strumenti efficaci della sua opera di amore e misericordia. Il Signore è il nostro pastore e modello, dobbiamo seguirlo e camminare con lui in fiducia, perché Egli ci ha promesso di essere con noi tutti i giorni, fino alla fine dei tempi.

Sr. MARY ANN LOU M.D.  
Society Devoted to the Sacred Heart  
Membro del Collegio Americano  
Chirurgi  
Direttore del Cardinal Tien Hospital, Taipei, Taiwan

Tavola 1



## IV: Assistenza sanitaria cattolica all'interno del sistema sanitario australiano

### Contesto

Il sistema sanitario australiano si basa su un'organizzazione mista di fornitori di servizi pubblici (di proprietà del governo) e privati (senza fine di lucro e di proprietà degli investitori). Esso si estende dai servizi di cura sanitaria di base, a quelli di cura intensiva, fino a quelli di cura a lungo termine, e comprende servizi in comunità e a domicilio.

Il sistema sanitario è finanziato principalmente attraverso la tassazione, le assicurazioni private contro le malattie e i compensi diretti dell'utente.

Il programma universale australiano di assicurazione contro le malattie, finanziato attraverso la tassazione, è conosciuto come *Medicare*. Copre tutti i cittadini e finanzia l'accesso gratuito agli ospedali pubblici, ai servizi di medicina generale, ai sussidi farmaceutici e ai servizi di cura intensiva ai ricoverati. Le persone sottoscrivono assicurazioni private contro le malattie per accedere agli ospedali privati, hanno la possibilità di scegliere il medico specialista e di ottenere la copertura delle tariffe per i servizi affini, quali quelli dentali e l'optometria.

Inoltre, servizi di assistenza ai ricoverati anziani e un esteso sistema di assistenza a domicilio e in comunità sono finanziati attraverso il sistema della tassazione, con qualche contributo dagli utenti.

Nonostante questo significativo stanziamento del bilancio per il sistema sanitario, l'Australia può ancora contenere la crescita dei costi sanitari entro l'8,6% del PIL.

### Il contributo della Chiesa cattolica

La Chiesa è il più grande singolo fornitore di servizi sa-

nitari non governativi in Australia. I suoi servizi combinano il settore privato e pubblico, i servizi di assistenza medica di base, intensiva ed estesa-comunitaria. Oltre ai servizi diretti, dirige istituti di ricerca di importanza mondiale e centri di bioetica.

Catholic Health Australia, già nota come Australian Catholif Health Care Association, rappresenta i seguenti servizi:

- 116 proprietari di servizi di assistenza sanitaria Cattolica, di assistenza agli anziani e di cura sanitaria in comunità;
- 500 servizi di assistenza per gli anziani;
- 400 servizi di ricovero approvati;
- 16.000 posti letto per l'assistenza agli anziani ricoverati;
- 3.700 alloggi per l'età del pensionamento e indipendenti;
- 8500 posti letto in 60 ospedali;
- 22 ospedali pubblici;
- 38 ospedali privati;
- 7 ospedali universitari;
- servizi di assistenza a domicilio e in comunità in espansione.

### Sanità

- Complessivamente, circa 8.500 posti letto in 60 ospedali, di cui:

a) 22 ospedali pubblici, tra i quali sette ospedali universitari (dei circa 650 ospedali pubblici in Australia);

b) 38 ospedali privati (che rappresentano approssimativamente il 12% dei 319 ospedali privati intensivi e psichiatrici in Australia).

- Un certo numero di questi costituiscono risorse pubbliche e private.

- Approssimativamente 3.100 posti letto pubblici, pari a circa il 5% soltanto del totale dei posti letto ospedalieri pubblici australiani. Molti di questi

sono nei più grandi ospedali universitari e comprendono così circa il 9% dei posti letto degli ospedali universitari pubblici.

- Approssimativamente 5.400 posti letto ospedalieri privati che rappresentano il 23% circa di tutti i posti letto ospedalieri privati australiani. Anche qui la concentrazione è negli ospedali di maggiore estensione, che coprono all'incirca il 42% degli ospedali privati con più di 200 posti letto, e il 35% degli ospedali privati con 100-200 posti letto.

Nel settore privato gli ospedali religiosi, caritativi e comunitari contano il 50,6% dei giorni di ricovero nel 1996-97. Il settore cattolico comprende la metà del settore senza fine di lucro (38 di 75 ospedali). Il settore con fine di lucro fornisce il 49,4 % dei giorni di ricovero. Le percentuali di ricovero raggiungono la media del 73,8 % nel settore religioso e caritativo privato rispetto al 67,4% nel settore a fine di lucro.

- Il settore sta sviluppando a ritmo crescente servizi di patologia e radiologia. È anche coinvolto nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria nei riformatori e nelle prigioni. I più importanti ospedali d'insegnamento hanno strette relazioni con gli istituti di ricerca medica, così come con i centri di etica.

### Assistenza agli anziani

- Ci sono all'incirca 500 servizi cattolici di assistenza agli anziani, che comprendono circa 400 servizi in ricovero approvati e forniscono un totale di 16.000 posti letto. Questi includono 5.665 posti letto in case di cura e 10.275 posti letto in ospizi. Essi rappresentano approssimativamente il 15% del numero totale nazionale di posti letto per l'assistenza agli



anziani. Ci sono anche 3.645 alloggi disponibili nel settore così da arrivare a un totale di 19.585 posti letto. I servizi comprendono case di cura, ospizi, servizi di assistenza a domicilio e in comunità, pacchetti di assistenza in comunità e agli anziani, alloggi indipendenti e per il pensionamento.

### **Servizi sanitari nella comunità**

Il settore dei servizi sanitari nella comunità sta vivendo una significativa crescita in risposta all'aumento delle dimissioni rapide e al conseguente incremento delle prestazioni di cure a domicilio. Molti servizi assistenziali sanitari per gli anziani coordinano la cura con il settore comunitario. Alcuni di questi servizi includono:

- servizi per gli invalidi ricoverati o in comunità;
- servizi per la famiglia e per i giovani genitori;
- la gamma dei servizi assistenziali a domicilio e in comunità;
- servizi di assistenza palliativa;
- servizi estesi di salute mentale (ricovero, aiuto nella ricerca della sistemazione, ambulatori, assistenza all'impiego). Per esempio i St John of God Brother sono i maggiori fornitori di cure della salute mentale nel New South Wales.

### **Impiego**

Il settore cattolico di assistenza sanitaria e di assistenza agli anziani dà impiego a circa 20.000 persone.

### **Valori della sanità cattolica**

I valori che puntellano l'identità del ministero sanitario cattolico e che ispirano il sostegno del sistema sanitario cattolico sono:

- rispetto per la dignità di tutte le persone;
- comunità;
- arricchimento della vita;
- diversità;
- equità;
- coraggio;
- servizio per i poveri.

### **Importanti sfide per la sanità cattolica**

Su una base di solidi valori, i fornitori di assistenza sanitaria cattolica devono superare una serie di importanti sfide, sia interne che esterne, che determineranno il profilo futuro del ministero sanitario.

### **Diminuzione della presenza di personale religioso**

I maggiori istituti religiosi di cura hanno gestito servizi sanitari per conto della Chiesa. Essi hanno messo in atto sistemi sanitari molto apprezzati e con forti capitali investiti.

Generalmente parlando gli istituti religiosi sono nell'ultima decade di partecipazione attiva del personale al livello di direzione del sistema sanitario.

Ciò pone una serie di domande strategiche:

a) Quali strutture direttive dovranno essere attuate per assicurare la preservazione del ministero della Chiesa nell'assistenza sanitaria?

b) Come sarà formata l'identità e la leadership cattolica nei dirigenti laici emergenti?

c) Quali ruoli abbracceranno i Vescovi nella futura direzione del sistema?

d) Come potranno essere mantenute la fiducia e le aspettative in un sistema privo della presenza di religiosi consacrati?

Oggi queste sfide sono affrontate con la creazione di persone giuridiche pubbliche, il consolidamento dei sistemi sanitari, la creazione di corsi di formazione di dirigenti laici, l'incoraggiamento dei dirigenti e dei consigli di direzione laici e la partecipazione pubblica dei Vescovi australiani alle strutture e ai contributi in evoluzione della sanità cattolica.

### **Aumento di fornitori competitivi e aggressivi, di proprietà degli investitori**

Le compagnie private ora duplicano i servizi di base condotti dagli ospedali cattolici nel settore privato e pubblico. Ciò sfida l'identità propria dei

servizi sanitari cattolici.

Nel settore pubblico le compagnie di proprietà degli investitori, condurranno sterilizzazioni e aborti. Nel settore privato le compagnie di assicurazione sanitaria evitano sempre più di finanziare servizi plurisovvenzionati.

Il sostegno dell'assistenza sanitaria non profit affronta ostacoli significativi e inoltre, poiché solo il 24% degli australiani si identifica come cattolico, e di loro solo un quarto è praticante, anche l'identità e la rilevanza quotidiana della Chiesa nella vita degli australiani sono in pericolo.

### **Privatizzazione dei servizi governativi**

Molti governi provinciali australiani stanno cercando di liberarsi della proprietà degli ospedali. In sostituzione tentano di ottenere finanziamenti per gli ospedali al fine di fornire servizi pubblici. Nonostante al presente vi siano 22 ospedali cattolici che forniscono servizi pubblici, l'attuale insistenza dei governi nei confronti degli ospedali affinché assicurino "una gamma completa di servizi" (implicitamente i servizi di sterilizzazione e aborto) sta emarginando i gruppi di fornitori cattolici.

Conseguentemente, le questioni etiche che ruotano attorno ai principi di cooperazione stanno sempre più guidando i fornitori cattolici verso la creazione di effettive relazioni di lavoro con altri fornitori e finanziatori.

### **Integrazione della professione medica**

Il sistema sanitario cattolico si è sviluppato attraverso una forte partnership con la professione medica. Continuano ad esserci rapporti molto solidi di lealtà tra gli ospedali locali e i medici specialisti.

In questi tempi, comunque, ci sono organizzazioni meno importanti di medici professionisti cattolici, rispetto agli anni precedenti. L'identificazione della professione medica cattolica è molto più frammentata

e in molti casi non funziona in alcun senso pubblico.

I necessari cambiamenti strutturali che le organizzazioni sanitarie cattoliche hanno abbracciato hanno richiesto seri tentativi di integrare la professione medica al fine di assicurare l'efficacia delle riforme.

### **Riforma dell'assistenza sociale**

Come avviene nelle altre economie democratiche occidentali, il governo della Federazione Australiana sta cercando di ridurre la crescita delle uscite per la sanità, l'assistenza e la previdenza sociale. Questo processo è stato etichettato come riforma dell'assistenza sociale.

Con una demografia in invecchiamento e un forte affidamento sui piani finanziati con la tassazione, il sistema di assistenza sanitaria (comprensivo della cura degli anziani in ricovero e a domicilio) è un importante bersaglio delle strategie di riforma.

In particolare, il chiaro orientamento politico è quello di incoraggiare la responsabilità individuale per la cura sanitaria. Si stanno abbracciando piani di autosostegno, di carichi all'utente, di assicurazione-risparmio con quote di

maggior rischio.

L'impegno del sistema sanitario cattolico per il bene comune e la sua decisione di promuovere la giustizia distributiva lo vede regolarmente coinvolto nel dibattito pubblico e nella difesa di tali questioni di politica.

### **Status della tassazione dei servizi sanitari cattolici**

Con la crescente presenza di organizzazioni della sanità e dell'assistenza agli anziani di proprietà degli investitori, lo status di esenzione dalle tasse del non profit, proprio delle organizzazioni di assistenza sanitaria cattolica, è a rischio.

La recente riforma fiscale in Australia significherà che certi servizi ora ritenuti "commerciali", anche se condotti dalla Chiesa o da gruppi caritativi, saranno tassati attraverso l'applicazione di un'imposta di consumo.

Questo introduce un precedente per ulteriori intrusioni nello status della tassazione delle organizzazioni sanitarie cattoliche.

### **Evoluzione dei servizi sanitari cattolici**

L'amministrazione degli

strumenti sanitari cattolici ha sviluppato modelli con le seguenti caratteristiche:

- alto livello di competenza professionale;
- sistemi integrati per acquisire potere economico critico e capacità di acquisto sul mercato;
- economie di scala per realizzare l'effettività dei costi;
- amministrazione media ristrutturata per ridurre duplicati e acquisire livelli di lavoro competitivi;
- corsi di formazione dei dirigenti;
- coordinamento nazionale e regionale dei servizi per eliminare l'isolamento del servizio e appoggiare le facilitazioni;
- movimento per l'accreditamento delle risorse cattoliche da parte del CHA;
- valutazione di impegno comune con organizzazione ecumeniche e di simile ispirazione;
- esame delle future strutture amministrate dalla Chiesa per assicurare la continuità del ministero;
- adozione di amministratori laici nell'esercizio delle potenzialità di riserva degli istituti religiosi.

Dr. FRANCIS SULLIVAN  
*Direttore Esecutivo  
Catholic Health Australia*



# V: Principi su cui dovrebbe basarsi l'operato della Chiesa cattolica nel campo della salute e dell'assistenza nei paesi in via di sviluppo

## Introduzione

È difficile definire ciò che si dovrebbe fare in determinati momenti nei paesi africani, per poter essere veramente efficaci nel campo della salute comunitaria. Tante sono le necessità e tanto diverse le circostanze che si incontrano nei vari paesi, che non è possibile esaminare in dettaglio tutti gli ambiti che influiscono sulla salute (densità di popolazione, accesso all'acqua potabile e servizi di risanamento, tasso di mortalità di bambini e adulti, tasso di natalità, malnutrizione, indice di fecondità, mortalità materna, possibilità di accesso ai centri sanitari, politica di distribuzione dei medicinali, mortalità materna ecc.).

Perciò, l'obiettivo di questo intervento sarà quello di riflettere sui compiti che riteniamo di maggiore utilità pratica per mettere in atto un aiuto concreto da parte delle istituzioni dirette o finanziate dalla Chiesa cattolica.

## I parte Riferimento agli orientamenti dei Ministri della Sanità in Europa

Benché le condizioni dei paesi africani differiscano notevolmente da quelle dei paesi europei, il riferimento serve per mostrare come in tutto il mondo si stia dibattendo sulla necessità di razionalizzare e di rendere maggiormente effettiva un'assistenza sanitaria che, a motivo della globalizzazione, è diventata di massa ed ha perso, malgrado l'alta tecnologia di cui dispone, gran parte della sua efficacia.

I Ministri europei della Sanità si sono riuniti alcuni anni fa a Lubiana, capitale della Slovenia, per determinare i principi comuni al fine di rendere maggiormente efficaci le

riforme introdotte nella politica assistenziale dei loro paesi, poiché in quasi tutti questi l'assistenza sanitaria è diventata un servizio pubblico prestato quasi totalmente.

Senza scendere in dettaglio e senza menzionare le motivazioni che hanno portato alla redazione di questi principi, ne segnalerò alcuni sui quali tali paesi hanno ritenuto che si debba basare una tale politica. Poiché l'obiettivo prefissatosi dalla nostra riunione sembra essere lo stesso, credo che la loro enumerazione possa giovare ad un'ulteriore definizione dei principi utili *mutatis mutandis* per l'Africa.

## I principi fondamentali

Nell'ambito europeo i sistemi sanitari si devono basare sui seguenti principi:

1. Un elemento motore: *i valori fondamentali*. Essi sono:

- la dignità umana;
- l'equità;
- la solidarietà;
- l'etica professionale.

2. Un obiettivo: *la salute. La protezione e la promozione della salute devono essere gli obiettivi di ogni riforma sanitaria.*

3. Un protagonista essenziale: *l'individuo. Se si vuole essere efficaci, ogni riforma deve rispettare le necessità dell'individuo e la sua opinione.*

4. Un polo di convergenza: *la qualità e il suo costante miglioramento devono essere alla base di ogni riforma, e comprendere la relazione costo/beneficio.*

5. Un modo di finanziamento: *che sia duraturo. I governi devono assicurare in modo permanente l'accesso di tutta la popolazione ai servizi sanitari.*

6. Un elemento fondamentale: *l'assistenza primaria. I gestori della riforma devono*

*garantire la protezione e il miglioramento della salute, della qualità di vita, la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie e l'assistenza ai malati terminali.*

Per raggiungere questi obiettivi, si ritiene che la gestione della politica sanitaria debba seguire anche alcuni *principi di gestione della riforma sanitaria*, e cioè:

1. *Sviluppare la politica sanitaria.* Essa deve essere inglobata nella politica generale del paese e il suo sviluppo deve ottenere un grande consenso, unendo il maggior numero possibile di componenti sociali interessate. Deve essere una politica trasparente per il pubblico che la deve utilizzare.

2. *Prestare attenzione all'opinione e alla selezione dei cittadini responsabili.* La voce dei cittadini deve essere ascoltata all'atto di programmare e di concepire i diversi servizi, nella gestione delle liste di attesa, nell'organizzazione e negli orari dei dispensari ecc. A questo riguardo va offerta informazione ed educazione sanitaria.

3. *Ristrutturare i servizi sanitari.* I servizi vanno ristrutturati a partire dall'assunzione da parte della famiglia della responsabilità della salute, diminuendo le ospedalizzazioni ed aumentando i servizi a domicilio ed ambulatoriali.

4. *Ridistribuire le risorse umane per la salute.* Preparare il personale e le strutture a questa nuova filosofia di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. A questo riguardo vanno posti in atto incentivi adeguati con la partecipazione di tutti.

5. *Migliorare la gestione.* Gli organismi sanitari devono godere della più ampia autonomia per una gestione responsabile e creativa. Per questo si dovranno formare adeguatamente le persone a capo

di ogni dipartimento affinché possano provare la loro competenza. Indubbiamente deve esistere un controllo per correggere e migliorare ove necessario.

6. *Trarre insegnamento dall'esperienza.* Facilitando lo scambio di dati a livello nazionale ed internazionale, si ottiene il risultato di mettere a servizio di tutti l'esperienza dei singoli. A tale scopo ogni riforma realizzata in un paese dell'Unione Europea deve essere resa nota agli altri e posta in comune attraverso riunioni periodiche.

## II parte Orientamenti per le istituzioni ecclesiali in Africa

Seguendo gli orientamenti dei Ministri della Sanità dei paesi europei, riteniamo utile a nostra volta orientare quanti lavorano in questo campo nelle istituzioni della Chiesa cattolica o in quelle pubbliche, più con una rappresentazione del personale della Chiesa cattolica impegnato nel fare del proprio lavoro un mezzo di aiuto per lo sviluppo del paese e per l'umanizzazione dell'assistenza.

È difficile parlare degli ospedali della Chiesa in Africa in modo generico e dare direttive per creare un modello che serva per tutti, in quanto le situazioni socio-politiche e di sviluppo sono molto differenti.

È un dato di fatto che questi paesi, ad eccezione di quelli del Magreb, si trovino negli indici più bassi di sviluppo di tutte le statistiche e dei grafici delle Nazioni Unite e del PNUD (Programma dell'ONU per lo sviluppo umano); inoltre le differenze esistenti sono molteplici e in ogni paese può essere data priorità a diversi parametri.

Ugualmente differenti sono i motivi per cui esistono opere assistenziali nei paesi del terzo mondo. Alcune volte è stata la Chiesa che, con spirito missionario e dato che l'attenzione al malato è stata sempre un suo campo apostolico prioritario, ha creato opere assistenziali in questi paesi in mo-

do da completare ciò che gli Stati, poveri o ridotti alla povertà dall'evoluzione dell'economia mondiale, non potevano finanziare.

Per questo, nella statistica dell'assistenza sanitaria esistono tassi molti diversi relativi al settore pubblico e a quello privato. All'inizio, prima dell'accesso all'indipendenza da parte di questi paesi, l'iniziativa privata, soprattutto di tipo religioso, era molto significativa. Dopo l'indipendenza, ogni paese ha assunto i propri impegni sociali e ha sviluppato istituzioni pubbliche di tipo sanitario, diminuendo di pari passo quelle di tipo privato, religioso e civile.

Nei paesi a regime totalitario, anche le istituzioni promosse dalla Chiesa o dalle associazioni civili di professionisti sono state nazionalizzate e sono passate a dipendere dai rispettivi governi. Nei paesi in cui è stato stabilito un regime democratico, tali istituzioni hanno potuto sussistere e continuano a completare la rete pubblica in uno spirito di partnership e di collaborazione.

Oggi che la salute pubblica è un bene a cui devono poter accedere tutti i cittadini, non sarebbe ben visto, e in molti casi nemmeno permesso, che la Chiesa fondi istituzioni sanitarie ed assistenziali al semplice scopo di realizzare un apostolato, anche se per i più poveri, senza disporre non soltanto dell'autorizzazione, ben-

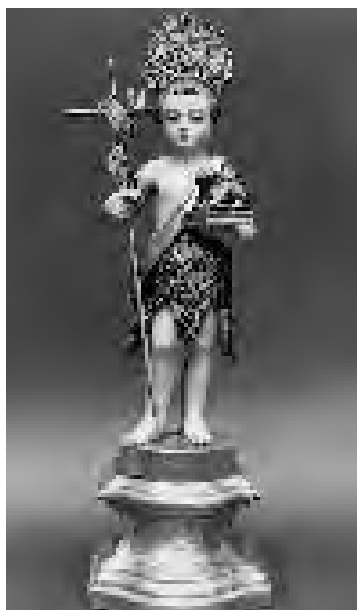
sì del parere o del consiglio del Ministero della Sanità. Infatti, realizzare opere senza una pianificazione e un coordinamento risulterebbe infruttuoso ed antieconomico, e di conseguenza poco esemplare se si tratta di paesi che devono profittare al massimo delle risorse finanziarie.

Per questo, trattandosi di gruppi con una grande esperienza in questo campo (Congregazioni ospedaliere, associazioni mediche, ONG), la Chiesa deve studiare lo sviluppo della medicina e dell'assistenza in quel paese e collaborare con il relativo Ministero per realizzare opere o partecipare in quei campi più sfavoriti o di maggiore beneficio per la popolazione che dispone di pochi mezzi. Una volta individuati i campi di maggiore utilità, questa istituzione si dovrebbe adattare a tali necessità, anche interrompendo alcune forme di assistenza tradizionali che oggi, e in tale circostanza, mal si adattano alle reali necessità del paese.

Per questo il primo principio di ogni istituzione cattolica che si reca a lavorare nel campo della salute in Africa è quello di collaborare col governo del paese per completare l'assistenza primaria (dispensari, centri sanitari, assistenza materno-infantile, ecc.).

Bisogna tener conto che questa assistenza è quella che ha una maggiore efficacia e che questa è in rapporto con tutta la medicina preventiva (campagne di vaccinazione ecc.) che deve giungere a tutta la popolazione di modo che sia possibilmente gratuita. Si ricordi lo slogan di Alma-Ata: "Salute per tutti nell'anno 2000". Sarà sempre un grande contributo aiutare i paesi poveri a raggiungere questo obiettivo.

Dato che in molti paesi africani, sia per la situazione di povertà, sia per i bassi salari e per una generale mancanza di controllo, esiste una disonestà nell'uso delle risorse nel campo dell'assistenza medica, sarebbe opportuno mostrare un modo efficace ed efficiente del loro utilizzo; a tal fine le istituzioni ecclesiali in questo campo dovrebbero essere esem-



plari e mostrare come, pur con pochi mezzi a disposizione, è possibile, se ben utilizzati, gestire un centro sanitario o un dispensario, e perfino un ospedale. Per questo il secondo principio potrebbe essere: creare sistemi di gestione e di controllo di gestione dei centri, nell'aspetto economico e finanziario, di modo che servano da esempio nel paese in cui si trovano.

Questo, che già si realizza in molti luoghi, serve al governo da stimolo e ai centri da lui dipendenti da modello per la gestione dei centri ufficiali; in questo modo si contribuisce a un buon utilizzo dei mezzi che, nel campo della salute, sono scarsi. L'offrire aiuti esterni, senza un controllo rigoroso del loro utilizzo, fa sì che i piani previsti non si realizzino e che, a poco a poco, gli aiuti vengano ritirati.

Ritengo che l'aiuto che le organizzazioni cattoliche possono offrire in questo campo, sia più efficace degli aspetti scientifici o tecnici dei vari istituti che, se non sono accompagnati da una gestione efficiente e da un controllo rigoroso dei costi, possono essere più uno scandalo che un vero aiuto efficace.

In terzo luogo, credo che le istituzioni ecclesiali nel campo sanitario, sia quelle che prestano assistenza che quelle che fanno prevenzione, debbano porre l'accento sulla formazione del loro personale. In questo modo, ciò che in principio erano norme autoritarie ed importate dal di fuori, dalle persone che dirigevano l'istituzione, si trasformano in norme assimilate con l'esempio e accettate dal personale nativo. Si tratta di un buon metodo che moltiplicherà gli effetti dell'istituzione creata con spirito cristiano. Per questo il terzo principio sarà: le istituzioni sanitarie della Chiesa dovranno porre un interesse particolare nella formazione del personale indigeno nelle tecniche di gestione, di controllo di gestione e nella partecipazione alla gestione.

In questo modo il personale partecipa alla gestione e l'opera diventa maggiormente vitale ed è sostenuta da tutti colo-

ro che vi lavorano, cosa che di solito non avviene nelle istituzioni pubbliche, di cui nessuno si interessa e di cui non ci si sente parte.

In quarto luogo, le istituzioni ecclesiali dovrebbero promuovere l'interesse per la salute in tutta la comunità. Oggi si dice che la comunità deve contribuire a gestire la propria salute, e non sentirsi in tutto dipendente dai tecnici. La salute ha molti aspetti che hanno relazione con il modo di vita, con l'alimentazione, l'habitat ecc., e che possono essere gestiti dalla comunità. In questo campo la Chiesa dovrebbe servire da stimolo, affinché, nella misura del possibile, parrocchie, diocesi ecc., partecipino alle campagne a favore della salute e stimolino i loro fedeli a prendersi cura della propria salute.

Tale impegno potrebbe essere formulato nel seguente modo: le istituzioni ecclesiali dovrebbero promuovere la presa di coscienza da parte della comunità per quanto riguarda la gestione e la conservazione della propria salute, mediante l'informazione e l'educazione sanitaria, dando priorità all'uso delle risorse naturali dell'habitat, all'igiene personale, all'alimentazione equilibrata e all'uso adeguato dell'acqua ecc.

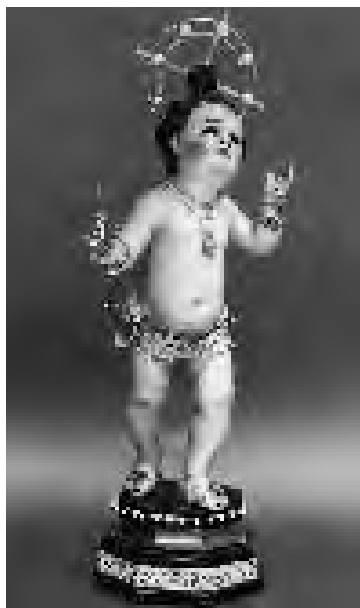
In molti paesi esistono Commissioni diocesane per la Pastorale della Salute il cui obiettivo è quello di preoccu-

parsi e diffondere questi principi, inoltre di occuparsi dei malati e di umanizzare la loro assistenza.

Se questa riflessione venisse approfondita, potremmo entrare nei problemi concreti cui l'Africa si trova attualmente di fronte nel campo della medicina: malattie endemiche che decimano le popolazioni: malaria, colera, meningite e soprattutto l'AIDS, ma andremmo fuori dei confini tracciati da questa tavola rotonda. A questo riguardo il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha già compiuto studi monografici le cui conclusioni sono valide ancora oggi. Questo mio breve intervento ha voluto richiamare l'attenzione e riflettere sulle necessità generali dei paesi in via di sviluppo prima di decidere per una forma di aiuto la più efficace possibile.

Lo scambio di riflessioni che potremo fare nel corso di questo incontro, contribuiranno a migliorare la prospettiva e potranno aiutare tutti noi che lavoriamo in quei paesi a prestare una collaborazione più efficace in tutti i campi.

Rev. P. RAMÓN FERRERÓ,  
O.H.  
Mozambico



## Bibliografia

- Congreso Iglesia y salud, Madrid 1995.
- DI MENNA RENATO, *Dolentium Hominum*, 1993.
- I malati nella comunità ecclesiale*, Desclee, Bolonia, 1987.
- Informe del PNUD, 1993.
- La Iglesia en el mundo de la salud*, Secret. Nac. de Past. Sanitaria, Madrid, 1981.
- Main Economics Indicators*, OCDE 1997.
- Rapport sur le developpement dans le monde*, Banque Mondiale, Washington, 1997.
- REDRADO J.L., *Información y Noticias*, 1991.
- Sexto informe sobre la situación sanitaria Mundial*, OMS, 1981.
- World Development Report 1985*, World Bank, 1985.



## VI: Identità dell'amministratore cattolico e modelli basati sui valori cristiani per un'organizzazione e una direzione coerenti in campo sanitario

“L'ospedale è parte integrante dell'organizzazione medica e sociale, la cui missione consiste nel fornire alla popolazione un'assistenza medico-sanitaria completa, curativa e preventiva, e i cui servizi si estendono fino all'ambito familiare. L'ospedale è anche un centro di formazione del personale sanitario e di ricerca” (OMS).

L'ospedale cattolico esprime la propria identità, come famiglia di fede, fornendo alla comunità assistenza medico-sanitaria, rendendo presente la misericordia di Dio, su esempio e con la mediazione di Cristo, mantenendo in ogni momento la sua spiritualità e la sua etica come decisione di fede istituzionale.

Cristo è il modello fondamentale, preso e vissuto in diversi modi nella storia della sua Chiesa, unico nel modo di vedere e di vivere la vita. Egli rende possibile una identità, preferendo in particolare i poveri.

L'aggettivo “cattolico” determina che “in esso è presente Cristo”, “perché è inviato in missione da Cristo alla totalità del genere umano” che riceve “in forma piena e totale i mezzi di salvezza” (cfr. CIC n. 830 e 831) e tutto un modo di essere e di procedere.

Poiché l'amministrazione sanitaria non è una scienza esatta, esistono metodologie per apprenderla ed esercitarla. In molte delle nostre nazioni viene richiesta la certificazione professionale per esercitare l'amministrazione nel mondo della salute. In Brasile la mancanza di registrazione fa diventare illegale e punibile l'esercizio di questa professione.

L'amministratore ospedaliero cattolico è colui che, fedele ai criteri fondamentali dell'eccellenza nell'amministrazione ospedaliera, lo è anche a Cristo, la norma viva.

Nell'*éthos* di Cristo ci sono diverse tradizioni, che lo interpretano a partire dalla supremazia dell'amore; ma ciò che conta è l'insieme della persona di Cristo e il suo destino.

### Modelli di relazione assistenziale

– *Parentale o paternale.* Secondo questo modello il buon ospedale o il buon operatore sanitario è quello che si comporta come un padre sollecito, che desidera il meglio per il proprio figlio ma sempre secondo il suo parere. E il buon malato è colui che si comporta come un figlio pio, che si sottomette ai comandi del padre.

– *Orizzontale o relazione di uguali.* Esige almeno tre requisiti: che i partecipanti abbiano all'incirca lo stesso potere, che ognuno necessiti dell'altro (interdipendenza) e che siano impegnati in un'attività soddisfacente per gli interessi di entrambi. Qui tanto l'équipe terapeutica quanto il malato partecipano in una relazione di cameratismo.

– *Tecnico.* Quando si accentua l'aspetto tecnico-scientifico e si mette da parte la componente di amicizia o il cameratismo, il corpo viene concepito come una macchina e l'équipe terapeutica come gli ingegneri e i tecnici di un laboratorio. In questo caso, la relazione è distante e fredda, tra estranei, e vi si entra con timore e mancanza di fiducia. In questo modello, ciò che è importante sono le regole, i procedimenti e i formalismi, i quali hanno la propria utilità quando si tratta di proteggere i diritti del paziente nei grandi ospedali o nei programmi di ricerca.

– *Modello di “contratto”.* Esso ha influenza a partire dalla prospettiva di scambio di beni e di servizi dell'ospedale

verso il paziente, mentre questo ha il dovere di pagare (personalmente o attraverso la sua Previdenza Sociale) e di rispettare le norme ospedaliere. Andando oltre il modello contrattuale, il rapporto assistenziale viene considerato una negoziazione, in cui il paziente esprime le proprie necessità e opzioni; a loro volta l'ospedale, il medico e in generale l'operatore sanitario esprimono le loro fino a che si giunge a un accordo. Tale concezione ci ricorda che l'assistenza ospedaliera non si esaurisce in un atto istantaneo, ma che bensì è un processo che richiede tempo, sincerità, fiducia, ecc.

### Modelli di amministrazione ospedaliera

a) *Religioso.* Nella storia più remota della medicina e dell'ospedale, il ricorso ai metodi più adeguati del momento, persone, strutture, scienza, economia, senza dimenticare il magico e il religioso, era l'obiettivo per conseguire la salute delle persone, perché “*medere infirmos opus divinum est*”.

Nella tradizione religiosa dell'umanità ci sono diversi modi di attenzione nell'assistenza ospedaliera al malato: basti ricordare la tradizione ospedaliera dell'antichità indiana, egiziana, greca, romana, araba ecc.

Il fondamento della nostra ospitalità è giudeo-cristiana. La preoccupazione, l'accoglienza e il servizio di Abramo al forestiero hanno influito sull'ospitalità del nostro cristianesimo. Nel libro dei Numeri si parla delle città che servivano da rifugio agli israeliti, agli emigranti e agli ospiti che soggiornavano in mezzo a loro (Num 35, 15).

Tutti noi conosciamo quali fossero gli atteggiamenti e i gesti di nostro Signore Gesù

Cristo nei confronti dei malati (Mt 9, 35; Lc 4, 40). Nella missione che Gesù affidò ai suoi apostoli, la cura dei malati è un imperativo (Mt 10, 1; 7-8). I quattro evangelisti narrano molte guarigioni compiute dagli apostoli (Lc 4, 40).

“Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25, 31-45), “Ecclesiae Instituta Valtudini Fovendae Toto Orbe Terrarum Index”.

È lunga la storia dello sviluppo, della crescita, della varietà e della scomparsa di istituzioni assistenziali nella Chiesa cattolica. Vi sono stati implicati in mille modi pontefici, imperatori, re, principi, vescovi, sacerdoti, religiosi, prima nei loro conventi e poi con la creazione di istituzioni *ad hoc*, case religiose, confraternite di cristiani ecc. o gruppi.

In molte città della nostra nazione esistono ospedali, denominati “Beneficenza spagnola”, in cui si vanno perdendo gli elementi religiosi.

Oggi alcune istituzioni assistenziali dipendono dalle nostre parrocchie: ospedali, case per anziani, farmacie, centri naturalistici, pronto soccorso, alberghi, mense ecc.

Sul piano sociale, il diritto alla protezione, al recupero e alla riabilitazione per vivere in salute lo ha acquisito anzitutto il mondo dei lavoratori e poi tutti gli altri cittadini, facendolo accettare poco a poco agli Stati.

Lo slogan “Salute per tutti per l’anno 2000” ha presupposto una visione universale ed è coinciso con una sfida, trasformata in obiettivo dell’OMS, per tutte le nazioni.

In Colombia la Legge n.100 del 1993, “Sistema di Sicurezza Sociale Integrale”, ha reso possibile dei progressi affinché tutti i cittadini abbiano accesso alla protezione della salute.

*b) La salute pubblica o ufficiale.* Sono diversi i modelli assistenziali elaborati o accettati dagli Stati, creando il corrispondente Ministero o Dipartimento per la Sanità, con legislazioni e norme concrete. Gli Stati si sentono obbligati a

occuparsi del diritto alla salute dei cittadini; diritti in crescita costante che superano le previsioni più ottimistiche e che pongono in crisi strutture e bilanci sanitari ufficiali.

*c) La salute rurale.* È presente in varie nazioni a motivo delle caratteristiche agricole delle loro popolazioni. È un anno che devono prestare per sorteggio coloro che vogliono accedere alla professione sanitaria una volta realizzati i relativi studi.

*d) La salute militare.* Di terra, mare ed aria, che di solito supera in qualità l’attenzione sanitaria del resto dei cittadini di una nazione.

*e) La salute come affare.* Stanno sorgendo imprese di amministrazione o di produzione di servizi sanitari ed istituzioni che forniscono servizi, alcune delle quali internazionali, il cui obiettivo è il lucro. Le ragioni addotte sono: la frequente scarsa qualità delle previdenze sociali, la liberalizzazione da parte dei governi di detti servizi, il pluralismo etico, il diritto associativo ecc.

*Le religioni monoteistiche* realizzano l’ospitalità a partire da una spiritualità e da un’etica che hanno molti punti in comune tra loro. Pretendere di far risaltare le differenze nel ministero dell’ospitalità è sterile. La varietà delle loro istituzioni ospedaliere arricchisce e personalizza ogni gruppo, facendone risaltare gli elementi che ne potenziano l’identità.

*I modelli cristiani di ospitalità* sono quelli che hanno valori cristiani essenziali. Si costituiscono come tali quando le chiese approvano l’istituzione, le loro spiritualità e le loro norme.

### I nostri modelli

Senza dimenticare il carisma, sono il frutto dell’assunzione da parte dei nostri fondatori di un aspetto specifico della misericordia di Cristo e della loro risposta ad una necessità sociale, contemplata con speciale sensibilità e vo-

lontà di darle soluzione.

*Gli ospedali cattolici latino-americani* hanno origine dal modello degli ospedali dei popoli scopritori, conquistatori e colonizzatori. Hanno come riferimento quelli dei loro eserciti di terra e di mare e dei loro paesi d’origine, con gli stessi schemi di funzionamento a cui si aggiunge la particolarità di essere luoghi di evangelizzazione di un gruppo o di una etnia concreta. Nell’ampia geografia latino-americana sono esistiti il “convento ospedale”, l’“ospedale missione”, l’“ospedale dottrina”, i cui membri accentuavano un aspetto concreto, esprimendo l’evangelizzazione creando strutture assistenziali della misericordia cristiana, per prendersi cura dei poveri dato che i ricchi si facevano curare nelle proprie case.

Poiché la violenza e la cultura di morte si sono diffuse nelle nostre popolazioni come una malattia contagiosa, l’evangelizzazione deve farsi carico dell’assistenza sanitaria dei nostri popoli deboli e sofferenti.

### Diritti del malato

Oltre alla fede religiosa, l’ospedale deve garantire un’“etica dei minimi”, assunta e rispettata da tutti coloro che fanno parte dell’équipe terapeutica. Questa etica viene espressa nella formulazione dei diritti del malato.

Il malato conserva sempre la sua dignità e non smette di essere portatore dei valori umani fondamentali, che danno senso alla sua esistenza. Continua ad essere soggetto di diritti inalienabili, molti dei quali diventano prioritari in ragione del suo stato.

Nella valutazione periodica dell’organizzazione ospedaliere, è necessario inserire, nei punti di riferimento, l’assolvimento dei diritti dei malati in quanto questi sono i protagonisti e il cuore dell’ospedale.

L’amministratore ospedaliere può focalizzare i diritti del malato in tre attività:

– promulgare, diffondere e educare il personale ospedaliero e i pazienti sull’esistenza

dei diritti del malato;

– creare politiche e procedimenti che rispondano a questi diritti, nei campi dell'ammissione, del trattamento e delle dimissioni del paziente;

– canalizzare le lamentele dei pazienti che sentono violati i loro diritti e applicare le misure correttive adeguate.

I comitati d'etica svolgono un ruolo fondamentale nell'operatività dei diritti del malato e nella formazione etica del personale che lavora nelle istituzioni.

Il mondo dell'ospedale richiede l'orientamento chiaro dell'etica, di fronte alla complessità di questioni che vi si presentano. Oggi nella direzione dell'ospedale non possiamo eludere le considerazioni etiche. Il potere della tecnologia, i progressi – a volte non controllati – della scienza, la possibilità di manipolazione ad ogni livello (sociale, psicologico, biologico, genetico ecc.) richiedono un aggiornamento dell'amministratore cattolico.

La gestione della salute comprende l'organizzazione,

il finanziamento e le politiche sanitarie. In ognuno di questi aspetti, l'etica svolge un ruolo orientativo insostituibile.

La cura della salute si è trasformata in un servizio altamente tecnicizzato che permette non solo di curare, ma anche di perfezionare un corpo sano (chirurgia estetica) o persino di manipolare la procreazione. Tutto ciò ci rimette alla percezione dei valori in ogni persona e cultura.

### Relazione assistenziale

Dal latino *adsistere* (stare accanto); è accompagnare l'altro aiutandolo ad essere se stesso, nella ricerca della sua realizzazione personale.

La relazione assistenziale ha una duplice espressione: un elemento inter-personale e un altro sociale. Quello interpersonale ci apre alla dimensione dell'amore, all'accompagnamento umano. Quello sociale ci porta al rispetto dei diritti ed esige l'efficacia nella diagnosi e nel trattamento.

Il considerare il malato co-

me persona ci spinge a praticare con lui una serie di valori:

– l'ospitalità, cioè accoglienza franca e cordiale, creazione di un ambiente amabile di fiducia;

– la bontà, che cerca il beneficio della persona integrale del malato. "Fare tutto il bene possibile, evitare di arrecare danno";

– il rispetto, che presuppone l'attenzione e la valorizzazione delle circostanze del malato e della sua scala di valori. Esige contatto visivo e vicinanza fisica;

– la solidarietà, cioè il soffermarci di fronte alla sofferenza dell'altro, fare nostri i suoi problemi, accompagnare il suo processo, camminare insieme.

Su tutto ciò bisogna riflettere nell'organizzazione dell'ospedale. E responsabilità dell'amministrazione assicurare un ambiente favorevole a tutto ciò, e sensibilizzare-educare il personale per esercitarlo costantemente.

Fra JOSÉ ANADÓN, OH  
Rappresentante del CELAM  
Bogotá, Colombia



# VII: Una proposta di modello organizzativo in accordo con i valori cristiani finalizzato a sostenere l'amministratore dei servizi sanitari cattolici nelle impegnative sfide dei nostri tempi

## Introduzione

A partire dagli anni 1965-1966, con il passaggio della legislazione di *Medicare e Medicaid*<sup>1</sup>, l'assistenza sanitaria negli Stati Uniti ha iniziato la sua transizione da quello che era un benevolo servizio caritativo a ciò che è il suo stato attuale, quello di un "grande affare". Oggi, la cura della salute negli Stati Uniti è diventata un'attività molto attraente per le compagnie a fine di lucro e per le associazioni di imprenditori. Per molti anni i capitali federali e statali sono liberamente fluiti attraverso questi due programmi governativi, e opportunità di ingenti profitti finanziari hanno subito attirato i fornitori di servizi sanitari e le compagnie private in competizione con le tradizionali associazioni senza fine di lucro e filantropiche. La ricerca del guadagno sostituiva l'ispirazione della missione.

L'assistenza sanitaria oggi negli Stati Uniti è un business altamente competitivo e molti ospedali cattolici sono sottoposti a serio rischio. Le sfide affrontate dagli amministratori dei servizi sanitari cattolici sono davvero molto difficili e includono, non solo la competizione finanziaria ad opera delle società private, ma anche quella delle agenzie governative, che stanno applicando maggiori restrizioni sugli ospedali, e della società in generale, che rispetta sempre meno i principi della giustizia sociale, la preoccupazione caritatevole per i poveri e gli indifesi e la sacralità della vita. L'incapacità di vincere queste sfide può effettivamente portare alla chiusura di molti dei nostri ospedali e alla perdita d'identità del nostro ministero di assistenza sanitaria cattolica, così come la nostra Chiesa l'ha conosciuto per quasi 2000 anni.

## La Rete dell'Assistenza Sanitaria Cattolica dell'Arcidiocesi di New York

Riconoscendo queste sfide cruciali e mantenendo un fermo impegno a proteggere e preservare la Cattolicità delle nostre istituzioni e agenzie di assistenza sanitaria, il Card. John O'Connor, subito dopo essersi insediato nell'Arcidiocesi di New York, ha intrapreso passi energici. Ha guidato i dirigenti e gli amministratori dell'assistenza sanitaria Cattolica all'interno della sua Arcidiocesi alla formazione di quella che è chiamata la Rete dell'Assistenza Sanitaria Cattolica o CHCN.

La CHCN è una rete di assistenza sanitaria sponsorizzata dall'Arcidiocesi, che è stata istituita per assicurare a tutte le istituzioni e agenzie sanitarie Cattoliche all'interno dell'Arcidiocesi di New York (così come in altre diocesi) sostegno e coordinamento nelle seguenti aree:

- attività pertinenti alla missione, incluso sviluppo della missione, educazione alla direzione, questioni etiche e mo-

rali e cura pastorale;

- pianificazione strategica e marketing, inclusi servizi medici, cura gestita, servizi condivisi, affiliazioni ed educazione medica;

- comunicazione sia interna (inclusa *inter-facility*) che esterna della CHCN;

- finanze, inclusi il monitoraggio delle condizioni finanziarie, l'incremento del budget, gli investimenti in beni capitali e le pianificazioni finanziarie;

- sistemi d'informazione manageriale, combinazione di sistemi e servizi, scambi di informazioni esterne;

- risorse umane, inclusi il coordinamento dell'amministrazione dei contributi per gli impiegati, le relazioni tra gli impiegati, le procedure e le politiche del personale;

- miglioramento continuo della qualità, incluse le attività di gestione del rischio e il mantenimento e il coordinamento delle attività di miglioramento della qualità nelle istituzioni;

- servizi legali propri delle attività coordinate o collaborative<sup>2</sup>.



## CHCN: una rete modello missione

La CHCN è una rete “modello missione”; un modello adattato da una parte del lavoro di base svolto dall'Associazione Cattolica per la Salute degli Stati Uniti; ogni anno la CHCN stabilisce, come suo scopo organizzativo di principio, l'incremento dello sviluppo della direzione e dell'efficacia della missione in ognuno dei suoi membri istituzionali.

Il modello missione della CHCN riconosce il ruolo importante e in evoluzione che i dirigenti e gli amministratori dell'assistenza sanitaria Cattolica nell'Arcidiocesi di New York svolgono nel rafforzare la sua identità e la sua missione, e nel condurre questo ministero nel XXI secolo. Il modello missione della CHCN riconosce che i suoi dirigenti dell'assistenza sanitaria hanno bisogno di articolare e testimoniare i nostri valori, la moralità e i principi nella nostra missione sanitaria di Chiesa.

I nostri dirigenti hanno bisogno di sostegno e di guida strutturati se vogliono diventare testimoni di queste verità di fronte alle molte sfide interne ed esterne che premono giornalmente su di loro. La direzione della CHCN ha la responsabilità di identificare e valutare come le strutture organizzative (quali programmi, politiche e procedure) incrementino o diminuiscano la missione e il ministero dell'assistenza sanitaria Cattolica.

Il modello missione della CHCN dimostra che le persone (e le organizzazioni) agiscono e prendono decisioni fondate sui valori (umani-religiosi, professionali, economici). Vivere e incorporare la missione e l'identità Cattolica, portare il ministero dell'assistenza sanitaria Cattolica nel futuro richiede che ogni persona e ogni organizzazione innanzitutto identifichi i valori che traduce e in base ai quali prende decisioni, in secondo luogo che valuti in quale modo le sue decisioni e le sue azioni sostengano o contrastino i principi e gli insegnamenti della Chiesa Cattolica.

Questo modello sottolinea l'importanza dei dirigenti e de-

gli amministratori nell'assistenza sanitaria Cattolica; essi, come modelli del ruolo, consiglieri e responsabili hanno un'enorme influenza sui loro impiegati così come sulla loro cultura dell'organizzazione, le loro politiche e le loro abitudini. Infine, le decisioni prese dai dirigenti e dalle amministrazioni superano le organizzazioni e si esprimono nel modo in cui ci prendiamo cura di coloro che siamo stati chiamati a servire.

Fin dall'inizio la Rete dell'Assistenza Sanitaria Cattolica ha dimostrato il suo impegno nella formazione alla dirigenza, istituendo l'*Office of Mission Leadership* e organizzandosi per avere, a livello di Collegio Sindacale, un Comitato di Missione, così come una *Task Force* della Dirigenza della Missione per sostenere tutti i nostri programmi e il nostro sforzo educativo. Uno dei primi impegni di questa *Task Force* è stato lo sviluppo di un *CHCN Mission Leadership Plan*. Dopo un significativo studio ed esame, tale Piano è stato completato e adottato dal Collegio della CHCN e si sta ora attuando, fornendo così un alto livello di sostegno e d'ininterrotta affermazione ai nostri dirigenti e amministratori.

Come parte dello sforzo di sviluppare questo Piano, la *Task Force* ha dovuto innanzitutto sviluppare una serie di principi e/o di documenti direttivi, che tutti, istituzioni associate e agenzie appartenenti alla Rete hanno abbracciato. Inoltre, sono stati utilizzati documenti di ispirazione già esistenti, prodotti da altri gruppi. I principidocumenti più importanti utilizzati per la formazione del *Mission Leadership Plan* comprendevano:

- la *Dichiarazione inerente la Missione della CHCN*, adottata da tutte le istituzioni e le agenzie della CHCN e condivisa con tutti gli impiegati nell'intera Rete;

- le *Direttive etiche e religiose dei Vescovi Cattolici degli Stati Uniti*;

- il *Protocollo di dovuta diligenza della Missione della CHCN*, usato per assicurare l'aderenza ai nostri principi all'interno di ogni nostra istituzione e agenzia;

- i *Principi direttivi della CHCN per la funzione di Missione all'interno di un'istituzione della CHCN*;

- i *Principi della CHCN per contratti di cura responsabile gestita*;

- *indicazioni etiche della CHCN per le negoziazioni di contratti*;

- *metodologia per una soluzione di conflitti fondata sui valori*;

- *dichiarazioni della politica della CHCN*:

1. opzione preferenziale per i poveri e gli indifesi;

2. qualità dell'assistenza alla fine della vita;

3. atto di riforma dell'assistenza sociale e i suoi effetti sugli immigrati legali e Case di cura all'interno dell'Arcidiocesi di New York;

4. copertura medica per i bambini non assicurati o sotto-assicurati.

Il Piano della Dirigenza della Missione della CHCN, un piano formalmente adottato dal Collegio Sindacale della CHCN e da ciascuna delle istituzioni e delle agenzie associate comprende sei aree strategiche di missione. Attraverso una serie di incontri e di interviste, queste aree sono state identificate dalla dirigenza della CHCN nelle istituzioni e nelle agenzie associate. Esse sono:

- *etica organizzativa e clinica*;

- *sponsorizzazione e governo*;

- *qualità dell'assistenza*;

- *cultura/valori organizzativi*;

- *assistenza spirituale*;

- *sostegno delle politiche*;

- *preoccupazione per i poveri e gli indifesi*.

È la strategia a lungo termine della CHCN per sviluppare alla fine iniziative a livello di Rete in ciascuna delle suddette aree strategiche. Al presente, le tre aree in via di sviluppo sono: etica organizzativa e clinica, qualità dell'assistenza e cultura-valori organizzativi. Studiando ulteriormente l'etica organizzativa e clinica, apparve evidente la reale necessità di sviluppare una strategia di rete attorno all'etica organizzativa in contrapposizione all'etica clinica. Allo stesso modo, mentre ascoltavamo le esigenze



delle nostre istituzioni e agenzie associate nell'area della qualità dell'assistenza, emerse che la necessità particolare era diventata la qualità dell'assistenza alla fine della vita. Il bisogno di sostegno in quest'ambito era radicato nei bisogni delle persone coinvolte nell'assistenza spirituale, nel sostegno della politica e in tutte le altre componenti organizzative di tutto il personale dell'assistenza sanitaria.

Per articolare meglio e sviluppare alla fine iniziative a livello di Rete in queste tre aree, la CHCN ha assunto e organizzato la direzione da ciascuna delle sue istituzioni e agenzie attraverso il lavoro di sotto-commissioni della *Task Force* della Dirigenza della Missione. Queste sottocommissioni hanno la responsabilità di identificare strategie, modelli e criteri di valutazione nelle loro rispettive aree. Con il tempo, si identificheranno e esploreranno iniziative nelle altre aree strategiche.

Tali principi sono i seguenti:

- Rispetto per la sacralità della vita (dignità umana e assistenza olistica), unificando Corpo, Mente e Spirito;
- speciale attenzione ai poveri e agli indifesi;
- promozione del Bene Comune;
- organizzazione responsabile per assicurare un'eccellente qualità dell'assistenza;
- impegno per relazioni giuste e corrette;
- assicurare l'assistenza sanitaria come diritto fondamentale e come obbligo di una società morale.

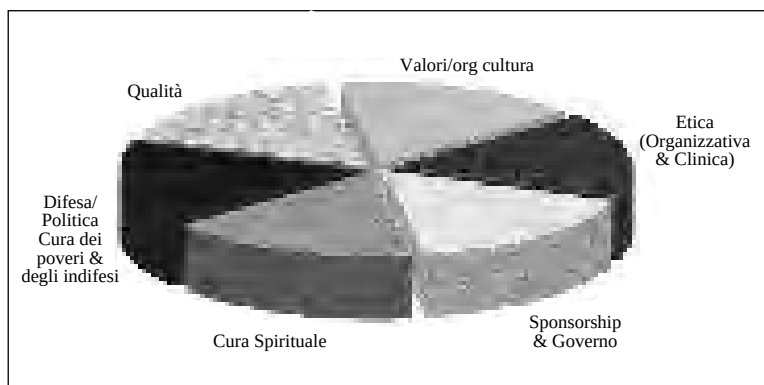
La risposta della dirigenza e dell'amministrazione della CHCN ai nostri sforzi nell'area dell'etica organizzativa è stata fortemente positiva, si è formato un gruppo di lavoro per le Risorse dell'etica organizzativa, e questo gruppo funziona da stanza di compensazione per le informazioni sull'etica organizzativa. Il gruppo inoltre assiste l'*Office of Mission Leadership* della CHCN nella prepara-

la direzione della durata di due giorni. I migliori dirigenti e amministratori di ciascuna delle nostre istituzioni e agenzie associate si sono impegnati a partecipare a questo programma educativo che coprirà i seguenti argomenti:

- insegnamenti e principi Cattolici;
- principi di Etica organizzativa;
- insegnamenti di giustizia sociale della Chiesa;
- opportunità di direzione e problemi che affronterà il dirigente Cattolico del XXI secolo.

Il *Leadership Formation Program* è solo uno dei molti esempi concreti di come il *Mission Leadership Plan* della CHCN è stato animato e realizzato. Attraverso la loro partecipazione, i nostri dirigenti e amministratori riceveranno l'aiuto di cui hanno seriamente bisogno, e avranno l'opportunità di condividere comunitariamente la loro adesione spirituale al ministero di cura medica della nostra Chiesa. Non c'è che un modo in cui la rete di assistenza spirituale Cattolica possa muoversi verso l'adempimento di ciò a cui il nostro Santo Padre ci ha chiamato: un Vangelo di Vita e un Vangelo di Amore.

Dr. MARY HEALEY-SEDUTTO  
PH.D.  
Presidente di "The Catholic Health Care Network"  
New York - USA



### Il modello-missione della CHCN: un Piano in atto

Come nell'illustrazione, nell'area dell'etica organizzativa e clinica la *Task Force* ha organizzato due giorni di *workshop* con i dirigenti nazionali in quest'area. Il *workshop* è stato molto bene accolto e vi hanno preso parte i direttori e gli amministratori delle istituzioni e delle agenzie della nostra Rete (oltre 150 partecipanti). Uno dei risultati di questo programma è stato lo sviluppo di un insieme di principi di etica organizzativa della CHCN. Questi principi si stanno ora formalmente adottando nelle varie politiche, procedure e pratiche in tutta la nostra Rete.

zione delle sessioni educative per le istituzioni e le agenzie associate della CHCN e, infine, aiuta a identificare ed esplorare questioni di etica organizzativa comuni a più membri della CHCN. Nella primavera del 1999 è stata completata un'indagine di base sull'etica organizzativa per tutte le istituzioni e le agenzie, che ci ha fornito una panoramica su come l'etica organizzativa sia concepita e applicata all'interno della CHCN e su come la nostra Rete possa continuare a far avanzare l'educazione e la formazione in quest'area.

Probabilmente il più significativo risultato recente in quest'area è stato lo sviluppo di un Programma di formazione del-

### Note

<sup>1</sup> *Medicare*, un programma di assistenza sanitaria creato nel 1965, è un programma federale che fornisce un'estesa assistenza sanitaria a tutte le persone di oltre 65 anni o agli invalidi permanenti. Il programma è finanziato e amministrato dal Governo federale e ha rappresentato il primo intervento di rilievo del Governo federale nell'assistenza sanitaria. Dal suo inizio, il Governo federale ha significativamente esteso il suo coinvolgimento e controllo sull'assistenza sanitaria negli Stati Uniti. *Medicaid*, è un programma finanziato dal governo federale e dai Governi statali ed è cresciuto fino a diventare una delle principali spese dei Governi nazionali e locali.

<sup>2</sup> Estratto da "The Certificate of Incorporation of the Catholic Health Care Network" come autorizzato dallo Stato di New York, USA, 6 aprile 1996.

# Nuova evangelizzazione per il terzo millennio e istituzioni sanitarie cattoliche



## Premessa: una domanda non retorica

“Mi vien da chiedere: quelli che escono dai nostri ospedali, dalle case di cura, fortunati perché guariti dalla competenza e dalla generosità dei medici, degli infermieri ecc., con quali sentimenti escono? Glorificando Dio?”. Questa domanda piuttosto provocatoria, ma non retorica, è del cardinal Tettamanzi, in una sua conferenza su “Chiesa e salute”, in cui proponeva l’episodio della guarigione dell’uomo paralizzato (Lc 5, 17-26) come modello di collaborazione terapeutica. Commentando la conclusione “essenzialmente liturgica” dell’episodio sia per colui che viene salvato e guarito (*si avviò verso casa glorificando Dio*), sia per gli uomini che partecipano all’evento (*tutti rimasero stupiti e levarono lode a Dio*), egli formulava la domanda che ho citato e aggiungeva che “portare a glorificare il Signore” non è solo il vertice della pastorale sanitaria ma, esprimendosi in termini laici, anche il vertice della stessa medicina<sup>1</sup>. La sua domanda certamente vale, e in maniera particolare, anche per coloro che gestiscono istituzioni sanitarie che nella parola di Cristo, e sul suo esempio, fondano il loro impegno.

Potrebbe essere, a questo punto, fin troppo facile e rischierebbe di essere un po’ retorico, domandarsi se è “la gloria di Dio” ciò che oggi ci preoccupa, come responsabili delle istituzioni sanitarie cattoliche, e se è questo il criterio cui ci riferiamo nelle scelte che pensiamo di fare.

## 1. Il linguaggio della cura e della relazione

Nel libro su “L’irrelevanza

e la rilevanza del messaggio cristiano per l’umanità d’oggi”, che riporta le sue lezioni sull’argomento, Paul Tillich si domanda se il messaggio cristiano è oggi “rilevante” e cioè se risponde agli interrogativi esistenziali dell’umanità di oggi, alla sua ricerca appassionata di una vita piena di senso, al suo anelito verso un “messaggio capace di guarigione”. “Non dobbiamo sottovalutare questo fatto, – scrive il teologo – poiché il potere di guarire fa parte della salvezza. *Salvato* significa, letteralmente, *guarito*”<sup>2</sup>.

È interessante che il teologo veda nella capacità di guarigione una “prova” che il messaggio cristiano è ancora “rilevante” anche per l’inquietata umanità di oggi. La guarigione non è la salvezza e la salvezza non può essere dedotta da un unico concetto o da un’unica immagine. Quando la Scrittura parla di salvezza, usa tutta una serie di immagini, per descrivere

dai più svariati punti di vista questa realtà. Resta però incontestabile che in Gesù l’azione *guaritrice* è una costante delle sue giornate e gli incontri *sananti* ritmano il suo insegnare e il suo camminare. Lui, la Parola salvifica del Padre, si narra e si fa comprendere attraverso mille gesti di guarigione.

La concezione biblica della salvezza prende le mosse da un’esperienza di liberazione ed è proprio in tale liberazione che si fa “esperienza del sentimento che tale guarigione viene da Dio”<sup>3</sup> e si riconosce, nella fede, che essa è dono, grazia e chiamata, linguaggio umano della sua iniziativa salvifica che a noi giunge per mezzo di Gesù Cristo, l’unica Parola che ha rivelato, in pienezza, la sua salvezza.

Il concetto-immagine di *guarigione* può essere quindi, e in modo particolare oggi, “rilevante” per parlare della *salvezza* e l’esperienza di guarigione (e di una salute vissuta nella ricchezza e nel diverso “armonizzarsi” delle sue varie dimensioni, lungo tutto il percorso vitale e nelle varie esperienze personali che lo segnano) diventare un “luogo” per cogliere la Bella Notizia dell’amore di Dio, il *già e non ancora* della sua salvezza. L’agire terapeutico e pastorale, come parola detta e significata nei gesti di servizio e di cura, diventa “rilevante” per l’umanità d’oggi, e quindi vangelo eterno ma sempre nuovo, se si dimostra capace di “discernere” nella domanda di salute la nostalgia di salvezza implicita e di questo *oltre* di salvezza sa essere segno e linguaggio nelle risposte di guarigione.

Il *guarire* – nelle sue varie accezioni di curare, prendersi cura, assistere, accompagnare, ricomporre relazioni e ri-



conciliare – diventa annuncio e “presenza” di una salvezza che continuamente “si dice” nell’umano, ma resta pur sempre “umanamente indicibile” e trascendente, di un Regno (spazio di vita e di amore con Dio) che mentre allarga i suoi orizzonti vede allontanarsene, nella Patria, i confini.

Jean-Marie Tillard nel suo libro *Mondo sanitario terra del vangelo* scriveva, tra l’altro, che “lungi dal costituire un semplice segmento del mistero dell’uomo, l’universo della salute giunge a comprendere la natura umana nella sua angolatura più fondamentale, quella della vita” e impegnarsi nel mondo sanitario significa quindi impegnarsi in uno dei “luoghi” centrali dell’umanità, punto d’incrocio dei drammi umani e delle domande fondamentali che da essi sorgono”<sup>4</sup>.

Per la comunità cristiana, una rilettura del suo messaggio in chiave di “guarigione” (e la riscoperta della dimensione *sanante* del suo annuncio e del suo agire nel relazionarsi con i vari malati e feriti che incontra sul suo cammino), può essere non solo doverosa obbedienza all’esempio e al comando del suo Signore, che passò (e ancora oggi passa) beneficiando e sanando, ma una modalità “rilevante” che una nuova evangelizzazione deve privilegiare per sintonizzarsi con le aspirazioni più profonde dell’umanità di oggi, un modo “nuovo” di *dire parabole* che possono essere più facilmente comprese. È interessante che anche per la spiritualità il compito più urgente sia oggi quello di portare o almeno seminare “guarigione”, diventando nel mondo ferito di oggi “proposta terapeutica”, via di redenzione e di salvezza<sup>5</sup>.

“Nel linguaggio umano – scrive Giovanni Paolo II nella *Fides et Ratio* – prende corpo il linguaggio di Dio” (n. 94). Colui che in Gesù ha detto la sua *sanante Parola* ha accettato di abitare nelle nostre tende e di essere *narrato* dalle nostre relazioni terapeutiche, dai nostri gesti di cura e dalle nostre *sananti parole*:

luoghi ermeneutici del suo Amore. Il contributo di “novità” che le Istituzioni sanitarie cattoliche possono dare all’evangelizzazione non può non fondarsi in un recupero forte delle dimensioni sananti del loro agire (nell’annunciare, nel curare, nel celebrare e nel loro esprimersi comunionale)<sup>6</sup>.

Nonostante il suo grande uso, la parola *evangelizzazione* non è però facile da definire. Già l’esortazione apostolica *Evangelii nuntiandi* di Paolo VI riconosceva che “nessuna definizione parziale e frammentaria può dare ragione della realtà ricca, complessa e dinamica, quale è quella dell’evangelizzazione, senza correre il rischio di impoverirla e perfino di mutilarla” (n. 17). Essa è un processo complesso e dagli elementi vari, che possono apparire contrastanti e perfino esclusivi, ma che invece sono complementari e si arricchiscono vicendevolmente: “rinnovamento dell’umanità, testimonianza, annuncio esplicito, adesione del cuore, ingresso nella comunità, accoglimento dei segni, iniziative di apostolato” (n. 24). L’*evangelizzazione* non può quindi essere compresa senza collegarla ad altri termini che a volte sono usati come sinonimi quando

si vuole descrivere la totalità della prassi ecclesiale: missione, testimonianza, apostolato, pastorale e carità<sup>7</sup>.

È Gesù il primo evangelizzatore, colui che annuncia “la bella notizia del regno di Dio” (Lc 4, 43), ed è Lui questa Bella Notizia. Ed ai suoi discepoli che per primi l’ascoltano dà l’incarico di annunciarla, a loro volta, al mondo intero, in azioni e parole. Se oggi, dopo duemila anni di storia della Chiesa, si sente il bisogno di parlare di *nuova evangelizzazione*, è chiaro che non è il contenuto della *notizia* che dev’essere rinnovato, essendo esso dato definitivamente in Cristo, Parola eterna e sempre nuova del Padre, ma il come essa viene detta nella sua integrità, in tutte le dimensioni della prassi ecclesiale, attraverso un linguaggio che sappia rispondere all’inquietudine del cuore e attraverso una testimonianza che sappia interessare le persone nell’interesse della loro esperienza individuale e socio-culturale. L’aspetto di novità nell’evangelizzazione in ambito sanitario, e particolarmente nelle strutture che dicendosi “cattoliche” si *accreditano* come espressione forte dell’agire ecclesiale, sta oggi, a mio parere, nel cogliere come essa debba incarnarsi in un messaggio di guarigione affidato non tanto alle parole, ma decodificabile nelle relazioni e nei gesti di cura, e visibile nelle strutture.

La *domanda di cura* esprime un’attesa più ampia della semplice prestazione tecnica: “è ricerca cioè, da parte del sofferente, della propria vera identità”<sup>8</sup>, del riconoscimento di sé come persona. Essa ha pertanto confini, la cui ampiezza corrisponde a ciò che il sofferente avverte essergli venuto meno, non ultimo la sua dignità. È possibile parlare di salute e malattia perché ci sono soggetti in relazione e l’ambito nel quale il discorso sul diritto alla salute ha un senso e appare praticabile è, come si esprime D’Agostino, “l’ambito della nostra identità relazionale: quella che ciascuno acquista in riferimento



all'altro, tramite l'altro e con l'altro, e nella quale acquista tutta la sua valenza antropologica la nostra storia fisico-biologica personale"<sup>9</sup>.

La salute e la malattia dell'altro sono quindi un appello all'alleanza ed esigono la "condivisione". La prassi terapeutica è un'alleanza. La malattia come la salute interessano la persona nella sua interezza e perciò rimandano a una *grande alleanza* di fattori. Anche la *terapia* è frutto di un riuscito mosaico di competenze professionali, di un patto fondato sulla relazione, di una grande alleanza tra persone e soprattutto tra un malato e chi lo prende in cura<sup>10</sup>.

Le istituzioni cattoliche diventano evangelizzanti se diventano spazi in cui, nelle relazioni terapeutiche, queste alleanze sono possibili e parlano "nel segno" dell'alleanza con un Dio la cui presenza, qualsiasi cosa accada, non viene meno: si trasformano quindi in luoghi di relazioni significative e personalizzanti nel deserto della malattia.

## 2. Le pietre e il camminare

Ma a parlare di Dio e della relazione con lui non sono tanto le pietre di sasso quanto piuttosto le persone, pietre vive dell'unica chiesa di Cristo, testimoni del suo agire e, in Lui, " trasparenze " dell'amore sanante del Padre. Ma "soltanto l'insieme dei doni rende epifanico l'intero corpo del Signore. Nell'edificio, ogni pietra ha bisogno dell'altra (*1 Pt* 2, 5); nel corpo ogni membro ha bisogno dell'altro per far crescere l'intero organismo e giovare all'utilità comune (*1 Cor* 12, 7)"<sup>11</sup>.

Pietro, nella sua prima lettera, parla di pietre vive attorno alla pietra scelta che è Cristo (*1 Pt* 2, 1-10). "La qualità di *vivente* – scrive Elena Bossetti – utilizzata sia per Cristo che per i fedeli è in netto stridore con l'idea stessa di pietra, a cui sono invece abitualmente associate le caratteristiche di materialità e pesantezza. Designare la pietra co-

me *vivente* è allora un correttivo intenzionale che richiama la risurrezione e segnala il passaggio dal piano realistico della costruzione materiale a quello ecclesiologico"<sup>12</sup>. Lasciandoci trasportare dalla Parola di Dio, siamo immersi in una immagine in movimento. C'è un avvicinamento delle varie pietre verso la pietra viva che è il Signore non per costruire una casa statica, fatta una volta per sempre, ma per dare vita a una comunità dinamica, in cammino nella storia, a strutture che non sono il luogo definitivo del nostro abitare tra noi e con Dio, linguaggi esaurienti la ricchezza della sua Parola, ma "tende", luoghi ospitali nel nostro e altrui *pellegrinare verso la casa del Padre* che "coinvolge l'intimo di ogni persona allargandosi poi alla comunità credente per raggiungere l'intera umanità" (*Tertio Millennio Adveniente* n. 49).

Il Concilio Vaticano II, nella *Gaudium et Spes*, ci ricorda che oggi "il genere umano passa da una concezione piuttosto statica dell'ordine, a una concezione più dinamica ed evolutiva; ciò favorisce il sorgere di un formidabile complesso di nuovi problemi, che stimola ad analisi e sintesi nuove" (n. 5). E un teologo

commenta come il Concilio, "senza venir meno all'imprescindibile riferimento cristologico eguale *ieri, oggi e sempre*, accoglie questo entrare dell'uomo in un nuovo orizzonte di interpretazione e di progettazione di sé e della sua storia, in cui prevale, rispetto al rigido riferimento a immutabili punti di riferimento o a rigide strutture sociali codificate una volta per tutte, la dinamica di una ricerca libera e responsabile di progetti e strutture più rispondenti alla vocazione, sempre in crescita, dell'uomo stesso"<sup>13</sup>.

"Gesù Cristo è lo stesso ieri e oggi e nei secoli" (*Eb* 13, 8), è Lui la Parola già data, ma che oggi vuole aver bisogno delle nostre "nuove" traduzioni, della particolarità dei nostri sguardi, delle nostre parole, del mutare delle nostre relazioni terapeutiche e delle strutture in cui queste relazioni trovano spazi di espressione. Proprio la ricchezza delle possibili espressioni del *sanare* deve riesprimere, in maniera sempre nuova, nello Spirito che continuamente ci rinnova, la ricchezza della Parola del Padre.

Siamo pietre vive, in movimento, sempre pronte ad agire, capaci di "cambiamento" se la nostra mente rimane "sveglia", capace di cogliere nei diversi mondi della salute e della sanità i segni dei tempi che continuamente cambiano e porre segni profetici che leggano in Dio il farsi possibile della nostra storia. A questo riguardo la stessa lettera di Pietro (1, 13), ci propone un particolare atteggiamento mentale: *cingere i fianchi della mente*. "La veste lunga è d'impaccio quando si deve camminare, o lavorare, o combattere. Perciò si cinge ai fianchi. Nel nostro caso i fianchi sono quelli della mente: ci si deve disporre per andare incontro al Signore che viene, restando vigili"<sup>14</sup>, pronti a cogliere il rumore del suo passo, i segni della sua Parola ancora prima che bussì e ci chieda di aprire, capaci di sintonizzarci sulla novità della sua voce che ci invita continuamente a convertirci e a



cambiare. Una dimensione esodale deve attraversare la nostra vita, il nostro modo di rapportarci, le nostre stesse istituzioni sanitarie: la prontezza a camminare, a focalizzare in modo sempre nuovo e diverso il nostro impegno accanto al malato, a costruire comunità, case ed ospedali e cioè pezzi di chiesa dove Cristo, la pietra d'angolo, ancora oggi vuole posarsi per "ri-dire" la profondità redentiva del suo sanare. Aperti a cogliere nel suo eterno oggi le novità del nostro domani.

Accanto al malato, cinti i fianchi per meglio servirlo, esprimeremo il nostro essere sacerdoti, religiosi e laici insieme, nell'offerta della nostra vita, il culto che Dio gradisce. Il malato e le nostre relazioni con lui, la struttura sanitaria o il servizio in cui questo avviene, diventano il "luogo teologico" dove nell'incontro reciproco viviamo la nostra fede e ne annunciamo, l'un l'altro, i contenuti sananti promuovendo una *salute* veramente umana e quindi *integrale*, segno aperto e *nostalgico* della "salvezza che è l'esistenza riuscita nella sua integrità e nella sua pienezza", dono che riceviamo dal Cristo e insieme vocazione che ci invita ad essere "ministri gli uni degli altri della grazia salutare" che si esprime nelle varie forme di guarigione e di salute sempre però "superandole e rifiutando che esse si pongano come l'ordine ultimo e globale del destino degli uomini"<sup>15</sup>. Il cristiano è inquieto perché nasce dall'alto e alla Patria deve tornare. Le strutture in cui si impegna devono mantenere l'inquietudine dell'esodo e del camminare.

Alla domanda di salute, nella varietà delle sue espressioni e nella diversità dei problemi che solleva, la comunità ecclesiale è chiamata a rispondere come comunità sanante, segno efficace (sacramento) di una salvezza integrale che il Signore Gesù compie, attraverso la potenza del suo Spirito di guarigione.

Una delle sfide più importanti che la comunità cristiana deve accettare e alla quale è

chiamata a rispondere, perché il Vangelo che annuncia possa continuamente esprimere la sua "novità", è certamente quella dell'*inculturazione* e cioè di una reale "incarnazione" culturale del suo annuncio, per cui il *qui e ora* del suo parlare e del suo agire sia il luogo in cui il *teo-logare*, e cioè lo sperimentare la presenza di Dio e il parlare di Lui, abbia forme espressive proprie, arricchenti la teologia nel suo insieme perché *rivelative* della ricchezza della Parola. L'agire ecclesiale, anche nel suo specifico *sanante*, non può che essere espresso quindi "nella" e "tramite" la *carne* di una determinata cultura. Non si può fare "nuova evangelizzazione" nelle nostre Istituzioni o tramite esse, se non si comprende, in profondità, la cultura sanitaria in cui ci si vuole inserire e di cui si è, almeno in parte, espressione. La salute, e la cultura che in vari modi oggi ne esprime il senso, non è solo un "luogo" dove Dio ci fa pressanti inviti a leggere la sua presenza, è anche il "luogo" dove i cristiani devono creare nuovi "segni" profetici attraverso una *prassi* che sanando parli di Dio, proponendo modelli leggibili anche da chi è "religiosamente" distratto o non crede<sup>16</sup>.



Evangelizzare in ambito sanitario, ri-dicendo la "novità" sanante della Parola, significa "raggiungere e quasi sconvolgere mediante la forza del Vangelo i criteri di giudizio, i valori determinanti, i punti di interesse, le linee di pensiero, le fonti ispiratrici e i modelli di vita dell'umanità, che sono in contrasto con la Parola di Dio e col disegno della salvezza" (EN n.19), contestare, attraverso modi profetici e alternativi, il non rispetto della completezza della domanda di salute delle persone che ci si impegna a curare. Un'*evangelizzazione inculturata*, grazie ad un agire ecclesiale che nelle nostre Istituzioni deve esprimere la completezza del linguaggio della guarigione, "traduce nello stesso tempo il carattere assolutamente nuovo della Rivelazione in Gesù Cristo e l'esigenza di conversione che scaturisce dall'incontro con l'unico Salvatore: "Ecco, io faccio nuove tutte le cose" (Ap 21, 5)"<sup>17</sup>. È questo un compito affidato da Cristo a tutta la sua Chiesa. I vari professionisti che lavorano nel mondo della salute, come singoli ma soprattutto come comunità ecclesiale, devono testimoniare le ricche potenzialità e modalità espressive e comunicative (e quindi evangelizzanti) del dono, da Cristo a loro affidato, di guarire.

### 3. Immagini narranti

"Segno di speranza". È questa un'espressione usata dal cardinal Bernardin nella sua lettera pastorale a proposito delle Istituzioni sanitarie cattoliche. La malattia è, com'egli si esprime, una specie di esilio umano, un non sentirsi a casa, un essere tagliati fuori dal precedente tipo di vita, un sentirsi immersi nel caos. La vocazione distintiva delle Istituzioni sanitarie cattoliche non sta nel guarire meglio o con più efficienza di altri ma nel dare a coloro che sono malati, attraverso le relazioni di cura, "una ragione di speranza". L'impegno nell'ambito sanitario è "un ministero dell'intera comunità di



fede, la Chiesa”, e quindi essenziale per la Chiesa stessa e non delegabile; un luogo in cui le congregazioni religiose possono trovare nuove modalità di collaborazione, una prospettiva più “cattolica” e cioè capace di andare oltre i propri interessi locali, lavorando per il bene comune, e i vescovi possono meglio sperimentare la loro “collegialità” oltre i confini delle loro diocesi<sup>18</sup>. Le istituzioni sanitarie cattoliche esprimono “il ministero di guarigione di Cristo in un modo specifico dentro la Chiesa locale”<sup>19</sup>.

Il “sanare” non può essere tale se non è inserito all’interno di rapporti in cui la dignità “umana” della persona malata sia pienamente riconosciuta in tutti i momenti e i contesti del percorso di cura e l’umanizzazione della medicina e del rapporto di cura può diventare momento “evangelizzante” nel campo della salute, una *nuova modalità*, più facilmente compresa, di *evangelizzazione*<sup>20</sup>. L’esperienza della malattia (e del dolore che ne è una chiave di lettura particolarmente significativa) è esperienza di “frammentazione”<sup>21</sup> e di rottura ai vari livelli comunicativi (in rapporto al proprio corpo, nella relazione con se stessi, con gli altri e con Dio). L’umanizzazione di cui è portatrice nella sua azione pastorale la Chiesa, e che trova fondamento nella cristologia e nell’antropologia che ne deriva, deve esprimersi – annota Ignazio Sanna – come “umanizzazione unificante”<sup>22</sup>. Una visione unitaria della persona che ne rispetti le dimensioni biologiche, psicologiche e relazionali, e riconosca alla sua apertura al trascendente un ruolo costitutivo, diventa fondamentale per una difesa della dignità della persona umana fin dagli inizi nel suo grembo materno, una risposta terapeutica autentica e il “prendersi cura” che ne deriva diventa “Vangelo” che sana. Ma il processo di umanizzazione non raggiunge i suoi scopi se non viene data maggior attenzione all’operatore sanitario e al riconoscimento dell’interezza del suo essere

persona<sup>23</sup>.

Il Vangelo che la Chiesa annuncia in questo campo si trasforma in promozione e compito sociale: “Non basta ricordare i principi – è detto nella *Octogesima adveniens* – affermare intenzioni, sottolineare le stridenti ingiustizie e proferire denunce profetiche: queste parole non avranno peso reale se non sono accompagnate da una presa di coscienza più viva della propria responsabilità e da un’azione effettiva” (n. 49). È per la Chiesa un dovere del suo ministero pastorale, e della sua connotazione cattolica e quindi universale, vigilare “perché le risorse umane economiche e tecnologiche” siano a servizio della persona umana e di tutte le persone distribuite nelle varie parti del mondo, “perché sia promossa nella sua interezza anche la salute di quanti non hanno voce e perché il mondo sanitario, non lasciandosi costringere dalle dinamiche del profitto, sia invece permeato dalla logica della solidarietà e della carità”<sup>24</sup>. La Chiesa è chiamata dunque a una *vigilanza critica*. “Si tratta di assumere le speranze umane e di verificarle al vaglio della risurrezione del Signore, che da una parte sostiene ogni impegno autentico di liberazio-

ne e di promozione umana, dall’altra contesta ogni assolutizzazione di mete terrene”<sup>25</sup>. Ma questa vigilanza la Chiesa deve tenerla viva anche al suo interno. “Alcune scelte socio-assistenziali e le istituzioni che ne sono scaturite, comprensibili in un passato dal diverso contesto sociale e culturale, sono ormai superate e in contrasto con una nuova sensibilità umana”<sup>26</sup>. La conversione non è solo un dovere “costante” della persona, ma anche un dovere comunitario e un impegno “strutturale”.

L’Incarnazione non è solo una verità di fede che interessa la mente e chiede un assenso nelle parole, ma una modalità relazionale, uno stile che Dio ci propone, e che deve permeare il nostro agire e in esso esprimersi. Siamo chiamati a *dire insieme la nostra professione di fede* (il nostro Credo) *attraverso le nostre diverse professioni*. Anche in ambito sanitario “tutta la vita relazionale umana è integrata nel ministero salvifico della grazia affidato alla Chiesa e per essa alla missione evangelizzatrice dei cristiani: non solo le relazioni intersoggettive, ma anche le interazioni sociali e politiche”<sup>27</sup>.

Ma la Chiesa è chiamata anche a darne per prima l’esempio. “Il compito pratico e teorico che sta di fronte ai cristiani è allora quello di costruire *immagini* e *segni* in cui si manifesta l’irrompere misericordioso del regno di Dio, in cui si anticipa quella unità escatologica che è il desiderio più profondo della storia stessa [...]”<sup>28</sup>. Le Istituzioni sanitarie cattoliche e i servizi che esse possono esprimere, possono diventare nuovo annuncio, se di questo “irrompere misericordioso del regno di Dio” diventano *immagini narranti*, in un mondo che sempre meno ascolta le parole.

L’interesse e la sollecitudine della Chiesa cattolica per i malati, i disabili e i morenti ha una lunga storia di “incarnazione” in ospedali e in vari tipi di istituzioni di assistenza sanitaria: le strutture sanitarie



“cattoliche”. Sono esse tra i segni e le immagini che essa propone alla società intera come “contributo” alla cura e come “modello” di essa. Ma esse stanno subendo tutta una serie di trasformazioni, dovute a fattori interni alle comunità religiose che le amministrano e a fattori socio-economici locali, che rischiano di metterne in crisi il fine o snaturarne quell’identità cattolica che si fonda soprattutto sull’impegno del suo personale “a concepire l’assistenza sanitaria come ministero”<sup>29</sup>. È un’identità che si esprime nel tipo di relazioni sananti che vigono al suo interno e attraverso queste relazioni continuamente si costruisce e si rinnova. Il tipo di Vangelo che in esse si respira (e soprattutto il Vangelo della vita, specie di quella fragile, e della sua dignità) definisce la sua identità cattolica, e si trasforma in messaggio universale<sup>30</sup>.

### Conclusione: annunciare la Trinità che ci abita

In quanto comunità salvata e sanata, la Chiesa può esprimersi sia a livello universale che particolare, come comunità salvifico-sanante. È nel suo essere comunità che la Chiesa esprime in modo pregnante il suo essere “icona della Trinità”, rivelando e comunicando la salvezza della Trinità attraverso nuove relazioni, e uno stile comunione, che ne siano segni sempre più espressivi. Il modello di servizio, e cioè di diaconia, che la Chiesa è chiamata ad esprimere oggi nel mondo della salute, come segno del Regno, specie nelle sue Istituzioni, è il modello della “comunione ecclesiale”. È il modello trinitario della comunione e della reciprocità, nel quale ognuno è partner di una relazione in cui è sanante e sanato, Cristo-samaritano e Cristo-malato, spazio di autentica evangelizzazione perché coinvolge l’interesse comunicativa di chi dà e di chi riceve. Se Cristo ha redento la persona umana “per ciò stesso ha anche redento la rela-

zione tra le persone”. È quindi evidente che è “la qualità delle relazioni di *koinonia* e di *diakonia* ecclesiali a esibire l’autentica figura cristologica delle fedi” e il luogo del suo manifestarsi è la nostra storia personale e sociale<sup>31</sup>.

“La domanda di salute – come la Chiesa italiana ha sottolineato nella Giornata del malato di quest’anno – esprime la nostalgia di infinito e di salvezza che il Padre ha messo nel mondo interiore di ciascuno di noi e che solo il ritorno a Lui può pienamente soddisfare”<sup>32</sup>. La risposta a questa domanda deve trovare quelle incarnazioni che siano segni della sua Parola.

Nelle relazioni terapeutiche in cui domanda e risposta si incontrano c’è sempre la presenza dello Spirito e del suo amore, dovunque questo accada. La domanda di salute (che nel malato si esprime in tutta la sua profondità) e la comunità, che di questa domanda si fa carico e del malato se ne prende cura, possono diventare *tende in cui il Dio-Trinità vuole abitare*, spazi espressivi di relazioni terapeutiche la cui comprensione, pur parlando linguaggi diversi, per opera dell’unico Spirito d’amore, sarà universale.

Se vogliamo dar contenuto



vero alla “nuova evangelizzazione”, ci ricorda Pagola, uno dei nostri primi impegni dev’essere “riscoprire la dimensione terapeutica dell’evangelizzazione”<sup>33</sup>. Ma dobbiamo soprattutto, a mio parere, recuperare la forza evangelizzante insita nel nostro curare perché come comunità ecclesiale (e le istituzioni sanitarie cattoliche ne devono essere un’espressione specifica e “accreditata”) siamo stati mandati, a “evangelizzare sanando” sull’esempio di Colui che di questo ne è stato non solo *messaggero*, ma anche il grande *messaggio*.

Rev. P. LUCIANO SANDRIN,  
M.I.

Preside dell’Istituto Internazionale di  
Teologia Pastorale Sanitaria,  
“Camillianum”, Roma

### Note

<sup>1</sup> TETTAMANZI D., *Chiesa e salute*, in AA. VV., MONTICELLO I. (a cura di), *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del 3° Convegno della Consulta Nazionale della Pastorale della Sanità della CEI 23-25 aprile 1995, Salcom, Brezzone di Bedero (Va) 1995, p. 93.

<sup>2</sup> TILICH P., *L’irrelevanza e la rilevanza del messaggio cristiano per l’umanità oggi*, Queriniana, Brescia, 1998, pp. 41e 61 (or. ingl. 1996).

<sup>3</sup> TRACY D., *Salvare dal male. La salvezza e il male oggi*, in “Concilium” 1(1998), p. 156.

<sup>4</sup> TILLARD J.M.R., *Mondo sanitario terra del Vangelo. Salute e malattia al vaglio della coscienza cristiana*, EDB, Bologna (s.d.).

<sup>5</sup> SECONDINI B., *Come e perché coltivare la spiritualità nel cuore della modernità in crisi*, in “Consacrazione e Servizio”, 5 (1999), p. 37.

<sup>6</sup> Cfr. SANDRIN L., *La Chiesa, comunità sanante*, in PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, Convegno su “Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell’anno 2000”, Roma 6-8 novembre 1997, Atti in “Dolentium Hominum” 37 (1998), pp. 69-74. Cfr. anche SANDRIN L., *Los agentes de pastoral de la salud. Una reflexión teológico-pastoral*, in “Camillianum”, 9 (1998).

<sup>7</sup> ANTHONY F.V., *Evangelization: Growing Understanding of a Complex Process*, in “Salesianum” 61(1999), p. 18; Cfr. anche MIDALI M., *Modelli di*

pastorale e nuova evangelizzazione, in VANZAN P. (a cura di), *La teologia pastorale*, AVE, Roma, 1993, pp. 21-116 e PINTOR S., *Il primato dell'evangelizzazione nella teologia pastorale oggi*, in "Camillianum", 9 (1998), pp. 9-26.

<sup>8</sup> CATTORINI P., *Alleanza terapeutica*, in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino, 1997, pp. 30-37.

<sup>9</sup> D'AGOSTINO F., *La persona e il diritto alla salute*, in PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, Convegno su "Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000", Roma 6-8 novembre 1997, Atti in "Dolentium Hominum", 37 (1998), pp. 28-29.

<sup>10</sup> CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il mosaico terapeutico*, Camilliane, Torino, 1996.

<sup>11</sup> PONTIFICIA OPERA PER LE VOCAZIONI ECCLESIASTICHE, *Nuove Vocazioni per una nuova Europa*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1997, p. 47.

<sup>12</sup> BOSETTI E., *Per un cammino di spiritualità ecumenica. La prima lettera di Pietro*, Centro Pro Unione, Roma, 1994, p. 84.

<sup>13</sup> CODA P., *L'antropologia trinitaria. Una chiave di lettura della "Gaudium et Spes"*, in "Nuova Umanità", 56 (1988), p. 25.

<sup>14</sup> BOSETTI E., *op. cit.*, p. 58.

<sup>15</sup> CONGAR Y., *Un popolo messianico. La chiesa, sacramento di salvezza. Salvezza e liberazione*, Queriniana, Brescia 1982, pp. 128, 72, 127. Applico alla salute e alle sue forme quanto l'autore afferma della libertà e delle liberazioni.

<sup>16</sup> FISICHELLA R., *Quando la fede pensa*, Piemme, Casale Monferrato (Alessandria), 1997, p. 190.

<sup>17</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA CULTURA, *Per una pastorale della cultura*, Città del Vaticano, 1999.

<sup>18</sup> BERNARDIN JOSEPH, *A Sign of Hope. A Pastoral Letter on Healthcare*, CHA of US, St.Louis (MO), 1995.

<sup>19</sup> NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*, Washington D.C., 1995, p. 4.

<sup>20</sup> Cfr. BRUSCO A., *Umanità per gli ospedali. Prospettive pastorali*, Salcom, Brezzo di Bedero (Va), 1983; AA.VV., *Per un ospedale più umano*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi), 1985; PANGRAZZI A., *I volti dell'umanizzazione e della disumanizzazione negli ospedali*, in "Camillianum", 6 (1995), pp. 269-284; MARCHESI P., *Umanizzazione sanitaria*, in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di Teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino, 1997, pp. 1327-1340.

<sup>21</sup> THIELE ROLANDO R., *Psiconcologia. Nuove tendenze nell'assistenza al malato di cancro*, Il Mulino, Bologna, 1988.

<sup>22</sup> SANNA I., *Dalla sua pienezza noi tutti abbiamo ricevuto. La cristologia e la promozione umana. Fondamento o garanzia?*, in CODA P. (a cura di), *L'unico e i molti. La salvezza in Gesù Cristo e la sfida del pluralismo*, Pontificia Università Lateranense - Mursia, Roma, 1997, pp. 184-185.

<sup>23</sup> ANNUNZIATA M.A., *L'umanizzazione della medicina*, in MORASSO G. (a cura di), *Cancro: curare i bisogni del malato. L'assistenza in fase avanzata di malattia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998, p. 225.

<sup>24</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso al Convegno su "Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000"*, del PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, Roma 6-8 novembre 1997, Atti in "Dolentium Hominum" 37 (1998), n. 2.

<sup>25</sup> FORTE B., *La Chiesa della Trinità. Saggio sul mistero della Chiesa, comunione e missione*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi), 1995, p. 355. Cfr. il capitolo IV della *Gaudium et Spes* sulla missione della Chiesa nel mondo contemporaneo. Cfr. pure I. ELLACURÍA, *Conversione della Chiesa al Regno di Dio*, Queriniana, Brescia, 1992.

<sup>26</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO PER I

LAICI, *La dignità dell'anziano e la sua missione nella Chiesa e nel mondo*, Città del Vaticano, 1998, p. 26.

<sup>27</sup> COZZOLI M., *Chiesa, vangelo e società. Natura e metodo della dottrina sociale della Chiesa*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1995, p. 62 e 71-80. Cfr. anche CARRIER H., *Dottrina sociale. Nuovo approccio all'insegnamento sociale della Chiesa*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi), 1993.

<sup>28</sup> RUGGIERI G., *Chiesa e mondo*, in KERN W., POTTMEYER H.J., SECKLER M. (edd.), *Trattato sulla Chiesa*, vol. 3, Queriniana, Brescia 1990, pp. 313-314.

<sup>29</sup> BEAL J., *Ospedali cattolici. In che misura saranno cattolici?*, in "Conclium", 5 (1994), pp. 127-129.

<sup>30</sup> Cfr. anche COLLINS M. F., *Il ruolo degli ospedali cattolici nel nuovo millennio*, in PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, Convegno su "Chiesa e salute nel mondo. Attese e speranze alle soglie dell'anno 2000", Roma 6-8 novembre 1997, Atti in "Dolentium Hominum", 37 (1998), pp. 85-89.

<sup>31</sup> CODA P., *Sul concetto e il luogo di un'antropologia trinitaria*, in CODA P., L'UBOMIR ZÁK (edd.) *Abitando la Trinità. Per un rinnovamento dell'ontologia*, Città Nuova, Roma, 1998, pp. 128-131.

<sup>32</sup> UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Domanda di salute, nostalgia di salvezza*, Camilliane, Torino, 1998, p. 11.

<sup>33</sup> PAGOLA J.A., *Acción pastoral para una nueva evangelization*, Sal Terrae, Santander 1991, pp. 137-162. Cfr. PAGOLA J.A., *Es bueno creer. Para una teología de la esperanza*, San Pablo, Madrid 1996; PAGOLA J.A., *Evangelizzazione e mondo della salute*, in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino, 1997, pp. 427-432; HÄRING B., *Proclamare la salvezza e guarire i malati. Verso una visione più chiara di una sintesi fra evangelizzazione e diakonia sanante*, Ospedale Miulli, Quaderni 1, Acquaviva delle Fonti (Ba), 1984 (or. ted. 1984).



# Conclusione del Simposio Mondiale dell'AISAC

## GRUPPI (SINTESI)

### 1. Gruppo inglese

Dobbiamo iniziare con prudenza e riserva, consapevoli sempre di ciò che facciamo. È necessario disporre di tutta l'informazione necessaria, in particolare di come già funzionano i gruppi costituiti da medici, infermieri ed infermiere, farmacisti. Bisognerà vedere come organizzarsi tenendo conto delle realtà dissimili dei diversi continenti, come ad esempio l'Africa. Il gruppo direttivo sarà formato all'incirca di 9-10 persone. Le strutture che verranno ideate dovranno essere flessibili e il processo sempre aperto al dialogo secondo le diverse competenze della comunità ospedaliera cattolica. Dobbiamo sapere quale tipo di organizzazione vogliamo, fare una prima bozza di progetto, formulare dei principi, precisare il compito.

### 2. Gruppo francese

Chiarire la necessità dell'AISAC:

1. Per partecipare effettivamente in Organismi internazionali.
2. Elaborare di criteri.
3. Avere un coordinamento della rete sanitaria.
4. Entrare in dialogo sulla sua dimensione etica e la sua filosofia generale: a) favore per i più poveri; b) umanizzazione. Un modello per il coordinamento potrebbe essere rappresentato dagli statuti anteriori all'AISAC, nonché dalle strutture private ospedaliere. È necessario studiare i diversi livelli, nazionali, regionali e internazionali. Bisogna costituire rapidamente un gruppo iniziale di lavoro.

### 3. Gruppo italiano

È possibile tornare a fondare l'AISAC, secondo una costituzione confederata di istituzioni nazionali ospedaliere cattoliche. I suoi compiti sarebbero spirituali e formativi. Tale costituzione confederata sarebbe a partire dalle Conferenze Episcopali, in consultazione con le Conferenze di Religiosi. Bisogna conoscere i responsabili e identificare i comitati rappresentativi nazionali.

### 4. Gruppo spagnolo

Si ritiene necessaria la costituzione di una federazione internazionale di centri sanitari cattolici per armonizzare principi e valori comuni. In questo modo la Chiesa si impegnerebbe maggiormente

nella pastorale della salute. Inoltre, ci sarebbe maggiore possibilità di scambio di risorse, maggiore informazione, possibilità di partecipare ai fori internazionali. Bisogna essere consci del fatto che in molti paesi non esistono né è facile costituire associazioni nazionali di istituzioni sanitarie cattoliche, e per questo è necessario che il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute inciti le Conferenze Episcopali fornendo criteri, finalità e valori al riguardo. I problemi non si risolvono chiudendosi, bensì in una prospettiva solidale e comunitaria, in particolare come frutto del prossimo anno giubilare.

## CONCLUSIONI DEL PRESIDENTE DEL PONTIFICIO CONSIGLIO

Tra i diversi obiettivi segnalati da questo Simposio, ci soffermiamo sull'Associazione Internazionale di Istituzioni Sanitarie Cattoliche. Quattro sono stati i punti fondamentali trattati nel corso del Simposio, e cioè: 1. L'identità di un'istituzione sanitaria cattolica. 2. I relativi problemi riguardo l'economia, i suoi rapporti con altri organismi (OMS) e la sua effettività nel futuro (telemedicina). 3. Modelli di organizzazione di un'istituzione del genere. 4. Linee verso una nuova evangelizzazione delle istituzioni sanitarie cattoliche. Tutti questi temi sono stati trattati ampiamente e hanno suscitato un dialogo prezioso.

Si fa notare la qualità del Simposio e il suo rilievo mondiale per la presenza di rappresentanti molto qualificati dei cinque continenti. Si auspica che la creazione del-



l'AISAC diventi una realtà effettiva di una presenza pastorale più efficace della Chiesa nel mondo della salute. Si ricorda che, come espresso nei vari interventi, tale Organizzazione dipende dall'Organizzazione già esistente a livello nazionale; pertanto si esortano tutti i presenti a metterla in atto nei paesi in cui non esiste ancora, affinché possa realmente portare alla ricostituzione dell'AISAC.

Il Presidente ha presentato tre proposte approvate all'unanimità:

1. Creare un'Organizzazione pastorale internazionale che raggruppi tutte le istituzioni sanitarie cattoliche.

2. Per il momento il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute dovrà dare impulso alla creazione di questa organizzazione internazionale.

3. Formare, all'interno del Pontificio Consiglio, un gruppo presieduto da P. Marchesi, che avrà il compito di creare tale organizzazione. Il gruppo sarà costituito da rappresentanti di tutti i continenti, sulla base di un equilibrio tra paesi

industrializzati e paesi in via di sviluppo.

È stato posta a votazione la frequenza delle riunioni dei partecipanti al Simposio e, sempre all'unanimità, è stato proposto che simposi come quello attuale si svolgano annualmente in Vaticano.

Il Simposio si è chiuso con una preghiera e un ringraziamento a Dio per il successo ottenuto.

S.E. Mons. JAVIER LOZANO  
BARRAGAN

*Presidente del Pontificio Consiglio  
per la Pastorale della Salute,  
Santa Sede*

