



DOLENTIUM HOMINUM

N. 43 – anno XV – N. 1, 2000

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Atti della XIV Conferenza Internazionale

*promossa dal
Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
su*

***Economia
e salute***

18-19-20 novembre 1999

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

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

CORRISPONDENTI

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

TRADUTTORI

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



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

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

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

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

Sommario

- 6 *Indirizzo d'omaggio al Santo Padre
di S.E. Mons. Javier Lozano*

- 7 *Discorso del Santo Padre*

ECONOMIA E SALUTE



- 10 **Introduzione alla
XIV Conferenza Internazionale
su Economia e Salute**
S.E. Mons. Javier Lozano

- 12 **Mondo dell'economia
e mondo della salute**
S.Em. Card. Fiorenzo Angelini

- 14 **Economia e salute
alla luce della Parola di Dio**
S.Em. Card. Dionigi Tettamanzi

- 20 **Modelli di salute
nella società odierna**
Dott. Jorge Luis Maiorano

- 24 **Sistemi sanitari a confronto**
Dott. George A.O. Alleyne

SESSIONE POMERIDIANA

- 30 **I modelli culturali della salute**
P. Tony Anatrella

- 37 **Religione, economia e salute**
S.E. Mons. Angelo Scola

- 44 **Economia e medicina nel secolo XIX**
Prof. Diego Gracia Guillén

- 50 **Riflessioni dall'insegnamento sociale
della Chiesa**
S.E. Mons. Diarmuid Martin



- 54 **Salute e salvezza
nella teologia dogmatica**
P. Giuseppe Cinà

- 63 **Morale ed economia nella sanità**
P. Georges Cottier

- 69 **Indagine da parte di altre religioni
su Economia e Salute: riflessioni
dal Protestantismo conciliare**
Suor Elizabeth Moran

75 **Il punto di vista dell'ebraismo
su economia e salute**
Prof. Abramo Alberto Piattelli

77 **Economia e salute
secondo i principi islamici**
Dott. Kamel Al-Sharif

84 **Economia e salute:
la prospettiva dell'induismo**
Prof. Thimappa Hegde

SESSIONE POMERIDIANA

88 **Pratica della diaconia
e missione nella sanità**
Fra Pascual Piles Ferrando

96 **Cosa fare nella comunicazione
cristiana dei beni**
S.E. Mons. Carlos Talavera Ramirez

102 **Valutazione della differenza tra
nord e sud nell'economia della salute**
S.E. Mons. Paul Ruzoka

106 **Verso un modello politico legale
della scienza medico-sociale**
Dott. José Manuel R. Beccaria



110 **Promuovere la ricerca
medico-scientifica al servizio dell'uomo
nell'ambito dell'operatività culturale**
Dott. Alberto J. Mazza

115 **Il bisogno impellente di un approccio
analitico alla gestione economica
degli ospedali cattolici**
Dott. Mary Healey-Sedutto

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro
"I della Robbia"
(La scultura invetriata nel Rinascimento),
volume II di Giancarlo Gentilini;
Cantini, Borgo Santa Croce 8, Firenze; Gruppo D'Adamo Editore*



INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE DI S.E. MONS. JAVIER LOZANO

Beatissimo Padre:

Voglio esprimere un sincero saluto da parte del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ed anche da parte di tutti i partecipanti della XIV Conferenza Internazionale su: "Economia e salute".

Padre Santo, Lei ha affidato al Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, tra gli altri compiti, quello di orientare la Pastorale sanitaria secondo la dottrina della Chiesa. Questo compito lo abbiamo assunto col cuore ed abbiamo cercato di portarlo avanti seguendo specialmente gli illustri insegnamenti di Sua Santità.

Un tema molto urgente e di attualità è quello dell'economia al servizio della salute. Per questo lo abbiamo scelto come argomento per la nostra XIV conferenza, e la domanda che ci poniamo è: quali sono le linee che dobbiamo seguire in questo campo per rispondere con la Parola di Dio alle difficili questioni che si prospettano? Così abbiamo sviluppato questa Conferenza Internazionale. Eccellenti teologi e scienziati venuti da diverse parti del mondo ci hanno aiutato a riflettere sul tema. Abbiamo iniziato con una visione generale di quello che la Parola di Dio ci dice in materia, l'abbiamo

contrastata con la realtà economica sanitaria del mondo globalizzato di oggi, questa realtà l'abbiamo illuminata con riflessioni teologiche, non dimenticando l'aspetto ecumenico come cammino verso l'unità, ed abbiamo tracciato delle linee operative che ci possano condurre in questo campo della salute in generale e specialmente nei centri ospedalieri, nelle cliniche, negli ambulatori ed altri che vogliano seguire le direttive della Chiesa cattolica.

Oggi siamo venuti da Lei, Padre Santo. Prima di tutto, vogliamo ringraziarLa di cuore per averci ricevuto, quindi La supplichiamo perché si degni di illuminare le nostre riflessioni con le direttive da seguire, che provengono dalla Sua autorevole Parola. Con queste finiremo il nostro impegno nell'ultimo anno del millennio e saranno la via sicura da percorrere al risvegliarsi del Terzo Millennio.

Grazie, Padre Santo, per averci ricevuto, e grazie per i Suoi orientamenti così preziosi, che costituiranno la chiave per la nostra Pastorale della Salute.

S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN

*Presidente del Pontificio Consiglio
per la Pastorale della Salute
Santa Sede*



DISCORSO DEL SANTO PADRE

Venerati Fratelli nell'Episcopato
e nel Sacerdozio,
Illustri Signori e Signore!

1. Sono lieto di accogliervi in occasione della vostra partecipazione alla Conferenza Internazionale che il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari ha voluto dedicare quest'anno alla riflessione sul rapporto che lega economia e salute: un tema tanto attuale e denso di problematiche, che coinvolge sia l'impostazione delle politiche nazionali sia il compito di evangelizzazione della Chiesa.

Saluto Mons. Javier Lozano Barragán e lo ringrazio per le cortesi parole che mi ha rivolto poc'anzi, facendosi interprete dei sentimenti di tutti. Rivolgo un cordiale benvenuto ai collaboratori del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, come pure agli eminenti studiosi, ricercatori, rappresentanti di Stati e di Governi, che hanno voluto onorare con la loro presenza e con il loro contributo scientifico questo importante simposio.

Nell'intento di individuare linee d'azione concrete, avete affrontato l'argomento non da un lato

semplicemente tecnico, ma in modo scientificamente organico e articolato. La vostra riflessione s'è mossa nell'orizzonte della fede. È, infatti, a partire dalla Parola di Dio, portatrice di salvezza integrale per tutta l'umanità, che viene meglio posto in luce il rapporto economia-salute, sia globalmente che nei suoi diversi aspetti specifici.

Una migliore comprensione di questa realtà, che è in sé così complessa ed ha una portata mondiale, viene certamente favorita dal serio accostamento interdisciplinare da voi opportunamente scelto. Voi avete voluto considerare il rapporto economia e salute alla luce sia dello sviluppo storico che della dottrina sociale della Chiesa, della teologia e della morale. E, tutto, nello spirito di un costruttivo dialogo ecumenico e interreligioso.

2. Non manca, inoltre, nella vostra riflessione, un conseguente intento operativo: avete formulato proposte di linee d'azione capaci di migliorare il rapporto esistente tra economia e salute a tutti i livelli: economico, sociale, politico, culturale e religioso. Avete, cioè, cercato di rispondere alla domanda su che cosa fare, a livello mondiale e in ogni Paese, per attuare in modo più umano e cri-



stiano il rapporto tra economia e salute.

È questo un interrogativo inquietante, che dal Congresso deve raggiungere tutti gli uomini di buona volontà e interpellare particolarmente coloro che a livello mondiale e di ogni singolo Paese hanno una maggiore responsabilità in questo ambito.

Non è tollerabile, infatti, che la limitatezza delle risorse economiche, oggi variamente sperimentata, si ripercuota di fatto prevalentemente sulle fasce deboli della popolazione e sulle aree del mondo meno abbienti, privandole delle necessarie cure sanitarie. Ugualmente non è ammissibile che tale limitatezza conduca a escludere dalle cure sanitarie alcune stagioni della vita o situazioni di particolare fragilità e debolezza, quali sono, ad esempio, la vita nascente, la vecchiaia, la grave disabilità, le malattie terminali.

Ogni persona umana, creata ad immagine e somiglianza di Dio e chiamata a partecipare alla stessa vita divina, ha diritto di potersi sedere alla mensa del banchetto comune e ad usufruire dei benefici offerti dal progresso, dalla scienza, dalla tecnica, dalla medicina.

3. Allo stesso modo, è importante acquisire una più adeguata visione della salute, che si fondi in un'antropologia rispettosa della persona nella sua integralità. Lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, un tale concetto di salute si pone come tensione verso una piena armonia e un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale (cfr. Messaggio per l'VIII Giornata mondiale del Malato, 13).

È a partire da questa rinnovata visione di economia e di salute che si potrà attuare in termini più positivi un loro reciproco rapporto. Non è compito della Chiesa definire quali modelli economici e quali sistemi sanitari possono meglio risolvere il rapporto economia-salute, ma è sua missione adoperarsi perché, nel contesto della cosiddetta "globalizzazione", esso venga affrontato e risolto alla luce di quei valori etici che favoriscono il rispetto e la tutela della dignità di ogni essere umano, a partire dai più deboli e poveri.

4. Con vivo dolore si deve constatare che il divario tra situazioni di ricchezza persino smodata e di povertà spinta talora fino all'indigenza, anziché diminuire, tende ad allargarsi sempre più (cfr. *Sollicitudo rei socialis*, 14). Un fatto, questo, che comporta ripercussioni quanto mai pesanti e talvolta drammatiche proprio in riferimento al rapporto economia e salute.

Fortunatamente in questa situazione si va facendo strada una maggiore consapevolezza della dignità di ogni persona e della radicale interdipendenza

umana, con un conseguente accresciuto senso del dovere della solidarietà. È solo in questo orizzonte che si può realizzare il superamento di una visione economicista e quindi riduttiva della salute, lasciandosi alle spalle le tanto ingiuste sperequazioni esistenti nel rapporto economia-salute.

Per i cristiani, in particolare, la solidarietà diventa virtù che sfocia nella carità e da questa viene costantemente alimentata, suscitando conseguenti atteggiamenti di accoglienza e di sostegno anche nell'ambito della cura dei malati. Punto di riferimento supremo resta la comunione trinitaria, alla quale il cristiano sa di dover ispirare la propria vita per realizzare un rapporto di carità autentica, di cui soggetti privilegiati sono sicuramente i fratelli più deboli, tra i quali sono da annoverare i malati.

5. Ad essi voglio ora rivolgere uno speciale pensiero di affetto, che estendo alle rispettive famiglie preoccupate per la loro salute ed a quanti operano con generosità e solidarietà al loro servizio. A ciascuno di essi voglio rinnovare l'espressione della vicinanza premurosa della Chiesa e l'assicurazione del suo impegno instancabile, perché si costruisce una società più giusta e fraterna.

Un appello speciale rivolgo ai governanti ed agli organismi internazionali, perché nell'affrontare il rapporto economia e salute si lascino guidare unicamente dalla ricerca del bene comune.

Alle industrie farmaceutiche chiedo di non far mai prevalere il profitto economico sulla considerazione dei valori umani, ma di mostrarsi sensibili alle esigenze di quanti non godono di un'assicurazione sociale, ponendo in atto valide iniziative per favorire i più poveri ed emarginati. Occorre operare per ridurre e, se possibile, eliminare le differenze esistenti tra i vari Continenti, esortando i Paesi più avanzati perché mettano a disposizione di quelli meno sviluppati esperienza, tecnologia e una parte delle loro ricchezze economiche.

Possa l'alba del terzo millennio vedere il nostro pianeta, con tutte le sue risorse, più conforme al disegno di Dio, in modo tale che nessuno si senta escluso dalla cura dovuta alla sua persona e alla sua salute, nel rispetto dell'uguale dignità di ciascuno.

Alla Vergine Maria, modello della Chiesa e di una umanità riconciliata, affido il frutto dei vostri lavori, perché con la sua materna intercessione dia compimento agli aneliti di bene, di giustizia e di pace presenti nel cuore di ogni uomo.

A tutti la mia Benedizione!

Economia e salute



JAVIER LOZANO



Introduzione alla XIV Conferenza Internazionale su Economia e Salute

1. Problematica

Dagli inizi degli anni Ottanta, i governi dei paesi occidentali sono intensamente impegnati nel contenere le spese sanitarie, gravate ovunque da un incremento annuale superiore alla ricchezza prodotta. Per questo applicano misure restrittive e nuove politiche sanitarie, cercando di incrementare l'incidenza della salute e della medicina negli schemi di un sistema di libero mercato. Si dice che la politica assistenziale sanitaria abbia generato inefficienza, spese immense non più sostenibili, corruzione e piaga della burocrazia¹.

2. A favore del sistema assistenziale

Contro queste decisioni, non hanno tardato a levarsi voci secondo le quali trattare commercialmente il mondo della malattia e della salute è assurdo, in quanto la salute verrebbe considerata un prodotto che l'impresa dovrebbe offrire in modo competitivo, valorizzando al massimo le risorse disponibili riducendo i costi; il paziente diventerebbe così un semplice cliente.

Coloro che sono contro questa tendenza affermano che un centro sanitario non lavora per accrescere il prodotto e per incrementare l'offerta di servizi, bensì per ridurre le necessità; inoltre nel campo sanitario non esiste la saturazione del mercato, per il quale ad un aumento dell'offerta può presentarsi l'aumento della domanda; d'altra parte, denominare prodotto la salute offende il concetto integrale di salute in quanto questa, oltre all'aspetto fisico abbraccia quello psichico e

spirituale; inoltre, qualificare il malato come un "cliente" è altrettanto inadeguato; questa sarebbe un'ottica esclusivamente economica in cui ogni malattia avrebbe falsamente il proprio corso, tempo ed ordine fissi; il rapporto medico-paziente verrebbe abbandonato in quanto, una volta consegnato il prodotto, il cliente verrebbe lasciato; molti malati, per i quali la legge della domanda e dell'offerta non funzionerebbe, sarebbero abbandonati, come nel caso dei malati terminali o affetti da malattie incurabili come l'AIDS, o nel caso degli anziani e degli invalidi per i quali la terapia psicologica e spirituale è essenziale; si reciderebbero inoltre i legami con i familiari del malato, decisivi per la cura; si renderebbe vuoto il concetto di volontariato; ci si preoccuperebbe di aspettative commerciali e non della salute del malato e i centri sanitari non avrebbero così, come finalità, il recupero del malato tralasciando il guadagno economico².



3. A favore del libero mercato

Nonostante questa posizione di rifiuto, la maggior parte delle attuali politiche sanitarie governative, almeno in Occidente, accettano il sistema di libero mercato applicato alla salute e presentano diverse ragioni per dimostrare come, secondo loro, il sistema alternativo, ossia quello dell'assistenza, sia obsoleto e non possa più essere mantenuto in accordo allo sviluppo attuale dei diversi paesi. Propongono il modello di libero mercato nella salute come un modello per il primo mondo e in qualche modo, con i dovuti adattamenti, anche per il terzo mondo.

I miglioramenti proposti al sistema assistenziale da parte dei fautori del libero mercato, non devono mai colpire il nucleo basilare di equità e solidarietà. Si cercano condizioni più favorevoli per ottenere i benefici combinati di una maggiore decentralizzazione, la possibilità di applicare gli strumenti della gestione imprenditoriale e la delimitazione di mezzi e responsabilità per i gestori periferici. Si richiederebbe una struttura che permetta una netta differenziazione tra i principali attori del sistema sanitario e il riconoscimento delle loro rispettive responsabilità. L'amministrazione centrale sarebbe il principale finanziatore; le aree di salute, gli acquirenti dei servizi; gli ospedali, i vari centri sanitari, i medici e i farmacisti sarebbero i fornitori e gli utenti sarebbero i clienti.

L'obbligo fondamentale del compratore sarebbe quello di ottenere una maggiore qualità dei servizi con le risorse disponibili. Tale mercato sanitario interno produrrebbe uno stimolo competitivo tra diverse unità incaricate di fornire i servizi.

Verrebbe a crearsi in questo modo una competenza che dovrebbe suscitare miglioramenti nella qualità e nel costo delle prestazioni e fornire all'utente un maggiore margine di scelta tra i fornitori, mentre la base fondamentale del rapporto tra questi e gli utenti sarebbe il contratto accettato dopo una dettagliata analisi della sua efficienza. In questo rientrerebbe tanto il settore pubblico quanto quello privato.

La coscienza dell'obbligo personale e il dover rendere conto dei risultati sarebbero degli incentivi e migliorerebbero le forme amministrative di assistenzialità che risultano già inadeguate per comprendere e gestire la complessità e il volume dei servizi sanitari attuali. La rigidità normativa dell'assistenzialità si trasformerebbe in servizi versatili e si eviterebbe la supremazia perversa della burocrazia, dando spazio al consumatore. Entrerebbero in gioco due fattori importanti, l'interesse economico e la libertà di scelta; il primo potrebbe essere diretto alla qualità del prodotto, mentre il secondo alla qualità del servizio. Entrambi possono degenerare, è vero; ma possono anche essere fattori da considerare nella priorità e nell'equità nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Le moderne tecniche di gestione imprenditoriale comportano lo snellimento dei passaggi, la definizione di responsabilità e la delega di autorità. La gestione della salute dovrebbe tenere sempre presenti la qualità del prodotto, l'ottemperanza dei bilanci, la riduzione dei costi, la produttività, la motivazione e la retribuzione del personale, la ricerca e lo sviluppo e quindi il funzionamento dell'impresa ospedaliera. Si dovrebbe animare la coscienza della spesa, tanto da parte dell'utente come dei fornitori; è certo, si dice, che la salute non ha prezzo, ma ha un costo. Si ritiene che ciò che realmente caratterizza il sistema burocratico assistenziale sia una errata assegnazione delle risorse, lo spreco nei consumi. La competitività esigerebbe una formazione permanente da parte dei fornitori di servizi. La tecnologia in continuo progresso dovrebbe indispensabilmente essere incorporata nel servizio sanitario. Snellimento dei passaggi, definizione di responsabilità, delega di autorità, qualità del

prodotto, ottemperanza dei bilanci, riduzione dei costi, produttività, motivazione e retribuzione del personale, ricerca e sviluppo, coscienza della spesa, costo della salute, tecnologia e formazione permanente, sarebbero alcuni dei vantaggi della forma di gestione di realizzare le cure sanitarie nel mondo attuale.

All'interno di questo sistema di libero mercato ci si prenderebbe cura anche degli anziani, dei malati cronici, dei convalescenti e di quanti richiedono cure palliative; si vedrebbe il mercato dei prodotti e dei servizi, ma non si considererebbero come soggetti di mercato i destinatari di queste cure.

4. XIV Conferenza Internazionale su "Economia e salute"

Siamo favorevoli o contrari al libero mercato nel mondo della salute? Desideriamo perpetuare il sistema assistenziale? Come far fronte ai costi della salute, specialmente nei paesi più poveri, quando le esigenze sanitarie aumentano? Chi deve pagare le fatture? La globalizzazione dell'economia di mercato impedisce un trattamento umano del mondo della salute? Il sistema assistenziale è viziato dalla burocrazia o dalla corruzione? Qual è l'economia migliore per una migliore salute? Cosa hanno da dire a questo riguardo i paesi ricchi e, specialmente, i paesi poveri? Cosa ci dice Dio al riguardo? Cosa pen-

sa la Chiesa cattolica? E cosa pensano le grandi religioni su questo punto tanto pressante? Infine, per non restare a livello teorico, cosa dovremmo fare per riconciliare economia e salute nella maniera più umana e cristiana?

Tali ed altre situazioni nel campo dell'economia e della salute, ci interpellano con sempre maggiore forza. Per rispondervi, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha organizzato questa XIV Conferenza Internazionale su "Economia e Salute".

La tematica da sviluppare è stata raggruppata attorno alle seguenti domande: Cosa ci dice la Parola di Dio riguardo ad economia e salute? Qual è in concreto la realtà internazionale nel mondo dell'economia e della salute? Come possiamo illuminarla con la Parola di Dio? Cosa dobbiamo fare in pratica? Venti specialisti a livello mondiale con una connotazione professionale eccellente, hanno voluto accorrere a questo appuntamento per darci le loro risposte, che saranno coordinate da cinque moderatori altamente qualificati.

Desidero dare il benvenuto e ringraziare sentitamente tutti loro per la loro attiva partecipazione a questa Conferenza.

Desidero infine estendere il benvenuto e un affettuoso saluto a tutti i partecipanti. La luce dello Spirito Santo ci accompagni nei nostri studi e scambi di esperienze, affinché possiamo offrire a quanti lo desiderano una valida risposta che consolidi il ministero sanante di Cristo nell'ambito dell'economia e della salute in questo mondo di fine secolo ed inizio di nuovo millennio, sottoposto a così tanti cambiamenti. Di nuovo molte grazie per la vostra presenza.

S.E.Mons.

JAVIER LOZANO BARRAGÁN

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



Note

¹ TONELLI-GIANIN, L'evoluzione naturale dei sistemi sanitari, in *Panorama della sanità* 49/97.

² CARD. F. ANGELINI, Problematiche etiche e deontologiche, *Policlinico A. Gemelli*, 2-3 giugno 1995.

FIorenzo ANGELINI

Mondo dell'economia e mondo della salute

I termini e i concetti di *economia* e di *salute*, nel contesto culturale e socio-politico-sanitario in cui viviamo oggi, non sono i medesimi del passato. Se l'*economia*, come vuole l'etimologia, è l'arte di bene amministrare la casa e gli interessi della famiglia, non senza un retroterra che richiama la parsimonia e il risparmio, oggi il ventaglio delle specificazioni è fittissimo: si va dalla macro alla microeconomia, senza dire delle *economie* al plurale che investono lo smisurato campo della finanza.

Anche il termine *salute*, da intendersi come benessere fisico e psichico – ma io aggiungerei anche spirituale – va ben distinto dal termine e dal concetto di *sanità* che si riferisce all'insieme delle strutture e degli strumenti posti al servizio della salute.

La salute è ciò che l'essere umano cerca di salvaguardare o di recuperare; la sanità è quanto la società gli mette a disposizione per il raggiungimento di questo fine.

Nell'accezione affrontata da questa Conferenza Internazionale sembra perciò più appropriato parlare di *mondo dell'economia* e di *mondo della salute*: in questo modo si compendia nella duplice espressione tutto ciò che attiene alle risorse da destinare alla promozione e difesa della salute in quanto diritto umano fondamentale.

Il cammino dell'assistenza sanitaria e dei mezzi dei quali essa può avvalersi è perciò un cammino che è andato via via rispondendo alle esigenze di un processo o sviluppo molto complesso.

L'ospedale si chiamava, un tempo, "Casa di Dio" (Ville de Dieu) e non azienda sanitaria; il malato non era un prodotto né una malat-

tia in astratto, con tanto di giorni o di ore assegnate alla sua diagnosi e terapia, ma un individuo singolo affetto da una patologia mai considerata identica ad altra nel suo vissuto personale.

Purtroppo, in passato, non a tutti era data la possibilità di curarsi, a motivo dell'insufficienza delle strutture e della scarsità delle risorse disponibili e destinate all'assistenza sanitaria. Questo limite, anche se non in tutti i Paesi, è oggi superato, ma restano difficoltà che non bisogna ignorare.

Se, quindi, nonostante i passi avanti fatti, manifesto qualche preoccupazione, lo faccio senza alcun intento critico, ma soltanto perché è doloroso che il persistere di alcune ombre attenui la molta luce delle conquiste ottenute.

Senza dubbio, la socializzazione della medicina – avviata come espressione di grande amore verso il prossimo da parte della Chiesa – è andata affermandosi in seguito

alla presa di coscienza che il diritto alla salute è dovere di giustizia di cui la comunità sociale deve farsi un carico prioritario. Infatti, tra tutti i diritti umani fondamentali, il diritto alla salute è quello più strettamente legato al diritto alla vita, che è il diritto principe, il diritto primo in assoluto.

Ci sono tempi determinati e circoscritti per soddisfare il diritto all'istruzione, alla casa, al lavoro; il diritto alla salute, invece, accompagna l'uomo per l'intero arco della sua esistenza, dal concepimento fino al suo naturale tramonto; anzi il suo riconoscimento e il suo rispetto concreto possono essere decisivi nel definire la maggiore o minore ampiezza dell'arco dell'esistenza.

Oggi si parla di globalizzazione di tutti i problemi umani essenziali, ma è certamente significativo, anche se era largamente prevedibile, che la prima globalizzazione – con tutti i suoi limiti e rischi – vada attuandosi proprio nell'economia.

La prospettiva di un "grande mercato", capace di convogliare tutti i flussi economici, o risponderà ad alcuni criteri etici irrinunciabili o sarà una pseudo-globalizzazione. E il progresso nella promozione e nella difesa del diritto alla salute di tutti gli esseri umani è senza dubbio un parametro molto efficace per giudicare, soprattutto dal punto di vista etico, significato e validità della globalizzazione.

Al momento attuale, abbiamo forse la globalizzazione della consapevolezza dei problemi sanitari nel mondo; siamo, però, molto lontani dalla globalizzazione, ossia dalla volontà e capacità di lavorare insieme alla loro soluzione.



In pieni anni Settanta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità lanciò il programma, rivelatosi poi utopico, "Salute per tutti entro il 2000". Il 2000 è alle porte e il traguardo auspicato è ancora molto lontano. E questo anche perché il raggiungimento di questo traguardo comporta l'attuazione di alcuni presupposti che ne sono condizione essenziale.

Io credo che una prima riflessione che si impone nell'affrontare il problema del rapporto tra economia e salute, sia quella dello squilibrio abissale tra Paesi poveri e Paesi ricchi in un momento della vicenda internazionale in cui i Paesi ricchi sembrano avviarsi ad una maggiore ricchezza, mentre la povertà dei Paesi in via di sviluppo sta facendosi endemica.

Dicevo che la socializzazione – che oggi potremmo chiamare globalizzazione – della medicina e dell'assistenza sanitaria fu avviata nel nome del comandamento evangelico dell'amore. Poiché oggi il criterio della giustizia sembra essere prigioniero delle leggi ferree dell'economia, è urgente il ricupero del senso del dovere grave di un amorevole servizio al prossimo che nuovamente si trasformi in sostegno della giustizia. Tutto questo si tocca con mano nelle numerose aree del mondo dove sono in corso sanguinosi conflitti: soltanto, o almeno più di ogni altro intervento, quello a difesa e promozione della salute è possibile solo se a risvegliare il senso della giustizia è un ritrovato senso della solidarietà che può spingersi fino all'eroismo.

Può essere motivo di seria riflessione, inoltre, il fatto che la stragrande maggioranza dei Paesi schiacciati dal debito estero abbia come creditori – se si eccettua il Giappone – Paesi di consolidata tradizione e persino di dichiarata anagrafe cristiana. Se trasferiamo o applichiamo questo dato ineccepibile allo squilibrio tra la sanità del Primo e la sanità nel Terzo e Quarto Mondo, possiamo misurare quanto i cristiani o sedicenti tali siano lontani dall'applicazione della parabola del Buon Samaritano.

Se però, dal discorso generale del rapporto tra economia e salute, passiamo a quello più specifico di questo rapporto nei Paesi in via di sviluppo, subito rileviamo l'inade-

guatezza di questo binomio.

La promozione e la difesa della salute non sono soltanto un problema economico. Anzi, questo limite enorme è ancor più evidente là dove le risorse destinate al mondo della salute sono molto considerevoli. Dico questo, sebbene abbia personalmente sempre salutato con grande soddisfazione i passi avanti compiuti nel nostro Paese per rendere il servizio sanitario accessibile indistintamente a tutti. Non solo, ma resto convinto che la buona, anzi l'eccellente sanità superi di gran lunga sporadici ed isolati fenomeni di malasanià. Tutto questo, però, conferma il dato di fatto che il buon andamento della sanità non è soltanto un problema di assegnazione di risorse. Occorre che le istituzioni ricuperino quello che il Santo Padre, nella Lettera apostolica "Salvifici doloris" chiama il cuore umano, indispensabile per sostenerle.

La casa di ricovero e di cura è divenuta – per esempio in Italia – prima Unità Sanitaria Locale, con l'intento di coinvolgere nell'assistenza sanitaria tutto il territorio, poi Azienda; il malato da degente si è trasformato in prodotto e gli strumenti di cura si sono trasformati in materia di consumo. Nessuno può negare che questo processo di trasformazione abbia i suoi aspetti positivi, ma sarebbe grave nascondersi i rischi anche gravissimi che esso comporta. Rischi che vanno dalla politicizzazione dell'assistenza sanitaria alla sua burocratizzazione.



Il personale sanitario, attraverso la sindacalizzazione, può essere indotto a dimenticare che come la sofferenza non conosce tregua, così il servizio ad essa non può pretendere pause dalle conseguenze anche letali sugli assistiti. È a tale proposito voglio ricordare che, per quanto è stato nelle mie possibilità, mi sono sempre battuto per considerare "operatori sanitari" anche gli amministratori delle strutture sanitarie. Battaglia vinta, considerato che lo stesso Santo Padre Giovanni Paolo II, nell'enciclica "Evangelium vitae" ha incluso gli amministratori dei luoghi di ricovero e di cura nella definizione di "operatori sanitari".

Inoltre, l'accentuazione – ai fini dei bilanci economici – della malattia rispetto al malato, porta a trascurare del tutto, per quest'ultimo, quella interazione dell'assistenza morale e spirituale che, a giudizio della vera scienza medica e della Chiesa, è fattore anche determinante della terapia.

Personalmente mi sono sempre adoperato energicamente affinché ad ogni ammalato, quale fosse la sua fede religiosa, venisse assicurata l'assistenza spirituale idonea e liberamente richiesta. L'eccessiva burocratizzazione dell'assistenza sanitaria, però, rende sempre più solo il malato, il cui volto è divenuto quello di una cartella clinica che circola tra sconosciuti. Una burocratizzazione fine a se stessa, come la lettera senza lo spirito, non è vita, ma morte. Nel qual caso saremmo perciò agli antipodi della promozione della difesa della vita.

Il *trait-d'union* tra economia e salute non può essere che la giustizia sostenuta e alimentata dall'amore solidale verso il prossimo. Non lo richiede soltanto la nostra vocazione cristiana, ma gli ormai riconosciuti limiti di riforme che, accanto agli aspetti economici e strettamente sanitari, non prendano in considerazione l'apporto di una visione etica della vita e della dignità e sacralità della persona umana.

S. Em.za Card.
FIORENZO ANGELINI
Presidente emerito del Pontificio
Consiglio per la Pastorale della Salute
Santa Sede

DIONIGI TETTAMANZI

Economia e salute alla luce della Parola di Dio

È noto che tra i miracoli compiuti da Gesù nei riguardi dei malati c'è la *guarigione dell'emorroissa*, che sorprese il Signore alle spalle e gli toccò il mantello, con la convinzione che se fosse riuscita anche solo a toccare il suo mantello sarebbe stata guarita.

Nella redazione dell'evangelista Marco c'è una brevissima annotazione che merita di essere riferita come gustosa introduzione al nostro tema. Scrive Marco: "Or una donna, che da dodici anni era affetta da emorragia e aveva molto sofferto per opera di molti medici, *spendendo tutti i suoi averi* senza nessun vantaggio, anzi peggiorando, udito parlare di Gesù, venne tra la folla..." (Mc 5, 25-27).

Non penso affatto che il testo sacro voglia esprimere un giudizio negativo sul medico e sulla sua arte, anche se nel caso in questione l'intervento medico è indicato come causa della molta sofferenza della donna che non ricava nessun vantaggio, anzi si trova peggiorata. A conferma possiamo ricordare che il libro del Siracide, ad esempio, ci offre un quadro molto bello e suggestivo del medico: invita, infatti, a onorare il medico "come si deve secondo il bisogno"; riconosce che con le meraviglie della scienza il medico "cura ed elimina il dolore" e che "da lui proviene il benessere sulla terra"; sollecita l'orante a riservare attenzione – dopo Dio – al medico: "Fa' poi passare il medico – il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te, poiché ne hai bisogno. Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani" (Sir 38, 1ss).

Queste ultime parole "Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani", proprio nella stessa afferma-

zione del successo medico riconoscono concretamente e apertamente anche il successo mancato. È di questo che parla il testo evangelico, nel quale l'accento viene posto in modo finemente ironico sulla delusione di questa donna, se non addirittura sul suo sconcerto amaro per aver "speso tutti i suoi averi senza nessun vantaggio, anzi peggiorando". Comunque tutto ciò è destinato a porre in piena luce la potenza miracolosa di Gesù ed insieme la fede della donna, che costituiscono il cuore del racconto evangelico.

D'altra parte, anche se in questo preciso clima, sta il fatto che l'episodio di Marco riserva un'allusione al rapporto tra economia e salute, tra soldi e medicina. Non c'è dubbio che questo testo evangelico sia del tutto estraneo alla nostra pro-

blematica "economia e salute": ci troviamo semplicemente di fronte ad una telegrafica annotazione; soprattutto ci muoviamo in un contesto sociale e culturale quanto mai diverso dal nostro contesto attuale. Ma è pur interessante questo cenno ai soldi perché ci può introdurre nel nostro tema specifico: "Economia e salute alla luce della Parola di Dio".

1. Quale ricorso alla Parola di Dio?

Il primo interrogativo al quale dare risposta è questo: è *legittimo ricorrere alla Parola di Dio* per trovare luce nell'affrontare e risolvere il problema del rapporto "economia e salute"? Sembrerebbe di no, per molteplici ragioni. In particolare per queste due.

La prima ragione, la più immediata, sta nel fatto che la Parola di Dio quale troviamo nella Sacra Scrittura è troppo lontana da noi e insieme è estremamente semplice o elementare: è lontana da noi sotto il profilo non solo temporale ma anche e soprattutto sociale e culturale, perché le condizioni attuali del problema "economia e salute" lo rendono quanto mai complesso e delicato, perché tocca non tanto i rapporti tra alcune persone – il malato e il medico – quanto i rapporti tra molteplici strutture e interi sistemi nel contesto della società sia nazionale che internazionale. A confrontarsi oggi sono, primariamente, il sistema economico-finanziario e quello sanitario.

La seconda ragione è più profonda e sta nel significato eminentemente "teologico" della Parola di Dio. Questa, infatti, costituisce la rivelazione del volto di Dio e del



suo mistero, essa ci dice chi è Dio e che cosa egli fa per noi nella *historia salutis*. È vero: ma rivelando il volto di Dio, questa parola rivela anche il volto dell'uomo e il suo mistero, dal momento che l'uomo è creato a immagine e somiglianza di Dio. In tal modo, intimamente connesso con il significato teologico, sta il significato "antropologico": la Parola di Dio ci dice anche chi è l'uomo, qual è la sua dignità, la sua vocazione e il suo destino. Ed è quanto avviene, come nel suo momento centrale, in Gesù Cristo, vero Dio e vero uomo. Di qui l'affermazione luminosa del Concilio Vaticano II: "In realtà solamente nel mistero del Verbo incarnato trova vera luce il mistero dell'uomo... Cristo, che è il nuovo Adamo, proprio rivelando il mistero del Padre e del suo amore svela anche pienamente l'uomo all'uomo e gli fa nota la sua altissima vocazione" (*Gaudium et spes*, 22).

Così viene illuminata dalla Parola di Dio anche la vita umana nei suoi diversi aspetti e ambiti: anche in quelli della salute e della malattia, anche in quelli dei beni economici e del loro uso, non solo come due realtà distinte ma anche nel loro rapporto.

Sorge qui un altro interrogativo al quale dare risposta. Se è legittimo ricorrere alla Parola di Dio anche in tema di economia e salute, ci si deve ora domandare qual è il *contributo originale* che la luce della parola divina può offrire e offrire di fatto per la soluzione del nostro problema. Mi pare di dover dire che tale contributo riguarda l'uomo secondo la profonda e mirabile definizione che è stata data da sant'Ireneo da Lione: "Gloria Dei vivens homo; vita autem hominis visio Dei" (*Contro le eresie*, IV, 20, 7). L'uomo viene definito secondo due aspetti essenziali:

– il primo fa luce sull'origine o fondamento dell'uomo: è la sua dignità personale di immagine vivente di Dio (*imago Dei*: la gloria di Dio è l'uomo vivente!);

– il secondo aspetto indica il termine o la destinazione suprema dell'uomo: è la visione di Dio; non solo l'uomo è *da* Dio, ma anche e proprio per questo l'uomo è *per* Dio e per la sua gloria (la vita dell'uomo è la visione di Dio).

È necessario completare o forse

meglio specificare la definizione dell'uomo data da sant'Ireneo con quest'altro aspetto essenziale che collega i due aspetti sinora indicati: la libertà responsabile. L'uomo è sì un essere che deriva da Dio e che è per Dio, ma secondo la sua natura specifica, quella cioè di un essere razionale e libero. Diversamente dagli altri esseri creati da Dio e a Dio ordinati, l'uomo è affidato alla sua libertà. È questa la sua dimensione etica.

Seguendo questi tre aspetti che definiscono l'uomo quasi in una specie di itinerario in tappe che s'intrecciano tra loro, possiamo trovare nella Parola di Dio la luce che illumina il problema del rapporto economia e salute, come ci suggerisce il salmista: "Lampada per i miei passi è la tua parola, luce sul mio cammino" (*Sal* 119, 105).

2. L'inviolabile dignità personale di ogni uomo

Come insegna la Bibbia nei primi due capitoli della Genesi, l'uomo è *polvere*. È vero che la creazione dell'uomo è il coronamento e il compimento dell'opera creatrice di Dio: essa presuppone la produzione di tutti gli altri esseri inerti e viventi, terra e acqua, aria e fuoco, minerali, piante e animali. E in questo senso l'uomo è diver-

so e superiore, trascende il mondo infraumano. Ma è pur vero che l'uomo è strettamente imparentato con il mondo infraumano, perché lui pure è stato tratto dalla terra: "Allora il Signore Dio plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita e l'uomo divenne un essere vivente" (*Gn* 2, 7).

Sì, l'uomo è polvere. Ma è polvere luminosa, luminosissima, perché riflette lo splendore del volto di Dio. L'uomo, infatti, è sì imparentato con la terra, ma ancor più è imparentato con Dio, in quanto creato a sua immagine e somiglianza e quindi chiamato a prendere parte in modo misteriosamente privilegiato della grandezza e della bontà del Creatore. Come scrive la Bibbia: "E Dio disse: 'Facciamo l'uomo a nostra immagine, a nostra somiglianza, e domini sui pesci del mare e sugli uccelli del cielo...'. Dio creò l'uomo a sua immagine, a immagine di Dio lo creò, maschio e femmina li creò" (*Gn* 1, 26-27).

Ma qual è il *sensu* dell'uomo come immagine di Dio? Sempre alla luce della Bibbia, dobbiamo rispondere dicendo che tale senso sta nel rapporto dialogico, nella relazione al "tu" che è tipica dell'uomo quale essere razionale e libero. È una relazione che riguarda Dio, gli altri e il mondo delle cose; una relazione che si fonda e insieme si compie in riferimento a Dio: Dio può parlare all'uomo e l'uomo può non solo ascoltare la voce di Dio ma anche rispondergli! In questo senso il Concilio nella *Gaudium et spes* spiega l'essere dell'uomo creato "a immagine di Dio" con le parole "capace di conoscere e di amare il proprio Creatore" (n. 12). Ecco la specificità dell'uomo: è un essere razionale e libero, con una conoscenza e una libertà che trovano la loro radice prima e la loro suprema realizzazione in Dio. In questo consiste la dignità personale dell'uomo.

Proprio questa dignità costituisce il *principio etico fondamentale* e architettonico per giudicare e per risolvere tutti i problemi umani, anche quelli riguardanti il rapporto economia e salute. Può forse sembrare un principio troppo astratto e comunque lontano dalle questioni concrete e complesse che sono al centro dell'attuale dibattito. Ma



non è così, perché si rivelano capaci di giungere al cuore dei problemi e con una singolare forza innovativa se non addirittura rivoluzionaria rispetto ai parametri culturali oggi dominanti.

La dignità personale è tutt'uno con l'uomo, è realtà costitutiva dell'uomo stesso: non sta semplicemente nella linea dell'avere, ma in quella dell'essere! Definisce l'uomo in quanto uomo.

Proprio per questo *la dignità personale è di tutti gli uomini e di ciascun uomo*, senza alcuna eccezione o discriminazione. Di tale dignità è segnato l'essere umano in ogni "fase" di sviluppo e in ogni "condizione" di vita: dunque dall'inizio del concepimento alla morte naturale, nella condizione di salute e in quella di malattia. Anzi, in un certo senso, è proprio nelle situazioni di maggior fragilità e sofferenza che tale dignità – oggettivamente presente – chiede di essere soggettivamente percepita, e quindi da tutti riconosciuta, rispettata, difesa e promossa. Emblematico si fa il richiamo del libro del Siracide: "Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarla durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo e non disprezzarlo, mentre sei nel pieno vigore" (*Sir* 3, 12-13). Dunque lo splendore del volto di Dio riflesso sul volto dell'uomo non si attenua né tanto meno scompare quando l'uomo vive situazioni di debolezza o di malattia: al contrario l'uomo razionale e libero è chiamato a cogliere l'indelebile splendore divino presente in queste situazioni come sollecitazione ancora più forte al rispetto e alla venerazione.

Da quanto precede risultano la denuncia e il rifiuto per tutte quelle *forme di discriminazione* che sono in atto ogniqualevolta, sotto il pretesto di una spesa sanitaria troppo pesante o insopportabile dalla società, specialmente nei riguardi delle categorie più deboli, come possono essere i bambini non ancora nati e i vecchi, giungendo sino all'eliminazione dei feti malformati e all'eutanasia. Annota il Santo Padre nel suo Messaggio per la prossima Giornata Mondiale del Malato: "Bisogna riconoscere che, purtroppo, in non pochi casi il progresso economico, scientifico e tecnico non è stato accompagnato

da un autentico progresso, centrato sulla persona e sulla inviolabilità di ogni essere umano. Le stesse conquiste nel campo della genetica, fondamentali per la cura della salute e, soprattutto, 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" (n. 5).

Queste discriminazioni e situazioni paradossali sono contrarie non soltanto ai principi evangelici ma anche agli stessi principi umani e razionali: calpestando, anzitutto, il fondamentale diritto alla vita, e insieme contraddicono la vera e autentica democrazia, che vuole l'uguaglianza di tutti gli uomini e che per raggiungerla più sicuramente deve "partire dagli ultimi". In tal senso la cosiddetta "opzione preferenziale dei poveri" ha certo, soprattutto nel linguaggio usato, un significato pastorale; ma nel suo contenuto riveste un significato anche semplicemente umano e sociale: è un'esigenza imprescindibile di un processo di democrazia moderna e matura.



3. Che giova all'uomo guadagnare il mondo intero?

La dignità personale è il bene più prezioso che l'uomo possiede, grazie al quale egli trascende in valore tutto il mondo materiale. L'uomo vale non per quello che "ha", quanto per quello che "è" come emerge dalla parola di Gesù: "Che giova all'uomo guadagnare il mondo intero, se poi perde la propria anima?" (*Mc* 8, 36). Contano non tanto i beni del mondo, quanto il bene della persona, il bene che è la persona.

D'altra parte Dio dona all'uomo anche i beni del mondo, affidandogli il compito di usarli per sé e per gli altri. Dio lo costituisce "signore" sulle cose: "E Dio disse: 'Facciamo l'uomo a nostra immagine, a nostra somiglianza, e domini sui pesci del mare e sugli uccelli del cielo, sul bestiame, su tutte le bestie selvatiche e su tutti i rettili che strisciano sulla terra'" (*Gn* 1, 26). Ma la "signoria" dell'uomo, proprio perché egli è immagine vivente di Dio, deve realizzarsi in modo intelligente e amoroso, riflettendo così l'infinita sapienza e l'infinito amore del Creatore. E questo avviene quando i beni del mondo non sono assolutizzati, trasformandosi in veri e propri idoli, ma salvano e promuovono la loro essenziale destinazione all'uomo, al vero bene dell'uomo, anzi di tutti gli uomini, mediante il lavoro e l'economia. Di qui il fondamentale significato antropologico dell'attività economica, secondo le precise parole del Concilio Vaticano II: "Anche nella vita economico-sociale sono da onorare e da promuovere la dignità e l'integrale vocazione della persona umana come pure il bene dell'intera società. L'uomo infatti è l'autore, il centro e il fine di tutta la vita economico-sociale" (*Gaudium et spes*, 63).

Proprio questo significato antropologico dell'attività economica si configura come criterio etico di valutazione e di decisione per i numerosi e complessi problemi economici che toccano, in particolare, l'ambito sanitario. Volendo enucleare alcuni aspetti di questo criterio etico, possiamo soffermarci su qualche linea insieme teorica e pratica.

– Da quanto precede si deve, anzitutto, rilevare che *l'economia non*

è *fine a se stessa* e non ha in se stessa i criteri fondamentali e decisivi del suo realizzarsi umano: essa è imparentata mediante un legame indissolubile con l'uomo, con la dignità personale dell'uomo. Come deriva dall'uomo, così è ordinata all'uomo.

In questo senso le cosiddette questioni economiche – anche quelle, o meglio soprattutto quelle che toccano la sanità – non sono soltanto, sic et simpliciter, economiche; ma sono sempre – almeno sotto alcuni aspetti – anche questioni antropologiche e quindi etiche. Dove la dimensione etica, come dovrebbe essere a questo punto evidente, non è né semplicemente sovrapposta né indebitamente imposta dall'esterno all'economia, ma è intrinseca ad un'economia che voglia essere umana e umanizzante.

Anche se l'etica nelle questioni economiche ha bisogno di collegarsi con altre scienze e discipline, deve dirsi tutt'altro che indifferente o secondario affrontare i problemi del rapporto economia-sanità riconoscendo o meno il ruolo intrinseco e irrinunciabile della considerazione etica.

– Il riferimento più specifico e abituale nell'economia è al *profitto*. È nota, al riguardo, la posizione della dottrina sociale della Chiesa, in particolare quella riproposta e specificata dall'enciclica *Centesimus annus*. Vi leggiamo, tra l'altro, che “la moderna *economia d'impresa* comporta aspetti positivi, la cui radice è la libertà della persona, che si esprime in campo economico come in tanti altri campi” (n. 32). E ancora: “La Chiesa riconosce la giusta *funzione del profitto*, come indicatore del buon andamento dell'azienda... Tuttavia, il profitto non è l'unico indice delle condizioni dell'azienda. È possibile che i conti economici siano in ordine ed insieme che gli uomini, che costituiscono il patrimonio più prezioso dell'azienda, siano umiliati e offesi nella loro dignità. Oltre ad essere moralmente inammissibile, ciò non può non avere in prospettiva riflessi negativi anche per l'efficienza economica dell'azienda. Scopo dell'impresa, infatti, non è semplicemente la produzione del profitto, bensì l'esistenza stessa dell'impresa come *comunità di uomini* che, in diverso modo, perseguono il soddi-

sfacimento dei loro fondamentali bisogni e costituiscono un particolare gruppo al servizio dell'intera società. Il profitto è un regolatore della vita dell'azienda, ma non è l'unico; ad esso va aggiunta la considerazione di *altri fattori umani e morali* che, a lungo periodo, sono almeno egualmente essenziali per la vita dell'impresa” (n. 35; cfr. anche n. 39).

– Con linguaggio evangelico possiamo dire che *non è l'uomo per l'economia, ma è l'economia per l'uomo*. E possiamo qui immediatamente specificare: per “tutto” l'uomo, per “ogni” uomo, per “tutti” gli uomini. Si aprono qui tre prospettive particolarmente interessanti, impegnative e stimolanti per il mondo della salute, e pertanto per l'apporto economico che questo esige. Ancora una volta siamo costretti a procedere per accenni.

L'economia per “tutto” l'uomo, ossia per la globalità e unitarietà dei suoi valori e delle sue esigenze, in specie quando l'uomo è compromesso nella sua salute, pone il quesito della retta concezione della *salute* e insieme quello più ampio della retta concezione della “*qualità della vita*”. È evidente, infatti, lo stretto legame che si instaura tra questa concezione della salute e della qualità della vita e la corrispondente spesa economico-sanitaria. Al riguardo scrive il Papa:



“Mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorta 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” (Messaggio per l'VIII Giornata Mondiale del Malato, n. 5).

Inoltre il rapporto economia e salute, sempre in riferimento a “tutto” l'uomo, conduce ad esiti profondamente diversi se la medicina sceglie di porsi al servizio dei “diritti” oppure al servizio dei “desideri” della persona.

Di nuovo emerge l'esigenza imprescindibile di tornare alla prospettiva di un'antropologia adeguata se si vogliono sciogliere in modo veramente umano i molteplici problemi del rapporto dell'economia con la salute, in riferimento alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura della malattia di un uomo che non può essere considerato e trattato in termini di settorialità.

– Inoltre, l'economia è per “ogni” uomo. Con questa espressione, così elementare, intendo fare due sottolineature. La prima riguarda in modo specifico l'uomo che si trova in situazione di particolare fragilità psicologica o fisica e di grave malattia: il malato, l'anziano, il portatore di handicap, il non autosufficiente, ecc. hanno il diritto di essere economicamente aiutati nel ricupero possibile di una miglior situazione di vita e di salute, anche se tale aiuto non fa guadagnare, è in perdita. Sì, in perdita. Ma di quale perdita si tratta? Sotto quale aspetto si perde? Come si vede, ritorna nuovamente e con forza il fondamentale problema del giusto rapporto tra questione economica e questione umana, o se si preferisce il problema di un'economia fine a se stessa o al servizio dell'uomo. La seconda sottolineatura dell'economia per “ogni” uomo riguarda la dovuta considerazione della singola persona nella sua unicità e irripetibilità: il che significa, anche e soprattutto nel campo della sanità, che l'uguaglianza non è ugualitarismo, ma capacità di dare a ciascuno in rapporto alla sua situazione tipica. Anche in questo ambito vale il principio democratico sopra ricor-

dato del “ripartire dagli ultimi”.

– Infine l’economia è per “*tutti*” *gli uomini*. Questa destinazione universale pone, nell’ambito della malattia e della salute, una serie di problemi, che si riconducono in qualche modo alla questione della *allocazione delle risorse sanitarie*, ossia al come ripartire beni economici e servizi tra coloro che ne possono beneficiare. Questo può avvenire con la *macro-allocazione* che riguarda le politiche sanitarie, sia per gli investimenti nella sanità rispetto ad altri settori sociali (istruzione, lotta alla povertà, difesa, educazione, ecc.), sia per privilegiare talune aree della sanità rispetto ad altre e conseguentemente i loro diversi progetti. Può avvenire, inoltre, con la *micro-allocazione* che concerne l’organizzazione sociale-sanitaria di istituzioni sanitarie particolari: di qui i problemi della selezione dei pazienti cui destinare le risorse e della selezione della priorità di trattamento.

Ancora una volta, la risposta a questi problemi dipende dalle prospettive antropologiche che vengono scelte: se il liberalismo individualistico, se l’utilitarismo sociale, se l’egualitarismo, se il personalismo ontologico. Da quanto precede risulta che noi seguiamo quest’ultima prospettiva antropologica, che si fonda sul riconoscimento del valore assoluto di ogni persona umana e sulla ricerca del bene comune attraverso il bene delle singole persone (cfr. SGRECCIA E. e SPAGNOLO A.G., *Etica e allocazione delle risorse nella sanità*, Milano, Vita e Pensiero, 1996; in particolare cfr. PALAZZANI L., *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*: Medicina e Morale 1996/5, 901-921; Id., *Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la medicina personalista*: Medicina e Morale 1999/3, 485-496).

In particolare, l’economia per “*tutti*” gli uomini richiama immediatamente *l’orizzonte sempre più mondiale* entro cui si situa la problematica “economia e salute”. Dovrebbe entrare qui logicamente il problema della *globalizzazione* attuale, nei suoi risvolti positivi e negativi anche in rapporto ai costi della salute. Basterà rilevare, in estrema sintesi, la linea seguita dal magistero della Chiesa che ripetutamente e con forza sollecita il ri-

spetto e la promozione della dimensione etica e quindi si apre alla globalizzazione nel segno della solidarietà globale.

In questo senso non si possono tacere le gravi disuguaglianze sociali nell’accesso alle risorse sanitarie, quali ancora oggi si riscontrano in vaste aree del mondo, specie nei Paesi del Sud del mondo. “Tale ingiusta sperequazione – scrive il Papa nel Messaggio per l’VIII Giornata Mondiale del Malato dell’11 febbraio 2000 – 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” (n.4).

4. Dio volle lasciare l’uomo “in mano al suo consiglio”

La “signoria” dell’uomo, di cui abbiamo parlato, non è primariamente esteriore, in rapporto cioè al

mondo delle cose, bensì interiore: riguarda l’uomo in se stesso, nel suo autopossedersi. Come ama dire san Tommaso d’Aquino, libero è l’uomo che tiene in mano se stesso e che, quindi, decide di se stesso in ordine al senso della vita, ossia in ordine alla verità e al bene. Scrive il Concilio: “Ma l’uomo può volgersi al bene soltanto nella libertà, quella libertà cui i nostri contemporanei tanto tengono e che ardentemente cercano, e a ragione. Spesso però la coltivano in malo modo, quasi sia lecito tutto purché piaccia, compreso il male. La vera libertà, invece, è nell’uomo segno altissimo dell’immagine divina. Dio volle, infatti, lasciare l’uomo ‘in mano al suo consiglio’ (cfr. *Eccl* 25, 24), così che esso cerchi spontaneamente il suo Creatore, e giunga liberamente, con l’adesione a lui, alla piena e beata perfezione” (*Gaudium et spes*, 17).

La libertà, indissolubilmente congiunta con la verità – secondo la parola di Gesù: “La verità vi farà liberi” (Gv 8, 32) – e in intimo riferimento alla coscienza come “il nucleo più segreto e il sacrario dell’uomo, dove egli si trova solo con Dio, la cui voce risuona nell’intimità propria” (*Gaudium et spes*, 16), costituisce in un certo senso il “cuore” della moralità. Ora è proprio questa moralità (che come abbiamo fatto almeno intuire possiede una radice e una destinazione profondamente religiosa o teologica) che può collegare in modo umano e umanizzante economia e salute.

Per questo quanto abbiamo sinora detto può essere ripreso in modo più organico e profondo e insieme ulteriormente sviluppato e precisato sotto il profilo della moralità o della libertà responsabile. Bastino alcuni veloci accenni per mostrare come la moralità è in grado di:

– assicurare all’economia – in specie all’economia nel campo della salute – la sua essenziale dimensione ed esigenza etica;

– intervenire sulla stessa economia sanitaria riducendone i costi, in molteplici modi: ad esempio, educando ad una retta “qualità della vita”, privilegiando la prevenzione che conduce a evitare la caduta in certe situazioni di malattie, escludendo malattie che sono più o meno direttamente il frutto di un vero



e proprio abuso della libertà, ecc.;

– ottenere una ripartizione più giusta delle risorse economiche disponibili, facendo evitare farmaci e ricoveri inutili, favorendo il day hospital, ecc.;

– migliorare la qualità professionale e umana degli operatori della salute, sia mediante la formazione permanente, sia mediante una crescita nella vita spirituale e religiosa.

5. Parola di Dio e parole umane

È necessario ora concludere.

Possono esserci particolarmente utili due rilievi sulla Parola di Dio alla cui luce abbiamo, sia pure in modo incompleto, sviluppato la nostra considerazione sul rapporto economia e salute.

Il primo rilievo riguarda il rimando che la stessa parola di Dio fa alle *parole umane*. Come accennavamo all'inizio, non possiamo pretendere dalla Parola di Dio la risposta completa e definitiva per ogni problema umano, soprattutto nei suoi elementi più particolari e in situazioni storiche nuove e inedite. Il Signore che ci dona la luce della sua Parola rivelata è lo stesso che ci dona anche la luce della *ragione* umana. Siamo così rimandati non solo all'ascolto della Parola di Dio ma anche alla riflessione razionale, sia comune sia critica o scientifica-

mente elaborata, sia come riflessione teorica sia come esperienza esistenziale: e questo con una ricerca non solo personale, ma anche collettiva. Proprio in riferimento ai problemi per i quali non si dà un insegnamento esplicito e particolareggiato che viene dalla Rivelazione, il Concilio scrive: "Ai laici spettano propriamente, anche se non esclusivamente, gli impegni e le attività temporali... Spetta alla loro coscienza, già convenientemente formata, di inscrivere la legge divina nella vita della città terrena. Dai sacerdoti i laici si aspettino luce e forza spirituale. Non pensino però che i loro pastori siano sempre esperti a tal punto che ad ogni nuovo problema che sorge, anche a quelli gravi, essi possano avere pronta una soluzione concreta o che proprio a questo li chiami la loro missione: assumano invece essi, piuttosto, la propria responsabilità, alla luce della sapienza cristiana e facendo attenzione rispettosa alla dottrina del magistero" (*Gaudium et spes*, 43).

Il secondo rilievo vuole insistere sull'assoluta *originalità della Parola di Dio*. Essa è "*rivelazione*", e quindi offre sempre una grande e nuova luce sull'uomo nella sua dignità personale in quanto "immagine di Dio": una luce questa che si riflette inevitabilmente, sia pure in gradi diversi, su tutti i problemi che

toccano l'uomo. Ma non è solo rivelazione, è anche "comandamento" e "grazia".

In quanto "*comandamento*", la Parola di Dio è una sfida alla nostra libertà e un vincolo alla nostra coscienza: la nostra libertà deve farsi "responsabilità", ossia obbedienza al disegno e alla volontà di Dio sull'uomo, e la nostra coscienza deve entrare nel dialogo dell'uomo *solus cum Deo* e farsi "ascolto" della sua voce. Ma, come scrive il Papa nell'enciclica *Evangelium vitae*, "il comandamento di Dio non è mai separato dal suo amore: è sempre un dono per la crescita e la gioia dell'uomo. Come tale, costituisce un aspetto essenziale e un elemento irrinunciabile del Vangelo, anzi esso stesso si configura come 'vangelo', ossia buona e lieta notizia" (n. 52). Ma se "vangelo", se "grazia", il comandamento di Dio è sì affidato alla libertà e alla coscienza dell'uomo ma è ancor più reso possibile nella sua realizzazione e in qualche modo reso facile e soave dall'amore gratuito di Dio. Una simile convinzione di fede può generare lucidità di visione, speranza e coraggio anche nell'affrontare i complessi problemi dell'economia e della salute.

S. Em. Card.
DIONIGI TETTAMANZI
Arcivescovo di Genova



JORGE LUIS MAIORANO

Modelli di salute nella società odierna

L'espressione "diritto alla salute" è diventata ormai un'espressione corrente; il suo contenuto si è andato delineando nel corso di questi ultimi cinquanta anni durante i quali esso è stato progressivamente associato al diritto allo sviluppo. I primi uomini politici che misero in moto la dottrina dei diritti dell'uomo, si erano preposti di controllare l'organizzazione sociale al fine di assicurare che tutti potessero soddisfare le proprie necessità essenziali.

Il diritto alla salute fa parte dei diritti umani fondamentali, come si può verificare empiricamente, alla base delle innumerevoli Carte dei diritti che lo citano.

Qual è il fondamento di tale diritto? Questa domanda non deve essere considerata ingenua o eludibile con un semplice richiamo al senso comune, che colloca lo "star bene" all'apice di qualsiasi gerarchia possibile ed immaginabile di "valori". Si tratta di un interrogativo essenziale, soprattutto perché è prioritario a qualunque analisi di tale diritto tanto di carattere giuridico che sociologico (cioè in che modo la difesa e/o promozione di tale diritto possiede un carattere effettivo che influisce sul momento storico attuale e in quali ambiti geopolitici). Allo stesso modo, va notato che la stessa elaborazione scientifica da parte dei giuristi della categoria "diritto alla salute", spesso manca di una piena convinzione del suo specifico ambito epistemologico.

Lo stare bene e lo stare male appaiono come stati soggettivi assolutamente personali, la cui stessa comunicabilità interpersonale appare molto ardua dal punto di vista oggettivo. In altri termini, non esi-

ste un metro comune per qualificare il benessere prodotto dalla "salute" o il malessere prodotto dalla "malattia".

Più che parlare di diritto alla salute, dobbiamo parlare di diritto alla protezione della salute, in quanto possiamo dire che non esiste solo il diritto a sussistere ma soprattutto il diritto ad una qualità di vita autentica, che significa l'accesso alle cure sanitarie e ai mezzi necessari per arginare i pericoli per la salute, di fronte ai quali l'individuo o il gruppo si sentono impotenti.

In qualche modo tutti ci ammaliamo in un determinato momento della vita e, in qualche modo, la malattia è legata alla salute. Pertanto, la definizione di salute come tale, secondo i termini dell'Organizzazione Mondiale della Salute, potrebbe apparire un'utopia. La salute non è solo l'assenza di malattie, ma è uno stato di completo benessere, economicamente produttivo e socialmente accettabile, universale. È possibile l'universalità? Le società sono preparate a trasformare questa descrizione in realtà? Benché certamente questo possa apparire un sogno, è una direzione fondamentale della visione umanistica e, pertanto, coincide con la visione cristiana di quello che deve essere il destino dell'uomo.

Per quanto riguarda la malattia e la salute, un prestigioso medico endocrinologo spagnolo, il Prof. Martín Ibañez, sostiene che nello studio della medicina, ai medici è stato insegnato a riconoscere i sintomi e i segni della malattia, ma non a riconoscere i sintomi e i segni della salute, visto che probabilmente potremmo modificare il nostro stile di vita secondo questa funzione.

Il diritto alla tutela della salute è riconosciuto dalla maggior parte dei testi fondamentali dei paesi industrializzati. Tuttavia, la globalizzazione che oggi porta tanti vantaggi e possibilità, porta anche enormi sfide alla salute.

Nel mondo globalizzato attuale in cui sembra che tutto si riduca a discutere dei problemi sociali in termini economici e finanziari, si pone un problema serio quando parliamo di salute e di economia o finanziamento. Per questo, tale diritto non è possibile se lo Stato non ne garantisce l'accesso a tutti i cittadini, indipendentemente dalla propria condizione economica, educazione, situazione geografica, ecc.

I progressi realizzati nel campo medico durante gli ultimi anni possono "fare miracoli", ma a caro prezzo: non molto tempo fa, le conoscenze permettevano soltanto modesti interventi, ma disponibili a tutti; per questo alcuni stati applicano politiche di restrizione.

I paesi economicamente progrediti, da un certo tempo stanno sperimentando una crescita elevata delle spese nel settore sanitario che, di fronte alla presenza di una diminuzione della crescita globale, ha determinato un aumento preoccupante del rapporto tra spesa sanitaria e PIL, con crescenti tensioni nel quadro generale delle compatibilità finanziarie.

Tale circostanza ha determinato il nascere di un conflitto finora irrisolto tra la ricerca degli obiettivi propri del sistema sanitario all'interno delle politiche attuali degli Stati – cioè l'aumento della durata e il miglioramento della qualità di vita fisica dei cittadini – e una dipendenza dal bilancio sempre più

stretta per il settore pubblico.

La spesa personale per la salute è aumentata oltre ogni ragionevole previsione. Le attuali strumentazioni diagnostiche si sono estese allo stesso modo delle assicurazioni sanitarie. In altre parole, è possibile dimostrare l'esistenza di un nesso tra l'incentivazione per la ricerca scientifica – tendente a sviluppare particolari tipi di nuove tecnologie – e il ruolo dei sistemi assicurativi da un lato e gli effetti di nuove tecnologie dall'altro.

Il costo di funzionamento degli attuali apparati assistenziali, tanto estesi e solidali, è elevato e mette a rischio gli equilibri finanziari dei bilanci statali, nel caso di servizi sanitari pubblici, e la congruenza delle quote di contribuzione personale nei sistemi, pubblici e privati, fondati sulle assicurazioni.

I sistemi soffrono una crescente sproporzione finanziaria ed organizzativa per far fronte all'espansione e alla forza della domanda di salute nelle forme originali proprie dell'uguaglianza dei servizi e della loro ampia gratuità e universalità.

Tuttavia, la soluzione del problema economico finanziario non può consistere in una pura e semplice riduzione della spesa sanitaria da parte del soggetto pubblico.

I fattori che determinano i livelli di salute in una comunità sono molteplici: quelli che sono direttamente in relazione con la salute (mezzi tecnici ed umani) e quelli che contribuiscono a creare le condizioni che portino gli abitanti di un paese a godere di migliori livelli di salute (educazione, sviluppo e integrazione sociale ed economica).

Se tali risorse non sono distribuite equamente, l'accesso alla salute viene negato. Per questo un sistema sanitario è equitativo solo quando permette lo stesso accesso all'assistenza ed offre gli stessi mezzi a persone uguali. Per essere equitativo, tale sistema deve permettere anche un trattamento disuguale per coloro che si trovano in condizioni diverse, ossia un trattamento uguale per persone uguali e un trattamento disuguale per persone differenti.

La salute deve essere conservata secondo il comandamento "non uccidere" che, in senso positivo, esige la cura della salute. Tale co-

mandamento si basa su quattro principi che lo spiegano: la vita dell'uomo proviene da Dio, che lo ha creato a sua immagine; l'uomo deve essere libero di orientare sempre la propria vita verso Dio; Dio è il solo a dare inizio alla vita e a porle termine; ha trasformato questa vita in vita dei figli di Dio.

Nel suo messaggio per l'VIII Giornata Mondiale del Malato, che avrà luogo a Roma l'11 febbraio del 2000, il Santo Padre sostiene che due doveri meritano un'attenzione particolare da parte del cristiano: la difesa della vita e la promozione di una salute degna dell'uomo.

La salute ha connotazioni biologiche, psicologiche e sociali. Agli inizi la salute, e in particolare la malattia, veniva considerata come un qualcosa proveniente dal mondo trascendente, che dipendeva dalla benevolenza o dalla malvolenza di esseri superiori; il suo aspetto sociale veniva accentuato realizzando le cure mediante cerimonie e riti pubblici.

Giunti al secolarismo, tutto quello che anteriormente connotava qualcosa di religioso in rapporto alla salute e alla malattia fu messo da parte e alla malattia e alla salute fu dato solo un connotato biologico; così fu nel secolo passato e in alcuni decenni del secolo attuale, benché, a dire il vero, ora si ricominci ad accentuare l'aspetto psicologico e sociale della salute e della malattia.

Nel mondo attuale ci sono stati progressi significativi per quanto riguarda le questioni sanitarie, esistono tuttavia delle grandi mancanze che richiedono di essere corrette, poiché non ci sono regimi democratici in tutte le parti del mondo. Un miliardo e trecento milioni di persone vivono al di sotto della soglia di miseria, la differenza tra ricchi e poveri si fa sempre più abissale, influenza la crescita demografica, la percentuale di rapida urbanizzazione, le migrazioni, l'invecchiamento, i cambiamenti climatici, l'assottigliamento della fascia di ozono, l'inquinamento dell'aria e dell'acqua, le modificazioni della distribuzione della salute pubblica e privata, i bassi tassi di mortalità infantile, la maggiore speranza di vita, la riduzione delle malattie infettive a milioni di per-

sone della popolazione mondiale, l'aumento delle malattie non trasmissibili, l'AIDS e il tabagismo, tecnologie efficaci ed economiche che aprono le possibilità di aiutare le fasce meno protette della popolazione.

Il diritto alla salute tende a conquistare un nuovo spessore che forse, e probabilmente in modo definitivo, è entrato nella coscienza collettiva, benché non sempre sia esplicitato: quello per il quale entra in gioco l'identità stessa della persona.

Rivendicando la salute come diritto, in ultima istanza il soggetto rivendica il diritto ad essere riconosciuto nella propria identità, come diritto che si fonda sulla relazionalità; riconoscendo la salute come diritto umano fondamentale, l'ordinamento giuridico riconosce e prende sul serio la soggettività comune ed equitativa di tutti gli esseri umani.

Il modo di prestare attenzione alle esigenze nei diritti collettivi alla salute è stato catalogato in tre sistemi. Secondo il sistema liberale puro, chi ha denaro paghi e chi non lo ha faccia ricorso alla carità pubblica. Secondo il liberale umanitario, chi può paghi per le cure sanitarie, chi non può sia a carico dello stato. Infine, secondo il socialista liberale, lo Stato si faccia carico di tutti, però colui che lo desidera e può pagare, abbia accesso alla medicina privata.

L'attenzione medica si organizza quindi nel mondo in modi molto diversi, con la maggiore indipendenza e libertà, fino ad arrivare ai servizi medici organizzati esclusivamente e completamente dallo Stato. Sarebbe impossibile descrivere dettagliatamente tutti i sistemi, però si può dire che, mentre alcuni paesi aiutano solo in casi di estrema necessità, altri posseggono un sistema di assicurazione sanitaria e altri sono andati oltre, organizzando un sistema completo di attenzione medica, l'iniziativa personale si associa a diversi gradi con la politica e l'azione governativa, fatto che diversifica ancor più i modi di prestare un'assistenza medica.

Il modello di salute oggi deve introdurre un modo di agire tale che i popoli del mondo possano giungere ad un grado di salute che

permetta loro di condurre una vita sociale ed economicamente produttiva in accordo con l'ambiente mondiale, rispettando i valori del passato, adattandosi ai cambiamenti e alle esigenze attuali e proponendo soluzioni per il futuro, che dovranno sempre essere fondate sull'uguaglianza dei diritti dell'uomo.

Tale modello dovrà avere l'obiettivo di migliorare la speranza e la qualità di vita, le prospettive di salute per le generazioni attuali e future e ridurre la mortalità legata all'invecchiamento. I principi pratici per raggiungere questi obiettivi sono i seguenti: azione mondiale di protezione della salute a livello nazionale e locale; elaborazione di una politica di avvicinamento scientifico e dei fatti, completato con una partecipazione della popolazione nell'assunzione delle decisioni; impegno verso strategie sanitarie compatibili con uno sviluppo sostenibile; applicazione di un avvicinamento globale alla vita dell'individuo nello sviluppo sanitario; impegno nel rispettare le specificità di ogni sesso; impegno nel promuovere la qualità di vita; applicazione di strategie flessibili che si adattino al cambiamento permanente.

È necessario promuovere politiche macroeconomiche e sociali fondate sull'equità, investendo direttamente in interventi sanitari di un rapporto costo/efficacia dimostrato, centrato sui gruppi non protetti, introducendo elementi assicurativi destinati a proteggere le popolazioni vulnerabili. Non dimentichiamo che, di fronte al processo generalizzato di riforma dei nostri Stati, quel Welfare State che ci ha accompagnati per decenni ora è in ritirata.

Per questo è opportuno ricordare che tutti i modelli economici, che in ultima istanza formano una società, devono avere la loro origine, il loro sostentamento e il perno della loro forza nell'uomo, epicentro della creazione divina. Benché le nuove concettualizzazioni nel sociale e nell'economico fanno sì che lo Stato dei nostri giorni non sia più il benefattore che abbiamo conosciuto per decenni, ciò non può implicare che esso si svincoli dalla sua responsabilità nei confronti dei cittadini e che questa si

trasferisca al settore privato, più in particolare alle imprese. In questo modo si corre il rischio di formare una società iniqua, carente di solidarietà, in cui si privilegia l'individualismo e l'essere umano viene dopo l'economia.

Per quanto riguarda i sistemi e i servizi sanitari, si provvederà alla loro decentralizzazione e alla solidarietà tra ricchi e poveri, tra malati e sani, tra vecchi e giovani.

Per quanto riguarda le risorse umane in ambito sanitario, queste vanno aggiornate mediante corsi anche per i professionisti. Bisogna tradurre i valori e i principi d'azione in lotta contro la disuguaglianza economica che si trasforma in minore attenzione sanitaria; bisogna dare priorità ai paesi maggiormente colpiti dalla povertà e dalla malattia.

Oggi i servizi sanitari si vanno moltiplicando e, dal punto di vista economico, si traducono, come molti altri, in un bene commerciale al punto che tutti sappiamo che ci sono catene di alberghi, così come ci sono catene di ospedali multinazionali, dove il servizio è misurato dal punto di vista dei servizi al paziente nel suo comfort, senza che sia necessariamente relazionato alla qualità del servizio e alla tecnica medica.

Probabilmente la tecnologia in questi ospedali è l'ultima in ordine

di tempo, però dobbiamo chiederci se l'ultima tecnologia sia la migliore. Sembra quasi essere così perché, siccome in tutto c'è una moda, se non si impiega l'ultima tecnologia, il paziente potrebbe non essere soddisfatto.

Il governo non può negare la sua responsabilità di fronte alla salute e, benché non sia il dispensatore, è il legislatore definitivo secondo la costituzione di ogni paese. Per questo, faccio appello alle autorità responsabili perché in questa epoca in cui si sta ridefinendo il ruolo dello Stato, non restiamo con uno Stato di carta. Le Autorità non possono essere spettatori passivi della situazione esposta, ma devono assumersi le proprie responsabilità politiche di fronte allo Stato e alla società, evitando l'incredulità di questa e il disinteresse dell'altro.

Benché in questi ultimi venti anni il mondo abbia prodotto la più grande ricchezza della storia universale, ha anche prodotto la maggiore quantità di poveri. C'è qui una asimmetria, uno sfasamento. Tutti sappiamo, in particolare nei paesi più industrializzati, che l'aspettativa di vita è aumentata notevolmente; al contrario nei paesi in via di sviluppo assistiamo a problemi di salute, malattie croniche prima inesistenti, almeno nella quantità attuale, malattie trasmissibili; in questi paesi sono presenti anche malattie non trasmissibili, ma la loro causa è differente, in quanto prima non vivevano tanto da arrivare ad avere una malattia cronica, la mortalità era molto alta in età infantile.

Attualmente una politica sanitaria adeguata deve basarsi essenzialmente su tre aspetti fondamentali. Primo, il diritto alla salute; secondo, l'equità, la solidarietà, l'etica e, infine, un rapporto equitativo tra uomini e donne. Tali valori coincidono con il messaggio del Santo Padre per l'VIII Giornata Mondiale del Malato e con i principi cristiani della Chiesa cattolica.

L'etica in relazione alla salute deve essere effettiva dall'inizio della vita fino al suo termine. Per questo, tanto nell'aspetto curativo quanto in quello preventivo, la salute deve essere retta dall'etica e dal rispetto per la condizione umana nella sua espressione più alta.

In relazione ai servizi sanitari e



all'aspettativa di vita, parliamo di quest'ultima non soltanto in termini curativi, ma piuttosto dell'aspetto della qualità di vita, della condizione umana in cui tale qualità di vita deve essere fornita secondo i mezzi a disposizione di ogni ambiente comunitario.

L'equità nei servizi sanitari deve avvenire in funzione delle necessità, e non della capacità di finanziamento del singolo individuo o della stessa comunità.

La politica attuale deve mettere la salute al centro dello sviluppo. Così, alle soglie del terzo millennio, l'uomo e la dignità che deriva dalla sua natura si vanno imponendo sempre più come valori primari della società globale.

Nel campo della salute, il senso della dignità umana ha un peso molto particolare, dovendosi subordinare ad essa aspetti politici, sociali ed economici.

Insieme al diritto alla vita, la salute è uno dei diritti umani che incide maggiormente sul pieno sviluppo ed esercizio degli altri diritti. Con una salute compromessa, la persona non potrà lavorare regolarmente, i gruppi familiari si indeboliscono e potrei andare avanti elencando altri effetti negativi. Si impone quindi una nuova ed effettiva assegnazione delle risorse di bilancio in modo che, insieme all'educazione, venga privilegiata

l'effettiva validità del diritto alla salute.

La salute è un bene a cui dobbiamo poter accedere; la distribuzione di risorse tra i paesi e all'interno di una stessa nazione sono disuguali, per cui deve essere evitato che le cure sanitarie siano privilegio soltanto di una minoranza. Deve essere oggetto di una politica volontaristica da parte dei governi. L'obiettivo di una politica sanitaria non deve ridursi alla semplice difesa dei membri di una comunità contro la malattia, bensì essere il risultato di una politica destinata a mobilitare risorse economiche e di altro tipo da parte dello Stato, assicurando l'equità nell'accesso dei poveri al sistema di assistenza sanitaria.

I meccanismi per l'accesso gratuito o di minore apporto da parte dei cittadini, che tengono conto di età, patologia, gruppo familiare, devono tendere ad un necessario equilibrio di equità e solidarietà, importante per una sanità che deve necessariamente continuare ad essere pubblica, che è già intesa e vissuta come un irrinunciabile bene sociale comunitario e invidiabile.

L'istituzione di Difensore Civico o Ombudsman è in condizione di mostrare una radiografia delle conseguenze non desiderate delle dottrine economiche imperanti che

sembrano rimpiazzare i valori della scala assiologica con altri della scala economica; così, l'efficienza sostituisce la giustizia; l'affanno di lucro l'equità, la crescita economica la solidarietà come se fossero valori opposti, incompatibili e non complementari, come lo è l'efficienza con la giustizia, il lucro con l'equità e la crescita con la solidarietà.

Dott. JORGE LUIS MAIORANO
*Difensore Civico della Nazione Argentina
e Presidente dell'Istituto Internazionale
dell'Ombudsman (I.O.I.)*

Bibliografia

Medici, pazienti, società. Diritti umani e responsabilità professionale dei medici nei documenti delle Organizzazioni Internazionali.

BONIFACIO HONINGS, *Morale cristiana e salute.*

FRANCESCO D'AGOSTINO, *La persona e il diritto alla salute.*

JAVIER LOZANO BARRAGÁN, *Exigencias de la Salud y moralidad. Paradigma de la salud en la OMS.*

MARIA BELÉN ROSEIRA, *Aspectos socio-políticos y económicos de la salud.*

HIROSHI NAKAJIMA, *L'Organizzazione Mondiale della Salute.*

Informe Anual del Defensor del Pueblo de la Nación, anno 1997.



GEORGE A.O. ALLEYNE

Sistemi sanitari a confronto

Amo credere che quando gli esseri umani socializzarono in gruppi di vario tipo, sorse una comprensibile tendenza a prendersi cura gli uni degli altri; durante la malattia, la cura deve essere stata ritenuta una normale espressione di preoccupazione nei confronti di coloro che in qualche modo erano vulnerabili o handicappati. Il riconoscimento dell'importanza di queste azioni estese alla cura dei malati fa parte di tutte le religioni del mondo, e molte fedi registrano atti di soccorso e di cura verso i malati e i feriti, simili a quelli del Buon Samaritano. Erodoto¹ scrive dell'obbligo del cittadino di prendersi cura delle persone malate: "Non è consentito passare vicino ad un malato in silenzio, senza interessarsi ai suoi lamenti". Rientra nella nostra fede prendersi cura della salute di coloro che ne hanno bisogno, benché molti mandati di curare gli altri siano dati a individui specifici. Luca il medico si riferisce ai settanta che andarono in ogni città e luogo con il compito di curare i malati e San Paolo, alludendo ai vari doni spirituali, fa speciale menzione del dono delle guarigioni.

Questa attenzione alle cure come un dono o una responsabilità particolare ha radici ancora più lontane nella storia. Gli Assiri e i Babilonesi assegnavano la responsabilità della medicina come un'arte specializzata ai sacerdoti, e sappiamo che il codice di Hammurabi di circa 4.000 anni fa specifica molto chiaramente i premi e le pene per la pratica medica. Se il paziente moriva o perdeva un occhio in seguito ad un'operazione, al medico venivano tagliate le mani. Un'enfasi particolare veniva posta sulla cura

individuale, benché fosse evidente che lo Stato babilonese considerava l'igiene ambientale abbastanza importante da avere fognature nei luoghi pubblici. La stessa attenzione alla cura individuale appare nell'antica medicina indiana dove ho potuto trovare riferimenti anche alla responsabilità per la salute di gruppi come le forze armate. Si dice che un re avesse tenuto il proprio medico vicino a sé perché si prendesse cura di lui e della salute delle truppe.

Era inevitabile che l'attenzione ai malati separatamente e da parte di singoli medici non fosse sufficiente e dovesse essere inevitabilmente accompagnata da sistemi di cura istituzionali per i pazienti. Il sistema più famoso e duraturo è l'ospedale; in Europa, dopo la conversione di Costantino, assistiamo al rapido sviluppo di queste istituzioni sotto la direzione cristiana. In

Oriente gli ospedali furono istituiti anche prima; bisogna dire che l'organizzazione di un sistema sanitario basato sulle istituzioni esiste nella storia di tutto il mondo. C'erano naturalmente differenze nei tipi di trattamento da usare e nel tipo di persone da trattare, in quanto è chiaro che nella maggior parte delle prime società gli ospedali curavano essenzialmente i malati poveri mentre i ricchi venivano curati a casa.

Gli ospedali costituiscono solo una parte del sistema sanitario. Quando paragoniamo i sistemi sanitari in un contesto più vasto, è utile avere una concezione di cosa sia un sistema sanitario, di quali siano le sue funzioni e le varie tipologie che possono essere messe a confronto. Secondo me, un sistema sanitario è un sistema sociale, un insieme integrato che dipende per il suo funzionamento dall'interazione di varie componenti. Tali componenti sono essenzialmente un insieme di risorse finanziarie, umane, fisiche, organizzative ed informative le quali, attraverso la loro interazione, migliorano la salute dei singoli individui e della popolazione in genere. Come in ogni altro sistema, i singoli componenti interagiscono, producendo modificazioni a volte imprevedibili.

Tutti i sistemi sanitari sono fermamente basati o sono forse il derivato dell'ambiente culturale in cui operano, e i risultati finali che producono in termini di salute variano nella misura in cui la salute è culturalmente determinata. Kleinmann², in una concettualizzazione classica dei sistemi sanitari come sistemi culturali, sottolinea la difficoltà di fare confronti ed è chiaro



che i tentativi di giudicare il valore dei risultati corrono il rischio di essere arroganti in termini di stabilire una certa gerarchia di culture. Egli spiega un concetto spesso dimenticato o ignorato: "Molti sistemi sanitari contengono tre aree sociali all'interno delle quali la malattia viene vissuta e contrastata. Si tratta dell'area popolare, di quella professionale e di quella 'folk'. L'area popolare comprende principalmente il contesto familiare di malattia e di cura, ma include anche la rete sociale e le attività comunitarie. Nelle società occidentali e non, tra il 70 e il 90% della malattia è gestita esclusivamente in questo ambito".

Questo dà un'idea della piccola parte di malattie trattate nel campo professionale. Tuttavia, la nostra classificazione dei vari tipi di sistemi sanitari e le nostre stime dei costi si riferiscono quasi esclusivamente a quest'area. La differenziazione dei sistemi sanitari nella medicina allopatrica occidentale e tradizionale o nella medicina complementare, che recentemente ha assunto tanta importanza nelle società occidentali, si basa anzitutto su questa piccola frazione. Propongo di mettere a confronto i sistemi all'interno del modello occidentale e quindi tra questo ed altri modelli.

Prima di esaminare la costruzione del sistema di tipo occidentale che è quello che meglio conosco, è opportuno riflettere sul fatto che tutti i sistemi sanitari probabilmente svolgono alcune attività fondamentali, e il paragone tra di loro riguarda principalmente la misura in cui essi svolgono le funzioni basilari di migliorare la condizione sanitaria, la loro equità e la loro risposta in modo efficiente rispetto alle legittime aspettative della popolazione.

Il sistema sanitario anzitutto provvede alla promozione della salute, alla prevenzione delle malattie nonché alla cura e alla riabilitazione dei malati. Per svolgere questa funzione esso ha a disposizione un enorme apparato di tecnologie. Essi contribuiscono alla costruzione culturale della cattiva salute. La malattia rappresenta il malfunzionamento di un processo biologico e psicologico mentre la cattiva salute è essenzialmente

comportamentale. Sono tuttavia portato a legare le due cose e a rappresentare la malattia come un disagio, l'abbandono di un certo equilibrio e, la presenza di uno squilibrio psicologico.

I sistemi sono anche responsabili di ciò che Kleinman descrive come "i processi cognitivi e comunicativi coinvolti nella gestione della malattia che comprendono il classificare e il fornire spiegazioni personali e socialmente significative". I sistemi sanitari devono anche essere agenzie di documentazione. Le risorse internazionali del sistema rappresentano non solo la canalizzazione dei dati nel sistema, ma devono anche provvedere a registrare e a codificare i soggetti e il loro ambiente in modo tale da permettere una riforma continua, un adattamento e il funzionamento dello stesso sistema.

Hanson e Callahan, nel libro dal titolo *The Goals of Medicine*³, nel contesto di priorità che dovrebbero essere stabilite o almeno tenute presenti nel processo di riforma che sta spazzando il mondo, hanno stabilito quattro obiettivi principali che possono essere importanti o applicabili ad ogni sistema sanitario: prevenire le malattie e i danni, promuovere e mantenere la salute; alleviare le pene e le sofferenze causate dalle malattie; preoccuparsi e curare i malati e prestare attenzione ai malati inguaribili; evitare la morte prematura e ricercare una morte serena. Sono convinto che la

parte professionale di tutti i sistemi sanitari condividerebbe in generale questi obiettivi.

È il sistema occidentale o allopatrico ad occupare la maggior parte del nostro pensiero, almeno nella Pan American Health Organization ed è interessante riflettere sullo sviluppo dei tipi di sistema che rientrano ampiamente in questa categoria⁴. Non c'è dubbio che questi sistemi siano ora l'essenza del pluralismo; essi si presentano in diverse forme.

Sono interessato alla crescita del pluralismo in questo e in sistemi sociali simili⁵. Con la firma del trattato di Westfalia nel 1648, che significò la fine della guerra europea dei Trent'Anni, abbiamo visto la crescita dello statismo e di istituzioni pluralistiche poi sfiorite. È interessante notare che ci vollero quasi due secoli prima che lo stato assumesse il controllo e intervenisse decisamente in campi importanti come la salute e che sviluppasse un apparato appropriato da lui sostenuto. Ma nell'ultima metà del secolo c'è stata una notevole rinascita del pluralismo in molti ambiti⁶. Ora che lo stato perde la propria influenza e non è più la prima o l'unica autorità in materia, ed aumenta l'importanza di una miriade di protagonisti non statali in numerosi campi che ci riguardano, ci si interroga sul ruolo dello Stato nella salute.

Fu il principe Otto Von Bismarck ad introdurre in Germania, nel 1883, la legge che rendeva obbligatoria l'assicurazione per i costi delle cure mediche, garantendo così qualcosa che si avvicinava ad una copertura universale. Fu in un certo qualmodo la risposta al movimento di riforma sociale di cui era stato strenuo difensore uno dei miei eroi, il medico Rudolf Virchow⁷. Nel 1848 egli scriveva: "Lo stato deve fare di più. Deve aiutare ogni persona a vivere in salute. Ciò semplicemente deriva dal concetto dello stato come unità morale di tutti gli individui che lo compongono, e dall'obbligo della solidarietà universale".

È opportuno notare che il dono di Bismarck alla Germania e a buona parte del mondo non favorì la costituzione di una singola struttura monolitica, ma di una serie di fondi sociali che sono le organiz-



zazioni senza scopo di lucro regolate ma non finanziate dal governo. Queste fondi funzionano come intermediari finanziari tra i contributori organizzati e i dispensatori di cure. Tale movimento verso la previdenza sociale si diffuse lentamente in tutto il mondo e fu solo dopo la prima guerra mondiale che assistiamo alla crescita universale del concetto del bisogno di cure universali come elemento di giustizia sociale.

Il sistema sanitario sovietico fu il prodotto naturale della spinta al controllo dei servizi sociali da parte dello stato, e la pianificazione ideologica centralizzata dei servizi sanitari aveva lo scopo di dispensare i servizi gratuitamente. Con la nuova forma di organizzazione sociale e politica assistiamo alla rottura della cornice istituzionale che sosteneva il sistema e alla decentralizzazione senza risorse adeguate che contribuisce al deterioramento della condizione sanitaria. Il risultato più notevole è stata una importante crisi demografica con una diminuzione della aspettativa di vita principalmente come risultato di un aumento della mortalità adulta.

Dopo la seconda guerra mondiale ci fu un significativo scatto in avanti nella responsabilità dei Governi nei confronti della sanità e il famoso Rapporto Beveridge del 1942⁸ portò alla creazione del British National Health Service che, nonostante i vari adattamenti, mantiene essenzialmente il suo carattere originario e fornisce, dai fondi dello stato, le risorse finanziarie necessarie per assicurare una copertura universale. Beveridge vide il miglioramento della salute come uno strumento importante per alleviare la povertà e, in un certo senso, fu un'eco alle proposte di riforma sanitaria fatte da Edwin Chadwick nello scorso secolo. Il punto cruciale delle raccomandazioni di Beveridge era "separare la sanità dalle questioni relative ai mezzi personali".

Questo tipo di approccio non si diffuse negli Stati Uniti ove ancora persiste il pagamento delle prestazioni sanitarie. In un'analisi della genesi e del persistere di questo sistema, Starr⁹ indicò che in larga parte ne era responsabile il tradizionale individualismo degli ame-

ricani, oltre alla "sovranità professionale" dei medici che esercitano la loro influenza nei campi economici e politici. L'analisi di Starr preparata diciassette anni fa, fu anche presciente in quanto egli avanzò la tesi che l'autonomia e la dominanza professionale sarebbero state messe in pericolo dal sistema creato.

È quasi impossibile descrivere brevemente la complessità del sistema americano. In sostanza il finanziamento deriva da quattro fonti principali; c'è il finanziamento pubblico – Medicare o Medicaid per gli anziani o i poveri; il finanziamento privato dipendente/datore di lavoro e il finanziamento privato da parte di individui che hanno optato per un'assicurazione autofinanziata. Ci sono fondamentalmente quattro tipi principali di acquirenti: la Health Care Financing Administration; i governi statali; gli acquirenti privati e le aziende che ricevono contributi dai lavoratori e dai datori di lavoro. Inoltre, ci sono due acquirenti intermediari principali, cioè gli assicuratori privati e le organizzazioni di cure gestite che forniscono servizi attraverso una vasta gamma di dispensatori pubblici o privati. Uno dei maggiori difetti del sistema sta nel fatto che circa quaranta milioni di persone non sono coperte da nessuna di queste fonti e si trovano senza assicurazione e quindi senza un accesso garantito ai servizi.

Pertanto ci sono essenzialmente



tre tipi di sistemi sanitari che operano globalmente: il modello Bismarck con l'accento sulla previdenza sociale e l'aspetto sociale esteso alla salute; il modello Beveridge rappresentato dal British National Health Service; l'approccio basato sul mercato che rappresenta la caratteristica dominante del sistema degli USA.

I sistemi prevalenti in America Latina e quelli che conosco meglio sono delle varianti del modello Bismarck. Londoño e Frenk¹⁰ hanno riconosciuto la tendenza pluralistica esistente e hanno ulteriormente diviso questi sistemi. Essi descrivono il modello pubblico unificato esemplificato da Cuba e Costa Rica, il modello di contratto pubblico del Brasile, il modello privato dell'Argentina e il modello segmentato della maggioranza dei paesi in cui ci sono tre attori chiaramente definiti. In quest'ultimo modello, il Ministero della Sanità, il sistema di Previdenza Sociale e il settore privato partecipano allo stesso modo alle varie funzioni necessarie per la dispensazione delle cure sanitarie. Tutti i paesi hanno riconosciuto il bisogno di riformare i loro sistemi per raggiungere l'obiettivo di dispensare una salute migliore ai singoli individui e alle popolazioni.

Il nostro approccio alla riforma necessaria nelle Americhe, è stato quello di sottolineare la separazione delle funzioni nei vari sistemi; a questo proposito le funzioni essenziali da svolgere sono tre^{11,12,13}: l'organizzazione della distribuzione dei servizi necessari, il finanziamento e la regolazione del sistema. Noi crediamo che lo Stato, attraverso il Ministero della Sanità, debba assumere un ruolo di regolatore o di direzione e che idealmente dovrebbe esistere un'unica fonte di finanziamento che, nella maggior parte dei paesi, dovrebbe essere un ente incorporato nella Previdenza Sociale. La dispensazione dei servizi può essere in mano ad una serie di attori pubblici e privati le cui prestazioni vengono monitorate dal Ministero della Sanità in adempimento al suo ruolo di regolatore. Tale ruolo deve comprendere non solo i servizi di cure personali, ma anche quelle funzioni essenziali per la salute pubblica. Quando esaminiamo i sistemi sa-

nitari in America Latina e nei Caraibi, ciò che sembra debole e meno considerato è proprio questo ruolo di regolamentazione o direzione.

È abituale cercare di paragonare questi sistemi in termini di equità, qualità ed efficienza. Non è questa la sede per analizzare tutto il lavoro sulla natura dell'equità nei servizi sanitari e dei modi in cui dovrebbe essere valutata¹⁴. Ma non c'è dubbio che la maggioranza dei servizi correnti non sono equi, e questa mia affermazione è motivata dal fatto che essi contengono e perpetuano le differenze, specialmente in termini di accesso che sono ingiusti e iniqui. I sistemi sanitari sono sistemi sociali e una delle caratteristiche essenziali di un buon sistema sociale è quella di essere giusto. In alcuni paesi dove esiste il sistema diviso in segmenti, e dove fino al 50% della popolazione fa parte del settore informale e quindi non partecipa alla previdenza sociale, non può esserci un accesso equo ai servizi. Stiamo attivamente inseguendo la possibilità di schemi di micro assicurazioni per questa gente numerosa, semplice e di solito povera. Ci sono diverse altre manifestazioni di ingiustizia in termini di ripartizione urbano/rurale, di emarginazione delle popolazioni indigene e del trattamento delle donne nel loro ruolo non-riproduttivo.

Di conseguenza, il sistema sanitario essenzialmente basato sul mercato non può essere equo in quanto ampie parti della popolazione non hanno accesso ai servizi a causa della loro povertà assoluta o relativa. L'approccio alla riforma che proponiamo nel PAHO aumenterebbe la giustizia in quanto consentirebbe un accesso universale e, se l'attore svolgesse le funzioni basilari a lui assegnate, non dovrebbero mancare qualità ed efficienza.

Sistemi quali il British National Health Service sembrano essere equi in termini di accesso e conservano la caratteristica egualitaria alla base della loro istituzione. Purtroppo, dopo cinquant'anni sembra chiaro che l'equità all'accesso non garantisce eguaglianza del risultato sanitario. Un recente rapporto sulla salute in Gran Bretagna afferma¹⁵: "benché negli ultimi

cinquant'anni il tasso medio di mortalità sia diminuito, ancora persistono disuguaglianze inaccettabili. Per molte misure della sanità, tali disuguaglianze sono rimaste le stesse o sono aumentate". Ciò mostra che l'accesso ai servizi non rappresenta l'unico aspetto determinante o forse più importante della condizione sanitaria.

I vari sistemi possono essere anche paragonati in termini di possibilità di direzione centrale o di ruolo regolatore. Il modello Beveridge si presta più facilmente a questo tipo di controllo, e i molti adattamenti apportati negli ultimi cinquant'anni al British National Health Service attestano la volontà dei vari Governi di esercitare questo ruolo. Il modello Bismarck dovrebbe essere riconducibile anche ad un ruolo direttivo esercitato da un'agenzia governativa; in America Latina ci sono diversi tentativi del genere con vari gradi di successo. Almeno viene riconosciuto che si tratta di un ruolo critico per ragioni economiche e sociali. L'approccio del mercato non ha permesso di eseguire alcuna regolamentazione da parte del governo con l'eccezione di alcune aree specifiche della sanità pubblica.

È difficile anche accettare i vari approcci al raffronto della qualità dei risultati dei sistemi sanitari, particolarmente quando ci riferiamo il più delle volte ai sistemi di cure personali. La soddisfazione degli utenti del sistema è uno stru-

mento molto limitato, e gli indicatori usati nella medicina per l'insieme della popolazione semplicemente non sono applicabili alla medicina del singolo individuo. È relativamente facile calcolare gli inputs, ma è difficile, se non impossibile, stabilire i risultati delle cure. McDermott¹⁶ divide le attività della medicina individuale in quattro categorie: uso tecnologico, samaritanesimo, sostegno fisico, capacità basata sulle tecnologie di riferire aspetti negativi in maniera autorevole e quindi aiutare a mantenere la pace della mente.

In quelle parti del mondo dove domina la medicina allopatrica, esiste una preoccupazione costante del costo dei sistemi, e se ognuno di questi può rispondere alle legittime aspettative delle popolazioni che devono servire. In quasi ogni paese, i costi del sistema sanitario come percentuale del PIL stanno salendo, e mentre si pone la domanda legittima, ma forse filosofica, se esiste un livello ottimale di spese nel sistema sanitario, la realtà è che l'opportunità di queste spese è motivo di preoccupazione e di attento esame. Ma il fatto più allarmante è che nessun paese sarà mai in grado di investire abbastanza nel sistema sanitario per soddisfare tutte le richieste o le aspettative dei propri cittadini, e qualificare tali aspettative più o meno legittime non risolve il problema. Si tratta di una questione che trascende l'aspetto economico e rientra nell'aerea dell'etica e della politica di stanziamento delle risorse.

Callahan¹⁷ ha affrontato la questione in relazione ai sistemi sanitari negli USA che sono i più cari del mondo e senza dubbio lo stesso problema si presenta nella maggior parte dei paesi del mondo. Egli si chiede "che tipo di vita?" ed esplora i limiti del progresso medico: "abbiamo perso la strada perché abbiamo definito le nostre speranze illimitate di trascendere la nostra mortalità come nostri bisogni, ed abbiamo creato un'impresa medica che organizza questa trasformazione". Il successo delle tecnologie impiegate nel sistema sanitario ha aumentato le aspettative del pubblico. La nozione che il costo possa in qualche modo essere contenuto trovando un modo di organizzare il sistema e trattamen-



ti nuovi e meno costosi, è un miracolo. È il successo dello stesso sistema a provocarne i problemi. La natura della condizione umana è tale che ci sarà sempre una malattia in un momento o l'altro dell'esistenza e la tendenza è sempre stata quella di vedere la cura o il sollievo da tali malattie da una prospettiva individuale. Mentre nessun individuo vuole competere con un altro in termini di vita più lunga, noi vogliamo prolungare questa vita il più a lungo possibile e con tutti i mezzi. La santità della vita e il valore intrinseco della salute come esemplificato nell'etica ippocratica, sono stati forse interpretati nel senso che, per prolungare questa vita, dovrebbe essere impiegato ogni mezzo a nostra disposizione. La visione di Callahan è che il dibattito deve vertere sul punto che la richiesta individuale sul sistema sanitario dovrebbe essere assoggettata al bisogno di impiegare le risorse per il bene collettivo.

Nello stabilire l'adempimento delle aspettative come indicatore della misura di funzionamento appropriato del sistema, dobbiamo essere consapevoli di tutto ciò. È chiaro che il problema non è ristretto alle società sviluppate. L'onnipresenza e la diffusione dell'informazione su cosiddetti trionfi medici sta portando quelle società che non dispongono neanche delle cure sanitarie di base a desiderare fortemente queste tecnologie che permettono di cambiare o di allungare la vita. Callahan dice: "siamo noi che dobbiamo cambiare, quelli di noi che hanno interpretato la medicina come liberazione dai fardelli di un corpo che insiste sulla sua mortalità. Di certo non ne saremo liberati, ma il nostro compito è quello di sapere cosa fare a proposito di questa verità".

L'organizzazione delle risorse nell'area professionale delle cure personali può ugualmente essere considerata un sistema sanitario. Ho già esaminato alcuni dei diversi sistemi di medicina individuale che si possono caratterizzare come appartenenti al genere occidentale o allopatico e ai quali abbiamo fatto riferimento come modello biomedico di cure sanitarie. Ma sappiamo che esistono altri sistemi molti dei quali diventano sempre

più conosciuti là dove la medicina occidentale era dominante. È interessante notare che, in un certo modo, stiamo tornando al carattere essenziale della medicina ippocratica che sottolinea l'interrelazione delle varie influenze interne ed esterne sulla salute. Le cure sanitarie sono state modellate sulla base di questi concetti. Ma le scoperte di Cartesio e di Newton hanno portato al paradigma meccanicistico che ha virtualmente dominato la medicina e i sistemi sanitari a partire dal sedicesimo secolo. L'universo e la maggior parte di quanto contenuto in esso venivano visti come un sistema meccanico composto di parti il cui funzionamento era in ampia misura indipendente.

Capra¹⁸ lo descrive in questi termini: "Negli ultimi trecento anni, la nostra cultura è stata dominata dalla visione del corpo umano come di una macchina, da analizzare nelle sue parti. La mente è separata dal corpo, la malattia è vista come un malfunzionamento di meccanismi biologici, e la salute è definita come mancanza di malattia. Tale concezione viene ora lentamente eclissata da un concetto olistico ed ecologico del mondo che vede l'universo non come una macchina, ma piuttosto come un sistema vivente, e che sottolinea l'interrelazione e l'interdipendenza essenziale di tutti i fenomeni e cerca di comprendere la natura non solo in termini di strutture fonda-

mentali, ma di processi dinamici fondamentali".

Questo approccio biomeccanico ha portato alla dominanza di sistemi che danno preferenza alla diagnosi di "malattia" e importanza alle cure. Tale modello è il risultato di strenui tentativi per far rientrare sempre più le cure all'interno del sistema formale di attenzione professionale piuttosto che per farle rimanere nell'ambito domestico. Questo tipo di sistema sanitario è differente da quello che credo sia l'approccio standard in altre culture. Dall'analisi che Capra fa del sistema tradizionale cinese, sembra che qui l'enfasi abbia continuato ad essere sull'equilibrio e l'armonia e sulla prevenzione. Egli cita il famoso Ching: "Somministrare medicine a malattie che si sono già sviluppate... è paragonabile al comportamento di quelle persone che iniziano a fare un pozzo dopo essere rimasti senza acqua, e di coloro che iniziano a fabbricare armi dopo avere già iniziato la battaglia. Queste azioni non avvengono forse tardi?".

Tuttavia, osserviamo una stabile crescita di quei sistemi medici che vengono definiti alternativi o complementari e che coesistono sempre più con la medicina allopatica. Non mi riferisco alla crescita nel campo popolare, ma alla parte del sistema sanitario amministrato dai professionisti. Diversi sono i tentativi di classificare la medicina alternativa e l'Office of Alternative Medicine, National Institutes of Health, descrive sette ampie voci che includono: sistemi alternativi di pratica medica, nonché applicazioni bioelettromagnetiche, controllo mente/corpo e trattamenti manuali. I sistemi alternativi sono stati classificati in quattro sotto-categorie: agopuntura e medicina orientale; sistemi tradizionali indigeni; sistemi occidentali non convenzionali; naturopatia. Si va sempre più apprezzando che il pluralismo di sistemi non si applica solo nel modello occidentale. Pluralismo di sistemi è stato per generazioni la norma in grandi paesi come l'India e la Cina e ci si chiede se un movimento simile in occidente rappresenti una misura di insoddisfazione verso la biomedicina occidentale o una svolta significativa nei valori culturali con una



maggiore attenzione alle cose naturali e spirituali.

È impossibile paragonare questi sistemi di medicina alternativa tra di loro o con il sistema allopatico occidentale in termini di equità, qualità o efficienza. Se il soddisfacimento del cliente è un criterio della misura in cui si risponde a tali aspettative, allora questi sistemi stanno migliorando poiché vi accede un numero sempre maggiore di persone. I dati relativi al loro uso o alla loro richiesta non ci permettono di dire se sono equi in termini di accesso¹⁹.

Il tema di questa Conferenza è Economia e Salute, cioè il rapporto tra salute e crescita economica dei paesi. I sistemi sanitari sono importanti a questo scopo per due motivi. Anzitutto, il costo dei sistemi sanitari rappresenta una preoccupazione per tutti i paesi – ricchi e meno ricchi – ed è stato il motore di molti sforzi nella riforma del sistema sanitario. Gli Stati Uniti spendono all'incirca il 15% del loro PIL nella sanità e le cifre relative all'America Latina e ai Caraibi ammontano al 7.5%. L'altro motivo, forse il più importante, è che gli investimenti nella salute sono importanti per aumentare lo stock di capitale umano tanto essenziale per la crescita economica e la riduzione della povertà. La salute è importante in se stessa ma, come afferma Amartya Sen²⁰, la salute è utile per accrescere la capacità del-

l'uomo, indispensabile per ridurre la povertà che è rappresentata come una privazione delle capacità fondamentali. Non è certo che il sistema sanitario tradizionale sia quello che maggiormente contribuisce allo stato sanitario, ma il suo contributo aumenterà se un accento maggiore verrà posto sulla promozione e la prevenzione, e su un uso più effettivo del potere dell'informazione in tutti gli aspetti delle cure sanitarie. Riteniamo che un tale approccio alla salute e ai sistemi sanitari produrrà per noi la vita in abbondanza di cui ci parla San Giovanni.

Dott. GEORGE A.O. ALLEYNE
Direttore, Pan American
Health Organization, USA

Bibliografia

¹ Citato in MARGOTTA R., *An illustrated history of medicine*. Middlesex: Hamlyn Publishing Co; 1967.

² KLEINMAN A., Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* 1978;12:85-93.

³ HANSON MJ, CALLAHAN D., *The goals of medicine. The forgotten issue in health care reform*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1999.

⁴ ROEMER M., *Health care systems in world perspective*. Ann Arbor: Health Administra-

tion Press; 1976.

⁵ MATTHEWS JT., Power shift. *Foreign Affairs* 1997;76:51-66.

⁶ DRUCKER P., The rise, fall and return of pluralism. *The Wall Street Journal*, 1 June; 1999.

⁷ VIRCHOW R., *Collected essays on public health and epidemiology*. Volume I. Ralher LJ, ed. Science History Publications/USA; 1985.

⁸ BEVERIDGE W., *Social insurance and allied services*. London: HMSO; 1942.

⁹ STARR P., *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books; 1982.

¹⁰ LONDONO JL, FRENK J., Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 1997;41:1-36.

¹¹ Pan American Health Organization. Progress of the Health Sector Reform Activities. 39th Meeting of the Directing Council of the Pan American Health Organization. Document CD/13. Washington, D.C. 1996.

¹² Pan American Health Organization. The cooperation of the Pan American Health Organization in the Sectoral Reform Process. Washington, D.C. 1997.

¹³ ALLEYNE GAO., Health Sector Reform, Financing and the Poor. 26th Annual Conference of the Global Health Council. Arlington, Virginia, 1999.

¹⁴ WAGSTAFF A, VAN DOORSLAER E., Equity in health care finance and delivery in North Holland. In: Culyer AJ, Newhouse JP. *Handbook of Health Economics*; 1999.

¹⁵ ACHESON D., *Independent inquiry into inequalities in health*. London: The Stationery Office; 1998.

¹⁶ McDERMOTT W., Medicine: The public's good and ones own. *World Health Forum* 1980; 1:123-132.

¹⁷ CALLAHAN D., *What kind of life. The limits of medical progress*. Washington, DC: Georgetown University Press; 1994.

¹⁸ CAPRA F., *The turning point. Science, society, and the rising culture*. London, New York: Bantam Books; 1982.

¹⁹ SHARMA U., *Complementary medicine today. Practitioners and patients*. London: Routledge; 1992.

²⁰ SEN A., *Development as freedom*. New York: Alfred A. Knopf; 1999.



SESSIONE POMERIDIANA

TONY ANATRELLA

I modelli culturali della salute

Introduzione

Le immagini sociali che circolano nelle società e nei media mettono in risalto gli argomenti relativi alla salute. Rivelano le attese e le inquietudini vissute oggi, sino a fare della salute il punto centrale di tutti gli interrogativi esistenziali. Ma la medicina, se può molto per il benessere dell'uomo, non rischia di essere ridotta ad una religione della salvezza terrena?

Per riassumere i modelli di salute nel mondo contemporaneo, vi propongo di esaminare:

1. quali sono le tendenze attuali nel discorso culturale;
2. quali sono i temi ricorrenti con i quali dobbiamo lavorare;
3. quali sono le sfide culturali della salute.

1. Le tendenze attuali

Le tendenze attuali sono dominate dalla scoperta e dal controllo dell'organismo umano che assicurano l'efficacia medica, che è però spesso temperata da diverse incognite e da costrizioni economiche, fattori d'ineguaglianza.

1.1. I progressi della medicina

I progressi della medicina, della farmacologia e delle condizioni di vita hanno aperto molteplici possibilità per far regredire numerose malattie e ritardare la mortalità. Le scoperte biologiche e ora, in campo genetico, lo sviluppo sempre più preciso dell'iconografia medica, il perfezionamento dei medicinali e lo sviluppo delle tecniche chirurgiche, apportano risposte e trattamenti per malattie finora in-

comprensibili e senza un rimedio veramente efficace. L'immagine sociale che se ne trae è quella che da questi risultati sono nate delle speranze che aprono a coloro che vogliono trarne beneficio, nuovi desideri per la propria salute.

1.2. Il maggior benessere

Di fronte a successi incontestabili, di cui dobbiamo gioire, la medicina contemporanea ha acquisito nelle rappresentazioni sociali un'immagine di potenza e di efficacia. Questa duplice immagine dà l'impressione che la morte possa essere evitata quanto più saremo capaci di curare le infezioni, cambiare organi difettosi e la medicina sarà in grado di apportare un maggior benessere individuale, sempre più ricercato nei paesi sviluppati. Nelle società commerciali viene messa in atto una medicina di comodo fondata sulle diverse esigenze del consumatore, che vanno dalla domanda di medicinali per far fronte alle condizioni di vita e alle angosce esistenziali, passando per la chirurgia estetica per modificare il proprio aspetto in funzione dell'immagine che ognuno si fa del proprio corpo, fino alla scelta e alla selezione delle caratteristiche di cui si vorrebbe vedere dotato il proprio figlio.

1.3. L'insicurezza

Pur tuttavia, di fronte ai successi e alle richieste di cure mediche da parte degli individui, non mancano gli interrogativi. Non possiamo nascondere la comparsa di nuove epidemie e di nuove malattie che sono il risultato del cambiamento delle nostre condizioni di vita e

delle modifiche all'ambiente e agli equilibri ecologici apportati dalle tecno-scienze. La deforestazione massiva in Africa, in Asia e in America Latina ha destabilizzato gli equilibri batteriologici e virali che, separandosi dal loro ricettore di base, diffondono nuove affezioni. L'inquinamento industriale e gli innumerevoli residui delle attività umane modificano il clima del pianeta e le strutture sottomarine, e distruggono allo stesso modo specie animali e vegetali. L'industria alimentare produce effetti di cui ancora non abbiamo misurato tutte le conseguenze sulla natura, sugli animali e sulla salute dell'uomo. L'indebolimento, ad esempio, del sistema immunitario e degli organi biologici maschili per la riproduzione che, nei paesi industrializzati, hanno perduto, nello spazio di trent'anni, il cinquanta per cento del loro potere di fecondazione, è una constatazione inquietante. In questo modo si diffonde negli animi un clima di insicurezza e di incertezza, con il bisogno di proteggersi dai pericoli e dai rischi non soltanto della natura, ma anche da quelli che l'uomo stesso favorisce a causa delle sue ricerche e delle sue azioni.

1.4. Povertà e sfida umanitaria

Infine, nei paesi del terzo mondo, i servizi sanitari mancano considerevolmente di mezzi per curare la maggior parte delle malattie. Nei paesi a basso reddito, che si trovano a dover fronteggiare adeguamenti economici, diventa difficile affrontare i tre problemi maggiori: padronanza dei problemi legati all'assenza di igiene; individualizzazione delle cure gra-

zie all'avvento di mezzi diagnostici specifici e terapeutici efficaci; infine, la patologia infettiva contenuta, l'attenzione alle malattie degenerative e proliferative e l'identificazione delle patologie indotte dall'industrializzazione, l'urbanizzazione, la disoccupazione. La crescita e il maggior benessere sono molto esigui per numerosi paesi quando le cure mediche di base hanno sempre più difficoltà ad essere assicurate. Ciò è tanto più vero quanto più i paesi soffrono guerre di frontiera, guerre civili o conflitti etnici. Lo sviluppo degli organismi umanitari e di soccorso medico rivela una sensibilità nei confronti della disperazione di quanti sono crudelmente oggetto di sofferenze e di malattie legate alla guerra e agli squilibri economici. Questi differenti organismi, specializzati su un problema umano particolare come quello della salute, hanno preso il posto delle congregazioni religiose che si occupavano molto diffusamente degli aspetti sanitari, educativi, scolastici e culturali delle popolazioni e soprattutto dei più bisognosi attraverso una visione globale dell'esistenza. La salute è diventata una sfida umanitaria considerevole e bisogna vedere in ciò un progresso della coscienza nella solidarietà di una comune umanità, così cara al cristianesimo, con coloro che sono umiliati e colpiti nella loro dignità.

Con queste condizioni, l'immagine di una salute invisibile e di una medicina onnipotente viene ricondotta ad una visione più umile. Ma esistono profonde ineguaglianze che accentuano le differenze all'interno stesso delle società e tra i paesi poveri e quelli ricchi. La vita umana e la salute non hanno lo stesso valore sia da un lato che dall'altro?

2. I temi ricorrenti della salute nella cultura

I discorsi e le strategie sanitarie che vengono messe in atto ostentano una volontà di proteggere e di salvare delle vite, qualunque siano le condizioni di esistenza delle persone. Ma questa nobile aspirazione è condizionata dall'idea che ci si fa della vita.

2.1. Il primato della vita

Lo sviluppo dei programmi, ma anche delle monitorizzazioni sanitarie su scala locale e mondiale, centrate su diversi obiettivi, è un'esigenza di sempre al fine di proteggere e di promuovere la vita. L'arte di conoscere e di guarire nonché l'atteggiamento morale della generosità e della preoccupazione dei malati, sono una costante della medicina. Bisogna saper amare le persone ed avere il senso dell'amore della vita per praticare l'arte di curare e di portare sollievo a coloro che hanno bisogno d'aiuto, che soffrono e che sono malati. Il primato della vita domina le numerose attese che fanno oggi la loro comparsa nei riguardi della salute. Attese che sono giustificate dallo sviluppo delle scoperte e delle tecnologie applicabili in medicina. Ritroviamo questo desiderio di vivere meglio e di far vivere meglio gli altri attraverso le numerose offerte e domande sanitarie.

Il primato della vita è inteso come un atteggiamento per salvaguardare la salute che rischia di deteriorarsi a motivo della precarietà dell'esistenza umana, ma anche a causa degli effetti nefasti che l'uomo provoca sulla vita a partire dalle sue numerose azioni ma anche delle guerre. Siamo così nel cuore di un paradosso in cui il primato della vita, come valore sanitario, è spesso in contraddizione con strategie guerriere di cui sono vittime le popolazioni civili, che bisogna d'altronde soccorrere in condizioni disumane. Primato della vita contraddetto anche da tecniche che vengono utilizzate per sopprimere la vita al suo inizio e al suo termine o per impegnarsi in manipolazioni biologiche che possono a volte chiamare in causa il senso dell'integrità della persona umana. Da questo insieme si coglie un'immagine dell'uomo che si arroga un potere di vita e di morte basato unicamente sulla potenza dei suoi progressi tecnologici. L'assioma di questa "morale" tecnologica, scollegata da ogni riferimento ad un insieme antropologico e morale, potrebbe essere definito in questi termini: poiché l'atto è tecnicamente possibile, non deve porre

problemi morali. Assistiamo così ad uno spostamento dal riferimento ai valori morali universali a quello dell'efficacia tecnologica. La rivendicazione del primato della vita è qui ambivalente in quanto è ristretto ad una prospettiva puramente strumentale e soggettiva.

2.2. La salute è una filosofia

È da rilevare la moltiplicazione delle produzioni mediatiche (radio, televisione, stampa scritta) in materia di salute in quanto permettono una maggiore coscienza da parte delle persone nel prendersi cura della qualità stessa del loro modo di vita al fine di evitare lo sviluppo di numerose patologie. La diffusione di conoscenze acquisite e precise in campo medico fa sì che ognuno sia una persona informata in grado di farsi aiutare e negoziare con un medico ciò di cui ha bisogno, anche se queste conoscenze apprese dai libri sono spesso mal interpretate dal paziente che non possiede la formazione specialistica per saperle utilizzare a partire da una diagnosi giusta. Noi viviamo in un universo di concetti medici, psicologici e psichiatrici che, nei paesi sviluppati, stanno a testimoniare la circolazione di numerosi messaggi sanitari che condizionano gli animi al punto da ridurre l'esistenza esclusivamente alle preoccupazioni per la salute. Le richieste nei riguardi della salute sono diventate un'arte di vivere che appare come la forma attuale della salvezza terrena di un uomo che vorrebbe essere pieno di energia e si protegge dai pericoli della vita attuale. La prevenzione in materia di salute, di incidenti della strada, di tossicomania e delle malattie sessualmente trasmissibili può svolgere un ruolo determinante nel favorire condotte più responsabili da parte degli individui e più solidali da parte della società a cui appartengono. Ma la moltiplicazione delle operazioni di prevenzione in diverse direzioni manifesta una carenza fondamentale che è quella dell'educazione globale degli individui, che non è sempre assicurata per destare in maniera ragionevole il senso delle realtà e delle responsabilità che si

valutano sempre in rapporto a norme morali universali.

Una certa forma di ascesi sottende la filosofia contemporanea della salute che dà informazioni riguardo ad un rischio relativo ad una pratica o ad un prodotto, mette in atto una strategia e invita ognuno di noi all'autodeterminazione. Un'ascesi individuale che non ha altro scopo se non quello di preservare un'esistenza per mantenerla il più a lungo possibile e senza dover essere un disagio economico per la società. L'ascesi sanitaria che va dall'igiene necessaria per i più poveri, fino alla restrizione del consumo lasciata alla libera iniziativa dei singoli, non comporta un approfondimento della vita spirituale (come nel caso della fede cristiana attraverso l'autocontrollo, la temperanza e la ricerca di felicità vivendo la virtù della speranza), ma permette semplicemente di proteggere la propria vita. Per questo bisogno di protezione di fronte all'angoscia di essere malato, contaminato o inquinato, la salute è diventata un'ossessione che occupa massimamente gli individui e gli schermi mediatici. Naturalmente, è opportuno prendersi cura della propria salute e premunirsi personalmente nei confronti dei problemi finanziari che può comportare la malattia, ma vediamo svilupparsi delle pratiche quasi rituali nella speranza di scongiurare la malattia e i suoi effetti. Lo sviluppo delle assicurazioni per coprire finanziariamente la maggior parte dei rischi sanitari è senza dubbio una buona cosa, almeno per coloro che se lo possono permettere, ma rientra anch'esso nell'idea di volersi mettere al riparo per non dover subire i rischi dell'esistenza. La salute è così diventata una filosofia di vita il cui obiettivo primario consiste nel voler restare in buona forma. Il fine dell'esistenza sarebbe quello di avere una buona salute attraverso uno stile di vita che comporti allenamento fisico, buona alimentazione e il minor numero di problemi esistenziali.

2.3. La preoccupazione di sé

L'attrazione che le società contemporanee hanno per la salute fa parte della valorizzazione attuale

dell'esistenza individuale. Possiamo vedere in questo un aspetto positivo del prendere in considerazione il senso stesso della persona umana come finalità. Ogni persona deve avere la preoccupazione della propria esistenza per assumerla e compierla. Preservare il proprio capitale salute è una necessità per poter essere in grado di condurre una vita tranquilla e gradevole. Ma la preoccupazione di sé, tanto importante per badare alla qualità della propria salute, può ridursi ad un individualismo voluto e protetto a detrimento delle necessità, dei bisogni legittimi e della solidarietà con l'insieme della società.

La preoccupazione di sé può essere la traduzione del senso della persona grazie al quale ognuno assume il posto che gli compete nella società per il bene comune, il tutto potendo beneficiare del sostegno della società quando necessario.

Ma non è certo che la preoccupazione di sé contemporanea sia veramente l'unica espressione di questa prospettiva personalistica e comunitaria. Sembrerebbe piuttosto, in molti casi, il bisogno di riferirsi a se stessi e di vivere pensando solo a sé senza preoccuparsi delle conseguenze delle proprie azioni sulla persona e sul corpo sociale. Per convincersene basta fare gli esempi della tossicomania, delle condotte a rischio e delle pratiche sessuali con più partners in cui l'individuo resta chiuso su se stesso. D'altronde, tutti questi modi di agire sono il sintomo

mo della difficoltà di mettere in atto un vero *self* (capacità di essere se stessi, di assicurare la propria continuità psichica e di essere coerenti) in numerose personalità e in particolare tra i post-adolescenti (24-30 anni). Il costo sociale ed economico delle conseguenze di tali comportamenti è enorme per la società nella misura in cui essi generano patologie che necessiteranno di cure. La salute pubblica si trova così penalizzata da condotte individuali che potrebbero essere evitate grazie all'educazione al senso della responsabilità e dei limiti, che devono essere appresi fin dalla più giovane età.

3. Le sfide culturali della salute

Le sfide culturali della salute pongono il problema dei modi di regolazione, dell'accesso alle cure per tutti, della competenza dei medici e della loro capacità di assumersi le proprie responsabilità, ma anche dei rischi che le nuove tecnologie e le manipolazioni sulla vita e sugli esseri viventi fanno correre.

3.1. La regolazione economica della salute

Le spese sanitarie aumentano nella misura in cui il ricorso a mezzi tecnologici sempre più perfezionati, il cui uso è altamente costoso, permette di precisare la diagnosi e di effettuare interventi terapeutici efficaci. Senza dubbio avremmo torto se impiegassimo poco queste nuove tecniche mediche, dal momento che esse permettono di curare e di guarire numerose patologie.

Ma la medicina regolata finora dai benefici apportati ai malati, vede il proprio modo di valutazione cambiare registro e dipendere prioritariamente da una logica contabile della società commerciale. Sono criteri economici che servono a valutare e a giudicare la necessità delle cose, criteri che sembrano imporsi e superare i valori morali. Ben inteso, l'obiettivo primario della medicina è quello di curare ma nella misura in cui la cura resta contenuta in un progetto finanziario che non può essere



superato. Rischiamo di assistere allo sviluppo di una medicina a due velocità tra coloro che potrebbero pagare e coloro che non potrebbero farlo; alla restrizione di attrezzature sanitarie tra quelle che sarebbero funzionanti e quelle che non lo sarebbero; ad una selezione tra le persone da curare, per cui un intervento certamente costoso per un anziano, ma efficace, viene abbandonato a beneficio di una persona più giovane allo scopo di restare nei limiti imposti dal budget.

Siamo in un sistema in cui rischiamo di perdere il senso della persona in nome dell'economia. Lo constatiamo all'interno delle nostre stesse società in cui i più sfavoriti e i più isolati, come le persone che vivono nelle campagne, non hanno lo stesso accesso alle cure sanitarie. La situazione si aggrava nei paesi poveri in cui lo stato sanitario è spesso al di sotto della soglia dell'igiene e dispone solo di scarsi mezzi.

La logica economica della salute sviluppa un sentimento di ingiustizia tra coloro che non possono beneficiare dei mezzi necessari per essere curati e coloro che, attraverso le loro condotte, sviluppano delle patologie di cui la collettività dovrà assumersi le conseguenze. Ma questa logica contabile è accompagnata da numerose seccature amministrative per i medici che, prima di essere medici, devono essere gestori economici.

3.2. *I rischi sanitari: gli errori medici e la sicurezza alimentare*

Nelle mentalità contemporanee i rischi sanitari sono diventati insopportabili in rapporto agli errori medici e alla sicurezza alimentare.

1 – Gli errori medici, le diagnosi sbagliate o l'incompetenza medica legata ad una mancanza di formazione, rientravano finora nella malattia o nella fatalità. Ora sappiamo che il decesso di un certo numero di pazienti è dovuto più ad un errore di valutazione medica del loro stato, o ad un trattamento sbagliato, che alla conseguenza della loro malattia. Lo sviluppo di una medicina di urgenza, spesso valorizzata nelle serie televisive e che nutre l'immaginario

sanitario dei telespettatori, fa nascere l'idea di un intervento immediato e rapido che apporta risultati tangibili e rassicuranti, ma è spesso differente dalla realtà dei servizi ospedalieri che sono sovraccarichi e mancano di personale e di mezzi. I medici possono sempre meno mascherare i loro errori dietro ad un sapere onnipotente che lasciava le persone nell'ignoranza degli errori e degli incidenti medici. È terribile vedere una persona ricoverata per una malattia benigna, morire per un altro motivo in seguito ad errore da parte dei medici. I medici dovrebbero dunque avere una maggiore esigenza di valutazione e di controllo delle loro pratiche nell'interesse stesso della loro professione. Altrimenti i malati o le loro famiglie, non sopportando più i loro errori, cosa questa che si può comprendere, ricorreranno sempre più alla giustizia per far valere il loro diritto alla riuscita terapeutica, il che è un punto di vista contestabile. Anche qui vediamo manifestarsi una logica di consumo per cui la persona si aspetta dalla medicina un diritto alla guarigione e al servizio reso all'immagine dell'efficacia della società commerciale.

2 – La sicurezza alimentare è un'altra inquietudine sanitaria che preoccupa l'opinione pubblica. L'allevamento industriale degli animali destinati al consumo, nutriti con farine, ormoni e antibiotici, è all'origine di nuove malattie in quanto questo tipo di produzione attenta alle strutture bio-

logiche degli esseri viventi. Le manipolazioni transgeniche che modificano la struttura di taluni vegetali avranno conseguenze sulle altre piante, comporteranno lo sviluppo di batteri che erano peraltro contenuti e favoriranno altre patologie. Allo stesso modo lo spargimento di prodotti chimici sul terreno inquina le falde freatiche, rendendo l'acqua non potabile. Quanto all'uso massiccio di insetticidi, esso distrugge una parte della fauna, dagli uccelli fino alle api, passando per le coccinelle che si nutrono di afidi. Infine, animali che erano erbivori diventano non solo carnivori, ma si nutrono anche della carne da cui sono nati...

Anche l'industria alimentare è colpita dai cattivi condizionamenti o dai prodotti che perdono la loro qualità nutritiva perché lavorati chimicamente. È il caso della frutta e dei legumi coltivati tutto l'anno con procedure puramente tecnologiche, e non più secondo il ritmo delle stagioni. Hanno una bella apparenza, ma il più delle volte non hanno alcun gusto o sapore.

L'industrializzazione massiva e la volontà di disporre di tutti i prodotti nella speranza di provocare sempre più consumo, scatuisce in un'aberrazione di prodotti alimentari che non sono di buona qualità e pesano sulla salute pubblica e sull'aumento delle malattie. Questo fenomeno crea un'insicurezza e fa sorgere un dubbio costante che nessuno sembra poter controllare dato che siamo prigionieri di un sistema di produzione ridotto a manipolazioni chimiche e farmacologiche e di un sistema di commercio che, per motivi economici, maltratta la natura e perde l'arte della nutrizione.

Non bisogna dimenticare che la nostra salute dipende dal modo con cui siamo curati e che noi diventiamo ciò che respiriamo e consumiamo. Gli interventi dell'uomo sulla natura, distruggendo a volte riserve e barriere virali e batteriologiche, liberano nuovi agenti infettivi che provocheranno le malattie di domani. In questo contesto si vorrà sempre più proteggersi dai rischi sanitari legati alle pratiche mediche e alle produzioni alimentari.



3.3. Le manipolazioni sulla vita e sugli esseri viventi

Le malattie organiche, le epidemie e le varie infezioni hanno sempre fatto parte delle preoccupazioni sanitarie. La possibilità di intervenire oggi sui processi della vita e degli esseri viventi aprono nuove prospettive. Tratteremo qui soltanto le questioni sollevate in rapporto al desiderio di un figlio, alla clonazione e alla procreazione.

3.3.1. Il desiderio di un figlio

Il desiderio di un figlio è sempre più contrassegnato dall'individualismo contemporaneo quando l'adulto vuole concepire un bambino a partire dalle sole attese soggettive. Il figlio ad ogni costo e in tutti i modi, il figlio voluto da una donna sola o ancora il figlio rivendicato da persone dello stesso sesso, fanno della prole un ostaggio che dovrebbe rassicurare persone angosciate o giustificare un modo di vita incompatibile con ciò che vuol dire essere genitori o una famiglia. Oggi esistono mezzi tecnici per favorire la nascita di un bambino in qualunque situazione e la medicina e la società rischiano di rispondere a tutte queste domande, senza cercare di attenersi a condizioni oggettive che dovrebbero servire a discernere i desideri formulati e i metodi utilizzati. Le nostre società favoriscono così il concepimento di un bambino non per lui stesso, ma perché venga a confortare il narcisismo dell'adulto. Il figlio programmato e selezionato potrà essere confuso con l'adulto che lo vivrà come la propria copia o il suo prolungamento, senza riconoscerne la singolarità di bambino e la natura dei suoi bisogni. Per questo numerosi adulti perdono il senso dell'educazione poiché vivono il loro rapporto con il figlio in modo egualitario, come un altro se stessa a cui non devono insegnare nulla. In questo contesto, il bambino sarà sempre più modellato a partire da imperativi medici, psicologici ed affettivi, piuttosto che educato in funzione di esigenze pedagogiche, intellettuali e morali affinché sappia collocarsi e agire sulla realtà.

3.3.2. La clonazione

La clonazione rischia di cambiare la nostra rappresentazione dell'uomo. In effetti, come non immaginare che delle persone penseranno un giorno che è possibile fabbricare una copia di se stessi, per disporre di una seconda persona identica, essere sostituiti in caso di morte o ancora, in un'altra prospettiva, prelevare un organo su un uomo-clone che sarà sacrificato affinché un altro uomo viva meglio. Questa idea va di pari passo con l'individualismo contemporaneo. Se la legge permette la clonazione sia a titolo riproduttivo, che a titolo della coltura di cellule a partire dall'embrione umano, ciò vuol dire che un tipo d'uomo sarà lo schiavo di un altro uomo che apparirà come un superuomo. Cambieremo anche il senso dei rapporti umani. Una società in cui bisogna dare agli altri per esistere, offre una rappresentazione di sé molto più sociale, mentre una società in cui esseri umani clonati sono delle riserve di organi o ordinati a certi compiti, diventa presto una società che si riallaccia con la volontà di potenza del padrone verso lo schiavo: ciò da cui ci aveva liberato il cristianesimo in nome della singolarità della persona umana, della sua libertà e della sua uguale dignità. Se una volta l'individuo accettava di offrirsi e a volte di sacrificarsi per il bene della società, oggi si sacrifica la società per l'individuo.

Così il discorso biomedico contemporaneo rischia di indurre una

visione di pezzi di corpi e di prodotti biologici completamente separati da una visione globale della vita della persona umana. Tutte le manipolazioni sono possibili: l'aborto come l'eutanasia appaiono interventi sulla carne che non sarà, o non sarà più, considerata umana. Pur tuttavia la vita, dal suo inizio alla fine, non si divide.

3.3.3. La procreazione presentata come pericolo di trasmettere la vita

L'iconografia medica sconvolgerà le nostre rappresentazioni del concepimento e dell'embriogenesi nella gestazione fino alla nascita e al di là della nascita poiché siamo testimoni di un processo nel corso del quale la vita di una persona umana si sviluppa per fasi successive: non si tratta di una ciste, di un ammasso di carne ma di una vita umana che si elabora. Quando si mostrano a dei bambini e a degli adolescenti le fotografie ottenute grazie alle tecniche altamente perfezionate dell'iconografia medica, essi percepiscono rapidamente che sopprimere questa vita vuol dire attentare ad un individuo sul quale la società si arroga un diritto di vita e di morte. Nell'antichità, e in particolare al tempo dei romani, la selezione veniva operata al momento della nascita abbandonando il bambino sulla pubblica piazza. I moralisti dell'epoca giustificavano questo atto e ci sono voluti circa venti secoli di cristianesimo per lottare contro questa pratica. Siamo sempre di fronte alla stessa discussione che troviamo ora in un'età più precoce poiché si colloca al momento dello sviluppo fetale. Non è raro sentire degli adolescenti affermare di essere terrificati quando apprendono che la loro madre aveva cercato di abortire quando era incinta di loro. Hanno l'impressione di essere dei superstiti.

Per terminare, soffermiamoci un istante sugli impatti dei discorsi sanitari sulla sessualità degli adolescenti. Questi attingono un senso di forza nel loro gruppo generazionale, quando sono fragili, insicuri e indifferenziati nella loro personalità. Allo stesso tempo sono sensibili al carattere intrusivo di taluni atteggiamenti individuali o di modelli sociali. Essi lamenta-



no di non essere liberi o di vedere attaccata la loro integrità fisica. Hanno a volte un cattivo rapporto nei confronti delle cure mediche e in particolare di tutto ciò che riguarda la loro sessualità. Le ragazze hanno esitazione verso i mezzi contraccettivi perché, inconsciamente, vi vedono un'intrusione della società che fissa norme sanitarie per avere rapporti sessuali; norme sanitarie che hanno sostituito le norme morali di una volta. La morale mediatica e igienista ha preso il passo sulla morale fondata su un'antropologia e sui valori universali che Giovanni Paolo II ci ha ricordato in *Veritatis splendor*. Questo fenomeno di morale pragmatica sfocia su personalità povere, superficiali e puramente narcisistiche: la pratica scaturisce soprattutto dall'aspetto utilitaristico e non dal senso a partire dal quale si può riflettere sulla propria esistenza.

La norma sanitaria contraccettiva o abortiva è vissuta come un'impresa del medico, come un'influenza da parte dei genitori e degli adulti e come la legge sociale che, in modo molto più costrittivo della regola morale, dice ciò che bisogna fare per vivere un buon rapporto sessuale, protetto e non fecondo. Questa invasione del discorso sociale nella sessualità individuale è più oppressiva del discorso morale e non permette di prendere possesso della propria vita sessuale al di fuori di queste norme sanitarie. Per questo c'è una specie di allergia alla contraccezione nella maggior parte delle adolescenti che non ne manifestano il bisogno per tre motivi:

1. Non ne vedono la necessità dato che non hanno vita sessuale attiva. Ma può accadere che, sulla scia di emozioni nascenti non controllate, esse intraprendano un rapporto sessuale precario e si ritrovino incinte affermando: "non credevo che si potesse rimanere incinta in questo modo". Anche qui siamo in pieno soggettivismo.

2. Non identificano la contraccezione come un segno di liberazione, come le generazioni precedenti, che volevano dissociare la maternità dalla loro femminilità – mentre essa è intrinseca alla sessualità femminile – e volevano affermare il loro godimento di fron-

te a quello dell'uomo. Per le adolescenti la contraccezione appare più come un intralcio che come un segno di libertà.

3. Esse hanno bisogno di emanciparsi da questi imperativi sociali per accedere al significato personale della propria sessualità. Per questo la contraccezione è incompatibile con il loro sistema di rappresentazione.

Osserviamo che spesso è presso le adolescenti in erranza affettiva che si esprimono talune condotte sessuali (perché qualcuno si interessa a loro) che scaturiscono in gravidanze evidentemente non desiderate. La maggior parte di loro preferisce tenere il bambino. L'aborto aggiungerebbe un dramma ed una negazione supplementare alla loro situazione affettiva. È per loro insopportabile iscrivere la morte nel loro corpo dove potrebbero continuare a dare la vita.

Il tipo d'educazione sessuale attuale, accelerata dai temi di prevenzione dell'AIDS, incoraggia tre atteggiamenti: l'impulsività sessuale, la futilità dei comportamenti sessuali e la confusione dei rapporti. Questi tre atteggiamenti sono la conseguenza del discorso contraccettivo ed abortivo quando il bambino viene presentato come un rischio e un pericolo, e la conseguenza anche del discorso omosessuale sulla mentalità che nega la differenza dei sessi in nome di una sessualità soggettiva che distrugge le realtà e i riferimenti oggettivi. Come reazione a questa visione della sessualità puramente sanitaria e strumentale

appare un'esigenza di qualità relazionale, un bisogno di una migliore comprensione di ciò che significa la sessualità umana e il ruolo della procreazione, della parentela e della filiazione.

3.4. Viviamo una rivoluzione epistemologica del pensiero biomedico?

È difficile sapere se stiamo vivendo una rivoluzione epistemologica del pensiero medico in quanto siamo solo agli inizi di cambiamenti importanti. Non di meno, ispirandomi alle osservazioni di Mirko D. Grmek¹ e riportando qui le sue argomentazioni, appaiono particolarmente rivelatori due aspetti: le nuove possibilità di intervenire sugli avvenimenti chiave della vita umana e l'elaborazione di una nuova comprensione dei fenomeni naturali.

Le ricerche biomediche degli ultimi decenni permettono manipolazioni sull'origine, il determinismo genetico e la fine della vita individuale che vanno oltre le ambizioni dei medici di una volta e aprono prospettive esaltanti e allo stesso tempo inquietanti. I vari procedimenti di fecondazione artificiale, la possibilità di conoscere molto presto certe anomalie genetiche e perfino di intervenire direttamente sul genoma di un individuo, comportano implicazioni teoriche e pratiche che escono dal quadro medico tradizionale. Lo stesso avviene per i mezzi attuali per provocare degli stati tra la vita e la morte e far sopravvivere artificialmente un organismo umano. Questa nuova padronanza della nascita, del destino individuale e della morte solleva problemi etici delicati e impone una riflessione su alcuni concetti metafisici fondamentali. In una situazione in cui gravi rischi di deriva fiancheggiano promesse insperate, la medicina predittiva, l'ingegneria genetica, i trapianti di organi e l'uso di protesi sofisticate aprono prospettive talmente nuove che qualificarle rivoluzionarie non sembra esagerato.

Quanto all'elaborazione di una comprensione nuova dei fenomeni naturali, ricordiamo che, per la maggior parte degli scienziati del XIX secolo, il mondo era composto di materia e di energia, così



come, per quelli del XVII secolo, era composto di materia e spirito. Nella visione del mondo del XIX secolo, lo spirito diventa un'emanazione della materia. Oggi, grazie allo sviluppo della cibernetica (Norbert Wiener, 1948) che ci ha permesso di comprendere meglio il flusso delle comunicazioni e i procedimenti della regolazione negli esseri viventi e in alcune macchine, cominciamo a credere all'esistenza di una costituente del reale, l'*informazione*, che non è né materia né energia.

Cosa vuol dire infatti il termine informazione? Esso designa l'attribuzione di un senso ai fatti. Così, ad esempio, nessuna analisi materiale ed energetica può far comprendere il significato del genoma di un essere vivente. Tale genoma possiede un senso profondo che esiste solo in funzione di un dispositivo che lo decifra. Non c'è trasmissione genetica senza azione di una cellula vivente che legge l'informazione contenuta nei cromosomi. La vita può esistere solo in virtù di una continuità nella catena degli esseri viventi.

Si sapeva dell'esistenza di un modo d'interazione fondato sul senso, ma lo si riservava al campo della cultura e lo si opponeva a ciò che avviene nella natura. Si pensava che la civiltà fosse fondata sulla cifratura e sulla sua lettura, in breve sul linguaggio e su un modo di trasformazione numerica, ma si interpretavano tutti gli avvenimenti naturali come delle sequenze ingarbugliate di trasformazioni analogiche. Per "decifrare" la natura, doveva bastare conoscere le leggi generali della fisica e della chimica, senza alcun codice particolare. Allo stesso modo, la vita non poteva essere, in una spiegazione scientifica, altro che una serie di trasformazioni analogiche. Di qui, ad esempio, l'opposizione, una volta insolubile, tra il preformismo (teoria biologica secondo la quale l'organismo vivente è completamente costituito nel germe) e l'epigenesi (teoria biologica, opposta al preformismo, secondo la quale l'embrione si sviluppa per differenziazione successiva di parti nuove). Né l'una né l'altra teoria potevano spiegare la trasmissione genetica mediante la fusione dei due gameti. Oggi, se il

supporto materiale dell'eredità è concepito non come una struttura destinata allo sviluppo analogico, ma come un programma, i due punti di vista si trovano conciliati e si arriva infine ad una spiegazione soddisfacente della continuità formale nella discontinuità materiale degli esseri viventi.

Tale nuova interpretazione dei fenomeni naturali non si limita più alla genetica. Viene già impiegata in neurofisiologia, e in patologia generale si aprono prospettive interessanti. Nei processi biologici, c'è qualcosa di non riducibile alle leggi della materia e dell'energia. Questo qualcosa è determinato storicamente e strutturato come il linguaggio. La nozione d'informazione dà una dimensione nuova al rapporto tra corpo e spirito. Nell'affrontare questo problema, bisogna tener conto della storia dell'umanità e delle sue impronte nel linguaggio e nell'apparato che lo crea e che lo decifra. Non è per caso che, nel momento in cui termina il XX secolo, all'apice delle ricerche biomediche si trovino proprio le scienze cognitive.

Conclusione

Lo sviluppo della medicina, della farmacologia, della biologia e delle tecniche sanitarie ha suscitato numerose speranze per prevenire, curare e guarire malattie che non si riusciva a ridurre. Le nostre condizioni di vita hanno modificato profondamente il nostro ambiente e favorito la comparsa di nuove patologie che sfuggono al potere medico. Nondimeno un sentimento di onnipotenza è proiettato sulle tecniche sanitarie per rispondere al desiderio di vivere e di riprodursi nelle società umane. In questo contesto, l'uomo rischia di considerarsi il Maestro della vita. Gli interventi sui processi della vita e degli esseri viventi accentuano questa attesa e incoraggiano l'immagine della salute come un luogo di benessere a partire dal quale potrebbero essere trattati la maggior parte dei problemi esistenziali. Abbiamo assistito ad una valorizzazione della salute e ad uno spostamento nel campo medico di angosce esistenziali quando le persone hanno dif-

ficoltà a vivere e ad accettare la loro vita. I diversi stati depressivi cui le società si trovano di fronte, se spesso rappresentano un'affezione mentale da trattare e che si osserva nella malinconia, nella depressione nevrotica e reazionale, non sono tutti unicamente il riflesso di una turba psichica come nel caso della depressione esistenziale quando la persona non sa come organizzare, dare significato ed assumere la propria esistenza al di fuori di una dimensione religiosa. L'uomo contemporaneo, in particolare in Occidente, chiede senza dubbio alla medicina di fargli dimenticare le preoccupazioni della vita e della morte che dovrebbe essere considerata un incidente spiacevole, e non come il termine di una vita, e di dargli il conforto terapeutico per aiutarlo a vivere e a far fronte alle contingenze e alle angosce esistenziali inerenti alla vita umana. La vita rischia di essere medicalizzata con il diritto di sopprimerla quando l'esistenza diventa difficile da assumere. Così vediamo riapparire una visione pagana dell'esistenza che ha paura della sofferenza, del bambino che deve nascere, della vecchiaia, della morte e dell'avvenire, e per la quale la dimensione religiosa che rivela il senso della vita umana non esiste. Ma dei cambiamenti possono intervenire nel pensiero biomedico con la scoperta degli scambi mediante la trasmissione genetica e l'azione cellulare che legge le informazioni contenute nei cromosomi. Non siamo più nell'opposizione della materia e dello spirito, ma di fronte ad un linguaggio che assicura la continuità nella catena degli esseri viventi. Questo nuovo orizzonte apre belle prospettive alla riflessione antropologica e teologica e non può che rinnovare il senso della dignità e della singolarità della persona umana.

P. TONY ANATRELLA
*Psicanalista e Specialista
in Psichiatria sociale
Parigi, Francia*

Nota

¹ In *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Tomo 3, Seuil, Paris, 1999.

ANGELO SCOLA

Religione, economia e salute

1. Delimitazione del tema

L'articolata complessità del tema che emerge dal ricco programma di relazioni e di interventi impone una necessaria demarcazione, tanto più che la categoria di *religione* (al singolare) – che rappresenta il punto di vista sintetico col quale sono stato invitato ad affrontare il contenuto di questa Conferenza Internazionale “Economia e Salute” – è, da una parte, assai generale e, d'altra parte, ricorre nel programma in varie accezioni.

Cifra particolarmente significativa della cultura attuale: con tale caratterizzazione la salute, contenuto centrale del Convegno, viene esaminata nella sua inevitabile relazione con l'economia, considerata, a sua volta, a partire dalla attuale caratteristica della globalità¹.

Come la religione illumina questo rapporto? Questa è la domanda cui tenterò di dare una risposta, evidentemente sintetica e puramente introduttoria. Non senza aver prima ulteriormente precisato che non lo farò nell'ottica delle singole religioni – ad esse sarà dato uno spazio autonomo lungo il Convegno – né *direttamente* in quella della visione cristiana di questo rapporto, a cui è già stata rivolta attenzione nella prolusione e che verrà ripresa in articolata analisi (storia, magistero, dogma, morale e pastorale).

Ci riferiremo invece all'*esperienza religiosa* come tale (senso religioso), cercando di cogliere *che cosa* in una società complessa multietnica, multiculturale, multireligiosa – in cui per giunta esiste un divario tragico sul piano dello sviluppo tra il nord e il sud del pianeta – essa *può dire*, illuminandolo,

del rapporto salute ed economia.

In concreto procederemo nel modo seguente: avendo di mira il soggetto personale e comunitario che opera nel mondo della salute (paziente, famiglia, società, operatore sanitario, istituzione sanitaria, organismi istituzionali di governo), cercheremo anzitutto di chiarire in che senso la salute è cifra culturale della società attuale. Da subito emergerà il peso dell'esperienza (senso) religiosa. In secondo luogo ci domanderemo dove e come essa interseca l'economia, caratterizzata dalla globalizzazione. Col terzo passo tenderemo di chiarire come l'esperienza religiosa illumina la relazione salute/economia.

2. Domanda di salute e domanda religiosa: un intreccio inscindibile

Non intendo entrare in questa sede nella questione – peraltro decisiva – di come si possa definire la salute dell'uomo partendo dalla concezione che di essa traspare nella medicina vista all'interno della sua storia e, soprattutto, della sua pratica attuale. Non mi soffermo pertanto né sull'aspetto negativo della sua definizione (assenza di malattia) né su quello, di più difficile individuazione, che viene di solito chiamato positivo (bene-essere integrale dell'uomo)². Voglio piuttosto partire dall'esperienza umana elementare così come si ripropone, non senza decisive differenze socio-culturali, in tutti i tempi e luoghi.

Un'espressione particolarmente efficace dell'esperienza elementare del bisogno di salute si incontra in un celebre passaggio del Libro

del profeta Isaia. Il re Ezechia, sottoposto – in seguito ad una sua colpa – alla prova di una grave malattia, invoca nel pianto il Signore col celebre cantico: «*A metà della mia vita... sono privato del resto dei miei anni... Non vedrò più nessuno tra gli abitanti di questo mondo. La mia tenda è stata divelta e gettata lontano da me... Come un tessitore hai arrotolato la mia vita, mi recidi dall'ordito. In un giorno e una notte mi conduci alla fine. Io ho gridato fino al mattino... Come un leone, così egli stritola tutte le mie ossa... Come una rondine io pigolo, gemo come una colomba. Sono stanchi i miei occhi di guardare in alto... Signore, io sono oppresso*»³.

La drammatica percezione della morte imminente, punta estrema della perdita di salute, sfocia allora nel grido prepotente rivolto a Dio: «*Guariscimi, e rendimi la vita*»⁴. La salute come cifra dell'umano fa qui icasticamente la sua apparizione⁵. Come non percepire, infatti, nella malattia mortale del re, il fragile destino per cui l'uomo è esposto alla malattia, alla sofferenza e alla morte pur desiderando con tutto se stesso la vita, e la vita per sempre? Come individuare più efficacemente cosa sia la domanda di salute, sorprendendola nel cuore del moribondo, al punto di incrocio dialettico tra la sua capacità di infinito e la sua inesorabile finitudine? Inoltre, tenendo sullo sfondo la narrazione biblica, se poniamo mente al nesso tra il male e la malattia, la nostra questione si illumina ulteriormente presentandosi come assolutamente decisiva nell'esperienza di ogni uomo. Né ci sfuggirà, sempre sulla scia paradigmatica di questo celebre testo, quanto la salute implori il rapporto

con l'altro, anzitutto con l'Autore della vita⁶ perché si prenda cura dello sventurato che cade preda della malattia mortale.

La domanda di salute, costitutivamente annodata a quella sul dolore e sulla morte, fa emergere il bisogno di *durare per sempre* ed urge pertanto la cura intesa come intervento di un altro a favore del mio bene. In una parola la salute mette in campo un insieme di fattori che mostrano come essa sia espressione radicale della questione decisiva dell'io. Più che mai essa impone l'interrogativo ultimo: «*Ed io che sono?*»⁷, svelando nel contempo la *natura enigmatica* dell'uomo⁸. Quale categoria, più di quella di *enigma*, può definire un essere che è ma non ha in sé il fondamento del suo essere? Chi è veramente uno che possiede, per natura, un'identità così *ec-centrica* da poter dire "io" solo si accetta come dipendente da un altro? In particolare, per stare al nostro tema, quale esperienza porta alla sua coscienza questa sua costitutiva enigmaticità più di quella della perdita della salute?⁹ A ben vedere è proprio questo suo carattere essenziale, che mette in gioco la totalità dell'io, a spiegare il grande peso che la questione della salute possiede nella società attuale. La salute è cifra culturale della società di oggi, soprattutto nel nord del pianeta, proprio perché essa è cifra dell'esperienza umana elementare. Ad essa è sospesa la stessa sopravvivenza della libertà e perciò la società avanzata vi dedica una quantità di risorse di ogni natura – da quelle affettive a quelle economiche – fino a farla diventare, nel bene e nel male, uno degli elementi distintivi della qualità della vita. Ammalarsi più o meno gravemente è scoprirsi esposti al nulla, nel momento in cui ci si riconosce un valore unico ed irripetibile. L'imperativa supplica di Isaia, che sgorga dal profondo della sua malattia mortale, traduce allora il desiderio di durare per sempre che in tutti i popoli di ogni cultura prende quasi la forma di un diritto: «*Oh natura, oh natura, perché non rendi poi ciò che prometti allor? Perché di tanto inganni i figli tuoi?*»¹⁰. Anzi: spesso diventa esplicita contestazione all'Autore stesso della vita che, non di rado, in forza della malattia che è sempre

anticipo di morte, viene accusato di tirannica perfidia¹¹.

Né vi è *pietas* o solidarietà compassionevole, possieda essa l'antica impronta stoica o assuma – come oggi una certa moda sembra suggerire – quella buddista, che riesca a strappare dalla carne il pungiglione acuto di malattia/morte. E questo a tal punto che la forma scettica dell'esistenza – dalle varianti di superficie così ben stigmatizzate nella figura kierkegaardiana dell'esteta fino alle più raffinate forme del nichilismo che balenano in Montale – sembra oggi dominare la grande massa degli uomini che praticamente ripropongono la terribile figura sartriana dell'io: *L'uomo è una passione inutile*.

Solo apparentemente siamo andati lontani dal tema della salute, così come la pratica medica che si organizza attorno ad essa lo affronta. In realtà, ci siamo limitati a metterle allo scoperto la radice. Infatti se la domanda di salute è domanda che la vita sia resa in pienezza come tutto il nostro io sembra promettere, allora non c'è atto clinico od organizzazione sanitaria che possano trattenere l'esplosione irresistibile del bisogno/desiderio di bene-essere radicale del paziente che, volenti o nolenti, butta in faccia all'operatore sanitario l'enigma dell'uomo.

Per definire questo imperioso bisogno di durare per sempre che esplode nella domanda di salute del paziente non potremmo trovare espressione più appropriata che la parola *salvezza*. Le culture di ogni tempo, ad ogni latitudine, hanno coniato vocaboli, ma soprattutto hanno prodotto costumi, comportamenti e civiltà che confermano questo dato.



Non si può mai separare salute da salvezza: è la stessa natura enigmatica dell'uomo che, costituendolo come un essere *ec-centrico*, gli impone la domanda essenziale, inestirpabile di salvezza.

Ora, dire che esiste un nesso inscindibile tra domanda di salute e domanda di salvezza altro non è che riconoscere che tutto ciò che concerne la sfera della salute appartiene *ipso facto* alla dimensione religiosa dell'uomo. Se la salute mette in gioco, in termini di vita o di morte, la questione dell'io, per ciò stesso essa è dimensione del senso religioso: questo infatti consiste in quell'insopprimibile livello di autocoscienza che scatta all'insorgere del *perché ultimo* circa sé e la realtà¹².

Come prima decisiva conclusione risulta pertanto fondata la convinzione che religione e salute non sono due realtà tra loro estranee da mettere doverosamente in rapporto, ma si co-implicano originariamente. Il loro intrinseco legame appare insuperabile proprio a partire dal riconoscimento che la salvezza è, nello stesso tempo, cuore della domanda di salute e centro della questione religiosa.

3. Salute sacramento di salvezza

Posso supporre che ad uomini quotidianamente coinvolti nel mondo sempre più complesso delle istituzioni mediche di oggi, costretti quindi a fare i conti con i dati di numerose scienze empiriche, con prodotti di sofisticata tecnologia, con onerose situazioni economico-finanziarie, con ordinamenti giuridici sovente contraddittori, con questioni relazionali spesso cariche di complicazioni psicologiche, quanto abbiamo qui accennato rischi di apparire come un maldestro tentativo di precaria cosmesi. È facile rifarsi all'irreversibile svolta che la medicina ha subito nel secolo scorso, innescata dalla scelta di Claude Bernard di trasformare un'arte terapeutica generale in medicina sperimentale¹³, per nascondere il soggetto che cura, attraverso la sequenza rigorosa di atti clinici, mimetizzandolo dietro la pretesa di una impossibile neutralità oggettiva. La preziosa natura sperimentale della scienza medica e il suo eleva-

to livello tecnologico non potranno impedire che l'azione terapeutica si riaffacci, in tutta la sua ampiezza, prendendo forma nell'incontro tra salute e salvezza. Questo luogo sarà inesorabilmente riproposto all'operatore sanitario dal muto ed implorante sguardo del moribondo o dal pianto disarmato del bambino, dal rassegnato abbandono di un anziano o dalla fremente impotenza di un uomo nel pieno degli anni che domandano la sua cura. Né la sirena dell'utopia – cui la medicina odierna sembra cedere quando, considerando la morte come “incidente di percorso”, si autoconvince di poterla definitivamente sconfiggere – riuscirà a ridurre la domanda di salvezza all'illusione che la vita eterna possa essere l'esito dell'infinito prolungamento dell'attuale vita nel corpo mortale. L'esperienza di sofferenza, di malattia e di morte mettono a nudo l'umana finitudine nel momento stesso in cui la spiegano come rappresentazione dell'eternità: «*Tu ci guarisci mentre ci ferisci, ci guarisci dal sogno della totalità, dall'epidemia dell'invulnerabilità*»¹⁴.

Parlare di finitudine come rappresentazione dell'eternità equivale, a livello del nostro tema, a parlare di salute come rappresentazione di salvezza. Se potessimo sviluppare articolatamente in questa sede, in chiave esplicitamente cristiana, una teologia del dolore e della morte cui corrisponda un'adeguata riflessione sulla salute, saremmo condotti ad elaborare anzitutto il nesso peccato (colpa)-malattia-morte per poi riflettere sull'evento del Golgota mediante il quale Cristo, *sponte*, ingoia la morte dal di sotto¹⁵ con la forma unica e irripetibile del suo morire¹⁶ (è questa forma particolare di morte che combatte l'estremo duello con la forma comune del morire vincendola: *mors et vita duello conflixere mirando*) per giungere infine a parlare del morire in Cristo in termini di morte come *sembianza* di morte.

L'esito di una simile riflessione consentirebbe di concludere, sulla scia di una categoria riferita dalla storia del pensiero cristiano alla Eucaristia – quella di *sembianza* o *sembiante* – alla considerazione della salute come sacramento di salvezza. La logica del simbolo (sacramentale) ci permetterebbe

così di cogliere ciò che ontologicamente sta in unità: la salute, pur nella complessità della pratica medica, sarebbe un luogo di efficace attuazione della salvezza e il soggetto che la domanda (paziente) così come colui che si prende cura di lui (operatore sanitario) ri-incontrerebbe la sua piena identità nella missione per la quale egli partecipa, con libertà, alla missione stessa di Cristo Signore. Straordinariamente adeguata e pertinente risuonerebbe, allora, la risposta di Gesù alle sorelle di Lazzaro: «*Questa malattia non è per la morte, ma per la gloria di Dio*»¹⁷.

Perché tutto ciò non resti nell'astrazione, sarà sufficiente dire che malattia sofferenza e morte in una simile visione non sono concepite come puri eventi biologici e la cura non è intesa solo come una sequenza di atti tecnico-sperimentali, ma entrambe sono, anche e soprattutto, circostanze che si propongono alle persone, provocandone fino in fondo la libertà, proprio in quanto medico e paziente. Concretamente, se intendiamo con *cura* quell'insieme di relazioni interpersonali che sono tese alla salute del paziente, con *arte terapeutica* lo studio e l'attuazione di tutti i mezzi idonei alla cura, con *atto clinico* ogni azione medica a base tecnico-sperimentale, allora possiamo dire che la cura, che identifica la specifica relazione interpersonale tra medico e paziente, è quel *luogo* in cui l'atto clinico si fa “sacramento” dell'atto terapeutico. La cura, sempre correlata alla ricerca di guarigione, esprime allora, nella sua interezza, l'arte terapeutica del medico che passa attraverso l'atto clinico. A me sembra necessario ancorare gli orientamenti medici di base, l'organizza-

zione della clinica, le scelte terapeutiche e la loro articolazione nella ricerca a questa visione della salute che sa assumere, senza deliri di onnipotenza ma in modo simpateticamente coinvolto e tecnicamente rigoroso, tutta la domanda del paziente: *Guariscimi, e rendimi la vita*.

4. Economia e salute

a) Il risvolto etico dell'economia.

Kolm afferma che sarà benvenuto il giorno in cui la maggior parte degli economisti giungerà a riconoscere: «*Niente di ciò che è umano mi è estraneo*»¹⁸. Con il dilatarsi della *business ethics* si vanno oggi moltiplicando gli studi che propongono una considerazione generale dell'economia come confluenza, se non come fusione, dei due approcci, quello etico e quello ingegneristico, che l'hanno caratterizzata fin dalle origini¹⁹.

I più avveduti economisti sembrano aver ormai lasciato alle spalle la convinzione di Pareto che scindeva le ragioni della efficienza da quelle dell'equità, distinguendo tra la sfera della produzione e quella della distribuzione. A maggior ragione molti tra i teorici dell'economia hanno superato anche la nota tesi di Robbins il quale affermava che «*poiché l'economia si occupa di impiego efficiente di mezzi in relazione a fini che assume come dati, essa è del tutto neutrale rispetto all'etica*»²⁰.

Ciò che a noi qui interessa evidenziare è che oggi l'etica è ascesa alla ribalta dell'economia occupandovi un ruolo di primo piano, ma soprattutto giova sottolineare con forza il dato che questo imporsi dell'etica nasce dal di dentro dell'economia stessa e non dall'esterno di essa. In modo particolare essa nasce dalla scoperta che le relazioni interpersonali individuano una categoria economica. È la tesi dei *beni relazionali*²¹. L'etica risulta così chiamata in causa dall'economia in funzione della sua stessa efficienza. Già a questo primo livello emerge con forza quale possa essere il peso economico di quei beni relazionali che a vario titolo – massimamente nell'ottica della salute come sacramento di salvezza – sono costitutivi degli ambiti che si oc-



cupano della malattia e della salute in generale.

b) *Il nesso economia-salute*

Partendo da una considerazione diretta dell'oggetto dell'economia, facilmente scopriremo il suo nesso con la salute. Infatti i dinamismi di produzione, di scambio, di consumo nonché delle attività-passività finanziarie – per limitarci ad indicare gli assi portanti dell'oggetto proprio dell'economia – individuano, almeno a partire dalla modernità, elementi costitutivi anche dell'organizzazione della sanità.

Il nesso tra salute ed economia, sia dal punto di vista del soggetto che dal punto di vista dell'oggetto, è originario²². Infatti, da una parte, l'*attività economica* in genere nasce dalla sproporzione tra bisogni e risorse e, almeno a partire dall'epoca moderna, consiste nel tentativo di produrre e distribuire beni (e servizi) con il minimo dispendio di risorse, al fine di soddisfare il numero più ampio possibile di tali bisogni²³. Dall'altra, la *salute* mette in campo quel bisogno radicale di durata – e perciò quel tentativo di guarigione teso, in ultima analisi, ad evitare la morte – che, di per sé, esige un numero incalcolabile di risorse. Bisogni e risorse appaiono allora come il cuore della dimensione economica della sanità. Ma è tale la radicalità posta in gioco dalla domanda di salute che in essa la relazione economica tra bisogno e risorse assume una tensione che può condurre all'aporia. Un'attenta analisi della relazione tra salute ed economia, connessa a sua volta al rapporto tra bisogni e risorse, non ne individua solo l'intrinsecità ma, ne mostra anche l'elevato potenziale di dialetticità e di conflitto. Si può esprimere in modo elementare questo stato di cose con l'ovvia osservazione che *la salute ha dei costi ma non ha prezzo*. Che abbia dei costi dice la sua inevitabile relazione alla sfera economica, ma che non abbia prezzo esprime il suo potenziale per così dire eversivo nei confronti di quest'ultima che, invece, non può non puntare al minimo dispendio di risorse per soddisfare il massimo dei bisogni.

Per quanto possa apparire semplificatrice, la formulazione che la salute costi ma non abbia prezzo fa emergere, da una parte, i nodi irri-

solti della relazione tra salute ed economia e, dall'altra, attraverso l'esame dell'impianto teorico ad essi sottesi, può mostrare come l'esperienza religiosa getti luce su questa decisiva, intrinseca e non estrinseca, relazione propria della società civile.

Per quanto attiene al primo punto non mette conto, in questa sede, soffermarvisi, dal momento che i nodi irrisolti sono a voi tutti assai ben noti. Siete infatti soprattutto voi, sia come singoli operatori sanitari, sia come rappresentanti di istituzioni sanitarie, a sentirne ogni giorno il peso drammatico. Inoltre, il programma, ma ancor di più l'intento ultimo di questa *XIV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari*, particolarmente nella sua seconda parte, se ne fa carico in modo esplicito proponendone una diagnosi spassionata e offrendo, nell'ottica squisitamente cristiana della condivisione dei beni, una possibile prognosi. Ad essa, poi, gli organizzatori non hanno mancato di affiancare lo studio dei modelli di gestione economica di istituzioni sanitarie cattoliche.

Insisteremo un poco, invece, sulla struttura teorica soggiacente ai nodi ancora irrisolti o alle contraddizioni dell'organizzazione sanitaria nella sua attuale relazione con l'economia. Ciò ci consentirà, come abbiamo detto, di illustrare quale sia il rapporto corretto tra esperienza religiosa, economia e salute, cioè di mettere il punto finale, anche se introduttorio e sintetico, al tema che ci è stato affidato.

c) *Il rapporto bisogno-risorse in campo sanitario.*

A ben vedere la struttura teorica

non adeguatamente ridotta ad *unum* – per usare un'espressione cara alla tradizione del realismo occidentale – del rapporto economia e salute è già stata da noi introdotta. La salute, infatti, mettendo in gioco un bisogno/desiderio di valore inalienabile della persona e della sua relazione con la società civile, non sembra poter accettare come criterio esauriente quello del calcolo *minimo delle risorse* come misura ideale da investire nello spettro più largo possibile dei bisogni²⁴.

Ora è vero che le risorse sono sempre, anche nel campo della salute, oggettivamente limitate se non altro dall'inesistenza di mezzi capaci di eliminare la morte. È ovvio inoltre che il principio economico e la prassi che ne deriva del minimo di risorse per rispondere al massimo dei bisogni non può non essere normalmente perseguito anche nel campo della sanità.

Tuttavia, mentre in altri ambiti dell'umana convivenza questo criterio può essere quasi sempre applicato, nel campo della salute, che non ha prezzo, esso, di per sé solo, risulta inadeguato se non addirittura nocivo. Del resto la situazione che sta sotto gli occhi di tutti mostra l'obiettivo difficoltà ad attenersi a questa valutazione puramente tecnico-economica. Quante sono le famiglie che dilapidano interi patrimoni nel tentativo, spesso illusorio, di allungare la vita di un congiunto? Inoltre, come stabilire la misura minima in questo campo; o almeno, chi ed in che modo può stabilire questo minimo? Appare evidente come il nesso salute ed economia non basti di per sé solo a fornire la risposta adeguata a queste domande.

Oggi, sia attraverso la tesi dei beni relazionali, sia attraverso un sistema di modelli di organizzazione della sanità più realisticamente aderenti alla fase di sviluppo economico, si sta facendo strada una politica della sanità più consapevole di queste difficoltà. Un esempio significativo ci è fornito da un conoscitore attento del mondo della sanità, Charles Kleiber, il quale, scrivendo a proposito della necessità di ripensare in termini di *performance* il sistema delle cure, ha constatato che, finché c'è stata una forte crescita economica e ab-



bondanza di risorse, è stata possibile tra l'altro una coesistenza di valori contraddittori e si è potuta anche registrare una riduzione delle tensioni istituzionali e dei conflitti di potere²⁵. Vincente era la logica del ricorso a mezzi (risorse) sempre nuovi. Negli ultimi vent'anni, però, la crisi economica ha invece imposto la considerazione sempre più rigorosa dei bisogni e della loro gerarchia.

Le due logiche sono oggi sempre più antagoniste. Esse esprimono, tra l'altro, la coalizione tra operatori sanitari e pazienti, da una parte, e quella tra i finanziatori di cura e i produttori di beni, dall'altra. I primi infatti domandano di adattare le risorse ai bisogni, gli altri, al contrario, impongono di adattare le risorse alle possibilità finanziarie²⁶. Il tutto è aggravato o dall'assenza di figure-arbitro e di politiche collettive chiare o dal dominio, tanto più opprimente, quanto più grave è lo stato di povertà e minacciato il diritto elementare alla salute, dell'istituzione statale. Kleiber propone che, in epoca di globalizzazione, il problema della medicina – almeno per quanto riguarda le società avanzate del pianeta – venga affrontato ricorrendo alla tesi della corretta allocazione delle risorse limitate. Questo porterebbe a una adeguata performance sanitaria, cioè al miglioramento, nel tempo, del rapporto tra risorse investite e risultati ottenuti in funzione di obiettivi condivisi da tutta la comunità sanitaria e, più propriamente, da tutta la società civile.

Una simile politica sanitaria, tra l'altro, facendo leva su un sistema di gerarchie di decisioni, metterebbe inevitabilmente in campo una più fitta rete di relazioni tra tutti i soggetti coinvolti nell'organizzazione sanitaria, vale a dire medici, pazienti, casse malati, amministrazioni sanitarie, autorità accademiche e politiche. Sembrerebbe così che la relazione economia-salute, proprio mediante un corretto ricorso al principio tecnico-economico, riesca ad equilibrare al meglio tutti i fattori in campo, compresi quelli interpersonali.

La ragione per la quale mi sono permesso quest'invasione di campo è che la tesi di Kleiber – il cui carattere equilibrato certamente non vi sfugge – non esce alla fine

dalla tensione conflittuale tra i due termini di origine moderna perché, non offrendo un criterio oggettivo per individuare quale sia il minimo nella relazione bisogno/risorsa che guida il corretto rapporto tra salute ed economia, finisce con il sotto-mettere, ancora una volta, la prima alla seconda.

d) *Il superamento del conflitto bisogno-risorse*

Come superare, allora, questa aporia che sembra caratterizzare l'organizzazione della sanità a livello globale? Come salvare il bisogno integrale di salute espressione di quella di salvezza senza cadere in titanismi utopici, ma anche senza portare offese intrinsecamente malvagie alla dignità di ogni singolo essere umano dal concepimento alla morte? Potremmo anche formulare questa domanda in altro modo. Da cosa dipende la natura aporetica della relazione tra medicina ed economia, esplosa a partire dalla modernità?

Permettetemi di bruciare le tappe. Riformuliamo, anzitutto, sinteticamente il nostro giudizio. Con la modernità (intesa qui come semplice categoria storica e non ideologica!), quando il progressivo processo di secolarizzazione si è andato configurando nella separazione della salute dalla salvezza e nella considerazione della cura come puro atto clinico sacrificando l'arte terapeutica in essa implicata, il rapporto salute/economia ha assunto il carattere aporetico che gli elevatissimi standard tecnologici oggi esigiti dalla medicina occidentale hanno reso drammatico. Ci possiamo anzitutto chiedere: esiste, per così dire, un vizio all'origine di questo stato di cose? Forse il

vizio di origine comune sia alla medicina che all'economia e pertanto destinato, in un certo senso, a duplicarsi quando si considera il loro intrinseco ed inevitabile rapporto, consiste nel fatto che entrambe – economia e medicina – partecipano di quella singolare operazione propria delle scienze moderne di essersi costituite sull'*esclusione del soggetto*²⁷. In nome di una impossibile neutra oggettività anche medicina ed economia hanno preteso di abolire il soggetto, sia come persona che come comunità ai suoi vari livelli (da quello primario della famiglia alle forme più elementari di comunità civile, dall'ambito delle comunità nazionali fino alle organizzazioni mondiali). Per stare al campo della salute, alle istituzioni segnate da una presenza ben identificata del soggetto, capace di mantenere al mondo della cura la pregnanza salvifica della domanda di salute – mi riferisco all'*Hôtel Dieu*, all'*Hospitale* – si sono sempre più sostituite aziende il cui compito è ridotto a pura programmazione, controllo e verifica di gestione della serie di atti clinici in esse praticati.

Allora si esce dall'aporia con un unico irrinunciabile imperativo: reintrodurre con forza nel mondo della sanità come in quello dell'economia e, più in generale, in tutti gli ambiti in cui si svolge l'umana vicenda, il *soggetto*. Balza agli occhi qui l'assoluta priorità dell'*antropologia*, e si mostra così come l'etica *versus* la salute e *versus* l'economia si proponga sempre e solo come veicolo di un'*antropologia*²⁸.

E un'*antropologia* è adeguata quando sa farsi carico della natura drammatica dell'io (in termini tecnici *unità duale*) svelandone il senso²⁹. In forza di questa sua struttura originaria, infatti, ognuno di noi esiste sempre dentro un'unità polarizzata, secondo la triplice scansione spirito/corpo, uomo/donna, individuo/comunità. In essa è in gioco il destino ultimo dell'uomo ed emerge con forza l'interrogativo leopardiano già richiamato: «*Ed io che sono?*». All'orizzonte dell'umana vicenda si profilano così, irrinunciabili, il senso e l'esperienza religiosa, chiamati a darvi risposta e ad indicare la strada perché le tensioni ricordate siano, per quanto possibile, vivibili dal singolo e dal-



la comunità, in costruttivo equilibrio³⁰.

La questione antropologica è, in un certo senso, molto semplice (elementare, appunto!): ogni uomo gioca la propria libertà in ogni singolo atto, a partire dalle due coordinate in cui si iscrive tutta l'esperienza umana: gli affetti e il lavoro. Affetti e lavoro mettono in campo, attraverso la quotidiana trama di rapporti e circostanze, le tre polarità costitutive dell'io e quindi, in ultima analisi, la visione della vita che ogni uomo possiede. Si può anche dire perciò che in ogni singolo atto l'uomo rivela inevitabilmente il proprio senso religioso, inchinandosi all'ineffabile mistero o al più banale degli idoli, che Eliot acutamente individuava nella lussuria, nel danaro e nel potere.

5. L'esperienza religiosa: una strada per superare l'aporìa tra economia e salute?

A questo punto sono sufficienti poche righe per formulare la nostra conclusione. L'istanza di salute che non ha prezzo può trovare adeguata risposta soltanto in una concezione dell'uomo capace di spiegare la morte in maniera personale, libera e definitiva. Solo così si potrà evitare, da una parte, l'assolutizzazione indiscriminata e utopica della pur giusta domanda di durata o di vittoria sulla morte, senza cadere nel titanismo dell'ideologia salutista moderna. Esso consiste nella pretesa del prolungamento indeterminato ed acritico, secondo un'applicazione dogmatica del principio fisico della durata, dell'esistenza terrena in questo corpo mortale. Una simile utopia non può accettare in alcun modo una limitazione delle risorse da applicare al bisogno di salute, imposta dall'economia. Dall'altra parte solo una risposta libera, personale e definitiva al problema della morte è in grado di evitare che l'economia – e soprattutto i suoi attori forti – dispongano delle risorse destinate all'organizzazione della sanità fino al punto di fissare arbitrariamente i limiti della salute dell'altro, magari sulla base di puri calcoli di profitto. Che le risorse, anche in campo medico, siano alla fine limitate potrà

essere al massimo un dato ineluttabile da accettare, che però, se univocamente considerato, non potrà che produrre ingiustizia e violenza. Basti pensare al divario scandaloso tra Nord e Sud del pianeta anche nell'organizzazione della salute.

L'esperienza religiosa, offrendo alla mia libertà una risposta al problema della morte – che non elide l'istanza di durata perché esprime la domanda di salute come sacramento di salvezza – di fatto consente l'uscita dall'aporìa e può equilibrare il rapporto tra salute ed economia. Per poter esplicitare fino in fondo questa tesi dovrei entrare decisamente nel mistero, cui già precedentemente ho fatto cenno, della morte dell'innocente Gesù Cristo³¹, *sul livido palo della croce* come risolutiva del problema della morte. Si dovrebbe poi mostrare come *questa* morte si faccia carico della mia morte ed imponga a chi si prende cura della mia salute l'imperativo del guarire, senza però temere che il guarire inteso come una salvifica possibilità di definitiva durata si inchini di fronte al drammatico personalissimo atto del morire del singolo. Esso è, infatti, quel momento, inevitabile ed elevatissimo, in cui il tempo per lui cessa di essere rappresentazione (sacramento) dell'eterno perché il volto stesso dell'eterno si fa abbraccio del Padre che compie la sua salvezza asciugando «ogni lacrima»³².

Queste considerazioni non sono pseudo poesia alienante, né sono riducibili ad ingannevoli forme di consolazione prodotte dall'impotenza umana di fronte alla intricata giungla economica in cui devono vivere le nostre istituzioni sanitarie. Al contrario, l'esperienza reli-

giosa, proprio decifrando la salute come sacramento di salvezza, offre i criteri per regolare l'elevatissima responsabilità personale e sociale nei confronti del paziente implicata nella dimensione economica dell'attività sanitaria. Una simile concezione della malattia e della morte, e quindi della salute, regola infatti la proporzione delle risorse al bisogno in maniera corretta perché consente di elaborare quella gerarchia dei beni e, soprattutto, quella loro condivisione che non dimentica nessun fattore mettendo in primo piano il soggetto nel suo valore unico e irripetibile e nella sua costitutiva relazione all'altro, senza utopie irrealistiche rispetto alle possibili risorse. E abbiamo notato, all'inizio, come l'economia stessa stia oggi scoprendo il peso economico della relazione, che definisce in termini di *bene relazionale*. Ovviamente questi criteri implicano, come tutti i criteri in ogni ambito dell'umana convivenza, l'iniziativa della libertà personale e sociale perché di volta in volta, in maniera organica, si dia forma ad una corretta politica della salute. Essa dovrà saper coniugare il bene della persona – che ha nella salute un'espressione fondamentale – con quello della comunità civile. E la dimensione economica non potrà imporre ad ogni costo la sua costitutiva relazione minimalista tra bisogno e risorse, ma dovrà accettare che la crescita delle risorse, così come la loro gerarchia e il loro uso in relazione al bisogno, venga commisurata dall'oggettivo valore della persona. In particolare si dovrà far ricorso al criterio della partecipazione e della condivisione dei beni secondo il rispetto del diritto di tutti alla salute.

Rimettere al centro il soggetto, cioè ridare all'antropologia il suo peso, significa poi che essa trova nell'etica il canale per incontrare l'economia applicata alla salute. Il criterio della condivisione dei beni come criterio etico che attua la visione antropologico-religiosa della relazione tra economia e salute potrà poi trovare fertile terreno di sviluppo nella dottrina sociale della Chiesa. E precisamente nei suoi principi costitutivi di solidarietà e sussidiarietà, nei criteri applicativi della destinazione universale dei beni, nella versione sociale del co-



mandamento del non rubare, nella giusta relazione di equità tra bisogno e merito – che individua per finire la dimensione politica di ogni attività economica – si vede la strada offerta all'intelligenza del singolo operatore sanitario e dell'istituzione sanitaria per inventare il modello adeguato del luogo di cura.

Per tutto ciò è in ogni caso indispensabile che il soggetto operi mettendo integralmente in campo la propria identità. La tradizione cristiana nell'ambito della salute può essere riscoperta in tutta la sua forza e può diventare essa stessa una grande risorsa, oltre che una strada efficace per uscire dalle secche di quell'aporetico rapporto tra economica e salute che è iniziato con la modernità.

S.E. Mons. ANGELO SCOLA
Rettore Pontificia Università Lateranense
Roma

NA – E. LOCCI – C. ROCCHETTA – L. SANDRIN (a cura), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Torino 1997.

³ Cfr. Is 38, 10-14.

⁴ Is 38, 16.

⁵ Ho riflettuto su questi temi in A. SCOLA, «Guarescimi e rendimi la vita» (Is 38, 16). *Salute e salvezza: un centro di gravità per la medicina*, Siena 1999.

⁶ Cfr. At 3, 15.

⁷ G. LEOPARDI, *Canto notturno di un pastore errante dell'Asia*, vv. 78-89.

⁸ In proposito cfr. A. SCOLA, *Gesù Cristo, fonte di vita cristiana* in *Studia moralia* 36 (1998) 12-13.

⁹ «L'uomo soffre perché desidera e, soprattutto, ciò che desidera non è in suo potere costruire», F. BOTTURI, *Desiderio e verità*, Milano 1985.

¹⁰ G. LEOPARDI, *A Silvia*, vv. 35-39.

¹¹ Cfr. F. DOSTOEVSKI, *I fratelli Karamazov*, parte II, libro V: «Vedi, Alioscia, può anche darsi che effettivamente vada a finir così, che quando sarò giunto a vivere fino a quel momento, o risusciterò per vederlo, allora anch'io, magari, proromperò con tutti gli altri, alla vista di quella madre abbracciata al carnefice del suo piccino: "Giusto sei Tu, o Signore"; ma io non voglio prorompere a questo modo. Finché sono ancora in tempo, mi affretto a premunir me stesso e perciò, a quella suprema armonia, oppongo un netto rifiuto.»

¹² In questo senso cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Udienza generale*, in *Insegnamenti VII/2* (1983) 811-816.

¹³ Cfr. C. BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris 1920.

¹⁴ H. U. VON BALTHASAR, *Il chicco di grano. Aforismi*, Milano 1994, 124.

¹⁵ Cfr. 1Cor 15, 54.

¹⁶ Cfr. H. U. VON BALTHASAR, *Teodrammatica* t. 4, Milano 1986, 457.

¹⁷ Cfr. Gv 11, 4.

¹⁸ C. S. KOLM, *Che ne è della scienza economica? In che direzione dovrebbe muoversi*, in *Rassegna economica* 2 (1988) 289.

¹⁹ Cfr. A. SEN, *Etica ed economia*, Bari 1998, 9.

²⁰ L. ROBBINS, *Saggio sulla natura e l'importanza della scienza economica*, Torino 1947, 20. A proposito del rapporto etica-economia cfr.: K. ROTSCILD, *Ethics and Economic Themes*, Gower Hound 1993; G. MYRDAL, *L'elemento politico nello sviluppo della teoria economica*, Firenze 1981; S. ZAMAGNI (a cura di), *Saggi di filosofia della scienza economica*, Roma 1982; E. SCARPANTI-S. ZAMAGNI, *Profilo di storia del pensiero economico*, Roma 1992; S. LOMBARDINI, *La morale, l'economia e la politica*, Torino 1993; A. F. UTZ, *L'etica economica*, Cinisello Balsamo 1999.

²¹ Per Pierpaolo Donati, sociologo della famiglia, un bene comune diventa relazionale quando «può essere prodotto insieme, non

escludibile per quelli che vi prendono parte, indivisibile e non concepibile come somma di beni individuali», P. DONATI, *Il ruolo delle iniziative di "terzo sistema" nelle politiche sociali*, in C. BORRAGA, *Il terzo sistema: una nuova dimensione della complessità sociale*, Padova 1991, 72.

²² Cfr. G. MANZONE, *Allocazione delle risorse sanitarie alla luce della Dottrina Sociale della Chiesa*, in *La Società* 8 (1998) 571-586; J. JOBLIN, *La distribuzione delle risorse economiche e la salute*, in *Dolentium Hominum* 13 (1998) 1, 64-66.

²³ Cfr. P. DE LAUBIER, *Anche l'economia ha bisogno di salvezza*, in *Nuntium* (1997) n. 3, 119-125.

²⁴ Ci si potrebbe chiedere se questa considerazione non implichi in se stessa una svalutazione della scienza economica che, come tale, dovrebbe riconoscere che «l'ultima misura del valore economico è il bisogno di soddisfare (non il lavoro necessario per produrre un bene)» (P. DE LAUBIER, *Anche l'economia...*, art. cit., 21), ad una pura tecnica di amministrazione di risorse di fatto slegata dalla vita della società civile.

²⁵ Cfr. C. KLEIBER, *Questions de soins*, Lausanne 1991.

²⁶ Questa problematica è tipica delle strutture ospedaliere dei nostri giorni nelle quali spesso si incontrano a lavorare insieme professionisti con sguardi sulla realtà e interessi molto diversi tra di loro. Basti pensare ai conflitti che sorgono tra managers e medici.

²⁷ «Suonano quasi tristemente profetiche, per i destini della tekné ippocratica, le dichiarazioni di quel medico, che, già ebbro del nascente tecnologismo, definiva i suoi pazienti "gente davvero strana: si aspettano che gli guardiate la lingua e che gli prendiate il polso e la maggior parte si aspetta che li auscultiate..." [...] E vengono in mente a questo proposito le riflessioni amare di Campanacci: "Mio padre auscultava posando l'orecchio sul petto del paziente direttamente; io ausculto con lo stetoscopio, ad una ventina di centimetri; mio figlio auscultava con il fonendoscopio, a un metro e più... Ebbene questo allontanarsi del malato, per me, è il segnale del vero pericolo che minaccia la medicina moderna, che perda di vista l'uomo..."» C. CATANANTI, *L'antropologia alla base della medicina: un dibattito antico ed attuale*, in *Medicina e Morale* 46 (1996) 6, 1147.

²⁸ Cfr. A. SCOLA, *Questioni di antropologia teologica*, Roma 1997, 215-220.

²⁹ Cfr. H. U. VON BALTHASAR, *Teodrammatica* t. 2, Milano 1982, 317; A. SCOLA, *Hans Urs von Balthasar: uno stile teologico*, Milano 1991, 101-118.

³⁰ Cfr. H. U. VON BALTHASAR, *Uno sguardo al mio pensiero*, in *Communio* 105 (1989) 40.

³¹ Cfr. Mt 27, 4.

³² Cfr. Is 25, 8.

Note

¹ Su questo particolare dal punto di vista etico cfr. P. J. CORDES, *Etica della globalizzazione*, in *Nuntium* I (1997) n. 2, 62-68.

² Un esempio della complessità nel definire la nozione di salute si può trovare cercando il termine *salute* nel dizionario. Così nel Dizionario di G. Devoto-G. Oli: «"salute": 1. condizione di benessere fisico o psichico dovuta ad uno stato di perfetta funzionalità dell'organismo (...); generico. La condizione fisica dell'organismo (...); 2. letterale e arcaico: "salvezza"», G. DEVOTO-G. OLI, *Il dizionario della lingua italiana*, Firenze 1990, 1680. Si vedano inoltre le voci *salute* e *salvezza* in: G. Ci-



DIEGO GRACIA GUILLÉN

Economia e medicina nel secolo XIX

I precedenti: la teoria del valore intrinseco

Per comprendere l'economia moderna è necessario partire dallo scenario dell'economia classica, che possiamo trovare nei grandi trattati classici, greci, romani e medioevali. Aristotele dedicò all'economia alcuni importanti capitoli del quinto libro dell'*Etica a Nicomaco*, dedicato allo studio della virtù della giustizia. Secondo la sua tesi, le cose hanno un valore intrinseco e l'economia consiste nella gestione di questo valore interno alla cosa, che si esplicita nel suo uso. Il valore intrinseco è il principio e il fondamento del "valore d'uso" della cosa. La sua misura può essere realizzata in unità monetarie, per rendere possibile lo scambio di prodotti. Il denaro, quindi, è il modo per trasformare il valore d'uso in "valore di cambio". Non si tratta di due valori distinti, ma dello stesso valore d'uso espresso in unità monetarie. La moneta non ha altro valore se non quello di unità di misura; è semplice unità di misura. Le cose hanno valore d'uso e inoltre questo valore è intrinseco di modo che la transazione sarà giusta quando si dà loro valore secondo la loro funzione o uso (*kreía*), e non secondo il loro valore di cambio nel mercato. Pertanto, il prezzo non lo fa il mercato, ma la funzione naturale della cosa. Il denaro non ha altra funzione se non quella di misura dei valori, una misura unica e universale. Di conseguenza, il denaro non ha valore d'uso, bensì è puro strumento di misura, puro veicolo di cambio. Per questo Aristotele ritiene che non si possa chiedere interesse per il denaro. Quando si

presta denaro ad una persona, ciò che questa deve fare è restituire il valore del prestito, ma colui che presta non deve esigere interessi perché sarebbe esigere per un preteso valore d'uso che il denaro non ha. Di qui il termine di "usura". L'etica economica, quindi, sta nel determinare bene il valore d'uso e non esigere interessi per il prestito del denaro. Questo fece sì che gli usurai e i banchieri fossero considerati immorali, così come tutti coloro che giocavano con le pure forze del mercato, come i commercianti. Ciò che questi facevano era comprare prodotti a poco prezzo là dove erano più abbondanti e venderli cari nei luoghi in cui erano più scarsi. Ciò presuppone tassarli non per il loro valore d'uso bensì per il loro valore di cambio, il che era ritenuto immorale. Per questo l'industria manifatturiera, il commercio e la banca erano considerate attività moralmente sospette, o semplicemente immorali. Il procedimento morale di produrre ricchezza era la terra, come doveva fare una società agricola. Per questo la terra la possedevano i regnanti, i nobili e il clero. Essi erano quelli moralmente inattaccabili. Tutti gli altri erano moralmente sospetti, in particolare gli ebrei.

Tale teoria creò implicitamente una struttura sociale. I possidenti terrieri, cioè della ricchezza, rappresentavano la classe superiore della società. Essi detenevano il "valore intrinseco" delle cose che veniva certamente incrementato dal lavoro, per il quale il lavoratore meritava una ricompensa per il valore che aggiungeva a ciò che lavorava. Era questa la funzione della giornata e del salario. Pro-

prietari e lavoratori gestivano insieme il "valore d'uso" delle cose. Il "valore di cambio" restava nelle mani dei mercanti e dei commercianti, persone assolutamente malviste, in quanto molte volte si approfittavano della scarsità di un prodotto per venderlo a prezzi superiori a quello del loro valore d'uso teorico. Era una forma di usura. Un'altra era esigere interessi per il denaro, come facevano gli usurai e i banchieri che costituivano la parte moralmente riprovevole e negativa dell'economia antica e medioevale.

Tale modello economico generò anche un sistema di assistenza sanitaria. Solo le classi superiori potevano accedere ad una medicina di una certa qualità. I lavoratori, i braccianti e i poveri difficilmente potevano ricorrere al medico e soddisfare le loro esigenze. Ci sono diverse testimonianze che lo attestano. Per questo la Chiesa istituì una rete di ospedali di beneficenza allo scopo di prendersi cura, in virtù del principio di carità cristiana, di tutti questi derelitti. Le istituzioni benefiche furono essenziali in un'epoca in cui la proprietà dei beni era in mano a poche persone e tutte le altre dovevano adattarsi ad alcune giornate che servivano alla pura sopravvivenza.

1. Economia e medicina nell'epoca moderna

La critica della teoria economica che abbiamo esposto inizia con i teologi degli ultimi secoli dell'Età Media e continua per tutti i secoli moderni. Diventa sempre più chiaro che il valore di cambio

dei prodotti non può identificarsi soltanto con il suo valore d'uso. Pertanto la ricchezza non può identificarsi soltanto con il possesso della terra o il lavoro in essa realizzato. Anche lo scambio produce ricchezza. Ricchezza non è uguale a possesso dei beni della terra, ma viene ad identificarsi con il lavoro. È la tesi di Adam Smith, il pensatore che ha regolato la teoria economica liberale. Il valore economico non viene determinato dalla funzione o dall'uso, bensì dal lavoro. Pertanto la ricchezza economica si identifica con il lavoro produttivo. Smith lo dice nelle prime righe del suo libro: "il lavoro annuale di ogni nazione è la base da cui deriva tutta la somministrazione di cose necessarie e convenienti per la vita, che la nazione consuma annualmente e che consistono sempre nel prodotto immediato di questo lavoro, o in ciò che si acquista con detto prodotto dalle altre nazioni. Di conseguenza, la nazione sarà meglio o peggio fornita di tutto il necessario che è capace di conseguire secondo la proporzione maggiore o minore di questo prodotto, o di ciò che con esso si compra, rispetto al numero di persone che lo consumano". Ciò comporta una morale basata sui concetti di lavoro, risparmio, investimento in produzione e frugalità nel consumo. Non è vero che il denaro manchi di valore, né che il commercio sia attività improduttiva. Pertanto, non solo il valore d'uso deve essere stimolato, ma anche il valore di cambio che è importante e morale. D'altra parte, il valore d'uso non è intrinseco, bensì è la conseguenza del valore d'uso naturale della cosa e del lavoro che è stato aggiunto per migliorare il suo valore d'uso.

Come conseguenza di tutto ciò, il possesso della terra comincia a perdere tutta la sua antica importanza. La ricchezza non consiste più nel possesso della terra. Importante è lavorare, produrre. Ricco ora è colui che possiede i beni di produzione.

Dopo Adam Smith, si impose la tesi che il valore dei prodotti non è altro che quello stabilito dal libero mercato. Ciò presuppone una inversione radicale dei postulati aristotelici. Il valore delle cose non è

una proprietà interna che determina il suo uso, bensì il valore di cambio nel mercato. È il mercato a dire ciò che valgono le cose. Qualunque altro procedimento è ingiusto, perché fa sì che i prodotti siano più cari e di minor qualità. La prima premessa, pertanto, è che il valore di cambio è morale, anzi è l'unico morale. Il preteso valore metafisico d'uso degli antichi non esiste. Esiste solo il valore di cambio. D'altra parte, il denaro è non solo la misura del valore di cambio, bensì ha in sé un grande valore di cambio e, pertanto, è un prodotto come tutti gli altri. Inoltre c'è un mercato del denaro. Il denaro si può comprare, vendere e prestare, come tutti i prodotti. E come è altresì logico, si possono esigere interessi per il denaro, dato che ha un valore di mercato. È il mercato a determinare il valore del denaro e l'interesse che si può esigere. Come possiamo vedere, questo sistema è l'opposto di quello precedente e considera buono ciò che nel precedente era considerato cattivo. Si tratta praticamente di un'inversione totale. Ora morale è lasciare il mercato libero da pressioni esterne affinché si autoregoli. Immorale quindi sono gli interventi esterni poiché distorcono il gioco legittimo, come nel caso dei monopoli. Di qui la lotta liberale contro i monopoli che, secondo la teoria classica, non sono immorali ma necessari. Ciò che tende ad essere immorale è il libero mercato. Ora però si invertono gli andamenti. Il monopolio è immorale, perché impedisce il libero gioco del mercato. Inoltre ora occupa un posto etico fondamentale la competenza, che da qualcosa moralmente negativa passa ad essere moralmente positiva.

Ciò assunse un'enorme importanza in medicina. Anzitutto perché questa per secoli aveva funzionato come un monopolio. Il pensiero liberale riteneva che il mercato sanitario dovesse, come gli altri, essere retto dalle leggi di libero cambio, senza interventi di terzi. Questo è stato il principio basilare della cosiddetta "medicina liberale" che esigeva che il rapporto tra medico e paziente non fosse mediato dallo Stato ma che seguisse i principi del libero mercato: un malato ha necessità di un

aiuto tecnico da parte del medico e sceglie liberamente tra le offerte del mercato sanitario. Questo è quello che si intendeva tradizionalmente per medicina liberale, o per esercizio liberale della medicina. Qualunque intervento dello Stato era considerato artificioso e pregiudizievole. In tutto il XIX secolo possiamo vedere come la deontologia medica condannasse il fatto che il medico si trasformasse in un salariato (di istituzioni private o dello Stato) e, più tardi, quando le assicurazioni sanitarie di malattia sono diventate l'intera totalità dell'assistenza sanitaria, in alcuni paesi, come la Francia, i medici si sono opposti al cosiddetto pagamento conto terzi e cioè a che fosse l'assicurazione sanitaria o lo Stato a pagare il medico, invece di farlo direttamente il malato.

Utilizzando questo modello di esercizio medico liberale come unità di misura, nella società del XIX secolo si poterono distinguere tre tipi di assistenza medica. Il primo è quello delle famiglie ricche che possiedono mezzi tali da non avere problemi nel pagamento degli onorari medici o chirurgici. Erano coloro che si adeguavano senza problemi all'esercizio liberale. Poi c'era un altro settore molto più vasto, quello delle classi medie che dovevano coprire le spese straordinarie di un intervento chirurgico o di un ricovero ospedaliero prolungato mediante un'assicurazione privata. Essi si adeguavano al modello liberale, anche se con delle correzioni. Infine c'era un terzo settore, quello dei poveri, che non potevano accedere al sistema sanitario liberale. Per loro il sistema liberale ebbe sempre un ricorso, la "beneficienza". Lo Stato doveva fornire assistenza a coloro che non erano capaci di procurarsela da soli. La beneficienza, per essere giusta, doveva funzionare come principio meramente sussidiario. D'altra parte era considerata, per definizione, non solo attività "antieconomica" (dato che in essa i malati non pagavano le cure che ricevevano), ma anche "innaturale" e "nociva". Ciò fece sì che le istituzioni benefiche fossero sempre molto poveramente dotate. In quanto al resto, risultavano molto insufficienti. Fu nuovamente la

Chiesa a promuovere una vastissima rete di istituzioni benefiche per i bisognosi e i malati. Si contano a centinaia le istituzioni di beneficenza fondate dalla Chiesa in quest'epoca, e decine e decine le organizzazioni religiose sorte durante lo scorso secolo per prendersi cura dei poveri.

Dal punto di vista economico, in tutta questa epoca gli economisti considerarono le istituzioni di beneficenza pericolose e immorali. Il mercato finiva sempre per equilibrare l'offerta di manodopera con la domanda di un salario elevato da parte dei lavoratori. Quando i due fattori si equilibrano, si produce il pieno impiego. Nell'economia liberale non si concepisce che la disoccupazione possa essere volontaria. Questa è la ragione del fatto per cui ogni disoccupato veniva considerato una vergogna sociale, un "vagabondo e malvivente". Prendendosi cura di queste persone, le istituzioni di beneficenza non facevano altro che rendere cronica la loro situazione. Questa è la protesta che si rimanda tutte le volte nei grandi trattati di economia liberale a partire da Adam Smith, Thomas Malthus e David Ricardo. Le istituzioni di beneficenza possono coprire questa situazione dei bisognosi solo in apparenza poiché, alla lunga, l'unica cosa che fanno è quella di prolungare le sofferenze di alcuni esseri condannati dalla propria natura allo sterminio. Per Malthus, questo è ciò che insegna l'esperienza delle *poor laws* inglesi, a cui dedica tutto un capitolo, il quinto del suo libro e la cui lettura è quanto meno impressionante. La sua tesi fondamentale è che, sebbene le *poor laws* "siano state istituite con le più caritatevoli intenzioni, ci sono forti motivi per pensare che non abbiano ottenuto risultati nei loro propositi". E questo perché, sebbene mitighino alcuni casi di miseria particolarmente acuti, aumentano tuttavia la miseria globale della società. "Le *poor laws* inglesi tendono a peggiorare la situazione generale dei poveri [...]. In primo luogo tendono evidentemente ad aumentare la popolazione senza incrementare i mezzi di sussistenza. I poveri possono sposarsi, benché le probabilità di mantenere in maniera indi-

pendente la famiglia siano scarse o nulle. Possiamo dire che queste leggi, in una certa misura, creano i poveri che poi mantengono e siccome le risorse del paese devono, come conseguenza dell'aumento della popolazione, essere distribuite in parti più piccole per ognuno, risulta evidente che il lavoro di coloro che non ricevono l'aiuto della beneficenza pubblica avrà un potere acquisitivo minore di prima, per cui crescerà il numero di persone obbligate a ricorrere a questa assistenza. In secondo luogo, la quantità di risorse consumate da un settore della società che, in generale, non può essere considerato come il più valido, riduce le razioni dei membri più attivi e meritori, obbligando in questo modo alcuni a sacrificare la loro indipendenza. Se i poveri dei ricoveri vivessero meglio che nella realtà, questa nuova distribuzione del denaro della società tenderebbe a peggiorare in modo ancor più notevole la situazione di quanti non vi vivono, perché provocano l'aumento di prezzo delle riserve".

Da ciò Malthus deduce due conseguenze. Primo, che le *poor laws* non avrebbero dovuto esistere o, in altri termini, che la beneficenza è perniciosa. Secondo, qualora tali istituzioni esistano, viverci deve essere "duro" così che non possano essere considerate "come confortevoli ritiri dove rifugiarsi nei periodi difficili", giacché con ciò non si farebbe altro che aggravare i mali. Ciò spiega la miseria reale in cui svilupparono la loro attività tali istituzioni nel corso di

tutto il secolo passato, e che viene continuamente riflessa nelle testimonianze letterarie dell'epoca.

La Chiesa non accettò mai questo modo di vedere le cose. Ritenne necessario aiutare i bisognosi e per questo promosse un numero enorme di opere per aiutare i poveri, i malati e gli anziani. Ciò che l'economia non riusciva a regolare, restava in mano alla carità.

2. Dalla beneficenza alla giustizia sociale

Questo fu il grido dei movimenti rivoluzionari che si estesero in Europa nel 1848. Il risultato di tale movimento fu la comparsa dei movimenti sociali di sinistra, rappresentati paradigmaticamente dai partiti socialisti e dai movimenti sindacali. Alla loro base c'era una teoria economica e sociale opposta a quella liberale. In qualche modo si trattava della resurrezione della vecchia teoria del valore intrinseco delle cose. Il prezzo dei prodotti non poteva essere lasciato al libero gioco del mercato il quale è immorale; le cose hanno un valore intrinseco che non può restare al gioco delle forze del mercato. Il capitalismo liberale distorce il valore intrinseco e la sua distribuzione. L'economia, quindi, non può essere lasciata al libero mercato ma deve essere pianificata. Si tratta, ancora una volta, di tornare al monopolio, benché ora in modo maggiore rispetto alla teoria classica. Lo Stato si trasforma nel grande monopolista economico. Solo la pianificazione e la monopolizzazione economiche possono essere considerate morali. E il libero mercato è l'immoralità per antonomasia.

Di qui deriva una conseguenza della massima importanza. Si tratta del fatto che l'assistenza sanitaria deve essere coperta dallo Stato ed essere uguale per tutti. Là dove i liberali dicevano "beneficenza", ora si parla di "giustizia". L'assistenza è un diritto esigibile in virtù del principio di giustizia, e non una mera opera di beneficenza. Dal paternalismo, quindi, alla giustizia sociale. Questo fu il grande grido rivoluzionario dei proletari della seconda metà del secolo XIX. Lo fu certamente nei paesi



socialisti. Nei paesi occidentali, questo movimento favorì la nascita di una tavola di diritti umani, i cosiddetti “diritti economici, sociali e culturali” in cui era incluso il “diritto all’assistenza sanitaria”. L’assistenza sanitaria appare pertanto come un diritto esigibile in giustizia che a sua volta ha supposto, per gli Stati, un cambiamento radicale nel modo di affrontare i problemi sanitari. Dall’atteggiamento *poliziesco* si è passati a quello strettamente *politico*. Georges Rosen ha studiato con grande precisione il ruolo della “polizia medica” (*Medizinalpolizei*) nello Stato assolutistico tedesco dei secoli XVII e XVIII. Quindi la rivoluzione democratica prima e quella sociale dopo, fecero sì che questa polizia medica si trasformasse in “politica sanitaria”. La politica cominciò ad avere una tale importanza medica, e la medicina una tale importanza politica che Rudolf Virchow scrisse nel 1848: “La medicina è una scienza sociale e la politica non è altro che medicina in grande scala”. Tale politica sanitaria si manifestò in vari modi; ne riferiamo due: l’importanza crescente che andò assumendo la “medicina sociale” e l’inizio dei sistemi statali di assicurazione medica, almeno per i poveri e la classe lavorativa. Se a questo si aggiunge l’auge che nella seconda metà del XIX secolo raggiunsero la statistica e l’ingegneria sanitaria, si può avere un’idea approssimativa del corpo di contenuti della nuova “politica sanitaria”. La medicina è passata dall’essere una questione privata, come voleva il liberalismo, a compito pubblico, politico. La sanità si è trasformata in una parte molto importante delle politiche di “giustizia sociale”. Con ciò non si vuol significare la vecchia libertà contrattuale del liberalismo dottrinale, bensì l’uguaglianza sociale. La giustizia è ora uguaglianza sociale, giustizia sociale.

3. Il modello keynesiano e la sua influenza nella sanità

La teoria economica che rese possibile la nascita dei sistemi di previdenza sociale, tra cui l’assicurazione obbligatoria di malattia,

fu il keynesianesimo. Keynes fu colui che cercò di allontanare l’idea che l’economia liberale fosse sinonimo di *laissez-faire* o di libero mercato puro e selvaggio. Il concetto fondamentale, dice Keynes, è quello di domanda aggregata, che ha a che vedere con la domanda dei consumatori, ma anche con l’investimento da parte dello Stato. Questo deve regolare l’attività economica, anche se attraverso il mercato. Non si tratta di sostituire il mercato, ma solo di attivarlo e, in ultima istanza, di regolarlo. Ora l’accento viene posto sulla domanda, invece che sulla produzione, il che provoca un cambiamento radicale di stime morali. Se nel liberalismo classico si privilegiava la frugalità nell’uso dei beni di consumo, il risparmio, l’investimento in beni di produzione e il lavoro duro, ora succede l’esatto contrario: ciò che si considerava corretto o morale è il consumo, il risparmio è visto come un vizio, avarizia, ecc. È l’antitesi delle posizioni adottate da Adam Smith.

Mentre veniva smontata la credenza degli antichi economisti nella volontarietà della disoccupazione, Keynes offriva un nuovo modo di attuazione di fronte all’infortunio in generale: la creazione da parte dello Stato di ampi sistemi di previdenza sociale che coprissero le contingenze negative della vita degli uomini. Bismarck lo aveva già fatto in Germania; lo seguì l’Inghilterra durante il primo governo di Lloyd George, con la legge di Previdenza sociale che, nel tema concreto della sanità, diede origine

ad un sistema simile a quello prussiano delle *Krankenkassen*. Nel 1915 la Svezia cominciò un processo apparso con la legge pensionistica, che con gli anni avrebbe condotto ad un modello di società che Marquis Childs battezzò, nel 1936, con il nome di “la Svezia del giusto mezzo”. Imitando questi esempi, il presidente Roosevelt promulgò, nel 1935, il *Social Security Act*, che proteggeva anziani, disoccupati e bambini bisognosi. Poco dopo, sette economisti keynesiani delle Università di Harvard e Tufts pubblicavano un programma economico per l’America, in cui proponevano un forte investimento politico in beni e servizi, tra cui quelli sanitari. Nella stessa direzione, il *National Resources Planning Board* rendeva pubblico nel 1943 un ampio rapporto dal titolo *Security, Work and Relief Policies*, in cui insisteva ancora una volta perché al termine della guerra fossero incrementate le opere pubbliche, fosse ampliata la previdenza sociale, ecc.

Keynes era britannico e le conseguenze mediche più importanti del modello keynesiano si ottennero nel Regno Unito durante gli anni Quaranta. Nel 1941 il governo britannico affidò ad un noto economista e amico di Keynes, William Beveridge, lo studio monografico di un sistema organico di previdenza sociale. Dopo sedici mesi di lavoro, nel novembre del 1942 Beveridge consegnò al governo un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Services*, in cui proponeva alcune misure che, molto probabilmente, andavano molto al di là del mandato iniziale. Il sistema di Sicurezza Sociale da lui proposto includeva il sussidio di disoccupazione, il sussidio di invalidità, di pensione, di vedovanza, di maternità, di matrimonio e di sepoltura. Insieme alla Sicurezza Sociale, rivolta ai lavoratori e alle loro famiglie, c’era l’Assistenza Nazionale, cioè la Beneficienza Nazionale, destinata a coprire le necessità dei non assicurati e, oltre a queste, i Servizi Sanitari. Il governo laburista pubblicò nel 1945 e nel 1946 varie leggi sociali molto avanzate, basate in grand parte sul rapporto Beveridge, tra cui il *National Health Service Act*, che si iniziò ad applicare



nel 1948. Appariva così il primo Servizio Nazionale Sanitario del mondo occidentale, che proteggeva tutta la popolazione in qualunque circostanza. Il fatto che avvenisse durante un governo laburista ha fatto pensare che il suo obiettivo fosse quello di ampliare la giustizia sociale mediante la protezione dei diritti economici, sociali e culturali. Esistono però motivi sufficienti per credere che senza Keynes e la sua teoria economica questo progetto non sarebbe stato realizzato.

Trasformare il modello sanitario presupponeva tanto, come cambiare il concetto di medicina, la sua definizione. E, in effetti, questo è quel che avvenne immediatamente dopo la seconda guerra mondiale. Il 22 luglio 1946 veniva firmata a New York la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute, il nuovo organismo internazionale dipendente dall'Organizzazione delle Nazioni Unite, incaricato di vigilare sulla salute e sul benessere delle persone. Nel preambolo del documento la salute viene definita in questi termini: "uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di affezioni o malattie". Mai fino ad ora qualcuno aveva osato a definire la salute in questi termini. Dagli ippocratici fino alla fine del XIX secolo le definizioni di salute e malattia si erano succedute, ma mai nessuno aveva identificato la salute con il benessere e con il benessere non solo fisico ma anche mentale e sociale. Si avverte che siamo nel 1946, momento in cui il *Welfare State* anglosassone si è trasformato nella parola d'ordine di tutte le democrazie occidentali dopo la sua vittoria sul nazismo e comincia ad acquisire senso la definizione di salute in termini di "benessere" (*Welfare, Well-being*). L'economia keynesiana e lo Stato benefattore configurano un'idea di salute intesa come benessere. La definizione dell'OMS non ha senso slegata dal suo contesto storico. Con ciò risulta che alla correlazione stabilita prima tra l'economia neocapitalistica, la *società di consumo* e l'ordine politico dello *Stato di benessere* (*Welfare State*), bisogna aggiungere ora un nuovo dato: la "medicina del benessere".

4. I limiti del diritto all'assistenza sanitaria

La questione dei limiti del diritto all'assistenza sanitaria è diventata perentoria a partire dagli anni Settanta. Allora si produssero due fenomeni della massima importanza. Uno economico, la grande crisi economica del 1973, che in qualche modo supponeva la morte del keynesianesimo. L'altro fenomeno è stato strettamente medico: i progressi tecnologici hanno permesso di mantenere in vita persone che fino a poco tempo prima morivano senza rimedio. La giovane Karen Ann Quinlan è vissuta in uno stato vegetativo permanente per dieci anni. C'è l'obbligo, in virtù del principio di giustizia, di procurarle ogni tipo di assistenza medica? Questo fatto, d'altra parte, non è altro che un caso particolare di qualcosa che la medicina ha trasformato in norma: agire in senso antidarwiniano. Se la natura, secondo Darwin, seleziona i più adatti e condanna a morte i deboli e gli inadatti, la medicina agisce esattamente in senso contrario. Ciò fa sì che il numero di malati cronici irrecuperabili (bambini ritardati mentali, cronici, anziani, ecc.), sia sempre più alto, il che ha comportato come conseguenza la cosiddetta "esplosione dei costi". Torna nuovamente l'interrogativo se ci siano obblighi di giustizia nel prendersi cura con tutti i mezzi di tutti questi malati. Fin dove devono essere trattati? A partire da che punto l'obbligo smette di essere perfetto (o di giustizia) per trasfor-

marsi in imperfetto (o di carità)?

Le risposte, come è ovvio, sono state diverse ma tutte coincidono in alcuni punti. Il primo è che nell'ordine di certi beni sociali considerati primari non può esserci restrizione di prestazioni giacché questo sarebbe inumano. Il secondo è che si impongono sistemi ragionevoli di risparmio e distribuzione di risorse scarse. Per quest'ultimo è stata utilizzata preferentemente l'analisi della proporzione costo/beneficio, dato che si deve cercare sempre l'ottimizzazione della spesa. Ciò vuol dire varie cose. Primo, che per quanto le risorse sanitarie siano "limitate" (lo saranno sempre, ogni qualvolta il consumo sanitario sarà illimitato), può non essere giusto deviare il finanziamento di altre somme del bilancio alla sanità, se il rapporto costo/beneficio è maggiore in questi altri campi che in quello sanitario. Così, ad esempio, l'educazione o la politica abitativa possono presentare un rapporto costo/beneficio superiore, nel cui caso la cosa giusta è investire il denaro in questi campi. Secondo, che nell'ambito sanitario le limitate risorse che si possiedono devono essere destinate a quelle attività che, con un minor costo, producano un maggiore beneficio sanitario. Ad esempio, se bisogna scegliere tra una campagna di vaccinazione o realizzare un trapianto cardiaco, non c'è dubbio che il rapporto costo/beneficio esige che venga data priorità al primo programma, benché comporti come conseguenza il danno e perfino la morte di alcune persone. Terzo, ci sono prestazioni e servizi sanitari che non possono essere richiesti in giustizia, dato il loro basso rapporto costo/beneficio. Questo succedeva poco tempo fa con i trapianti di cuore, polmone e fegato e questo sembra essere il caso delle morti cerebrali, degli stati vegetativi permanenti, ecc.

Non c'è dubbio che queste conclusioni presuppongano una correzione importante della dottrina precedente, tanto che hanno obbligato a ridefinire il modello sanitario. Non sembra che la giustizia sociale obblighi a procurare il "perfetto benessere" di tutte le persone, ma solo quell'"attenzione sanitaria primaria" che permet-



ta agli uomini di condurre una “vita socialmente ed economicamente produttiva”. È il passaggio dalla “medicina di benessere” o “medicina pedagogica” della tappa precedente, cioè della medicina come bene di consumo, alla medicina come bene di produzione. Il “completo benessere” della definizione del 1946 si divide ora in “livelli”, concretamente in tre, il primario, il secondario e il terziario. Nel modello precedente, il livello primario o di medicina comunitaria, era meno sviluppato, mentre il terziario o ospedaliero occupava un volume massimo. La sua funzionalità era molto bassa come pure il suo rendimento, giacché non corrispondeva alle necessità e alle risorse. Per questo non è possibile neanche affermare che fosse *giusto*. Quando si analizzano le necessità sanitarie della popolazione e si quantificano le risorse, si avverte subito che le une e le altre corrispondono in maniera accettabile al modello dei tre livelli. Così, le necessità sanitarie delle comunità di solito sono l'86% dei casi di assistenza primaria, il 12% di assistenza secondaria e solo il 2% di assistenza terziaria. La distribuzione ottimale delle risorse economiche si adatta a questo schema, giacché nell'assistenza primaria si consegue il massimo rendimento, mentre in quella secondaria il rendimento è minore, e nella terziaria minimo. Il rendimento qui si misura mediante la ragione costo/beneficio. Per questo dobbiamo dire

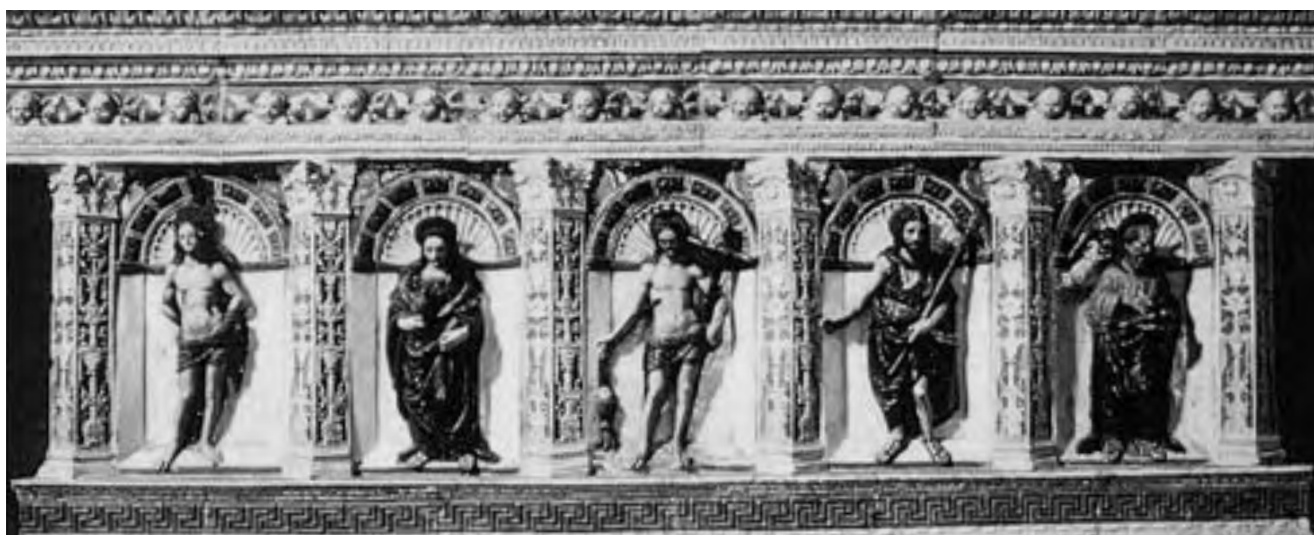
che un sistema sanitario sarà tanto più ingiusto o che la giustizia distributiva sarà in esso tanto peggiore, quanto più sviluppato sarà il livello terziario e meno sviluppato il primario. A tale riguardo possiamo affermare che nel mondo funzionano oggi tre modelli: 1) quello dei paesi sviluppati, che sono riusciti a curare abbastanza bene tanto il primo livello come il terzo; 2) quello dei paesi non sviluppati, in cui manca il livello terziario, ma che hanno raggiunto un primo livello accettabile (come la Cina); 3) infine, quello dei paesi semi-sviluppati o in via di sviluppo, che hanno investito tutte le loro riserve nell'assistenza ospedaliera, trascurando quasi completamente l'assistenza primaria. Quest'ultimo modello è senza dubbio il più antieconomico e il meno giusto.

Conclusione

Abbiamo visto come nel corso della storia si siano succedute diverse teorie economiche che hanno condizionato, e a volte determinato, l'esercizio della medicina. Non sembra che il processo sia terminato. Forse non potrà terminare mai. È probabile che non abbiamo imparato a rispondere alla grande domanda dell'economia, quella del valore delle cose. Si sono succedute diverse teorie, alcune delle quali hanno privilegiato il valore d'uso e altre il valore di cambio. Il valore però non può essere defini-

to in nessuno di questi modi. Il valore delle cose si definisce dalle possibilità di vita che generano. Ricchezza è uguale a possibilità di vita. La ricchezza non si definisce né per il valore d'uso, né per il lavoro, né per il valore di mercato, né per la domanda effettiva, e così via, bensì per le possibilità di vita. Si è tanto più ricchi quanto maggiori sono le possibilità di vita di un individuo o di una società. Questo è importante, in quanto introduce nell'attività economica molti fattori che non rientravano nella teoria classica. Ad esempio, una poesia, un'opera di filosofia o una preghiera, sono possibilità di vita, benché non siano generalmente considerate prodotti economici. L'economia deve essere vista come ciò che unicamente è, uno strumento al servizio dei fini della vita umana. Questo è il grande tema filosofico ed etico, quello dei fini della vita umana. L'economia non è altro che la gestione ragionevole dei mezzi al servizio di questi fini. E qualunque questi siano, ciò che è evidente è che non si può cadere nell'errore di confondere i fini con i mezzi o i mezzi con i fini. Possiamo qui ripetere la frase di Gesù trasmessaci dall'evangelista Marco: “il sabato è stato istituito per l'uomo e non l'uomo per il sabato” (Mc 2, 27).

DIEGO GRACIA GUILLÉN
Professore di Storia della Medicina
Università Complutense di Madrid
Spagna



DIARMUID MARTIN

Riflessioni dall'insegnamento sociale della Chiesa

La scelta del tema di questa Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute non avrebbe potuto essere più attuale. Viviamo in un mondo in cui troppo spesso dominano le preoccupazioni e gli interessi economici. Giovanni Paolo II ha messo in guardia contro il possibile pericolo di "assolutizzare l'economia" (cfr. *Centesimus Annus*, CA, n. 20, *Ecclesia in America*, n. 20).

Una delle sfide maggiori dell'attuale economia globalizzata riguarda proprio il modo con cui sosteniamo gli elementi essenziali del bene comune globale, specialmente quelli che sono beni non economici (cfr. *Pacem in Terris*, n. 139). Come trattiamo tutto questo in un'economia globale in cui oggi, molto spesso, nessuno Stato è in grado di farlo per conto proprio (cfr. CA, n. 58). Cosa accade quando cambia la costellazione dei protagonisti nell'economia? Quali saranno le combinazioni future delle autorità pubbliche e private nell'economia globalizzata e retta dal mercato che esisterà in un futuro prevedibile?

L'insegnamento sociale della Chiesa ci fornisce un utile quadro concettuale all'interno del quale possiamo trovare le risposte a queste domande. Ma anche l'insegnamento sociale si trova di fronte a nuove sfide che richiedono ulteriore ricerca e riflessione. Molto spesso questo insegnamento potrà soltanto – e questo può essere più in linea con il suo ruolo preciso – porre le giuste domande, piuttosto che fornire soluzioni prefabbricate.

Naturalmente il primo contributo dell'insegnamento sociale della

Chiesa al dibattito riguarda la nozione stessa di salute. Salute e medicina sono legate da questioni antropologiche fondamentali, dalla definizione della persona umana. Le politiche sanitarie non possono trattare la persona umana come se la produzione e il consumo dei beni fossero la base della vita sociale e l'unico valore della società (cfr. CA, n. 39). La salute è una qualità di ogni singolo individuo, un bene fondamentale di cui esso ha bisogno e che desidera. La capacità di godere di una buona salute riflette quella grande dignità di cui Dio ha dotato il culmine della sua creazione, la persona umana.

Ma la mancanza di salute non spazza via la dignità fondamentale che appartiene ad ogni persona; in realtà la sofferenza ha un grande significato, in particolare per i cristiani. Giovanni Paolo II ha scritto nella Lettera Apostolica *Salvificis Doloris*, che la sofferenza "sembra

essere particolarmente essenziale alla natura dell'uomo. Ciò è tanto profondo quanto l'uomo, appunto perché manifesta a suo modo quella profondità che è propria dell'uomo, e a suo modo la supera" (n. 2). Mentre tutti ci auguriamo di stare in buona salute, i nostri pensieri e i nostri atti più grandi e sublimi spesso sono maggiormente evidenti nella nostra sofferenza. Grazie al nostro Creatore, la dignità umana appartiene ad ogni individuo, a prescindere dalla sua condizione fisica o mentale, poiché essa non si misura con l'utilità o l'efficienza. Infatti, "il mondo della sofferenza possiede quasi una sua propria compattezza" (n. 8). Questa comune sofferenza ci obbliga a cercare le risposte e Gesù Cristo rivela "la verità dell'amore mediante la verità della sofferenza" (n. 18). È questo amore che, alla fine, motiva la preoccupazione della persona umana per il benessere e la salute.

Va ricordato che, nell'augurarsi di stare in salute, la persona umana non è un individuo isolato alla ricerca della propria preservazione sopra ogni altra cosa. Dio ha creato l'umanità come un'unica famiglia (cfr. *Messaggio per la Giornata Mondiale della Pace 2000*, n. 2), in cui ogni individuo si fa carico di certe responsabilità per gli altri. La salute è un fenomeno sociale che riguarda non solo la protezione degli individui e i loro diritti, ma anche la promozione del bene comune. Molti problemi sanitari possono essere risolti soltanto mediante misure efficaci della medicina sociale, sia attraverso l'educazione e la medicina preventiva, sia attraverso la vaccinazione su larga scala o la promozione di adeguate



politiche sanitarie nazionali ed internazionali.

I beni della creazione sono beneficio di tutta l'umanità. Nella *Tertio Millennio Adveniente*, Giovanni Paolo II nota un elemento centrale dei giubilei come descritto nell'Antico Testamento. "Se nella sua provvidenza Dio aveva donato la terra agli uomini, ciò stava a significare che l'aveva donata a tutti. Perciò le ricchezze della creazione erano da considerarsi come un bene comune dell'intera umanità" (n. 13).

Questo principio fondamentale della destinazione universale dei beni della creazione (cfr. *Gaudium et Spes*, n. 69) è in particolar modo applicabile oggi alle cure sanitarie che rappresentano uno dei maggiori punti focali di disuguaglianza nel mondo odierno. Quando parliamo dei "beni della creazione" non parliamo solo di beni fisici come la terra, le materie prime e il capitale. Oggi parliamo anzitutto di conoscenza, di capacità umana e dei frutti dell'ingegno umano (tutti, naturalmente, doni di Dio). Il Santo Padre afferma: "se un tempo il fattore decisivo della produzione era la terra e più tardi il capitale, inteso come massa di macchinari e di beni strumentali, oggi il fattore decisivo è sempre più l'uomo stesso, e cioè la sua capacità di conoscenza che viene in luce mediante il sapere scientifico, la sua capacità di organizzazione solidale, la sua capacità di intuire e soddisfare il bisogno dell'altro" (CA, n. 32).

Le disuguaglianze esistenti in materia di accesso alla conoscenza utile – per meglio dire essenziale – per le cure sanitarie, sono forse maggiori di quelle relative ad ogni altro elemento essenziale del bene comune della comunità globale.

In un'economia moderna, è importante notare chiaramente che il mercato è semplicemente uno scenario per il commercio e, in quanto tale, un mezzo per raggiungere un fine. Naturalmente, si tratta di un mezzo importante, ma che deve essere misurato per la sua abilità obiettiva di raggiungere lo scopo stabilito: l'efficienza nella produzione e nella distribuzione. La valutazione dei meccanismi di mercato nelle cure sanitarie non dovrebbe basarsi su una posizione

ideologica favorevole o contraria ai mercati, ma derivare da *fatti verificabili e quantificabili*, fatti che devono riguardare ciò che tali meccanismi hanno conseguito, ma anche quanto hanno lasciato insoddisfatto, in termini sia di qualità dei servizi forniti, sia del grado di accesso che garantiscono. Le cure sanitarie sono beni della creazione di Dio e quindi devono essere accessibili a tutti.

Sappiamo che la moderna economia premia la conoscenza e l'informazione. Ma la vera forza motrice è la persona umana, con la propria creatività, il proprio ingegno e capacità innovativa. L'investimento economico più importante che si possa oggi fare è quello di valorizzare la capacità umana permettendo agli uomini di diventare quelle persone che Dio vuole. Valorizzando le loro capacità, li si mette in grado di realizzare il potenziale dato loro da Dio. La povertà e l'esclusione, d'altro lato, possono essere viste come ostacoli alla realizzazione della capacità data da Dio.

L'investimento nel capitale umano non appartiene più all'area della politica sociale o della mera filantropia. Esso costituisce una dimensione essenziale di investimento in un progresso economico sano e sostenibile. In anni recenti abbiamo visto più chiaramente il legame tra economia ed ordine sociale nella società odierna. A fianco delle conseguenze economiche della recente crisi economica nel

Sud-Est Asiatico, sono state quantificate anche le conseguenze sociali. Tantissime persone hanno perso il proprio posto di lavoro, milioni in pochi mesi nella sola Indonesia. Il fatto che molti bambini abbiano dovuto lasciare la scuola per aiutare la famiglia colpisce beni sociali basilari quali l'istruzione e la famiglia.

Ma vediamo anche che non ci sono state soltanto conseguenze sociali della crisi economica, ma anche cause sociali. La crescita economica senza forti infrastrutture sociali rimarrà sempre una costruzione fragile. La crescita, senza una coesione sociale e l'investimento in infrastrutture umane e sociali che la garantisca, sarà sempre fragile. La crescita solo per amore di crescita equivarrebbe a quella che io chiamo la legge di Babele, basata sul simbolo biblico del desiderio dell'umanità per un certo tipo di crescita infinita, ma che risulta nella dispersione e nella divisione umana. La crescita deve essere temperata da considerazioni di qualità, sostenibilità e giustizia.

Come questi principi si applicano a questioni economiche, così si applicano in particolare alla sanità. Cosa ha da dire l'insegnamento sociale della Chiesa a questo riguardo? Torniamo qui alla nostra riflessione sui ruoli rispettivi del pubblico e del privato, del mercato e dello Stato, così come ad una società partecipativa più vasta.

Nella *Centesimus Annus*, Giovanni Paolo II scrive: "sembra che, tanto a livello delle singole Nazioni quanto a quello dei rapporti internazionali, il libero mercato sia lo strumento più efficace per collocare le risorse e rispondere efficacemente ai bisogni". Viene subito specificato che "ciò tuttavia vale solo per quei bisogni che sono 'solubili', che dispongono di un potere d'acquisto, e per quelle risorse che sono 'vendibili', in grado di ottenere un prezzo adeguato. Ma esistono numerosi bisogni umani", continua il Papa, "che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano" (n. 34, sottolineatura dell'Autore). Più avanti, nella stessa Enciclica, il Papa nota



che “ci sono bisogni collettivi e qualitativi che non possono essere soddisfatti mediante i meccanismi di mercato; ci sono esigenze umane importanti che sfuggono alla sua logica; ci sono dei beni che, in base alla loro natura, non si possono e non si debbono vendere e comprare” (n. 40).

Il Santo Padre quindi ricorda che “è compito dello Stato provvedere alla difesa e alla tutela di quei beni collettivi, come l’ambiente naturale e l’ambiente umano, la cui salvaguardia non può essere assicurata dai semplici meccanismi di mercato” (*ibid.*). È ovvio che, quando parla di “ambiente umano”, egli parla anche di salute. Riassumendo, egli sottolinea che lo stato “e l’intera società hanno il dovere di difendere i beni collettivi che, tra l’altro, costituiscono la cornice al cui interno soltanto è possibile per ciascuno conseguire legittimamente i suoi fini individuali” (*ibid.*).

Parlando del ruolo e della responsabilità dello Stato, il Papa non dice che lo Stato di per sé deve fornire tutti gli elementi del bene comune. Piuttosto sottolinea l’importanza del principio di sussidiarietà, secondo il quale “una società di ordine superiore non deve interferire nella vita interna di una società di ordine inferiore, privandola delle sue competenze, ma deve piuttosto sostenerla in caso di necessità ed aiutarla a coordinare la sua azione con quella delle altre componenti sociali, in vista del bene comune” (n. 48).

A questo riguardo, riferendosi ai servizi per i malati, il Papa sottolinea che “conosce meglio il bisogno e riesce meglio a soddisfarlo chi è ad esso più vicino e si fa prossimo al bisognoso”. I malati, i rifugiati, gli immigrati e gli anziani “possono essere efficacemente aiutati solo da chi offre loro, oltre alle necessarie cure, un sostegno sinceramente fraterno”. Le cure sanitarie, in futuro, saranno fornite da un insieme giudizioso di interventi da parte dello Stato, del settore privato (compreso il commercio) e di organizzazioni di volontariato e caritative.

Vorrei, tuttavia, notare un tono di avvertimento nell’uso del termine “settore privato”, che è importante ricordare quando affrontiamo

realtà quali la privatizzazione della sanità. In un pubblico dibattito, il termine “settore privato” può essere usato ideologicamente da diversi lati. Da un lato, c’è una tendenza a sottolineare che i “beni pubblici” sono preoccupazione del “settore pubblico”, e che il coinvolgimento privato, specialmente ogni motivo di profitto, è fuori posto. Se il governo soltanto fosse l’unico veicolo appropriato per la dispensazione dei beni pubblici, andremmo verso lo statismo (che “lascerebbe fuori” nel vero senso della parola molte istituzioni sanitarie private rette dalla Chiesa). Le istituzioni sanitarie private di ispirazione religiosa sono prove viventi del valore di un settore privato attivo nella dispensazione del “bene pubblico” della salute. Lo stesso dicasi delle scuole cattoliche nel campo dell’istruzione.

Esiste anche un problema quando la posizione ideologica opposta afferma che il settore privato è una questione puramente privata, che dovrebbe essere lasciato a se stesso o con la minore interferenza governativa possibile. Istituzioni private, ispirate al profitto, devono certamente far parte di una politica sanitaria complessiva e sono spesso modelli di qualità ed efficienza. Ma è chiaro che una semplice politica sanitaria ispirata al mercato non garantisce l’accesso universale a cure sanitarie adeguate in nessuna nazione, e ancor meno su scala globale.

Come ho già fatto notare, la sa-

nità è uno degli esempi principali di disuguaglianza nel mondo di oggi. Ci sono stati notevoli miglioramenti in tutto il mondo nell’aspettativa di vita e nella mortalità infantile, tanto che la longevità può essere considerata al giorno d’oggi un dono speciale di Dio. Ma l’aspettativa di vita in alcuni paesi africani è scesa drammaticamente a 36 o 37 anni. Molto denaro viene investito nella ricerca, ma solo il 10% di essa è destinato alle malattie prevalenti in queste aree, specialmente nelle regioni tropicali, dove esiste il 90% di alto rischio di mortalità. Per dirlo in maniera più schietta, il 90% dell’attuale ricerca medica è diretto alle malattie dei ricchi e il 10% a quelle dei poveri. Il costo straordinariamente alto dei mezzi della ricerca medica sta a significare che esso è guidato sempre più da motivazioni economiche. E, nel tipo di medicina sociale necessario per combattere malattie infettive comuni quali la malaria o la tubercolosi, il profitto è molto basso.

Sono lieto di apprendere dell’iniziativa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità di promuovere un nuovo approccio di collaborazione tra pubblico e privato, nazionale ed internazionale nella lotta contro la malaria. Tali nuove alleanze volontarie costituiscono un passo importante nel promuovere la nascita di una comunità veramente globale, in un mondo in cui non ci sia un’unica autorità universale responsabile della promozione del bene comune. Il Santo Padre Giovanni Paolo II ha recentemente affermato che la legge del profitto non può essere applicata a ciò che è essenziale per lottare contro la fame, le malattie e la povertà (discorso del 23 settembre 1999). Nella stessa occasione egli ha anche affermato che l’insegnamento tradizionale di una “ipoteca sociale” sulla proprietà privata deve oggi essere applicato alla “proprietà intellettuale” e alla “conoscenza”, quando è in gioco il bene comune. Ciò ha importanti implicazioni per la gestione dei brevetti nella ricerca medica.

Un’altra area di disuguaglianza nell’accesso alla sanità riguarda le differenze nell’accesso tra uomini e donne. Si tratta di una questione fondamentale di dignità umana. Dio ha creato l’umanità “maschio



e femmina", ognuno con uguale dignità. Le cifre relative alla mortalità materna sono particolarmente impressionanti; la stragrande maggioranza di questi casi avviene nei paesi in via di sviluppo, mentre la maggior parte dei medici nei paesi ricchi forse non ne incontrerà mai un singolo caso durante tutta la carriera. La risposta a questa emergenza non richiede mezzi tecnici altamente costosi, ma è anzitutto legata a dimensioni molto più semplici di cure sanitarie di base e di prevenzione. I servizi della Chiesa cattolica, che conferisce grande valore alla maternità, dovrebbero essere i pionieri nel migliorare i servizi per combattere la mortalità e la morbidità materne.

Le politiche sanitarie devono essere sempre più poste al centro dell'investimento nel capitale umano, anche in un nuovo concetto di politiche di sviluppo. Se investire nelle persone rappresenta il fattore chiave del rilancio dell'economia in difficoltà, allora è assurdo, ad esempio, proporre programmi di adattamento strutturale che coinvolgono tagli sproporzionati proprio in aree quali la salute e l'istruzione, che aumentano le capacità umane. Bisogna far uscire le nazioni da quelle situazioni in cui le spese relative al rimborso del debito internazionale sono maggiori di quelle sanitarie e educative messe insieme. I programmi di riduzione del debito devono essere strutturati in modo tale che tale ri-

duzione sia accompagnata dall'aumento delle spese in materia di sanità e di istruzione, in risposta ai bisogni locali.

Fortunatamente, i modelli più recenti di adattamento economico e di riduzione del debito sottolineano il bisogno di assicurare che i fondi risparmiati mediante la riduzione del debito o di spese non produttive vadano *effettivamente* al settore sociale, e in particolare ai più poveri. Tutto ciò non accade dall'oggi al domani o automaticamente. Tradurre la riduzione del debito in riduzione della povertà richiede che i fondi recuperati vengano chiaramente messi da parte e il loro uso controllato, con trasparenza, dai governi, dai donatori e dalla società civile, per essere sicuri che vengano utilizzati in modo imparziale ed efficiente.

Parlando di efficienza e di trasparenza, vorrei attirare l'attenzione su di un problema che sento fortemente, e che è stato coraggiosamente affrontato negli ultimi anni da molti Vescovi, in particolare in America Latina: la *corruzione*. Sono i poveri a pagare il prezzo della corruzione; essi sono privati dei loro diritti fondamentali quando dei fondi viene fatto un cattivo uso o quando essi sono incanalati verso altre direzioni attraverso la corruzione. Il denaro dirottato alla corruzione non è disponibile per i servizi sociali essenziali. La corruzione è alla base della scarsa qualità dei servizi sanitari, specialmente quelli destinati ai poveri, e

questo non solo nei paesi in via di sviluppo. Quando questi servizi sono gestiti in modo cattivo, sono ancora una volta i poveri a pagarne il prezzo. Quando i fondi limitati non sono usati in modo efficiente, sono sempre i poveri a pagarne il costo più alto.

Abbiamo detto che una sanità efficiente è un elemento essenziale per il bene comune della società locale e globale. L'efficienza riguarda non solo l'efficienza economica, ma anche la qualità dei servizi forniti. Ma gli aspetti economici sono molto importanti. In molte parti del mondo è in atto una riduzione nei fondi pubblici disponibili per i servizi sociali essenziali, mentre i più abbienti cercano di soddisfare i loro bisogni attraverso strutture privatizzate. È in atto una drammatica riduzione dei fondi disponibili per la cooperazione internazionale per lo sviluppo, con serie conseguenze sanitarie nei paesi più poveri. Potremo creare una base sostenibile e a lungo termine un'economia per la salute soltanto se potremo dare vita ad un nuovo consenso e ad una nuova cultura di solidarietà internazionale, in cui i bisogni dei poveri diventino gli interessi di tutti. Ciò richiederà negli anni a venire uno sforzo di coesione da parte di tutti coloro che vi sono coinvolti.

S.E.Mons. DIARMUID MARTIN
Segretario del Pontificio Consiglio
per la Giustizia e la Pace
Santa Sede



GIUSEPPE CINÀ



Salute e salvezza nella teologia dogmatica

Solo da pochi decenni la teologia dogmatica ha cominciato ad interessarsi in maniera esplicita del rapporto tra salute e salvezza. Antecedentemente erano la teologia morale e la teologia spirituale che se ne occupavano, attente prevalentemente all'aspetto della responsabilità che l'uomo ha nei confronti della salute propria e altrui. Anche attualmente pare che sia soprattutto l'etica – la bioetica – chiamata in causa quando si discutono i temi della salute e della malattia, della qualità del vivere e del morire.

I motivi che hanno indotto anche la teologia dogmatica a riflettere sul rapporto tra “salute” e “salvezza”, sono forse dovuti sia al nuovo assetto delle discipline teologiche accolto e promosso dal Concilio Vaticano II, e sia al mutato orizzonte culturale delle nostre società nei confronti della salute. Ma soprattutto è stata la rivisitazione della concezione della “salvezza”, avvenuta negli anni successivi al Concilio Vaticano II¹, a stimolare la teologia anche in questo settore.

In questo contributo si vuol riflettere teologicamente sul rapporto che vige tra “salute” e “salvezza”, tenendo conto che ciò avviene all'interno della questione degli investimenti economici che una società destina alla cura e alla promozione della salute. Ciò equivale a chiedersi quale significato abbia la condizione di salute nei confronti della salvezza che Dio attua in Cristo e nello Spirito Santo. La domanda può anche essere formulata nei termini seguenti: quale contributo possa offrire la teologia alla cura e alla promozione della salute, alla promozione della cura,

della terapia, dell'arte medica, visto che il suo oggetto specifico è la “salvezza”.

Pare opportuno preliminarmente precisare i significati che cultura contemporanea e teologia attuale danno ai concetti di “salute” e di “salvezza”. Solo successivamente si potrà chiarire la natura del rapporto che vige tra i due termini.

1. Concezione della “salute”

Recentemente è stato Hans-Georg Gadamer a richiamare l'attenzione sulla difficoltà che si incontra nel voler definire la condizione di salute: “Sappiamo approssimativamente in che cosa consistono le malattie, in quanto sono per così dire caratterizzate dalla rivolta del ‘guasto’. Si manifestano come oggetto, come qualcosa che oppone resistenza e quindi va spez-

zato. È un fenomeno che si può osservare attentamente, giudicarne il valore clinico, e farlo con tutti i metodi messi a disposizione da un sapere oggettivamente fondato sulla scienza moderna. La salute, invece si sottrae curiosamente a tutto ciò, non può essere esaminata, in quanto la sua essenza consiste proprio nel celarsi. A differenza della malattia, la salute non è mai causa di preoccupazione, anzi, non si è quasi mai consapevoli di essere sani. Non è una condizione che invita o ammonisce a prendersi cura di se stessi: infatti implica la sorprendente possibilità di essere dimentichi di sé”².

Di un certo aiuto a comprendere il senso può essere il ricorso alla radice linguistica del termine “salute”. Si osserva infatti che “sia nella sua forma romanica che in quelle germaniche e slave (rom.: *salus*, *salute*, *salut*; got.: *hails*, paleoslava: *celu*), il termine denota radici indogermaniche, che stanno a significare ‘essere-integro’. Essere-integri, essere-identici-a-se stessi significa due cose. Innanzitutto, essere liberi da tutto ciò che compromette o impedisce l'integrità... In secondo luogo, essere-integri indica l'attuazione dell'intero ‘potenziale’ disponibile, il conseguire la meta utilizzando ciò che è proprio dell'uomo”³.

Per la cultura occidentale ritengo di notevole interesse, per il tema che ci occupa, un recentissimo e stimolante saggio di Giovanni Reale, “*Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*”⁴. Vi viene recuperato il senso dell'integrità della persona umana. Propriamente, lo stato di salute è inteso come “giusta misura”, equilibrio, armonia e integralità



della persona. In un confronto serrato con i testi di Platone, l'Autore dimostra come il grande filosofo greco, partendo dal concetto di salute che gli forniva la medicina del tempo, lo ha poi ampliato e fondato sui principi della sua filosofia, pervenendo ai fondamenti metafisici dell'essere. Il fulcro attorno al quale ruota il concetto di salute, è visto nella "misura e proporzione conveniente"⁵. Riporta la conclusione cui perviene lo Jaeger, studioso della problematica della medicina: "Compito del medico è di restaurare la nascosta proporzione, quando sia stata turbata dalla malattia. Nello stato di buona salute è la natura stessa che la ristabilisce o, se si vuole, è essa stessa la giusta proporzione. Il concetto così importante di 'mescolanza', che in realtà significa una specie di giusto equilibrio delle forze dell'organismo, strettamente connesso con quello di 'proporzione' e di 'simmetria'. La natura opera nel senso di una 'sensata norma'".⁶ A questo punto commenta il Reale: "Questi concetti di 'proporzione', di 'simmetria', così come quelli di 'più' e di 'meno', si connettono strettamente con il concetto di 'misura', anzi di 'giusta misura': è questo il concetto chiave della metafisica platonica, da cui dipende quello di salute"⁷.

Il concetto quindi di salute, per Platone, dipende dalla "giusta misura" o proporzione delle parti dell'intero organismo della persona umana, ed è questo il carattere ontologico essenziale della realtà stessa. Se ne conclude che non è possibile curare la parte del corpo umano senza occuparsi della totalità del corpo. Ma neppure si può curare il corpo, o una sua parte, senza curare anche la sua anima, ossia la globalità dell'uomo⁸.

Ciò trova conferma nelle recenti ricerche mediche, dove risulta con sempre maggiore chiarezza che l'esplosione di una malattia, sia essa organica o psicologica, è sempre il punto di arrivo d'una storia lunga, con ramificazioni complesse e non sempre facili da decifrare, dove tuttavia è chiaro che le radici ultime del male appartengono immancabilmente ai due ordini che ci costituiscono, corpo e spirito, organismo fisico e organismo psichico-spirituale. C'è sempre una connes-

sione tra le due dimensioni, anche se l'origine specifica è nell'una o nell'altra dimensione.

La salute della persona è quindi da considerarsi in maniera dinamica, come tensione per stabilire un equilibrio tra le differenti dimensioni che costituiscono la persona umana. È *pluridimensionale*, nel senso che riguarda tutto l'uomo nella sua unità e nell'articolazione delle sue dimensioni. Può comunque essere compresa e studiata a differenti livelli, da quello psicofisico, al livello di interazione tra corpo e psiche, oppure a quello di buon equilibrio tra singolo e comunità. Va però poi compresa nella sua globalità articolata in funzione del "significato della vita" e si situa a livello dello spirito: il benessere dell'uomo dipende essenzialmente dal vivere un'esistenza significativa⁹.

È dunque una condizione *dinamico-evolutiva* e non uno "stato" fisso e stabile, bensì un punto d'arrivo, un itinerario da percorrere, una vocazione cui rispondere in dialogo con le altre esperienze della vita: gioia, sofferenza, malattie, successi e fallimenti, delusioni e realizzazioni, ecc. Di essa risponde il soggetto umano in prima persona, poiché non è una condizione che semplicemente "accade" all'uomo, un avvenimento di cui dovrebbe unicamente prendere atto: comporta invece una presa di posizione da parte dell'uomo. Anche in questo caso

l'uomo è un essere "che si decide", ossia decide di se stesso, della maniera con la quale intende ora gestire questa situazione.

Comprendere dunque adeguatamente tale condizione dell'uomo, significa inscrivere nella propria personale "biografia", assumerla cioè nella propria coscienza, farla oggetto di decisioni integrate in un quadro di valori entro cui si va attuando la propria esistenza¹⁰.

2. La "salvezza" nella teologia recente

È interessante osservare l'intensità e l'ampiezza con cui la cultura contemporanea parla di "salute": l'uomo di oggi vuole non solo vivere, ma vivere "in pienezza". Per la prima volta nella storia dell'umanità si ha la sensazione che le malattie possono essere sconfitte, almeno molte di esse. Questo convincimento va formandosi non solo né tanto per una rinnovata ottimismo fiduciosa nel progresso delle scienze e della tecnica, quale si era verificato verso la fine del secolo scorso sull'onda dell'Illuminismo. Anzi da questo punto di vista, bisogna dire che l'uomo di oggi è divenuto piuttosto guardingo e anche disincantato.

Il motivo più determinante pare che sia da ricercarsi nell'accresciuta consapevolezza della personale e collettiva *responsabilità* che l'uomo stesso ha nei confronti delle condizioni che favoriscono o minacciano il benessere psico-fisico e spirituale dell'uomo. Di molte malattie sappiamo di essere noi stessi gli artefici o a motivo di un errato stile di vita individuale o collettivo, oppure per un malsano atteggiamento che la società adotta nei confronti della natura, per non parlare dell'ingiusta distribuzione delle risorse economiche e sanitarie a livello planetario. Numerose altre cause potrebbero essere richiamate e molte di esse sarebbero riconducibili alla responsabilità dell'uomo.

Quel desiderio di vivere in pienezza, ha la sua origine nella più profonda aspirazione a "vivere per sempre", in quel *desiderio di infinito e di interezza* che ci spinge a "incidere sul tempo qualcosa che vada al di là della caducità"¹¹, a superare "il paradosso umano, teso a



voler scrivere l'assoluto nel relativo e passeggero¹². La domanda del malato che chiede guarigione e salute, è una spia intensa della brama di durare, di continuare a vivere, di poter "ancora" usufruire della luce della vita. Specialmente quando ci si ammala in maniera grave, eppure si è ancora giovani o relativamente tali, si ha l'impressione di non aver ancora ultimato il proprio "progetto di vita", che si sia ancora "chiamati" a realizzare qualcosa di inedito e di essenziale che tuttora ci "manca".

La rivelazione biblica interpreta l'origine di quel desiderio d'infinito come conseguenza dell'essere creati "a immagine di Dio", creati per vivere alla Sua presenza, in uno stretto rapporto di alleanza e di amicizia.

L'uomo biblico, formato alla scuola della divina rivelazione, si rende conto di questa volontà creatrice e salvifica che lo fa essere e lo sostiene. Gli interventi di Dio mirano sempre a donare la vita e donarla "in abbondanza" (Gv 10, 10).

Sono proprio le esperienze di povertà e di miseria, di dolore e di morte, che stimolano la riflessione dell'uomo a scavare più in profondità nel senso di quel misterioso desiderio di vita che lo abita. Prima di rendersi conto di aver bisogno di essere salvato dal peccato, l'uomo biblico percepisce la propria inadeguatezza a vivere, a "uscir fuori" (= "esodo") da situazioni di schiavitù, di malessere, di miseria, di oppressione, di malattia e di morte.

Siamo così al concetto teologico di "salvezza".

La tradizione della Chiesa nella sua riflessione teologica, a partire da S. Agostino ha condensato gli interventi salvifici di Dio nel concetto di "grazia". Questa è stata variamente intesa lungo la storia, a seconda anche delle circostanze di vita, umane e sociali¹³. Negli ultimi decenni numerosi studi e convegni apparvero, particolarmente nell'area cattolica, chiedendosi quale fosse il senso che oggi la teologia attribuisce alle categorie fondamentali della "grazia" e della "salvezza".

Si aveva infatti l'impressione che le interpretazioni allora vigenti restringessero il significato della salvezza alla dimensione interiore e individuale, con scarsa attenzio-

ne agli aspetti storici ed esperienziali, a quelli sociali e collettivi, alla dimensione esteriore e corporea dell'uomo e della natura. Si criticava, insomma, in quella concezione la disattenzione al livello di concretezza e di esperienza, di maniera che l'opera della grazia quasi "scivolasse" nella zona "dell'ultramondano e dell'inesprimibile", e fosse al limite una "esperienza di tipo mistico... che non coinvolge la vita concreta dell'uomo e del mondo"¹⁴.

Più acuta era stata l'annotazione avanzata da alcuni teologi, secondo i quali la salvezza "non deve essere concepita a partire dalla trasformazione interiore dell'uomo, come 'nuova creazione': piuttosto è "Dio che si comunica, Dio che prende ad abitare nell'uomo per introdurlo nella propria vita"¹⁵. Questa partecipazione alla vita divina è ciò verso cui l'uomo di fatto tende fin dal primo istante della creazione. Quell'intima brama di felicità, di interezza, di pienezza di vita, può essere placata solo in Dio. Questo livello "soprannaturale" non è da collocarsi solo "alla fine" del percorso umano: si proietta già lungo l'itinerario che conduce a Dio. È l'intera vita "naturale" dell'uomo e del mondo che è finalizzata alla salvezza soprannaturale di Dio. Non c'è separazione tra vita soltanto mondana e vita rilevante per la salvezza. Tutte le esperienze importanti che si fanno nel mondo, sono mezzi, tappe e terreno sui qua-

li l'uomo è chiamato a maturare il proprio fine. C'è dunque anche una "sperimentabilità" della salvezza: "l'humanum è già ordinato alla salvezza, vi è già coinvolto: un'autentica esperienza umana implica pur sempre un'esperienza di grazia e di salvezza"¹⁶.

Per questo, nella teologia successiva al Vaticano II viene sottolineata la *dimensione storica della salvezza*: mentre la teologia antecedente al Concilio accentuava la dimensione futura della salvezza (si noti che si parla di "accentuazione", non che fosse assente la consapevolezza d'una salvezza anche nella fase terrena), quella attuale riferisce la salvezza a tutte le fasi della vita umana¹⁷.

Né la salvezza va riferita unicamente alla dimensione interiore della persona umana, bensì anche al suo aspetto di exteriorità, di corporeità, di comunicazione, di socialità, di esercizio della propria responsabilità nei confronti di se stesso e della comunità. È dunque anche la *dimensione corporea e sociale* che viene interessata dalla salvezza: la salvezza riguarda anche la società nel suo insieme.

La salvezza, perciò, viene intesa anche come "*conquista della libertà*" da condizioni schiavizzanti dal punto di vista politico, economico, sociale, psicologico oltre che morale e religioso. Le correnti teologiche di qualche decennio addietro, non sempre senza intemperanze – teologia politica, teologia della speranza, teologia della liberazione, teologia cosmica – hanno riportato in luce questo aspetto della salvezza come promozione o compimento della libertà¹⁸. Si parla anche di una salvezza come "*pienezza di senso*", dato il contesto della società occidentale dove è frequente la denuncia di uno smarrimento d'orizzonte di significato provocato da una civiltà tecnico-scientifica che disattende le dimensioni più profonde e tipiche del soggetto umano. La salvezza intesa poi come "*liberazione dal male*" si riferisce non tanto al limite creaturale dell'uomo, ma al male morale, all'egoismo, che in maniera diffusa e strutturata impedisce, ostacola o rallenta in ogni modo il raggiungimento del pieno compimento della perfezione del singolo e della collettività¹⁹.



Un discorso analogo andrebbe fatto anche per una trattazione della soteriologia *relativa alla condizione di salute e di malattia*, nel senso che sarebbero da richiamare i modi storici in cui il rapporto salute-salvezza è stato compreso lungo la vita della Chiesa. Nel breve spazio di un intervento congressuale, mi limito all'analisi della situazione presente, in realtà cercando di avanzare qualche proposta relativa alla domanda: in che modo l'uomo contemporaneo, riguardo alla sua condizione di salute o di malattia, sperimenta la salvezza iniziata, al punto che una tale esperienza sia in grado di offrire una *analogia* ed un *principio di comprensione* della salvezza di Dio, ossia di quella realizzazione piena del vivere umano, di quel "vivere in pienezza", che viene da Lui donata?

3. Rapporto tra salute e salvezza

Una delle affermazioni teologiche che sono al centro dell'antropologia cristiana, è quella di S. Ireneo di Lione: "La gloria di Dio è l'uomo vivente: sta proprio in questo la grandezza e lo splendore di Dio, che cioè l'uomo trovi la vita, la vita vera, la vita sana" (Adv. haer. IV, 20,7). La volontà di Dio quale si è manifestata nella sua pienezza nel Figlio suo incarnato, Gesù di Nazaret, è "il suo desiderio appassionato e indefettibile di vivere eternamente in libera e reciproca comunione con una umanità buona e felice"²⁰.

Del resto tutta la storia salvifica è la narrazione di Dio "amante della vita", che crea, risana, promuove e costantemente eleva il livello di vita delle sue creature fino a renderle partecipi della sua stessa vita divina²¹. La rivelazione cristologica del Dio dell'Antico Testamento, compie, corona e conferisce pienezza di senso a questa immagine di Dio. In questo senso Gesù sintetizza la ragione della sua venuta: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10, 10). Tale è il volto del Dio di Gesù Cristo: un Dio niente affatto "pre-occupato" di sé, ma totalmente decentrato verso la sua creazione e l'uomo in particolare che

ne è il centro. "La dedizione incondizionata di sé è il criterio supremo per ogni verifica della verità di Dio"²². Ed è su quella totale auto-dedizione di Dio che l'esistenza dell'uomo ha il suo fondamento.

C'è dunque, nella rivelazione biblica, una concezione evolutiva della vita, un suo "divenire" che cresce verso una "pienezza" di vita che è la partecipazione della creazione alla vita divina. In questa prospettiva va collocata anche la condizione "salutare" della creazione e dell'uomo, nella sua dialettica di "salute" e di "malattia", di ben-essere e di mal-essere.

In questa vicenda del "divenire" della creazione, due aspetti sono particolarmente significativi quando la si considera nella prospettiva della salute: il dato della *finitezza del creato*, e la *responsabilità* che grava sull'uomo in questo processo evolutivo.

Secondo la concezione biblica della creazione, Dio crea la natura e crea l'uomo "dal nulla", sicché l'una e l'altro hanno origine da "altro-da-sé", non hanno in se stessi il loro fondamento, né godono di una assoluta autonomia. Sono realtà finite, limitate, e devono raggiungere il loro compimento, la loro perfezione: sono realtà "in divenire", nel senso che devono progressivamente raggiungere il loro essere autentico, il definitivo compimento. La percezione quindi della finitudine dell'uomo e della creazione, unita alla consapevolezza di essere

creazione "dal nulla", fanno comprendere che l'uomo e l'intera creazione, non possono essere né perfetti né compiuti, poiché sono "altro" rispetto a Dio. Uomo e creazione sono necessariamente in una condizione di imperfezione, in cammino verso il proprio compimento²³.

Una tale concezione evolutiva del cosmo e dell'uomo, offre una certa chiarificazione della presenza di sofferenze e di dolori fisici sia dell'uomo che della natura. Ma illustra anche aspetti della precarietà e dell'instabilità della nostra condizione di salute, della sua complessità. Fa infatti comprendere che una certa tensione tra la condizione attuale e quella successiva, è "naturale", è segno di "sanità", di benessere.

Il secondo elemento che emerge nella concezione biblica della creazione, è il fatto che Dio realizza il suo disegno di condividere eternamente con l'uomo la sua vita divina, *ricercando il libero consenso* dell'uomo a tale progetto, suscitando quindi il suo *senso di responsabilità* per il raggiungimento di quell'obiettivo. L'uomo deve volere liberamente quel progetto che Dio ha disegnato per lui. Per di più, la realizzazione di quel disegno richiede che l'uomo faccia riferimento a Dio, poiché si tratta di un progetto di Dio, dovuto unicamente alla sua libera e sovrana iniziativa. L'uomo da solo mai riuscirebbe a raggiungerlo: lo dovrà ottenere come "dono" di Dio. Per questo l'uomo viene creato "a immagine di Dio", perché la comunione con Dio sia effettiva e la relazione sia reale.

L'uomo dunque deve confrontarsi con due generi di problemi esistenziali e teologici: in primo luogo, deve accettare di vivere in una tensione tra la mancanza attuale e il desiderio del compimento, che fondamentalmente è tensione tra desiderio illimitato di vita e limitatezza della sua attuazione, tra finitudine e trascendenza. Un secondo motivo di tensione l'uomo lo prova non appena si rende conto che il pieno compimento di sé, il raggiungimento della vita nella sua pienezza, è dono assolutamente gratuito di Dio, né dipende in alcun modo dalle proprie umane possibilità. Eppure Dio vuole che l'uomo



liberamente e per amore accoglia questo suo progetto: l'uomo dunque deve divenire liberamente se stesso affidandosi all'Altro. Questo dover essere un "di più" di se stesso, dovendolo alla gratuita generosità dell'Altro, spiega quella sorte di "diffidenza" con la quale l'uomo vede il progetto di Dio e di cui la narrazione del peccato delle origini (*Gen* 3, 1-7) è figura emblematica.

La storia della creazione e la storia della salvezza, sono la narrazione di quest'opera che Dio vuole realizzare insieme con l'uomo: Dio opera in "synergia" con l'uomo affinché questi accolga il disegno di Dio e insieme con Dio collabori alla sua realizzazione. È quanto i concetti biblici di "creazione" e di "alleanza" cercano di chiarire. Dio e uomo operano su livelli differenti: a livello trascendente e fondante si colloca l'opera di Dio, a livello immanente l'uomo svolge la sua prestazione. Non sono livelli separati o paralleli: piuttosto la dimensione trascendente avvolge quella immanente, la fonda, la rende possibile e operante. La dimensione immanente è presa dentro la dimensione trascendente, e quest'ultima si inserisce nella prima. Di maniera che Dio non opera "accanto" o "al di sopra" dell'uomo, ma nel suo intimo, fondandolo e stimolandolo verso un "di più" di quanto la sola natura creata potrebbe raggiungere.

La presenza del peccato (*Gen* 3), esaspera le tensioni già presenti nella natura e nell'uomo alle quali ho accennato. L'atteggiamento di sospetto dell'uomo verso Dio e quindi la successiva non obbedienza, acuiscono il senso di quella distanza tra aspirazione e realizzazione e di quella "diffidenza" nei confronti di Dio. Sicché ora la "resistenza" ad accogliere l'elevazione alla dimensione trascendente, non proviene più solo dalla natura creata, ma anche da una condizione di peccato, che è rifiuto, ribellione, non accettazione del dono di partecipazione alla vita divina.

La rivelazione di Dio e del suo disegno salvifico viene in aiuto sia alla dimensione creaturale dell'uomo, alla sua limitatezza e finitudine, sia alla sua condizione di peccato. Per cui la storia della realizzazione del piano di Dio diviene "sto-

ria di salvezza", di liberazione e redenzione e non solo storia di promozione e di elevazione di vita. La storia della creazione, insomma, viene inserita in un orizzonte soteriologico.

È una rivelazione che assume i caratteri dell'autocomunicazione di Dio stesso: Dio interviene non soltanto all'inizio della creazione, ma costantemente le è presente, l'accompagna, la mantiene in essere ("creatio continua"). La partecipazione di Dio alla storia dell'uomo diviene, per così dire, sempre più intima, raggiungendo il momento culminante nell'Incarnazione del Figlio di Dio. L'Incarnazione in realtà è il momento del "passaggio" (mistero pasquale) non solo di Dio verso l'uomo, ma anche dell'uomo verso Dio: l'uomo entra nel mistero di Dio, nella sua vita, condivide la sua vita.

4. Schiavitù e malattie, luoghi emblematici di irredenzione

A ben considerare, la storia salvifica, il cui obiettivo è l'introduzione dell'uomo nella comunione di vita con Dio, ha il suo punto d'avvio nella liberazione da situazioni di irredenzione: male morale e male teologico, male delle imperfezioni creaturali e mali derivanti dalla finitudine. Di fatto la bibbia narra storie di liberazioni da schiavitù politiche e sociali, psichiche e spirituali, liberazioni da schiavitù

religiose e morali: asservimenti e malattie, sconvolgimenti tellurici, epidemie, idolatrie e infedeltà all'alleanza, ingiustizie, oppressioni, egoismi, ambizioni, vanità e orgogli.

Tra le molteplici situazioni di sofferenze e di irredenzione presenti nella Sacra Scrittura, per l'Antico Testamento emergono in maniera vistosa le esperienze di *schiavitù*. Nel Nuovo Testamento la situazione è più diversificata. Notevole comunque è la presenza di liberazione da *malattie* di ogni genere. Al punto che si può tentare di vedere, la schiavitù per l'AT e la malattia per il NT come luoghi emblematici dell'avvio della storia della salvezza.

Una lettura dell'**Esodo** in tal senso suggestiva, ci è offerta da una delle ultime opere lasciateci dal compianto maestro Luis Alonso Schoekel. Questi titola il suo lavoro sull'Esodo *Salvezza e liberazione: l'Esodo*²⁴, perché vuole sottolineare che se è vero che la "salvezza" è l'obiettivo del cammino dell'Esodo, è comunque nell'immanenza della "liberazione" che quell'opera ha il suo inizio. Nei confronti dell'uomo infatti non si dà compimento o realizzazione definitiva dell'esistenza se nella dimensione trascendente non è integrata la dimensione storica e terrena.

Ora la storia narrata nell'Esodo ha come obiettivo la "salvezza", ossia la vita di relazione e di comunione con Dio, espressa con le categorie del "servizio", del "culto" da rendere a Dio (*Es* 3, 12). Ma questo obiettivo è raggiunto attraverso tre momenti che il chiaro biblista individua nella *uscita* dalla schiavitù d'Egitto, nel *passaggio attraverso* il deserto, *per entrare* nella terra di Canaan. Non appare ancora, in questi tre momenti, la specificità della "salvezza" che Dio intende comunicare al suo popolo – la comunione con Lui. Eppure questo è il motivo portante dell'atto redentivo di Jahvè, come è indicato dalla prima narrazione della vocazione di Mosè (*Es* 3, 12), nelle minacce di castighi indirizzati al Faraone se non lascia partire Israele (*Es* 3, 18; 4, 23)²⁵, ed è poi chiarito soprattutto dalla celebrazione dell'Alleanza (*Es* 19): perché è in tale comunione con Dio che



Israele trova la sua salvezza autentica. Di fatto, anche una volta entrato in possesso della terra, vi rimarrà solo e fino a quando resta fedele all'alleanza: non appena si sottrae al patto di fedeltà a Dio, Israele perde e la terra e la libertà. Dunque, la stessa condizione di libertà e di possesso della terra e dei suoi bene, non sono la salvezza, ma condizioni per ottenerla. Questa ha il suo centro essenziale nella relazione con Dio. Il dato quindi immanente, espresso nell'Esodo dalla liberazione dalla schiavitù e dal possesso della terra, ha e mantiene il suo valore fino a quando è visto e vissuto in funzione della dimensione trascendente, ossia della relazione con Jahvè.

L'esperienza di "uscire" dalla condizione di schiavitù per "entrare" nella terra di Canaan, "si trasforma in *archetipo teologico* proprio di una soteriologia biblica"²⁶. Sicché una retta comprensione degli altri eventi di redenzione di Israele, dovrà essere inserita entro la cornice teologica dell'Esodo.

La narrazione dell'Esodo fornisce anche altri *elementi teologici* che saranno mantenuti in differenti esperienze di liberazione. Questi emergono, ad esempio, nella coscienza di fede che attribuisce a Dio la liberazione, pur con la presenza di mediatori umani. Se infatti il protagonista dell'evento è Dio, non si tratta di una semplice "uscita da una situazione negativa dell'esistenza", ma appunto di un'opera di "salvezza", che comprende la dimensione trascendente. La collaborazione dell'uomo è espressa dalla sua chiamata ad un'opera di "missione": nella missione dell'uomo, viene definita l'opera di mediazione dell'uomo.

Altri elementi importanti derivano dalla *fase intermedia* dell'attraversamento del deserto: è un tempo ricco di esperienze profondamente umane e religiose, dove vengono riscoperti i bisogni elementari per vivere quali mangiare e bere, coprirsi e solidarizzare: viene recuperato il senso grandioso del semplice e del quotidiano; ci si accorge del valore della solitudine che può favorire l'incontro con Dio. Di fatto diviene luogo pedagogico, dove Dio educa il suo popolo, lo "prova" per "conoscerlo" e Israele a sua volta può "riconoscere" Dio e il suo disegno;

luogo di per sé vuoto di uomini e di storia, ma che con il passaggio di Israele viene colmato di storia e di senso. Chiosando S. Paolo (1Co 10, 11) Alonso Schoekel annota: "accadeva a loro e fu scritto per noi"²⁷.

Il **Nuovo Testamento** conosce anch'esso l'evento fondamentale del nuovo patto: il mistero pasquale. Questo ha il suo momento culminante e riassuntivo nel "triduo" della passione, morte e risurrezione di Cristo. Attraverso il mistero pasquale, "*piacque a Dio... per mezzo di lui riconciliare a sé tutte le cose*" (Col 1, 19-20). La stessa liberazione dalla morte operata da Cristo, avviene al fine di consentirci di "*presentarci santi, immacolati e irreprensibili al suo cospetto*" (Col 1, 22).

E tuttavia il senso di tale liberazione attraverso la morte, non può essere compreso se non alla luce degli eventi precedenti della vita di Gesù Cristo, ossia alla luce della sua prassi messianica: non si può trattare la morte di Gesù "slegata dalla sua storia e prassi di vita"²⁸. Oggi esegesi e teologia rivendicano non dico una "autonomia" della vita apostolica di Gesù rispetto alla sua passione e morte, quanto piuttosto un nesso tra le due fasi della sua vita: "Il nesso tra vita e morte di Gesù diventa una logica conseguenza di un certo itinerario storico: parlando e operando, con massima autorità, al servizio della salvezza, che si attua nell'ora presente, Gesù scatena il contrasto e si

crea la cerchia di nemici. Ma la sua morte in croce si spiega soprattutto con la sua attività anticipatrice di salvezza"²⁹. C'è dunque un'illuminazione reciproca tra i giorni del ministero e i giorni della passione³⁰. E occorre tener ben presente il significato che hanno i gesti e le parole di Gesù, inserendole nell'insieme della sua vita.

Ora, le parole e i gesti di Gesù attestano che "*il tempo è compiuto e il regno di Dio è vicino*" (Mc 1, 15): con lui è giunto dunque il tempo in cui la signoria di Dio sul mondo e sugli uomini si esprime e si attua in maniera radicale e definitiva. Gesù rende presente quella sovranità di Dio mediante la sua stessa persona, che opera "*in opere e in parole*" (Lc 24, 19): è un "*parlare con autorità*" e un agire "*con potenza*" (Lc 4, 36). Le parole diventano concrete nelle "*opere*". Queste sono di vario genere: guarigioni, espulsioni di demoni, comunione conviviale con i pubblicani e i peccatori, ma sostanzialmente convergono nell'essere e nell'esprimere la liberazione dal male e l'introduzione nella nuova forma di vita di comunione con il Padre e di solidarietà fraterna.

Particolarmente rilevante è la parte assegnata dai Vangeli ai *segni terapeutici* di Gesù. Gli esegeti notano che "su un totale di 53 racconti di miracoli" presentati nei Vangeli, "oltre una trentina sono racconti di guarigioni compiuti da Gesù... Tolti i doppioni, si possono identificare circa 19 episodi di guarigione. I gesti taumaturgici di Gesù sono chiamati nei testi evangelici il più delle volte con una terminologia biblica: *dynameis*, "gesti potenti", *seméia*, "segni", *érge*, "opere" (di Dio). Si può dire che l'immagine tradizionale della figura di Gesù consegnata nei vangeli e che riflette anche il modo di sentire popolare e comune, è quella di "terapeuta"³¹. La Chiesa elaborerà questa fede nella figura del "Cristo medico", appellandosi ad una sua propria parola di autoidentificazione: "*Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati*" (Mt 9, 12).

Quale il senso di tale concentrazione di eventi di guarigione attorno alla figura di Cristo nei vangeli? Quale significato Gesù attribuisce a questi gesti terapeutici e curativi,



di liberazione demoniaca? Alla prima domanda pare ben pertinente l'osservazione di Von Balthasar: "I malati si rendono presenti quando arriva il medico", come a dire che finché manca il medico, manca anche la speranza di essere curati. Ed è la venuta del Salvatore che fa prendere coscienza all'uomo della sua misera condizione da cui intende redimerlo.

Quanto al significato di quell'operare terapeutico, esso rende presente l'azione salvifica di Dio che libera la creatura dalle oscure forze del male, le quali contrastano il progetto della creazione e dell'alleanza. "Esiste infatti un rapporto intrinseco tra la reintegrazione dei malati e disabili nella loro salute fisica e la salvezza promessa da Dio ai credenti"³². Sono dunque il segno della signoria di Dio che si va affermando. È giunto il tempo della realizzazione attiva delle promesse di salvezza. Nel suo agire, Cristo rende presente l'operare del Padre che vuole la salvezza integrale delle sue creature. Per questo il guarire di Gesù non è assimilabile al gesto del guaritore. Gesù mira alla guarigione globale dell'uomo, attento alla sua dimensione spirituale e corporea, risanamento delle membra inferme e del cuore ferito, ristabilimento dei rapporti sociali e religiosi: la guarigione fisica è perciò simultaneamente spirituale. Questo risanamento integrale è espresso in vari modi nei testi dei Vangeli, come ad esempio nella parola di Cristo: *"la tua fede ti ha salvato"* (Lc 17, 19; Mc 2, 1-12; 5, 34; 10, 52; Mt 8, 13); oppure nella decisione della persona sanata di porsi alla sua *"sequela"* (Mc 10, 52), o d'impegnarsi nel *"servizio"* (Mc 1, 31).

D'altra parte gli esegeti parlano di una certa "povertà" delle opere prodigiose presenti nel Nuovo Testamento. Nel senso che in fondo, quei segni sono piuttosto rari, spesso sono attuati nella riservatezza e temporanei ne sono gli effetti. Elementi, questi, che, pedagogicamente vogliono preservare da un'attesa miracolistica, da un'evasione della dimensione creaturale e umana. Inoltre tale povertà di segni consente a Cristo di seguire la via della croce, introducendo alla comprensione del concetto che la salvezza, "già" attuata nella sua es-

senzialità dalla risurrezione di Cristo, deve tuttavia coesistere con la debolezza dell'uomo, con il peccato e con i limiti della finitudine creaturale. L'uomo costruisce la sua esistenza in un processo caratterizzato da "morte" e "risurrezione". La salute viene così ridimensionata da una sua pretesa assolutezza, mantenendo il significato di un valore funzionale, relativo al "di più" della salvezza.

5. La salvezza: opera del Dio-trinitario

Eppure, pare che mantenga tutta la sua forza l'obiezione: come conciliare l'essere di Dio "con noi", il suo accompagnarsi al nostro cammino, con il permanere di condizioni di peccato e di dolore? Può l'uomo – il mondo, la creazione – essere "in Dio" e allo stesso tempo convivere in condizioni di limitatezza estrema, di miseria e sofferenza, d'ingiustizia e oppressione, di rifiuto di Dio? Come prendere sul serio l'affermazione della salvezza "già" avvenuta, se tuttavia si resta ancora "in attesa" del suo compimento? Che significa l'espressione paolina: *"siamo stati salvati nella speranza"* (Rm 8, 24)?

È noto come il Nuovo Testamento interpreti soprattutto la passione di Gesù alla luce dell'Antico. Tra gli altri, privilegia i testi di Isaia, particolarmente i "carmi del servo di Jahvè", specie il quarto (Is 52,

13 – 53, 12). Tenendo conto di ciò, fa riflettere il versetto redazionale di Matteo (Mt 8, 17) dove l'evangelista legge l'attività terapeutica e salutare di Gesù alla luce del medesimo carne: egli, osserva l'evangelista, sana le nostre infermità, ci libera dalle nostre malattie, *"prendendo su di sé"* quelle tribolazioni. L'incarnazione del Figlio di Dio "progredisce", si potrebbe dire, nella sua attuazione, nella misura in cui egli entra nello spessore concreto della nostra quotidianità, e fa sue le nostre condizioni più penose. E, secondo l'ardita espressione della lettera agli Ebrei, viene *"reso perfetto"* (Eb 5, 9) in quanto "impara l'obbedienza dalle cose che patisce". *"Egli infatti doveva rendersi in tutto simile ai fratelli"* (Eb 2, 17; 4, 15). È dunque interessante questo legame che Matteo, seguendo il testo di Isaia, stabilisce tra la maniera con cui Gesù cura le malattie – guarisce "prendendo su di sé" quelle situazioni – e la sua passione dolorosa, letta anch'essa alla luce del carne isaiano (Mt 27, 29, 31, 38, 60; 26, 63).

Il "prendere su di sé le nostre malattie", e l'addossarsi i nostri peccati, sono dunque luoghi eminenti dove il Nuovo Testamento rivela quanto l'incarnazione del Figlio venga ad essere innestata "in" noi, o meglio, quanto noi veniamo ad essere inseriti "in Cristo". Saranno poi i grandi inni delle lettere ai Colossesi (Col 1, 15-17) e agli Efesini (Ef 1, 3-14), insieme con il Prologo del vangelo di Giovanni (Gv 1, 3, 10) a dirci come tutta la creazione sia già avvenuta "in Cristo". È inserita all'interno della vita divina.

I rischi di una concezione panteistica della vita o di un nostro smarrimento nel fuoco della vita divina, vengono evitati con la piena rivelazione del mistero trinitario di Dio. Tale rivelazione conferisce nuova luce non solo al mistero del nostro "essere in Cristo", ma anche alla drammatica condizione umana dove comunque la redenzione è "già" avvenuta nella sua sostanza.

Bruno Forte ha osservato che "solo il Dio trinitario garantisce al mondo la possibilità di esistere in Dio come *altro* da Dio: un Dio rigidamente monoteistico, assimilato all'Uno greco, pone il mondo davanti a sé e fuori di sé, per cui, se il



mondo è qualcosa, è identico a Lui (panteismo), o, se non è identico a Lui, è nulla (nichilismo)³³. Egli vede poi anche i rischi, in una concezione “bipolare” Dio-uomo, nella possibilità, da parte dell’uomo, non affatto teorica, di ergersi a demiurgo assoluto della creazione: “Il ‘diventerete come Dio’ pronosticato dal Tentatore (*Gen* 3, 5) viene a realizzarsi nella relazione squilibrata del libero e contingente soggetto di storia con l’ambiente in cui è posto”³⁴: si pensi, limitandoci ad accennare ad un problema che riguarda il mondo della salute, ai rischi che l’umanità corre con le possibilità offerte dall’ingegneria genetica nelle sue applicazioni alla manipolazione dell’uomo.

Mentre “la rivelazione del mistero trinitario non solo approfondisce e rinnova la visione di Dio, ma cambia anche profondamente il modo di concepire l’uomo e il suo rapporto con la natura. Nel momento in cui l’Eterno non è semplicemente la controparte, trascendente e sovrana, rispetto al mondo, ma è in se stesso relazione d’amore del Padre, del Figlio e dello Spirito, è in questa stessa rete di relazioni intradivine che si offre lo spazio per la gratuita e libera iniziativa divina di dare esistenza, energia e vita al mondo. A partire dall’evento pasquale, rivelazione suprema del mistero trinitario, è possibile vedere non più solo il mondo davanti a Dio, ma il mondo *in* Dio e Dio stesso all’opera nel mondo, pur senza risolversi in esso... Nella relazione intradivina è posta la radice ultima del mistero del mondo, lo spazio di alterità in cui è dato all’essere creato di esistere come altro da Dio, pur permanendo in Dio”³⁵.

Se dunque la creazione è già avvenuta totalmente “nel” Cristo, allora non solo l’universo, nella sua varietà e ricchezza di vita, è contenuto in Dio, ma anche le sue tensioni e le sue problematicità, le sue incompiutezze e precarietà, i suoi dolori: tutto il creato, insomma, è “custodito, nutrito, conservato e accresciuto nel seno misterioso ed accogliente delle relazioni trinitarie: Dio è veramente il mistero del mondo, in una rete di rapporti vitali, che nulla tolgono alla trascendenza divina, e possono essere feriti solo dal peccato dell’uomo, come dramma del rifiuto del dono

della vita veniente dalle sorgenti eterne”³⁶.

Si comprende meglio, in questa prospettiva trinitaria, la singolare espressione della lettera ai Romani: “*tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto*” (*Rm* 8, 22). Le situazioni di dolore e di precarietà che riguardano il creato e la natura dell’uomo, hanno, per così dire, un doppio volto: al di fuori della prospettiva della fede, danno l’impressione di essere l’inizio della devastazione dell’uomo e della creazione nella sua interezza. Ma l’occhio della fede vi scorge una differente realtà: l’opera di Cristo redentore ha introdotto il nostro universo in un orizzonte di speranza. Sicché quegli eventi non sono il segno della dissoluzione della creazione o della persona umana, ma “*doglie del parto*”, il segno esteriore ossia della nascita della nuova vita, della “pienezza della vita” (*Gv* 10, 10). Sono, anzi, il segno d’una nascita attraverso il dolore, di maniera che il dolore stesso manifesta “già” la vita nascente.

Conclusione

Come può essere descritto, a questo punto, il significato che la dialettica “salute-malattia” acquista nella prospettiva della “salvezza” escatologica?

Torno di nuovo a B. Forte, ad alcune sue considerazioni relative al-

lo “spazio” e al “tempo”: B. Forte interpreta lo “spazio” come “esteriorità” della persona umana – dunque, la sua corporeità – e il “tempo” come sua “interiorità”, ossia lo spirito, l’anima che si manifesta e si attua nella corporeità³⁷.

Il movimento dialettico “salute-malattia”, si esprime nella corporeità dell’uomo. La condizione di “salute” si manifesta nella corrispondenza tra corporeità e spirito, le due dimensioni costitutive del soggetto umano. Sicché la “persona sana” è colei nella quale c’è corrispondenza tra la sua realtà interiore (spirito) e la manifestazione di questa nella dimensione corporea. Nella persona sana, cioè, il corpo è effettivamente in sintonia con lo spirito: tra corpo e spirito c’è equilibrio, armonia: il corpo esprime ed attua in maniera adeguata la realtà profonda e interiore dell’uomo. Viceversa, nella condizione di “malattia”, viene a mancare la corrispondenza tra esteriorità corporea e interiorità dello spirito: la persona “malata” è colei nella quale un ostacolo impedisce quella corrispondenza, rompe quell’armonia o equilibrio, si è “esteriormente” differenti da come si è “interiormente”.

La dimensione teologica della “salvezza” adombrata in quella di “salute”, è colta dalla fede non appena si considera che teologicamente il soggetto umano esiste “in” Cristo: la sua interiorità è il luogo della presenza divina in forza della quale egli è creato e redento. Egli vive di questa relazione, di questa dipendenza. Ed è nella corporeità dell’uomo che si manifesta esteriormente quella presenza interiore: se infatti il corpo è il luogo attuativo e manifestativo del suo spirito, della sua realtà interiore nel quale è presente e operante Dio con la sua grazia, il corpo manifesterà e attuerà anche il suo “essere in Cristo”.

Anche per questo motivo la rivelazione biblica vede un rapporto tra malattia fisica e peccato: nel disordine organico, la bibbia legge la disarmonia introdotta nell’uomo dal suo rifiuto del progetto del Creatore. Così come anche il Nuovo Testamento vede nel “bicchier d’acqua” (*Mt* 10, 42) dato all’assetato nel nome di Cristo, un gesto che “apre le porte della vita eterna”,



poiché in quel gesto di premura, "prende corpo" l'interiorità dell'uomo, e vi si rivela "l'immagine divina del Padre amoroso"³⁸.

Ma, è da aggiungere ancora, il dolore fisico "accettato e vissuto con adesione interiore al Creatore, può convertirsi in strumento di redenzione e di equilibrio dello spazio creato: di un tale miracolo di inaudita bellezza il dolore del Crocifisso è la prova più eloquente!"³⁹: qui infatti la corrispondenza tra esteriorità e interiorità è data dall'adesione dell'Uomo-Dio sofferente alla volontà del Padre, al disegno salvifico che il Padre ha sull'umanità e che realizza per mezzo del Suo Figlio e nello Spirito: questa è la vera e profonda "interiorità" del "Figlio dell'uomo", quel che Cristo innanzitutto e soprattutto effettivamente vuole e ama. In questa luce appare anche l'autentica situazione di "salute" e di "salvezza" del discepolo: nella corrispondenza tra il proprio desiderio e volere e il desiderio, il volere, il progetto di vita che il Padre ha per noi.

In questa prospettiva è mantenuto il senso che una sana filosofia e una medicina che ad essa si ispira vanno scoprendo o riscoprendo, ossia la salute come stato di equilibrio, di armonia delle parti con il tutto, e della dimensione corporea con la dimensione spirituale. Viene tuttavia trascesa questa lettura quando la teologia la rilegge nella prospettiva della salvezza, dimen-

sione escatologica e trascendente della salute, e che è l'accoglimento del progetto di vita disegnato da Dio. Pare dunque che lo studio del rapporto tra salute e salvezza risulti un esempio interessante del dialogo tra filosofia e fede auspicato dalla lettera enciclica "Fides et ratio" di Giovanni Paolo II.

P. GIUSEPPE CINÀ, M.I.
Professore Ordinario di Teologia
Pastorale Sanitaria
Istituto "Camillianum", Roma

Note

¹ C. MOLARI, *Salvezza*, in: G. BARBAGLIO, S. DIANICH (a c. di), *Dizionario di Teologia*, ed. Paoline, Roma 1979, pp. 1441-1436; G. GRESHAKE, *La salvezza di Dio*, in: K. H. NEUFELD (ed.), *Problemi e prospettive di Teologia dogmatica*, Queriniana, Brescia 1983, pp. 275-302.

² H. G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano 1993, pp. 107.

³ G. GRESHAKE, art. c., p. 275.

⁴ G. REALE, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

⁵ *Ivi*, p. 225.

⁶ W. JAEGER, *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, tr. it. La Nuova Italia, 1936-1959 (più volte edita), riportato in: G. REALE, o.c., 225.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*, pp. 345, 349.

⁹ Una buona interpretazione intal senso è offerta da V. FRANKL, in *Logoterapia e analisi esistenziale*, tr. it. Morcelliana, Brescia, 1977. Per una collocazione in una prospettiva più ampia, aperta alla "salvezza", si veda H. U. VON BALTHASAR, *Salute e saggezza*, in: Id.

Homo creatus est, tr. it., Morcelliana, Brescia 1991, pp. 85-100.

¹⁰ ALVAREZ F., *Salute*, in: CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L., (a c. di) *Dizionario Teologico di Teologia Pastorale Sanitaria*, Ed. Camilliana, Torino 1997, pp. 1081-1082.

¹¹ H. U. VON BALTHASAR, *Teodrammatica IV*, tr. it., Jaca Book, Milano 1983, p. 78.

¹² *Ibidem*, p. 89. Si veda tutto il paragrafo "Assolutezza relativa", in: *ibidem*, pp. 77-89.

¹³ G. GRESHAKE, art. c., pp. 278-302. Si veda anche la bibliografia ivi riportata.

¹⁴ *Ibidem*, p. 281.

¹⁵ *Ibidem*, p. 282.

¹⁶ *Ibidem*, p. 283.

¹⁷ C. MOLARI, *Salvezza*, art. c., 1430.

¹⁸ *Ibidem*, p. 1432.

¹⁹ *Ibidem*, p. 1432-1433. Altri schemi interpretativi in G. Greshake, art. c.

²⁰ P. SEQUERI, *La speranza oggi e il fine dell'uomo*, in: K. H. NEUFELD (ed.), *Problemi e prospettive...*, o.c., p. 139.

²¹ B. FORTE, *Teologia della storia*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1991, pp. 271-273.

²² P. SEQUERI, art. c., p. 138.

²³ C. MOLARI, *Considerazioni teologiche*, in: G. Colzani, *Creazione emale del cosmo*, Ed. Il Messaggero, Padova 1994, pp. 117-118.

²⁴ Tr. it. EDB, Bologna 1996.

²⁵ Si veda anche: Es 5, 1.3.17; 7, 12.16.26; 8, 16.23; 9, 1.13; 10, 3.7.11.24-26; 12, 11-13, 16b.

²⁶ L. ALONSO-SCHOEKEL, o.c., p. 26.

²⁷ *Ibidem*, p. 154.156.

²⁸ D. WIEDERHEHR, *L'avvenimento della salvezza alla luce dell'esperienza della salvezza*, in: KARL H. NEUFELD (ed.), *Problemi e prospettive di teologia dogmatica*, Queriniana, Brescia 1983, 173.

²⁹ *Ibidem*, p. 179.

³⁰ *Ibidem*, si veda spec. il paragrafo 2. *Prassi escatologica e messianica di Gesù*, 175-179.

³¹ R. Fabris, *Bibbia e mondo della salute*, in: *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, o.c., p. 126.

³² *Ibidem*, p. 127.

³³ B. Forte, o.c., 209.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*, p. 211.

³⁷ *Ibidem*, p. 250-261.

³⁸ *Ibidem*, p. 258.

³⁹ *Ibidem*, p. 252.



GEORGES COTTIER

Morale ed Economia nella sanità

Introduzione

1. Avete chiesto ad un teologo di parlarvi del problema, divenuto in questi ultimi anni assolutamente centrale, dei rapporti della sanità e dell'economia.

Devo prima confessare la mia incompetenza, anzi i limiti della mia competenza. Non sono medico o un membro professionista della sanità, non sono amministratore di un ospedale, né un economista. Se ho qualche titolo in virtù del quale parlarvi, sarà quello di interprete della *dottrina sociale della Chiesa*.

Infatti, questa può offrire dei principi e dei criteri per gli orientamenti che dovrete adottare. Questi orientamenti non possono essere indifferenti per la difesa e la promozione dei valori essenziali della persona umana e della società.

Il nuovo contesto dei rapporti tra la sanità e le risorse dipende da una pluralità di fattori. Vi sono conosciuti.

Ne cito alcuni.

Alcuni sono dovuti all'evoluzione generale delle società, altri sono specifici della sanità.

I regimi marxisti avevano sviluppato un sistema assistenziale generalizzato. La caduta di un gran numero di essi, alla quale non era estraneo l'esaurimento economico, ha creato uno stato di crisi inquietante, che vi accenno.

Nei paesi industrializzati si verifica, nel contesto dell'affermazione vigorosa e spesso aggressiva del neoliberalismo, una certa rimessa in causa del *welfare state*, che rende problematico quel che sembrava costituire dei diritti acquisiti. Non possiamo ignorare

queste condizioni generali, alle quali è legato l'aggravamento del divario che separa i paesi ricchi e i paesi poveri.

2. I costi della salute crescono incessantemente in proporzioni tali, sembra, da non permettere agli Stati di farvi fronte. Perciò un po' ovunque ci si vede costretti a procedere alla revisione delle politiche.

I progressi della medicina, richiedendo dei mezzi tecnici sempre più perfezionati, e quindi costosi, in ordine alla ricerca, alla diagnosi, alla terapia e alla consolidazione, costituiscono un primo fattore.

Un altro è quello dei nuovi equilibri demografici: ovunque, compresi i paesi in via di sviluppo, la fascia d'età delle persone anziane è in forte aumento. Ora questa fascia di età richiede maggiori cure mediche. Inoltre, in alcuni paesi, bisogna far fronte ad un forte tasso di crescita demografica. Si deve anche tener presente l'espansione di flagelli sociali, quali l'alcolismo e la droga, come la propagazione di malattie particolarmente aggressive quali l'AIDS.

Rileviamo ancora, in senso lato, che i costi della salute comprendono anche quelli della prevenzione, attraverso l'educazione e l'igiene.

Si comprende quindi che lo Stato e la società siano preoccupati di tenere sotto controllo la spesa della salute. In sé, l'introduzione del criterio di profitto nella gestione di un'entità medica, a condizione che il profitto sia considerato indice di buona gestione, non dovrebbe sollevare obiezione. Tuttavia il

criterio di profitto deve essere comunque sottoposto a un severo controllo.

Come può essere compatibile con la dimensione 'gratuità' implicita all'atto medico? Il concetto di gratuità in se stesso deve essere precisato. Ponendo fin d'ora queste domande, accenno alla concezione, che guadagna terreno ma che avremo a giudicare, dell'ospedale come impresa. Che debba essere gestito con rigore, stabilendo un budget, controllando le spese e ricercando un equilibrio finanziario è una necessità.

Può diventare un'impresa, e un'impresa come le altre? Con questa domanda entriamo nel campo dell'etica.

Etica

3. Non è inutile dare alcune precisazioni.

La questione etica si pone nel contesto del pluralismo, il quale si verifica in particolare a livello delle concezioni dell'etica stessa.

Il pluralismo porta inevitabilmente ad un vicolo cieco, dal momento che alcune di queste concezioni sono contraddittoriamente opposte?

Si dovrebbe rispondere affermativamente attenendosi alle teorie ampiamente elaborate, dove effettivamente un dissidio sui fini significherebbe un conflitto senza via d'uscita. Non si tratta assolutamente di negare l'impatto delle teorie sulla pratica, o di minimizzarne la forza, perché da sé una teoria etica è orientata verso la pratica che intende non solo spiegare, ma anche orientare e dirigere. Ma – e questo mi sembra deci-

sivo – le teorie etiche non avrebbero presa sulle menti se non intendessero corrispondere a un *senso etico*, iscritto in ogni uomo e che è anteriore ad esse. Questo senso etico può non essere teorizzato, ma è presente allo stato di *vissuto*, guidando di fatto i comportamenti. Per prima cosa bisogna fargli appello.

Un *consensus* pratico è possibile, per quello che possiamo chiamare un'etica spontanea, quando, a livello delle spiegazioni e delle teorie esplicative, il conflitto non può sempre essere evitato. Parlare di rispetto della dignità umana, partendo dall'ordine pratico del vissuto spontaneo, permette un certo consenso, quando le teorie esplicative di questo vissuto divergono o si oppongono. È per questa ragione che ci conviene prendere come punto di riferimento della nostra riflessione i diritti dell'uomo. Ci ritorneremo.

4. È delimitando rigorosamente il suo campo di ricerca e adattandone il metodo e gli strumenti che una disciplina scientifica ottiene i suoi risultati. In altri termini, una condizione della fecondità della conoscenza scientifica è questa limitazione dell'interrogazione ad un determinato aspetto della realtà, ad un particolare settore, isolato per così dire da ogni altra possibile considerazione.

È un procedimento epistemologico la cui legittimità non deve essere provata. Ma precisamente perdendo di vista questa natura epistemologica si sarà propensi a proiettare sulla realtà stessa, complessa e articolata, i tagli così compiuti per l'efficacia della ricerca. Non solo questo taglio è un'astrazione, ma la sua reificazione porta ad assolutizzare una particolare disciplina e a conferirle una funzione direttiva indotta. Per esempio si attribuirà alle diagnosi e ai giudizi dell'economia un ruolo determinante, mentre verranno deliberatamente trascurate delle componenti altrettanto importanti della realtà, che è pluridimensionale e non può, senza essere defraudata, fare a meno di uno dei suoi elementi.

Si tratta di riconoscere la pluralità dei punti di vista come condizione di una migliore conoscenza

di una realtà complessa e organica. Isolare un punto di vista, privilegiarlo a discapito degli altri, significa vietarsi un giudizio obiettivo.

L'osservazione non ci allontana dal nostro proposito. Interessa direttamente l'etica.

Pertanto, se si va nel senso esclusivo di un sapere particolare, di cui abbiamo parlato, accadrà che in nome di questo sapere si pretenderà di dare un'immagine o dettare un comportamento in se stessi sufficienti della realtà. Si dirà per esempio, che il problema dei costi della salute è di competenza esclusiva dell'economia e dei suoi criteri. E se tuttavia si concede qualche posto alla considerazione etica, questa si presenterà inevitabilmente come un elemento estrinseco, aggiunto e forse per questo perturbatore.

5. Tocchiamo qui un altro problema fondamentale di antropologia, che riguarda la natura dell'uomo e della società umana. La natura umana non può essere sottoposta, senza essere tradita, a delle riduzioni unilaterali. La sua complessità e la sua pluridimensionalità costitutive pongono un'esigenza alla conoscenza che ne abbiamo. In altre parole, per non mancare al loro indirizzo, le discipline del sapere che riguardano tale aspetto della vita umana, prima isolate, devono essere considerate in un secondo tempo seguendo la loro articolazione. Isolare una vista dello spirito per proiettarla, in un procedimento semplificatore, sulla realtà, è a dire vero ideologizzare. Questa distorsione non è senza conseguenze.

Per un'astrazione indotta, si ve-



drà l'ospedale, come un'impresa sottoposta a criteri di redditività puramente economici.

Quel che bisogna affermare è che la dimensione etica è intrinseca all'uomo e alle realtà umane. La regolazione etica è sempre presente in seno alle attività umane, è loro immanente. Se, necessariamente, per studiare un aspetto della vita sociale, se ne fa astrazione, si procede ad una estrapolazione ingannevole pretendendo dedurne un'immagine a-morale della vita politica, sociale o economica.

La dignità della persona e i diritti dell'uomo

6. Nelle nostre società pluraliste, è possibile raggiungere un consenso pratico su un certo numero di valori fondamentali. Consenso pratico: intendo con ciò un consenso fondato sul senso morale spontaneo, anteriore alla discussione sulle giustificazioni teoriche. Questa discussione è non solo inevitabile ma necessaria, in quanto è nella natura delle cose dell'uomo spiegare le ragioni delle sue convinzioni. È compito delle differenti famiglie di spirito di elaborare per proprio conto queste giustificazioni.

Il concetto di *dignità della persona umana* costituisce senza dubbio il primo di questi valori fondamentali. Questa nozione trova la sua piena esplicitazione nella *dottrina sociale della Chiesa*. Nella misura in cui si trova, certo senza l'esplicitazione omogenea e per niente forzata che ne diamo, anche alla base della *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* del 10 dicembre 1948, è a quest'ultima che possiamo riferirci.

L'articolo 25,1 è così concepito: "Ogni persona ha diritto ad un livello di vita sufficiente per assicurare la sua salute, il suo benessere e quello della sua famiglia, in particolare per il vitto, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche come per i servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, di malattia, di invalidità, di vedovanza, di vecchiaia o negli altri casi di perdita dei suoi mezzi di sussistenza in seguito a circostanze indipendenti dalla sua volontà".

Così è affermato, unitamente ad altri diritti che gli sono più o meno connessi, il diritto alla salute e alle cure mediche.

La costituzione dell'OMS, del 1946, stipula in conformità all'articolo 25 della *Dichiarazione* che "il possesso del migliore stato di salute che è capace di raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, quale che sia la razza, la religione, le opinioni politiche, la condizione economica e sociale". E si conosce la definizione data dalla stessa Organizzazione internazionale: la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solo nell'assenza di malattia o d'infermità".

Questa definizione non è priva di ambiguità, può dare luogo a delle interpretazioni divergenti.

All'articolo 25 della *Dichiarazione* si accosterà quello che dice l'enciclica di Giovanni XXIII, *Pacem in terris* (1963), n. 11: "Ogni essere umano ha diritto alla vita, all'integrità fisica e ai mezzi necessari e sufficienti per una esistenza decente, in particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'alloggio, al riposo, alle cure mediche, ai servizi sociali. Di conseguenza, l'uomo ha diritto alla sicurezza in caso di malattia, d'invalidità, di vedovanza, di vecchiaia, in caso di disoccupazione e ogni volta che non ha mezzi di sussistenza in seguito a cause indipendenti dalla sua volontà".

I punti di convergenza dei due testi sono evidenti. *Pacem in terris* usa l'espressione "esistenza decente", e non "livello di vita"; evita di parlare di benessere.

Il Concilio Vaticano II riprende più volte la dottrina dei diritti dell'uomo e dei doveri corrispondenti.

Rileviamo alcuni punti.

Gaudium et spes, n. 26, 2 fa osservare che cresce nell'umanità "la coscienza dell'eminente dignità della persona umana, superiore ad ogni cosa e i cui diritti e doveri sono universali e inviolabili".

L'affermazione è permeata di un eccessivo ottimismo? No.

Ma la coscienza di un valore è una cosa, altra cosa è il suo effettivo rispetto. Il fatto stesso che siamo maggiormente oltraggiati per

tutte le offese subite da questo valore è un segno di questa coscienza viva.

Esistono tra gli uomini delle differenze legittime, ma esse non possono andare contro "l'uguaglianza fondamentale di tutti gli uomini" che deve sempre essere pienamente riconosciuta (cfr. n. 29).

La Dichiarazione sulla libertà religiosa, *Dignitatis Humanae*, n. 6, scrive, in riferimento a *Pacem in terris*: "è per ogni potere civile un dovere essenziale quello di proteggere e di promuovere i diritti inviolabili dell'uomo".

In numerose occasioni, il Magistero della Chiesa ricorre alla dottrina dei diritti dell'uomo¹. Il diritto alla salute e all'aiuto sanitario riguarda gli individui e le popolazioni. L'elenco dei diritti è ripreso nel messaggio di Giovanni Paolo II in occasione del quarantesimo anniversario dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, il 14 ottobre 1985². L'Esortazione Apostolica *Christifideles Laici* (30 dicembre 1988) reca una precisazione essenziale, che sottolinea l'organicità dei diritti dell'uomo partendo dal diritto alla vita, "come diritto primo, origine e condizione di tutti gli altri diritti della persona"³. Alcuni mesi dopo, il Papa torna sull'argomento nel suo discorso all'Università di Uppsala, il 9 giugno 1989.

Bisogna citare questo testo di primordiale importanza:

"[...] La dignità della persona può essere salvaguardata soltanto se la persona è considerata inviolabile dal momento del concepimento fino alla morte naturale. Una persona non può essere ridotta a semplice mezzo o strumento in mani altrui. La società esiste

per promuovere la sicurezza e la dignità della persona. Perciò il diritto primario che la società deve difendere è il diritto alla vita. Sia nel grembo materno, che nella fase finale della vita, non si deve mai disporre di una persona anche se questo serve a rendere la vita più facile ad altri. *Ogni persona deve essere considerata come un fine in se stessa, uomo o donna*. Ecco un principio fondamentale per tutta l'attività umana: nell'assistenza sanitaria, nell'educazione dei ragazzi, nell'insegnamento, nei mass-media. L'atteggiamento degli individui o delle società può essere valutato secondo il trattamento tenuto in serbo per quanti, per diversi motivi, non possono competere nella società – i portatori di handicap, i malati, le persone anziane e i moribondi –. Se una società non considera la persona umana inviolabile, l'enunciato coerente di principi etici diventa impossibile così come la creazione di un clima morale favorevole alla protezione dei membri più deboli della famiglia umana"⁴.

È chiaro, dalle delucidazioni precedenti, che la persona umana costituisce il fine delle strutture e delle attività sociali, economiche, politiche e culturali.

La persona umana, leggiamo in *Gaudium et spes* (n. 25, 1), "che, per la sua stessa natura, ha assolutamente bisogno della vita sociale, è e deve essere il principio, il soggetto e il fine, di tutte le istituzioni".

Da quel momento il bene comune della società, definito come l'insieme delle condizioni della vita sociale che consentono all'uomo di giungere più pienamente e più agevolmente alla propria perfezione, richiede prima la protezione e la promozione dei diritti e dei doveri della persona umana. Perciò, il dovere del potere civile è di fare in modo che l'uguaglianza giuridica e effettiva dei cittadini, che dipende dalla società stessa, sia rispettata (cfr. *Dignitatis Humanae*, n. 6).

Per la stessa ragione, lo sviluppo economico deve restare sotto il controllo dell'uomo. Non può essere considerato come effetto di un gioco automatico delle azioni degli individui. I poteri pubblici, a



livello nazionale e internazionale, devono intervenire per impedire le esclusioni, le marginalizzazioni, le disparità troppo evidenti. Devono esercitare una indispensabile funzione di coordinamento e di armonizzazione.

Queste esigenze che riguardano la persona, la natura del bene comune e la regolamentazione dell'economia hanno delle conseguenze sui problemi della salute.

Per diritto alla salute si intendono le condizioni sociali che consentono o favoriscono normalmente la salute. Il diritto alle cure mediche vale per ogni persona colpita da una malattia, da un handicap o vittima di un incidente. Questi sono dei diritti inalienabili, cioè appartengono ad ogni essere umano anteriormente alla considerazione della sua situazione politica, sociale o economica. A questo primo livello si verifica l'uguaglianza.

Uguaglianza e Ineguaglianze

7. Ma appena riconosciuto questa uguaglianza fondamentale, incontriamo le differenze e le ineguaglianze, che sembrano mettere in causa la validità del principio.

Ci sono prima le ineguaglianze conseguenti alla divisione tra ricchi e poveri. Si pensi soprattutto alla estrema povertà, alla miseria, la quale significa di fatto che l'accesso alla soddisfazione di un diritto inalienabile è impossibile. Questa impossibilità o anche un'estrema difficoltà affliggono gli individui, alcuni strati sociali all'interno della stessa società, si verifica tra nazioni ricche e nazioni povere. Abbiamo così una situazione di ingiustizia, contro cui conviene lottare. Questa ineguaglianza qui non è normale, è la conseguenza del peccato e degli errori o dell'ignoranza inerenti alle esigenze della solidarietà e della giustizia sociale.

È un dovere morale grave e urgente lottare per vincere progressivamente le diverse forme di miseria dovute all'ingiustizia. L'amore preferenziale per i poveri costituisce un motivo maggiore di azione.

Un'altra forma di ineguaglianza è dovuta a delle divisioni che sono nella natura o ancora nell'organiz-

zazione della società. Si pensi all'infanzia, alla vecchiaia o, per quanto riguarda i fattori sociali, ai gruppi di lavoratori esposti a lavori ingrati o a grandi rischi. Possiamo citare ancora le cure richieste per la protezione della maternità.

Ci sono dei settori differenziati della popolazione ognuno dei quali richiede una forma specifica di cure mediche. Queste differenze sono alla base dell'organizzazione della medicina. Le ho ricordate per illustrare una verità ovvia: l'uguaglianza non è egualitarismo, il quale è spesso opposto alla giustizia. Ci scontriamo qui con la tendenza, ispirata dall'ideologia liberale, ad assorbire tutta la giustizia in giustizia comunitativa, mentre quel che è in causa qui è la giustizia distributiva che poggia sul rapporto del tutto con le parti e che si intende della proporzione delle persone al bene comune; la loro partecipazione è differenziata e la giustizia e l'equità sono rispettate nella misura in cui lo sono anche le differenze legittime.

In modo analogo, l'ineguaglianza delle cure richieste è in funzione della gravità di una malattia o di un'infermità, e anche della personalità del malato, della sua psicologia e della sua situazione; vi è una realtà complessa, che non è integralmente quantificabile.

Si affiancherà a ciò che precede il dovere che incombe ai poteri pubblici di dare un aiuto particolare ai più deboli e ai portatori di handicap. "L'opzione preferenziale per i poveri", dal canto suo, detterà delle scelte che possono essere opposte alle politiche utilitaristiche.



Un'altra forma di ineguaglianza è dovuta ai mezzi tecnici per le terapie più avanzate, sempre più perfezionati e quindi più costosi, appannaggio di pochi ospedali privilegiati ad esclusione di altri. È possibile superare questa ineguaglianza attraverso una collaborazione tra gli ospedali.

Devo aggiungere che questi mezzi tecnici più perfezionati hanno bisogno di operatori altamente qualificati, per cui la loro diffusione è limitata. Sono spesso insufficienti per far fronte alla domanda; ciò costringe i responsabili ad operare delle scelte temibili.

La decisione è arbitraria, è dettata da scopi lucrativi?

Come dare la priorità ad un paziente piuttosto che ad un altro rispettando le regole dell'equità?

È opportuno qui accennare all'etica, perché la scelta esige una grande rettitudine da parte di chi decide. La presenza in ospedale di un consiglio etico che condivide la responsabilità della decisione e non abbandona il medico ad una solitudine schiacciante, è veramente auspicabile.

Inoltre, le soluzioni al problema della sproporzione tra i mezzi più competitivi a disposizione e il numero dei pazienti avranno sempre qualche cosa di provvisorio e dovranno periodicamente essere sottoposte a revisione. La causa è che ci sono dei processi in costante evoluzione, dovuti ai progressi quasi continui della medicina e degli strumenti di cui dispone.

Il fattore di evoluzione introduce una certa relatività nella valutazione, nel senso che obbliga ad esaminare periodicamente, qual è il livello delle cure mediche indispensabili da garantire nel contesto di una società data. Essa deve riferirsi ad un doppio criterio: quello dei diritti inalienabili della persona e quello delle risorse reali di cui si dispone. Ovunque un minimo, la cui misura d'altronde evolverà con i progressi scientifici e tecnici e la crescita economica, deve essere assicurato.

La panoramica che abbiamo dato sulle diverse forme di ineguaglianza sottolinea anzitutto la complessità delle domande che devono essere affrontate. Non è possibile farlo partendo da un solo parametro. Inoltre le forme di ine-

guaglianza sono eterogenee. Alcune devono essere combattute perché sono il risultato di ingiustizie, altre devono essere rispettate perché attengono alla natura delle cose, altre infine richiedono immaginazione per essere superate, perché provengono dalla scarsità delle risorse che sembrano accompagnare il progresso tecnico stesso.

Il consensus

8. In queste condizioni, la riflessione deve portare sui criteri che consentono di discernere gli orientamenti e la validità delle politiche della salute.

Abbiamo riconosciuto nei diritti dell'uomo un punto fermo di riferimento, in quanto questi sono oggetto di un *consensus* pratico. Questo *consensus*, nell'ordine pratico, poggia su un certo fondamento di verità, in quanto può appellarsi al senso etico spontaneo. Per senso etico non intendo indicare qualcosa che riguarda la sfera del sentimento, ma la ragione etica stessa, al suo stato primo, anteriore all'elaborazione concettuale delle dottrine, intervenendo per così dire come un riflesso immediato. Non è il consenso che fonda la verità, ma, al contrario, se c'è consenso ci deve essere quale sostegno qualche luce di verità. Di fatto la ragione umana tende naturalmente alla verità ed alla base dei giudizi spontanei c'è questo riferimento primo.

Ma, anche se ha la forza di ciò che è primo, questo senso etico richiama da sé un'elaborazione cosciente e ponderata. Questa, a sua volta, lo confermerà nel suo vigore o, se si oppone ad esso, tenderà ad affievolirlo e, al limite, a ridurlo al silenzio.

Perciò, se dobbiamo riconoscere il valore inestimabile delle espressioni del senso etico, non possiamo accontentarcene. Esse devono essere pienamente tematizzate e sostenute dalla riflessione critica.

“La coscienza della dignità umana è diventata più viva”. Non è difficile raccogliere delle tracce in favore di questa affermazione di *Gaudium et spes* (n. 73, 2): presa di coscienza delle esigenze del-

la pace e rinuncia alla guerra e alla violenza quali mezzi per risolvere i conflitti, condanna della tortura, movimenti in favore dell'abolizione della pena di morte ecc., sono altrettante testimonianze del senso della dignità umana.

Ma contemporaneamente questa è oggetto di aggressioni preoccupanti: si pensi alla legalizzazione dell'aborto o dell'eutanasia.

I fatti illustrano l'ambivalenza della storia, dove niente è definitivamente stabilito e dove le cose più sante sono incessantemente minacciate. Donde la necessità di difendere con un'argomentazione solidamente fondata sulla ragione le intuizioni e le convinzioni relative ai valori fondamentali della persona umana.

Conflitto delle antropologie

9. In realtà la situazione culturale nella quale ci troviamo è caratterizzata da un conflitto delle antropologie; è a questo livello, in primo luogo, che sono determinati i grandi orientamenti della politica della salute.

Nonostante l'ottenimento di un consenso di cui ho sottolineato l'importanza, i diritti dell'uomo non riescono ad allontanare ogni dubbio. Non parlo qui di violazioni, ma di interpretazioni che portano a minare alla base alcuni di essi. Soffrono quindi di una fragilità alla quale solo una riflessione sui fondamenti sarà in grado di dare l'appoggio richiesto. Siamo così rinviiati all'antropologia e alla questione delle finalità dell'esistenza umana.

Infatti alla radice del malessere che accompagna la ricerca di nuo-

vi equilibri nei servizi della salute incontriamo un conflitto delle antropologie. Questo conflitto finché resta implicito, al di qua di una chiara tematizzazione, non fa che peggiorare la confusione.

10. Possiamo esprimere con alcune tesi la posizione alla base di una concezione umanista di ispirazione cristiana, concezione che d'altronde non è esclusivo appannaggio dei cristiani e che è suscettibile di imporsi alla riflessione razionale.

Ogni essere umano è una persona. La persona ha le sue radici nella trascendenza. A livello primo e fondamentale tutti gli esseri umani sono uguali.

È questa trascendenza che fonda i diritti dell'uomo e il loro carattere inalienabile.

Questi diritti si impongono quindi a chi nella società detiene l'autorità e il potere. Hanno valore normativo.

L'essere umano possiede per natura una dimensione sociale.

Tra l'individuo e la società non esiste, in diritto, opposizione. Perciò tutti i membri della società sono tenuti a contribuire alla realizzazione del bene comune. Ma il bene comune della società è un bene delle persone, al servizio delle persone. Una concezione del bene comune che non riconosce questa subordinazione ultima al bene delle persone è pertanto priva di legittimità.

La rivelazione biblica dell'*imago Dei*, immagine di Dio, ci dà la ragione della trascendenza della persona. Illumina anche il senso del destino delle persone, qual è il destino di eternità che non si esaurisce nei limiti e nell'orizzonte del tempo e della storia. A che serve all'uomo vincere il mondo se ne perde l'anima?

Che il suo radicamento nella trascendenza sia perso di vista, messo tra parentesi più o meno deliberatamente o negato, è la riconoscimento della dignità della persona che si trova ferita mortalmente. Questa anemia perniciosa può non sviluppare subito i suoi effetti, ma non c'è dubbio che siamo su una china pericolosa. La banalizzazione dell'aborto e dell'eutanasia sono i segni preoccupanti di un processo negatore, in



cui alla fine è l'uomo nella sua umanità ad essere minacciato.

Le domande che ci interessano devono essere considerate in questo contesto.

Parlando di processo, non intendendo assolutamente suggerire che ci troviamo di fronte ad una fatalità. È importante rendere all'uomo il senso della sua dignità e della sua grandezza. Questo è forse il nostro primo compito: aiutare a scoprire o a riscoprire la bellezza della vocazione umana, in una civiltà che, esaltando ed eccitando gli appetiti egoisti e lo spirito di competizione, nutre un sentimento subdolo di insignificanza dell'esistenza umana. Il lavoro sarà prima di tutto un lavoro educativo, di lunga durata.

La sfida

11. Per metterci all'opera consapevolmente, bisogna tenere in considerazione i fondamenti intellettuali di una mentalità sempre più invadente.

La negazione o l'oblio della trascendenza può portare all'amara esperienza del vuoto e della vanità di ogni cosa. Ma nella maggior parte dei casi questa negazione e quest'oblio sono il frutto della rivendicazione dell'uomo all'autosufficienza. La negazione della trascendenza accompagna in altri termini un'affermazione di immanenza.

Ma nel momento in cui l'uomo intende pensarsi come il centro assoluto di ogni cosa, logicamente il senso della sua umanità cambia radicalmente. E questo, non solo nel senso che non riconosce più la sua condizione di creatura, ma perché è il soggetto umano che non è più lo stesso: questo soggetto non è più l'individuo, ma l'umanità come essere collettivo. Feuerbach, uno dei padri dell'ateismo moderno, dopo aver affermato che "l'uomo è il dio dell'uomo", aggiunge subito che non si tratta dell'individuo umano, effimero, ma del genere umano. Così l'individuo non è più riconosciuto come una persona, l'umanità ha per soggetto proprio la collettività. Le grandi ideologie totalitarie hanno ognuna a modo loro definito questo essere collettivo:

razza, classe, o Stato. È significativo a questo proposito che la concezione totalitaria dello Stato le abbia mantenuto la qualifica di persona. Si noterà che la concezione materialista dell'uomo ragguaglie queste ideologie in quanto la sua considerazione porta sulla specie e con ciò sull'individuo quale unico membro della specie.

È vero che oggi le ideologie propriamente totalitarie sono morte o in declino apparentemente irreversibile. Ma la concezione materialista ha ancora numerosi seguaci e, in modo più ampio, la considerazione esclusiva dell'uomo quale membro della società, tende a generalizzarsi.

L'essere umano, in questo senso, sarà valutato in funzione delle sue prestazioni sociali. Cioè giudicandolo per quanto è "utile".

Come per altro l'idea di persona fa parte della nostra eredità culturale, se ne cambia la definizione. Per esempio, si identifica alla coscienza in modo che quelli la cui coscienza non è ancora aperta, è spenta o sembra spenta, come l'embrione, l'handicappato mentale, il malato di Alzheimer, non sono riconosciuti come persone. Alcuni definiscono la coscienza dalla capacità di sentire e in particolare di soffrire, di modo che si riconoscerà la qualifica di persona a dei primati, ma si rifiuterà all'embrione umano. In verità tali rifusioni del concetto di persona non riescono ad ingannare, equivalgono a delle negazioni.

Il collettivismo sotto le sue diverse forme è una prima conseguenza di natura antropologica dell'immanentismo. Una seconda conseguenza, non meno grave, è l'approccio utilitaristico dei problemi. Infatti, vediamo sempre più un'etica utilitarista ispirare le decisioni. Lo constatiamo anche nel campo della salute.

Se l'individuo umano non ha più un orizzonte e un riferimento trascendente, sarà inevitabilmente valutato dagli ambienti suoi, tra i quali la società occupa un posto preponderante. Si trova in un rapporto di parte al tutto: l'individuo umano è da quel momento in quello che lo costituisce essenzialmente, parte di un tutto dato nell'immanenza della storia. Un tale rapporto alla società è neces-

sariamente un rapporto funzionale.

Quale funzione esercita tale individuo nella grande macchina sociale?

È partendo da questa domanda che si formulano i giudizi che ho chiamato utilitari, in cui le persone sono valutate a seconda della loro efficienza.

Sono quindi i deboli, alcuni malati, i portatori di handicap, le persone anziane che saranno di conseguenza più o meno direttamente sacrificati. La metafora della salute, applicata ad una economia o alla società, rischia così di diventare un vero transfert di senso, la salute qualificando questo soggetto qual è la società, prima di qualificare l'individuo. Un simile transfert è operato dall'individuo alla specie: la tentazione dell'eugenismo non è così lontano.

Ho voluto con le ultime osservazioni mostrare la logica di un'antropologia immanentista, esistente allo stato di tendenza nella nostra cultura. Questa logica non è sempre percepita nella coscienza razionale, dato che al pragmatismo di molti segue il rifiuto di affrontare i problemi fondamentali. Ma era necessario esprimere questa antropologia nella sua coerenza, per poterla affrontare con una riflessione filosofica e teologica rigorosa. È questo uno dei compiti prioritari dei pensatori cristiani e anche umanisti.

Consentitemi di citare ancora in conclusione un pensiero che ricordiamo bene: "L'uomo contemporaneo ascolta più volentieri i testimoni che i maestri o se ascolta i maestri, è perché sono dei testimoni" (Paolo VI, *Evangelii Nuntiandi*, n. 41).

P. GEORGES COTTIER, O.P.
Teologo della Casa Pontificia
Santa Sede

Note

¹ Cfr. GIORGIO FILIBECK, *I diritti dell'uomo nell'insegnamento della Chiesa: da Giovanni XXIII a Giovanni Paolo II*, Città del Vaticano, 1992, Libreria Editrice Vaticana, p. 524. Le seguenti citazioni rimandano a questo prezioso strumento di lavoro.

² Cfr. *ibid.*, B 40, p. 79.

³ Cfr. *ibid.*, A 191, p. 274.

⁴ *Ibid.*, B 194, p. 278.

ELIZABETH MORAN

Indagine da parte di altre Religioni su Economia e Salute: riflessioni dal Protestantismo conciliare

Porgo ai partecipanti a questa Conferenza i saluti del Gruppo Missione ed Evangelismo del Consiglio Ecumenico delle Chiese, a Ginevra. È un privilegio condividere in questo ambiente alcuni frutti di riflessione, discernimento e devota volontà ecumenica di lavorare assieme nel servizio Cristiano per la salute. Rappresento, durante questi giorni di Conferenza, il "Protestantesimo conciliare" delle chiese del Consiglio Ecumenico. Parlo sulla base della mia esperienza nel ruolo di Consulente Cattolico Romano, con base nel gruppo responsabile per Missione ed Evangelismo, Sanità e Cure, Comunità e Giustizia. Il Gruppo lavora su questioni e temi che sono di particolare interesse per le oltre 330 chiese appartenenti al Consiglio Ecumenico delle Chiese. Gli scopi fondamentali del Consiglio sono così enunciati: "Pregare e perseguire la visibile unità della chiesa, in una fede e in una comunità eucaristica, espressa nel culto e nella vita comune in Cristo, attraverso la testimonianza e il servizio al mondo" (WCC Brochure 1999).

Non è sorprendente che le speranze e le mete, le sconfitte e battaglie riconoscibili nell'esperienza del WCC siano in molti modi corse parallelamente a quelle sperimentate nelle comunità Cattoliche. In molte aree del mondo, nelle situazioni locali, quelle speranze e quelle mete, quei fallimenti e quegli sforzi, sono stata condivisi in un movimento ecumenico per la cura della salute che è emerso in molte istanze a causa delle necessità fondamentali delle persone nelle crisi della lotta per la sopravvivenza.

Salute e cura come missione

Nell'attuale ristrutturazione del WCC, il Gruppo che lavora nel campo della Missione raccoglie le preoccupazioni delle chiese nel campo della Salute e delle Cure. Ciò significa che le reti alle quali il personale direttamente fa riferimento coinvolgono la direzione e il personale della Missione nelle Chiese. Allo stesso modo, l'Organo Consultivo di persone che lavorano con il personale del WCC sarà costituito principalmente da persone impegnate nel lavoro di Missione nelle Chiese e in altri sodalizi. C'è anche una considerevole rete di Associazioni Cristiane per la Salute di molti tipi. Dovremmo notare che a causa del mutare dei rapporti, queste reti spesso includono persone e gruppi Cattolici. I "vicini della porta accanto" nel lavoro del personale sono i Gruppi del WCC su Giustizia, Pace ed Integrità della Creazione; Educazione e Formazione Ecumenica; Fede ed Ordine. Nessuna delle preoccupazioni che costituiscono priorità per questi gruppi può essere separata dalle preoccupazioni di Missione e dalle immediate preoccupazioni per la Salute, le Cure e l'Interezza. Comunque lo sforzo di portare salute, cure ed interezza, mentre non è separabile dalla costruzione della giustizia e della pace, è visto come un complemento della crescita verso l'interezza all'interno delle chiese stesse, in saggezza, compassione, perdono e forza.

Le preoccupazioni del presente

Il Gruppo della Missione eredi-

ta le convinzioni e le vedute sviluppate nel lavoro di oltre trent'anni della Commissione Medica Cristiana (CMC) che si è unita ad esso nel 1968 sotto gli auspici del WCC. Inevitabilmente la Commissione eredita anche un interesse per le nazioni sottosviluppate, poiché molto del lavoro missionario delle chiese lì è stato diretto verso una formazione e una cura pastorale che includeva l'opera medica ed educativa. In questo secolo progredito, la Commissione eredita anche alcune delle difficoltà e dei problemi del passaggio dai metodi e dalle strutture coloniali alla gestione e alla proprietà da parte di gruppi e del personale locali. Queste difficoltà includono finora i problemi della sostenibilità dei servizi, della manutenzione degli immobili e delle apparecchiature, e della continuità dei livelli di prestazione e di esperienza nel lavoro medico e comunitario. La disponibilità di finanze da parte di Chiese e di agenzie donatrici non si può più ritenere garantita. In chiese del mondo industrializzato, e in Associazioni di donatori coordinate, le richieste e i metodi di contabilità, e le strutture dei sistemi monetari presentano una nuova serie di requisiti. Nel linguaggio della Cristianità, la parola *stewardship* è usata più frequentemente per indicare una base dalla quale vengono prese decisioni. Il rapporto con le agenzie donatrici è diventato sempre più parte integrante del lavoro delle chiese.

Alla Commissione Medica Cristiana fu inizialmente chiesto di:

a) rendere capaci e sostenere le Chiese nella loro ricerca di una

visione Cristiana della salute e della cura;

b) identificare e reperire fondi per programmi innovativi;

c) incoraggiare la collaborazione; tra i servizi logici che poteva offrire c'era quello volto a mettere persone in contatto con altre persone che svolgessero un lavoro simile, al fine di rendere possibile un'estesa condivisione di informazioni e di risorse.

Compiti principali

Mentre il servizio prendeva forma, si evidenziarono due particolari questioni. Esse restano ancora oggi i due principali compiti delle chiese del WCC nell'ambito dell'opera della salute e della cura.

1) Un orientamento del lavoro medico Cristiano per la cura della salute che inizi *nella comunità*, concentrandosi tanto sulla prevenzione che sul trattamento della malattia.

2) Lo stimolo e il rafforzamento delle *strutture di coordinamento*, a livello nazionale, per il lavoro medico Cristiano.

Nei paesi africani e in India, ciò ha funzionato molto rapidamente, specialmente ove c'era già stata una produttiva collaborazione tra i professionisti della sanità che facevano riferimento alla chiesa. Collaborazione e coordinamento sistematico significavano non solo genuino aiuto all'incremento della qualità e della disponibilità delle cure mediche, senza competizione; essa consentiva anche il lavoro di cooperazione per la formazione e l'educazione locale alla salute. Agevolava la collaborazione nell'esercitare la necessaria influenza nelle trattative per alleggerire la pressione finanziaria ove erano interessate organizzazioni volontarie. Acquisti comuni hanno reso possibile ridurre il costo delle forniture mediche e farmaceutiche. Queste attività ecumeniche impegnarono le chiese nel lavorare assieme su questioni globali che toccavano la povera gente, e nello sforzo di influenzare i sistemi internazionali e multinazionali. Una collaborazione pianificata che oggi prosegue può riscontrarsi nel Programma Far-

maceutico e nella Campagna per un codice di condotta concernente il mercato dei surrogati dell'allattamento al seno per neonati. Tale collaborazione richiede una direzione che assicuri assistenza tecnica, addestramento e scambio di informazioni, e ricerca e valutazione. Essa esige anche un certo coraggio, mentre coloro che partecipano a tali programmi e campagne verranno spesso invitati a presentare alternative alle procedure, ai progetti e ai contratti formulati da Governi e da interessi economici. Gli argomenti finanziari e gli obiettivi proposti a livello di discussioni di Governo o di affari risultano frequentemente venire da un mondo diverso da quello abitato dalle persone alle quali noi siamo inviati.

Sviluppo e povertà

È stata una strana esperienza preparare questa breve presentazione a Ginevra, nella settimana in cui la città ospitava la Conferenza Mondiale sulle Telecomunicazioni. L'ammontare di denaro e di beni che circolavano, la sofisticazione della tecnologia e la disponibilità di lussuosi alloggi, pasti e servizi medici, mentre passavano migliaia di visitatori, presentano un contrasto così intenso con le situazioni vigenti nello stesso tempo in altre parti dello stesso mondo che è difficile man-

tenere le due realtà in un unico spazio mentale. Si può semplicemente concludere che il mondo in cui viviamo ha certamente bisogno di salute, cure e interezza, e che è imperativo preservare la capacità di riconoscere la totalità degli effetti combinati dello sviluppo economico e della povertà per l'umanità nel suo insieme.

Attività e atteggiamento

L'abilità e la capacità di portare la gente assieme, di rendere possibile la condivisione di finalità, problemi e risorse, e di sostenere e valutare programmi è stata finora una delle forze del WCC. Comunque, nel lavoro della missione della salute e della cura, come in tutti gli altri campi, ci sono sempre due interessi: una preoccupazione, potremmo dire, riguarda quello che si deve fare; le necessità o gli obiettivi, l'organizzazione, l'attività. L'altra preoccupazione riguarda l'atteggiamento, la spiritualità in base alla quale vengono prese le decisioni e perseguite le attività. C'è la necessità di una costante ricerca di comprensione dei collegamenti tra l'esperienza di vita delle persone, la sanità, la Parola di Dio nelle Scritture e la Missione della Chiesa.

Tale riflessione è oggi conveniente tra coloro che appartengono a gruppi e organizzazioni che lavorano tenacemente per il miglioramento delle agevolazioni, del coordinamento e delle risorse nel campo medico. È possibile essere molto impegnati nel lavoro per la gente, e piuttosto inconsapevoli circa il lavoro di Dio, al quale l'uomo è benignamente chiamato a prendere parte. Ancor più, forse, è possibile essere inconsapevoli del lavoro curativo di Dio, che è a disposizione nelle vite dei membri di una comunità ecclesiale sempre in necessità di evangelizzazione.

Il Consiglio Ecumenico delle Chiese continua a tentare di aiutare le persone a cambiare il loro atteggiamento verso la salute. Questo è così difficile da risultare impossibile senza un parallelo cambiamento nell'atteggiamento verso le realtà del mondo di oggi: po-



litiche, sociologiche, culturali, religiose. Cambiare atteggiamenti può influenzare l'intera situazione in cui le persone vivono. Cambieranno i valori, cambierà il comportamento. Un senso di responsabilità personale e comunitaria per la salute può condurre a genuini movimenti per riformare la società.

Cure Sanitarie di Base (CSB)

Importanti cambiamenti di atteggiamenti e valori sono avvenuti attraverso la promozione delle Cure Sanitarie di Base. Ciò dirige l'opera medica cristiana verso una cura della salute che inizia nella comunità e presta attenzione all'esigenza di educazione, azione e cura sanitaria nella comunità e a casa. Malattie comuni prevedibili possono essere comprese, e in larga misura prevenute, dalle persone stesse. Le insufficienti risorse di personale e di attrezzature nelle cliniche e negli ospedali possono allora essere usate per le necessità più critiche ed estese più ampiamente al fine di iniziare e sostenere la formazione di operatori sanitari dei piccoli centri, competenti di aree di semplice pratica, fornendo un'affidabile rete di comunicazione. La Cura Sanitaria di Base può diventare un processo di conferimento di capacità e forza.

Comunicazione

Per essere efficaci non soltanto localmente, ma anche globalmente, tale sviluppo necessita di un sistema e di uno strumento di informazione che colleghi persone e offra servizi di formazione e mantenimento dei collegamenti. Quegli sforzi per migliorare conoscenza e servizi che hanno avuto successo vanno resi noti, se possibile internazionalmente. La pubblicazione "CONTACT", iniziata nel 1970 per promuovere la comunicazione e lo scambio, continua a essere un veicolo di estremo valore e uno strumento efficace per condividere a livello internazionale (tradotto in diverse lingue) informazioni e competenza sulla salute su base comunitaria.

La rivista offre informazioni sui progressi nella cura della salute, e sulle situazioni critiche in molti paesi, in un linguaggio e un formato comprensibili agli operatori della cura ordinaria della salute e alle comunità. Essa alza il livello di consapevolezza e rende possibile la cooperazione. Numeri recenti della rivista hanno presentato argomenti di grande interesse, quali: *Globalizzazione* – Cosa significa per la salute? *Networking* – Collegare le persone per cambiare; *Etica* – Prendere posizioni nella cura della salute; *Ambiente e salute* – Identificare i collegamenti; *Spiritualità e salute* – Può la nostra fede aiutarci a guarire? *Commercio o salute?*

Questa pubblicazione è uno strumento di educazione della comunità, una chiave di risorse e un canale di comunicazione. Pur essendo oggi disponibile su sito internazionale, resta una preziosa fonte di informazione e di incoraggiamento per quelle comunità che non hanno accesso a mezzi di comunicazione ormai acquisiti nei paesi ricchi.

Una forza liberatrice

L'effetto combinato della promozione della CSB e della disponibilità di informazioni e di spiegazioni in una rivista prontamente accessibile è stata una potente forza liberatrice e di conferimento

di autosufficienza nelle comunità piccole. Riconosciuta importante dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) negli anni '70, le si deve rendere il merito di avere un'influenza sulla nuova valutazione delle priorità dell'OMS nella cura della salute e della spinta dell'OMS per promuovere l'uso della metodologia e dei principi delle CSB. Permettetemi di ricordare alcuni dei principi formulati dall'OMS:

- La cura sanitaria di base dovrebbe adeguarsi al modello di vita della popolazione che intende servire.

- La popolazione locale dovrebbe essere attivamente coinvolta nella formulazione delle attività sanitarie affinché queste possano essere in linea con le necessità e le priorità locali.

- La cura sanitaria di base dovrebbe costituire un approccio integrato dei servizi preventivi, curativi e primitivi.

- Gli interventi sanitari dovrebbero essere intrapresi al massimo livello periferico praticabile dei servizi sanitari dagli operatori più semplicemente formati a questa attività.

Comunque il tentativo da parte dell'OMS di rendere la CSB universale, attraverso programmi governativi in molti paesi, ha prodotto proprie difficoltà. Questi problemi sono oggi abbastanza familiari alla maggior parte del personale sanitario collegato alla chiesa.

Cito da un'intervista:

"La visione originale della CSB è stata quella di una forza di liberazione e di autosufficienza attraverso la promozione della cura sanitaria. Una volta che essa venisse diluita in una metodologia accettabile dai governi, non potrebbe più affrontare questioni chiave quali la corruzione o i sistemi oppressivi. I governi interpretarono l'idea di porre 'il massimo affidamento sulle risorse comunitarie disponibili' come un mezzo per risparmiare costi. Gradualmente la CSB divenne un approccio governativo dall'alto piuttosto che un'iniziativa della gente dalla base".

Nei paesi in via di sviluppo la realtà dell'attività comunitaria che può identificare problemi,



analizzare strutture e mobilitare energie e opinioni, significava che la CSB era stata vista come legata a movimenti per la giustizia e a processi di sensibilizzazione. Gli operatori sanitari, in quanto operatori comunitari, sono spesso a rischio nelle battaglie politiche dei nostri tempi.

Nelle nazioni più ricche, in Nord America, Europa e Australasia, la salute delle persone povere non è migliorata. Sono necessarie risorse finanziarie per il mantenimento di grandi, funzionanti e ben attrezzati ospedali e cliniche, la qualità dei cui servizi non possa essere posta in discussione. D'altra parte, risorse finanziarie sono necessarie per il sostegno di cure sanitarie comunitarie, con parallela necessità di formazione e comunicazione. Le due esigenze pongono una tensione che è continua. Questa è una materia di riflessione e di discussione, non solo da parte del gruppo sanitario del WCC, ma anche da parte di tutti coloro che sono autenticamente interessati alla promozione della salute. Essa tocca il mondo industrializzato così come quello in via di sviluppo. Sorgono questioni circa la priorità nella distribuzione delle risorse, incluso il denaro disponibile, e questioni circa il metodo di prendere decisioni influenti che riguardano la vita delle persone.

“Questo costituisce ancora un dibattito vivace. C'è oggi una tecnologia ancora più costosa di quella che c'era negli anni passati e ci sono ora più persone nel Nord e nel Sud che possono permettersi di pagare cure mediche altamente tecnologiche. I problemi della povertà non sono meno pressanti di quanto lo fossero prima. Ora è generalmente accettato che i due settori (ospedali e cure sanitarie di base) debbano esserci entrambi, che abbiano bisogno l'uno dell'altro, e che debbano trovare modi di collegarsi, affinché si raggiungano giustizia ed equità, senza sacrificare eccellenti e scientifica creatività”. (CONTACT, *The CMC Story* 1999, p. 21).

L'autosufficienza e i sistemi

In questa Conferenza del no-

vembre 1999, certamente stiamo ancora ponderando la sfida di lavorare genuinamente per la liberazione e il conferimento di autosufficienza alla gente, secondo la chiamata del Vangelo, all'interno dei sistemi del mondo di oggi. Molte delle nostre domande concernenti Economia e Salute hanno inizio in questo ambito di pensiero. Il personale della Salute e della Sanità del WCC ritiene molto importante mantenere, ove possibile, una presenza e un contributo da parte delle chiese al proseguimento delle discussioni che vengono da questa sfida, in organizzazioni come l'OMS, e in collaborazione con aspetti del lavoro del personale Sanitario delle Nazioni Unite. Una recente attività di formazione, sostenuta congiuntamente dal WCC e da UNAID, ha portato assieme operatori sanitari Cristiani dello Zimbabwe e dell'India per un periodo di studio e di programmazione. Questo gruppo ha preparato assieme strategie e piani operativi per la formazione e la supervisione della direzione, inclusa la delimitazione degli orari e i bilanci, e ha riavviato il processo, come programmato, nei due paesi.

Certamente essi faranno fronte alle sfide del lavorare per la liberazione e l'autosufficienza delle persone all'interno dei sistemi del mondo di oggi. I messaggi ricevuti fin da allora da coloro che accettarono questa direzione lo-

cale sono sufficienti ad assicurare che tali imprese di collaborazione proseguiranno. Per esempio, dallo Zimbabwe: “Siamo riusciti a realizzare cinque *Workshops* (come preparati) su ‘La risposta delle Chiese all'AIDS’. Le persone sono così grate per questo approccio. Stiamo osservando il nuovo documento dell'UNAIDS su ‘Struttura di informazioni per AIDS: UNA NUOVA DIREZIONE’. Possiamo condividere la convinzione che ci sia una tale sete di spirituale in questo continente che noi DOBBIAMO tentare di rispondere a un livello internazionale. Abbiamo appena avuto uno scambio in una Tavola Rotonda sul documento delle NU”.

I Gruppi Missione ed Evangelismo sono preparati a investire il tempo e il denaro necessari, dalle risorse delle chiese, in questo tipo di sforzo di direzione collaborativa, e nella produzione di appropriato materiale di formazione. Allo stesso tempo, i Gruppi cercano opportunità di dialogo con le Organizzazioni Internazionali.

Implicazioni teologiche

In risposta alla summenzionata sfida, si dovrebbe procedere a un esame delle implicazioni teologiche del lavoro della salute e della cura. Questo è un esame da condividere con le Organizzazioni Internazionali, mentre proseguono la collaborazione e il dialogo. Nel significato Cristiano, la salute è più di una medicina. Sanare è qualcosa di più di una cura per il dolore e la malattia. L'interesse non può costituire una realtà, a meno che ognuno accetti un appropriato livello di responsabilità per le divisioni e le oppressioni che sono messe in pratica in così terribili modi, anche mentre vigiliamo. Il significato di salute e cura Cristiana può essere dimenticato nell'urgenza di immediate necessità di cambiamenti pratici, funzionali, strutturali. Questa realizzazione è stata vitale nella costante riflessione e nel riesame dell'impegno e del lavoro delle chiese. Possiamo apprezzare la sfida posta dal Professore Charles Elliot quando richiama a un



nuovo livello di comprensione e di coinvolgimento.

“Per un’organizzazione Cristiana ignorare l’importanza della dimensione spirituale della salute significa ignorare l’impatto veramente cruciale che essa deve avere sul dibattito circa la natura della salute. Essa ha a che fare con il modo in cui si vive e il modo in cui si è, la qualità della vita e la qualità della morte. La risposta finale si trova in un sistema di vita, un sistema di abbandono e obbedienza che conduce all’interezza”.

La chiesa come una comunità di cura

La creazione e il mantenimento di istituzioni per la cura dei malati è stata una caratteristica del vivere Cristiano nello sviluppo della Chiesa nel corso dei secoli. L’opera medica è stata un’importante parte del lavoro missionario in Africa, Asia e America Latina. Sembra, comunque, che questa attività delle chiese sia stata separata della vita ordinaria delle comunità Cristiane. I Cristiani, membri di congregazioni e parrocchie, hanno raccolto denaro per sostenere il lavoro medico “nelle missioni”, e particolari persone furono mandate in missione. La Missione fu a distanza. L’idea che la chiesa intera sia missionaria, che la missione della chiesa nel promuovere salute, cura e interezza appartenga a ciascuna comunità locale, richiede un rinnovamento del significato di chiesa come una comunità sanante, nella sua vita interna e nelle relazioni, e nel servizio che offre.

Coloro che sono coinvolti nel servizio Cristiano della salute, attraverso le professioni di assistenza hanno bisogno di sapere che le loro preoccupazioni sono riconosciute e integrate nella sollecitudine della chiesa intera. Esse sono ampiamente aidate dalle comunità della Chiesa rendendo chiaro il loro riconoscimento di una teologia della cura che considera seriamente la relazione tra le strutture della cura della salute e il Regno di Dio. Nelle chiese facenti parte del WCC, l’invito e l’incoraggiamento ad approfondire e

rinnovare la visione della chiesa come comunità di cura, è stato accolto. Sono state di conseguenza offerte profonde e commoventi asserzioni.

Il documento della Chiesa di Scozia “Salute e Cura” (1998) vede il ripristino di relazioni giuste come parte della promozione della salute. La *Salvezza* nella visione evangelica ha un particolare significato di cura, e la presentazione che il Vangelo ci dà della *riconciliazione* come di un tema importante indica che la salute si deve trovare più pienamente nel recupero delle relazioni. Questa riflessione continua a identificare e commentare la mancanza di salute come proveniente dal disordine nell’ambiente fisico, in quello sociale e nell’unità e coerenza della vita personale. Egli descrive il crollo emotivo e nervoso, i risultati di ansietà, paura e colpa come i segni non solo di una persona malata, ma anche di una società malata. In un ricco sommario egli offre a nome della Chiesa, un’espressione della portata della cura Cristiana, concludendo con il dire che la Chiesa viene coinvolta nel ministero della sanità, *perché la Chiesa offre un contributo alla salute e alla cura che nessun’altra agenzia può fornire, cioè il Vangelo di redenzione e di perdono attraverso la grazia di Dio, senza il quale non possiamo essere veramente integri* (Rm 5, 10).



Networking

Nei programmi che si stanno ora intraprendendo nel WCC, a seguito della recente Assemblea del Consiglio Mondiale nel 1998 e degli incontri del Comitato Centrale nel settembre 1999, la priorità di promuovere le finalità delle chiese nella sfera della Salute e della Cura include, in ogni caso, l’incoraggiamento di una rete. Il Gruppo della Salute si aspetta da questo molto di più di una semplice comunicazione e cooperazione tra persone con uno scopo comune. La rivista CONTACT ha pubblicato nel 1994 un numero su questo argomento, con il sottotitolo “Collegare le persone per cambiare”. La rivista include una lista di nomi e di indirizzi di utili reti operanti a livello internazionale e regionale. Essa riporta il seguente commento: “Quando le reti sono veramente organizzazioni al livello di persone o di organizzazioni di persone, essi hanno una vita e uno slancio propri. Alcuni hanno una particolare attenzione su un argomento o un problema in cui il potenziale di una rete di collaborazione può permettere a una voce alternativa di emergere o far sì che decisioni politiche siano cambiate. Ove sono coinvolti i poveri, non si tratta di un lavoro o di un compito da adempiersi; è molto spesso letteralmente questione di vita o di morte. L’impegno è fenomenale, supera ignoranza, povertà, distinzioni di classe e di casta, differenze di sesso e così via al fine di costruire solidarietà attraverso reti sempre più ampie. L’esperienza ha mostrato che la gente si rende conto che quanto più è ampia la rete, tanto più le persone diventano forti, tanto maggiore è la possibilità di ottenere significativi cambiamenti.

Dallo sviluppo di reti giungono voci come quella di colui che ha convocato la Consultazione di Agenzie Cristiane per il Coordinamento della salute in Moshi, Tanzania, nel 1995: “[...] Il settore della salute è ora ovunque impegnato in riforme e in ricerca di nuove intuizioni, nuove missioni, e di nuovi modi di curare. Sfortunatamente, in molti paesi la ricerca è guidata da istituzionalizzazione e conferimento di rispettabilità a in-

giustizia, a egoismo, al vivi e lascia morire, all'avidità e così via... Non abbiamo altra via che essere parte di questa riforma... Ma la nostra ricerca e la nostra riforma non devono essere guidate dagli stessi principi. Le riforme della cura della salute collegate alla chiesa dovrebbero essere diverse e radicate nei nostri valori Cristiani, nella teologia e nella tradizione del servizio di opzione preferenziale per i poveri in un mondo privo di risorse... Come realizzare ciò, rappresenta la nostra sfida”.

Rafforzare questo *networking* è uno dei compiti principali del Gruppo Missione ed Evangelismo del WCC nel promuovere l'opera delle chiese per la salute e la cura. Questo si ottiene attraverso gli incontri organizzati al fine di mettere le persone in grado di unirsi per le informazioni, la riflessione, l'analisi, l'adozione di decisioni. Ciò è reso possibile attraverso la promozione di un senso di appartenenza e di coinvolgimento di individui, di piccoli gruppi e di congregazioni che combattono con la propria fede, la propria visione e i propri ideali. Questa è una Globalizzazione che restituisce a individui e comunità qualcosa della loro identità, risorse, capacità di curare, dignità di decidere e di partecipare, una voce per prendere parte all'adozione di decisioni. Per molti dei membri delle chiese che il WCC serve, la globalizzazione del commercio non ha molto ero-

so quella capacità. L'Assemblea delle Chiese tenutasi nel 1998 ad Harare ha chiesto di concentrarsi sull'Africa, ove la realtà dell'HIV/AIDS predomina nell'esistenza di molti. È essenziale continuare, lì e in altre regioni, a promuovere la consapevolezza ecumenica della gravità delle epidemie, e ad assistere le chiese con conveniente formazione per l'azione Cristiana. In ciò, come di fronte alla crescente minaccia di altre importanti malattie, e le conseguenti tragedie, il Consiglio Ecumenico sosterrà le chiese locali nell'impegno di aiutare e incoraggiare la comunità di fede.

Curare per la vita eterna

Tuttavia dobbiamo riconoscere, come ha suggerito lo *speaker* di un recente programma della *BBC World Service*, che la più grande tragedia può riscontrarsi nella consapevolezza che, per l'Africa, la preoccupazione e il sostegno finanziario dell'Occidente a coloro le cui vite sono isolate dall'epidemia HIV/AIDS diminuisce mentre i paesi ricchi sviluppano una varietà di medicinali che può tenere lo sviluppo dell'AIDS a bada. I poveri e le nazioni povere, non possono pagare per quel rimedio, neanche in tempi di pace. Ci sono altre conclusioni che ci pongono di fronte a un medesimo senso di *shock*,

conducendoci, se le seguiremo, in una discussione su Salute ed Economia che usa un linguaggio poco conosciuto, un linguaggio più fondamentale, forse, di manipolazione e responsabilità, di violenza e di pace, di privazioni e risorse, di odio e amore. La cura che speriamo di promuovere è, alla fine, una cura per la vita eterna.

Una chiara parola finale viene dalla collezione “La Violenza dell'Amore”, presa dalle preghiere e meditazioni dell'Arcivescovo Oscar Romero. Vi invito ad ascoltare:

“Il compito della Chiesa in ogni paese

è di fare di ogni paese una storia individuale

una storia di salvezza.

Non si può essere veri seguaci del Vangelo

se non si traggono dal Vangelo tutte le conclusioni che contiene per questo mondo,

che non si può vivere un Vangelo che sia troppo angelico,

un Vangelo di compiacenza,

un Vangelo che non sia pace dinamica,

un Vangelo che non sia di esigenti dimensioni

rispetto anche a materie temporali”.

Suor ELIZABETH MORAN,
MSSC

Consulente Cattolica Romana
Gruppo Missione ed Evangelismo
Consiglio Ecumenico delle Chiese
Ginevra, Svizzera



ABRAMO ALBERTO PIATTELLI

Il punto di vista dell'ebraismo su economia e salute

Il rapido progresso della medicina e della tecnologia medica avvenuto negli ultimi anni ha determinato una situazione in cui alla carenza di strutture mediche idonee, di forniture di medicine e di apparecchi per la terapia, va ad aggiungersi il dramma delle sempre più limitate risorse economiche. Ciò vuol dire che nessun governo al mondo ha oggi la capacità di elargire ad ogni cittadino servizi adeguati a tutto quanto è a lui necessario sotto il profilo medico e sanitario. Succede così che ogni sistema politico è costretto ad abbassare il livello dell'intervento sanitario, a stabilire delle priorità sia come utenza che come servizio, e a consigliare, nella maggior parte dei casi, il ricorso a coperture economiche alternative, vedi per esempio gli enti assicurativi.

Da quanto fin qui affermato risulta che il problema non riveste solo il carattere di razionalizzazione delle risorse economiche di cui si dispone, ma è pure etico e morale e contempla aspetti di equità e di giustizia.

Se nel passato era norma vigente che si dovesse valutare esclusivamente la condizione del paziente allo scopo di preservarne la vita e di alleviarne il dolore, purtroppo oggi si va ad aggiungere anche la valutazione di carattere economico, visti i costi dell'ospedalizzazione, degli esami e degli interventi medici e della terapia. Si aggiunge a ciò il costo della ricerca scientifica e l'eventuale medicina preventiva.

La società moderna si trova così costretta a muoversi su due piani: da un lato stabilire delle priorità, come ad esempio decidere se la dialisi sia da privilegiare rispet-

to all'Alzheimer, oppure se i trapianti vengano prima della ricerca sull'Aids, e dall'altro limitare sempre di più il servizio pubblico.

Un tema che la tradizione ebraica affronta e che può avere una certa valenza per l'argomento che abbiamo davanti a noi, è quello che riguarda la società, la comunità di individui in mezzo alla quale noi viviamo. Il problema è il seguente: la comunità, la società in generale, deve essere considerata come un'entità a sé stante che possiede caratteri e interessi propri, oppure costituisce la somma di tanti individui che concorrono a formarla?

Ciò significa che qualora così fosse, deve essere tenuta presente la preoccupazione per ogni singolo individuo, essendo questo l'elemento primario della società. La Scrittura proprio pensando all'individuo, così si esprime: "non essere responsabile per la morte di tuo fratello". Da ciò si desume che l'individuo è preminente, egli costituisce il valore più alto, ed ogni risorsa deve essere sacrificata alle sue necessità a discapito di quelle riguardanti la società.

Se però la società costituisce una realtà a sé stante, allora la società ha il dovere di provvedere anche ad altri interventi di carattere pubblico, come strade, acquedotti, scuole ecc. e che vengono necessariamente a limitare gli interventi in favore di ogni singolo individuo.

La tradizione ebraica stabilisce, a questo proposito, che la società non è soltanto la somma di tanti individui ma costituisce un'entità autonoma e a sé stante.

Se volessimo risalire alle fonti per ritrovare un riferimento a

quanto fin qui affermato, ovvero come, nel caso di risorse economiche limitate, le si debba dirottare verso il pubblico, lo troviamo nel *Talmud*. Nel trattato di Ghittin si stabilisce la norma che è vietato pagare per il riscatto del prigioniero cifre al di sopra del suo reale valore e questo "per il buon andamento della società". A proposito di quest'ultima affermazione si danno due spiegazioni: non si vuole che i rapitori ricattino la società e siano invogliati a far altri prigionieri pretendendo un alto prezzo, oppure si vuole evitare che si arrivi al depauperamento della società medesima e l'impossibilità quindi di devolvere risorse ad altri scopi sociali.

Esistono tuttavia necessità basilari di individui che non possono essere ignorati dalla collettività: si tratta di necessità fondamentali che riguardano addirittura la sopravvivenza dell'individuo, e a questi va rivolta in maniera primaria ogni risorsa economica. Così pure all'interno di una programmazione sanitaria globale si deve stare attenti a non sospendere servizi fin qui garantiti, indispensabili alla salute dell'uomo, perché almeno a quelli fa riferimento chi ne ha veramente bisogno e a quelli dirige il suo anelito.

Il criterio di giustizia distributiva deve essere alla base della distribuzione delle risorse economiche in favore della salute pubblica. Non si tratta di adottare principi di uguaglianza tra tutti gli utenti, bensì di stabilire criteri di priorità che riguardano tanto il privilegiare un ammalato rispetto all'altro, quanto la decisione di dirottare risorse economiche, specie quando queste sono limitate, verso una

malattia invece che un'altra.

Nel fissare i criteri di priorità ci si può ispirare a principi diversi, come i dati medici (successo o meno dell'intervento, possibilità di sopravvivenza), dati economici (costi dell'ospedalizzazione, dell'intervento, convenienza economica nel rapporto tra entrata ed uscita), dati personali dell'ammalato (l'età, la professione, lo stato sociale ecc.). È indispensabile a mio avviso tenere sempre presente la dignità dell'uomo che è davanti a noi e la massima ebraica che dice *"Chi salva una persona è come se salvasse il mondo intero"*.

Una massima talmudica afferma *"Rofè chinnam, shavè chinnam"*, ovvero che un medico che non riceve nessuna remunerazione per la sua opera non vale nulla. Secondo la tradizione ebraica è fatto obbligo al medico di curare l'ammalato, così giustamente deve essere adeguatamente ricompensato per il suo studio e per la sua opera.

Se diciamo che il medico che non viene ricompensato per la sua attività non vale nulla, tanto più vale per l'assistenza sanitaria, che non vale nulla qualora vengano meno gli interventi e le adeguate risorse economiche.

Cardine basilare dell'ebraismo è l'inestimabile valore della vita umana. Il dovere di preservare la vita dell'uomo ha la prevalenza su tutti i doveri religiosi che gli derivano dalla Torà proprio perché il valore della vita è infinito e supremo. Una persona anziana, sia uo-

mo che donna, un individuo mentalmente ritardato, un bambino deforme, un malato terminale hanno tutti il medesimo diritto alla vita. Da ciò discende il principio che è vietato fare qualunque cosa che potrebbe accorciare anche di un breve spazio di tempo la vita perché ogni momento della vita umana è di valore infinito.

Un altro principio fondamentale della tradizione ebraica è che non si può sacrificare una vita umana per salvarne un'altra. Maimonide, medico e teologo, esplicitamente sottolinea questo quando afferma: *"Logica vuole che non si possa sacrificare la vita di un individuo per salvarne un'altra o per liberare qualcuno minacciato di violenza. Non è consentito distruggere una vita per salvarne un'altra"*. La ragione di ciò viene riassunta nella massima: *"Chi mi dice che il sangue di quell'individuo è più rosso dell'altro?"*.

L'infinito valore della vita dell'uomo, assioma dell'ebraismo di cui si è parlato, molte volte viene compromesso dalle condizioni determinate dalla limitatezza delle risorse economiche. Quante volte ci si trova di fronte alla situazione di disporre magari di un solo apparecchio per dialisi e aver davanti due malati con disfunzioni renali e con le medesime necessità. A chi il medico deve dare la precedenza? Come si fa a decidere? E decidendo non si condanna forse uno alla morte sottoponendo l'altro alla terapia necessaria? Mi domando:

"Perché un medico deve trovarsi in questa condizione di dover decidere quale paziente deve essere salvato e quale no? Perché la società non mette a disposizione un maggior numero di apparecchi per dialisi e apre nuove sale di rianimazione piuttosto che aprire un museo o spendere ingenti risorse per armamenti sofisticati?".

È la società che deve essere coinvolta e responsabilizzata a questi problemi con progetti e programmi che tendono a preservare la vita dell'uomo, a considerare il sacro valore di quella, in maniera che venga tramandato alle generazioni future l'idea della dignità e del valore immenso della vita dell'uomo.

Questa è la nostra responsabilità verso le generazioni a venire. Narra una storia talmudica come il pio Chonì mentre camminava per la strada vide un uomo che piantava un albero di carrube. Gli chiese: *"Quanto tempo ci vuole prima che questo albero dia i frutti sperati?"*. L'uomo rispose: *"Settant'anni"*. Chonì di nuovo gli domandò: *"Tu credi veramente di vivere altri settant'anni?"*. Allora l'uomo replicò: *"Io ho trovato alberi di carrube nel mondo, come i miei antenati hanno piantato questo per me, così io pure pianto quest'albero per i miei discendenti"*.

Prof. ABRAMO ALBERTO
PIATTELLI

Rabbino della Comunità Ebraica
di Roma



KAMEL AL SHARIF

Economia e salute secondo i principi islamici

Questa ricerca non esamina in dettaglio la teoria economica nell'Islam o gli imperativi della sanità pubblica, né li paragona ad altre teorie e sistemi. Questi in effetti sono argomenti vasti che lasciamo all'esame degli specialisti. Pur tuttavia, il mio intervento sottolinea i principi generali che definiscono il punto di vista dell'Islam sull'uomo, la sua dignità e il suo diritto legittimo ad una vita decente. Tratta anche della ricchezza e dei suoi obiettivi per essere al servizio dell'umanità in modo tale da renderla in grado di porre le basi di una società sana e pulita, prima che diventi un mezzo di corruzione e di lusso tra gli individui, e uno strumento di oppressione e tirannia per governi e stati.

1. Dignità umana

Secondo l'Islam, il messaggio fondamentale all'umanità su questa terra è quello di credere in Dio e di venerarlo. Obbedendo a Dio, l'uomo è stato incoraggiato ad esplorare la terra e a sfruttarne le risorse. Queste due cose, tra di loro collegate, pongono i limiti per l'attività dell'uomo, ne controllano le tendenze ribelli al possesso e resistono contro un eccessivo materialismo sui sentimenti umani.

Il Corano, così come le "tradizioni" sunnitiche del Profeta, sottolineano la dignità dell'uomo senza distinzione di religione, sesso, razza o nazionalità. La storia della creazione nel libro di Dio racconta come Dio onori l'umanità. Infatti, Dio creò Abramo con le proprie mani e gli infuse il suo spirito. Gli diede anche caratteristiche belle e distinte dalle altre creature, e gli assicurò la

ragione e il potere di esprimersi. Lo chiamò perfino "vicegerente" su questa terra, che egli fornì di aria, acqua, innumerevoli qualità di metalli, alberi e frutta. Lo guidò sui cammini dello sviluppo, della scoperta e dell'invenzione. Una delle tesi più importanti del Corano gira attorno al fatto di ricordare all'umanità questo inizio, conservando le sue caratteristiche fondamentali così che l'umanità non si allontani dalla sua origine o si rivolti contro questo messaggio. Tutti i messaggi celesti provengono da Dio per riportare l'uomo a questi principi ogni qualvolta prevalgono corruzione o perversione, oppure ogni qualvolta l'uomo è ossessionato da un falso sentimento di potere e di indipendenza dalla volontà di Dio. Il Corano stabilisce chiaramente:

"Quando l'uomo crede di essere autosufficiente, allora guarda al tuo sostenitore tutto deve tornare" (96/6).



La Sharia (Legge dell'Islam) è costruita su questi elementi generali da cui trae principi dettagliati che proteggono la dignità dell'uomo e i suoi diritti relativi in materia di vita, di libertà, di formare una famiglia, possesso ecc.

Quando parliamo dell'origine dell'uomo e della dignità che circonda il suo inizio, non dovremmo dimenticare il fatto che nell'Islam questi diritti sono garantiti tanto per l'uomo quanto per la donna, a seconda delle loro caratteristiche fisiche e compiti sociali. Queste garanzie sono offerte anche ai non musulmani; l'Islam non si considera una nuova religione ma una continuità della rivelazione divina iniziata con Adamo Padre dell'umanità, e che ha raggiunto l'uomo attraverso una lunga serie di profeti e messaggeri. Poiché l'Islam riconosce tutti i libri divini e rispetta i profeti di Dio, ne consegue che riconosce tutte le nazioni e tutti i popoli seguaci di queste religioni, e li considera membri dell'unica famiglia degli esseri umani che Dio ha onorato e di cui si è preso cura.

Troviamo nel Corano questi principi fondamentali in versioni differenti quali: *"Egli è Colui che vi ha fatto remissiva la terra: percorretela in lungo e in largo, e mangiate della Sua provvidenza. Verso di Lui è la Resurrezione"* (67/15). Nel commento a questo versetto, Mohamad Assad, prima "Leopold Vays", ha detto: "Egli ha sottomesso a voi la terra. L'ha ceduta all'intelligenza di cui ha dotato l'uomo".

Questo versetto indica il principio completo bilanciato dell'Islam; sfruttare la terra e investire al massimo le risorse dato che, nel giorno del giudizio, l'uomo sarà ri-

tenuto responsabile di tutto ciò che ha compiuto e se è stato in armonia con la volontà di Dio.

2. Avvertimento contro la corruzione

La maggior parte delle storie riportate nel Corano sulle precedenti civiltà ci rammenta la fede in Dio, gli obblighi e i doveri di questa fede e come essa dovrebbe essere una motivazione, una compagna e un supervisore in tutti i campi della vita. Il risultato è quasi lo stesso, quando qualcosa va male in questa formula lo sviluppo si fa strada isolato dalla fede, e il potere diventa un mezzo di corruzione e di sfruttamento; tale deviazione porterà inevitabilmente al deterioramento della civiltà e alla sua estinzione finale. Il Corano termina questo avvertimento con le seguenti parole:

“Li colse il cataclisma e al mattino giacquero bocconi nelle loro dimore” (7/78).

Benché l'espressione “Rajfah” significhi anzitutto terremoto, nella lingua araba ha anche altri significati quali commozione violenta, secondo la traduzione che Mohamad Assad fa dei significati coranici. Può anche significare distruzione e implosione delle società come risultato della disobbedienza e della rivolta contro i comandamenti di Dio. Egli infatti lo ha confermato nella sua spiegazione dei versetti 47, 48, 49 di Ya-sin (36):

“E quando si dice loro: «Siate generosi di ciò che Allah vi ha concesso», i miscredenti dicono ai credenti: «Dovremmo nutrire chi sarebbe nutrito da Allah, se Lui lo volesse? Siete in evidente errore». E dicono: «Quando [si realizzerà] questa promessa se siete veritieri?». Non aspettano altro che un Grido, uno solo, che li afferrerà mentre saranno in piena polemica”.

Vale la pena notare che discussioni e controversie sono immediatamente seguite da distruzione quando è in questione il diritto dei poveri nel benessere nazionale. Ciò vuol dire che “Rajfah” o la commozione possono assumere la forma di una rivolta armata da parte di gente affamata, o di un colpo di stato da parte di avventurieri in nome dei poveri.

Il Profeta Maometto ha racco-

mandato agli uomini di sfruttare la terra. Infatti, egli ha detto: “Colui che riesce a ricavare frutti da un terreno arido, ha il diritto di possederlo”. Ciò non si limita a piantare sementi e a sfruttarne i frutti, ma anche a utilizzare i suoi preziosi minerali che potrebbero essere usati in diverse industrie.

3. Islam e ricerca

Secondo la logica del Corano, investire nella terra fa parte di una cornice più vasta, relativa ai rapporti con la natura in quanto rappresenta una delle creazioni più grandi di Dio. In effetti, se un credente riflette sul libro aperto di Dio, trova le più incredibili realizzazioni divine di Dio, come dice il Corano:

“Alcun difetto vedrai nella creazione del Compassionevole. Osserva, vedi una qualche fenditura?” (67/3).

Nella maggior parte dei casi in cui il Corano si riferisce alla natura, alle sue risorse e ai suoi segreti, in genere termina esortando l'uomo a studiare, meditare e comprenderne i vari aspetti non solo per rafforzare la sua fede, ma anche per vedere come farne uso nella vita. Inoltre, quando il Corano parla delle stelle e di come influiscano sulla navigazione per definire le posizioni, sulle stagioni e sulle rotte da seguire in terra e in mare, esso di fatto pone le basi dei risultati raggiunti dall'uomo in geografia, scienze naturali e

astrologia. A questo riguardo dice:

“Egli è Colui che ha fatto per voi le stelle, affinché per loro tramite vi dirigiate nelle tenebre della terra e del mare. Noi mostriamo i segni a coloro che comprendono” (6/97).

Il Prof. Roger Garaudy, nel suo notevole libro sull'Islam in Occidente, dal titolo “Cordoba, la capitale dello spirito”, ha detto:

“Il Corano contiene 57 versetti, tutti esortano i credenti a studiare e a condurre ricerche poiché il Corano tratta di astrologia, fisica, biologia e matematica. Oltre a ciò, quando Dio si rivolge all'uomo troviamo versetti che trattano lo studio delle società, il loro sviluppo e il loro deterioramento”¹.

A questo proposito, esaminiamo ciò che l'Islam può offrire al mondo moderno; tra questi contributi risalta l'enfasi sul legame indissolubile tra scienza e fede. A quest'ultima non dovrebbe essere impedito di svolgere il proprio ruolo nello sviluppo della vita umana, né la scienza dovrebbe essere separata dalla fede e dall'etica così da diventare un potere malefico che distrugge le famiglie e le società o contrappone il forte al debole per afferrarne la libertà e il benessere come succede oggi.

4. La ricchezza appartiene a Dio

Uno degli argomenti stabiliti nella Sharia è che la ricchezza appartiene a Dio. Egli l'ha trasmessa all'uomo perché ne faccia uso. Infatti, ci sono chiari segni nel Corano e nelle tradizioni profetiche che sottolineano questo significato e descrivono la ricchezza come ricchezza di Dio:

“Credete in Allah e nel Suo Messaggero e date [una parte] di ciò di cui Allah vi ha fatto vicari. Per coloro che credono e saranno generosi, ci sarà ricompensa grande” (57/7).

Se la fede ha il controllo sull'anima dell'uomo, così come vuole l'Islam, e se l'uomo si impegna a svolgere i compiti che la fede gli impone, allora il denaro diventerà un mezzo per diffondere la bontà e la pietà tra la gente, e per contribuire allo sviluppo della comunità umana sotto ogni aspetto. Pertanto



sono proibiti il monopolio, l'usura, l'eccesso, così come il privare i poveri e i bisognosi dei loro diritti nella ricchezza della nazione.

Il Corano e la "tradizione" sunnitica del Profeta includono molti passaggi che riguardano questi casi. È superfluo dire che l'Islam, benché dia priorità a suscitare il potere della fede nei singoli individui, li incita a fare opere buone per ottenere soddisfazione e la ricompensa di Dio; inoltre, pur contenendo clausole che garantiscono la costruzione di una comunità umana in cui regnino pietà e solidarietà, la Sharia presenta anche garanzie alla libertà di possesso e di ricchezza privata nella misura in cui è ottenuta legalmente e secondo le norme della Sharia.

5. Zakat e elemosina

L'Islam è considerato l'unica religione ad aver fatto della Zakat (purificazione dovuta) uno dei suoi elementi e doveri religiosi fondamentali per il quale un credente può essere punito o ricevere una ricompensa. All'alba dell'Islam, il primo Califfo Abu Baker Al-Se-deek dovette lanciare una guerra preventiva contro un gruppo di musulmani che assolvevano tutti i doveri dell'Islam, tranne la Zakat. Il Califfo, discepolo del Profeta, riteneva che questa ribellione costituisse una violazione ai diritti dei poveri garantiti dall'Islam.

Letteralmente Zakat significa pulizia e purificazione dovute in quanto, se si pulisce il denaro, questo viene speso ed investito nel giusto modo. Senza questa purificazione, il denaro sarebbe considerato macchiato e marcio, e così porterebbe a chi lo possiede un'avversa fortuna in questo mondo e nell'aldilà. In una delle tradizioni Profetiche, egli ha messo in guardia coloro che possiedono oro e argento e non svolgono gli obblighi religiosi ad essi collegati. Questa avvertenza deriva da un famoso versetto coranico:

"Annuncia a coloro che accumulano l'oro e l'argento e non spendono per la causa di Allah un doloroso castigo" (9/34).

Il valore della Zakat non è ristretto ai benefici materiali che porta alla società, ma è anche un modo per

purificare l'anima umana. Se Dio è sempre presente nella coscienza dell'uomo e se l'uomo conta sul diritto di Dio nel suo denaro, allora avrà raggiunto un alto grado di perfezione e di responsabilità sociale. Mentre nel Corano la Zakat è considerata un sinonimo della parola "sadaka", che deriva da onestà e credo, la Sunna del Profeta, d'altro lato, distingue tra la Zakat imposta e l'elemosina volontaria per il quale l'uomo riceve la ricompensa. La Sunna del Profeta specifica l'ammontare della Zakat e le sue condizioni, che vanno al di là della portata di questo studio. Inoltre, la Sharia ha concesso ai leaders islamici il diritto di raccogliere donazioni dai ricchi per spenderle per i poveri e per il benessere sociale specificato nella Sharia.

6. L'elemosina nei libri precedenti

L'elemosina – compresa la Zakat – è menzionata 29 volte nel Corano e per rafforzare il valore spirituale della Zakat, vediamo che nel Corano è menzionata sempre insieme alla preghiera "Pregate e mettete in pratica la Zakat". Poiché è venuto a completare le religioni precedenti, l'Islam descrive realmente i profeti che l'hanno preceduto dediti alla preghiera e alla Zakat. Ad esempio, questo è ciò che dice di Abramo e dei suoi figli:

"Ne facemmo capi che dirigesse-



ro le genti secondo il nostro ordine. Rivelammo loro di fare il bene, di osservare l'orazione e di versare la decima. Erano nostri adoratori" (21/73).

La stessa descrizione, pur con diverse parole, è stata data di Mosè, Cristo e i profeti del Vecchio Testamento e di come essi fossero soliti pregare e mettere in pratica la Zakat. Infatti la Sacra Bibbia spinge in diverse occasioni a fare l'elemosina:

"Vendete ciò che avete e datelo in elemosina; fatevi borse che non invecchiano, un tesoro inesauribile nei cieli, dove i ladri non arrivano e la tignuola non consuma. Perché dove è il vostro tesoro, là sarà anche il vostro cuore" (Lc 12, 33-34).

In effetti, tutte le virtù citate nella Bibbia e nel Corano sono venute a sottolineare e a chiarire, quindi Egli ne fatto legislazione dove sarebbero state messe in atto. Ciò conferma l'unità della religione di Dio e il legame tra tutti i profeti e messaggeri dal primo all'ultimo, come dice il Corano:

"Ha fatto scendere su di te il Libro con la verità, a conferma di ciò che era prima di esso. E fece scendere la Torâh e l'Inglîl, in precedenza, come guida per le genti" (3/3-4).

7. L'Islam e il lavoro

Prima di terminare questa parte sulla Zakat e l'elemosina, dobbiamo sottolineare due cose: anzitutto la Zakat non è l'unico diritto del povero sul denaro del ricco, e la responsabilità di ogni leader musulmano sta nel raccogliere la somma di denaro necessaria per la giustizia sociale e per garantire prosperità e stabilità nella società. Secondo, sebbene il beneficio della Zakat risulti utile in certi casi, tuttavia non dovrebbe essere usata per cercare una classe di mendicanti senza lavoro che vivono ai margini della vita sociale. La missione dei leaders musulmani e della gente è quella di creare posti di lavoro in agricoltura, nell'industria e nel commercio al fine di assorbire tutte le capacità e la manodopera. In questo modo la disoccupazione – fonte di ogni tipo di malattia sociale – non si diffonderebbe. Il Dott. Irfan A-Hak, esperto in economia e

professore universitario in America, ha detto nel suo libro "Dottrine economiche nell'Islam":

"Si deve capire che la Zakat è una misura di sollievo temporanea. Non è intesa per sostenere, e perciò creare, una classe permanente di riceventi benessere. Il suo primo scopo è quello di rispondere ai bisogni immediati; tuttavia, il suo secondo scopo è quello di aiutare la gente ad uscire dalla povertà e ad essere socialmente ed economicamente produttiva. Il profeta ha chiaramente affermato che l'elemosina è inaccettabile per gli adulti, a meno che essi non siano in condizioni gravi di miseria, e solo nella misura in cui essa soddisfa i loro bisogni urgenti; essi inoltre dovrebbero fare ogni sforzo per essere autosufficienti attraverso un lavoro autonomo e remunerativo".

Il Corano e le tradizioni del Profeta incitano l'uomo a guadagnarsi da vivere affinché venga considerato un buon cittadino e svolga interamente il suo ruolo nella società:

"Affinché mangiassero i Suoi frutti e quel che le loro mani non hanno procurato. Ne saranno riconoscenti?" (36/35).

Inoltre, in diverse occasioni la fede viene citata nel Corano assieme al fare un buon lavoro, come abbiamo detto prima. Oltre a ciò, il Libro Sacro non fa distinzione tra i tipi di lavoro, cioè se è devozionale, volontario e secolare, in quanto ogni lavoro che nasce dalla fede in Dio ed è diretto a formare una famiglia o a servire la società è considerato buono. Il Corano dice:

"Quanto a coloro che credono e compiono il bene, non lasceremo andar perduta la ricompensa di chi avrà agito per il bene" (18/30).

Il Profeta Maometto fa riferimento alle tradizioni dei profeti precedenti i quali sono stati di esempio per le generazioni che hanno creduto in loro e li hanno seguiti. Egli ha detto: "Ognuno dovrebbe mangiare ciò che le sue mani hanno ottenuto, il Profeta di Dio Daoud (David) ha fatto lo stesso" (Bukari). Ha anche detto: "ci sono peccati che possono essere perdonati soltanto lavorando duramente e guadagnandosi da vivere, e non pregando o facendo elemosine o andando in pellegrinaggio" (Tabarani).

Quando un leader musulmano organizza la raccolta di elemosine e di Zakat e li spende in modo legittimo, egli in realtà protegge la società contro epidemie distruttive. In una delle tradizioni del Profeta è detto che il Profeta ha lodato un uomo che ha fatto l'elemosina a un ladro e a una prostituta: "Possa il ladro richiedere perdono per il suo furto, e la prostituta desistere dall'adulterio"².

Gli obiettivi del metodo islamico di sviluppare ed aiutare la società a prosperare a tutti i livelli, sono stati chiariti da ciò che è stato detto prima: lotta contro la povertà e la disoccupazione, rafforzamento del legame tra buon lavoro e fede, la paura di Dio, il volersi guadagnare la propria gratificazione e fare uso delle opere realizzate in terra per ottenere la salvezza secondo il comandamento di Dio espresso nel Corano:

"Cerca, con i beni che Allah ti ha concesso, la Dimora Ultima. Non trascurare i tuoi doveri in questo mondo, sii benefico come Allah lo è stato con te e non corrompere la terra. Allah non ama i corruttori" (28/77).

8. Per un'alta moralità

È chiaro, da quanto abbiamo detto, che la fede è alla base dell'edificio sociale. È la luce presente nei nostri cuori e che si riflette nelle azioni, nel comportamento e nelle parole dell'uomo. Benché il suo ef-

fetto nella creazione di una società stabile sia del tutto ovvio, tuttavia non va trascurata la sua influenza psicologica sull'individuo. Questa dimensione viene descritta in molti versetti del Corano come "la strada diritta" o "la luce manifesta" che allevia i cuori e placa gli animi. Senza di essa, l'uomo è come una piuma al vento, una creatura con un'anima inquieta e disorientata senza obiettivi nella vita. Il Corano ha dato un'eloquente descrizione di questo significato:

"Colui che cammina con il volto rivolto al suolo è forse meglio guidato di colui che si erge camminando sulla retta via?" (67/22).

L'obiettivo dell'Islam è quello di costruire una società sana, composta di individui sani. Di conseguenza, viene sottolineata l'importanza della famiglia come nucleo della società e cellula primaria e che dovrebbe essere costruita sulla fede, l'amore, la fiducia e la mutua responsabilità, così che uomini e donne possano condurre una vita decente nei limiti prescritti, ed allevare i figli di oggi e gli uomini di domani a partire da questi nobili sentimenti umani, affinché essi li diffondano nella società e li trasferiscano nei loro ambienti. Per raggiungere questo obiettivo, l'Islam ha adottato un modo efficace, come sempre fa nelle questioni che riguardano l'uomo. Ha posto le donne in completo isolamento che, da un lato, ne nasconde le capacità e le qualità, e, dall'altro, impedisce loro di essere puri strumenti di divertimento e seduzione, diffondendo così poteri distruttivi che rovinano la società. Allo stesso tempo, l'Islam ha imposto molti doveri alle donne così che esse partecipino alla vita pubblica tanto a livello accademico, che economico e politico senza dover perdere la loro responsabilità primaria che è quella di prendersi cura della casa e allevare figli sani tanto dal punto di vista psicologico che culturale. La Sharia contiene molte clausole che regolano questi doveri in tutti i campi. Inoltre, il concetto islamico relativo al ruolo della famiglia, ai doveri dei genitori, specialmente a quelli della moglie, rappresenta una delle teorie fondamentali che l'Islam può offrire a una società moderna che va perdendo il suo equilibrio e muovendosi da



un'estremismo ad un altro, mascherando desideri e capricci in nome di una libertà individuale. Tutto ciò porta di conseguenza alla distruzione delle famiglie, alla frammentazione dei legami sociali, e alla perdita da parte dei genitori della responsabilità di crescere i figli e di avere cura di loro. Sarebbe utile studiare il metodo islamico come un obiettivo e un modo efficace invece di mettere in atto campagne di prevenzione a scopi puramente politici.

L'intera comunità dovrebbe unirsi alla famiglia musulmana nella lotta contro le epidemie sociali che distruggono la società moderna. Ciò che peggiora le cose è una struttura debole della famiglia, e la tendenza comune dei media ad incoraggiare perversioni e violenza, glorificando il crimine e presentando i suoi perpetratori come modelli ed eroi da seguire.

L'Islam lancia una guerra legittima contro la corruzione di cui soffre la società sotto forma di adulterio, omosessualità, crimini, alcolismo e droga. Questa campagna si basa su due metodi: prima, risvegliare il deterrente psicologico e l'auto-astensione con tutti i mezzi, quindi promulgare leggi che resistano alla deriva verso la degenerazione totale.

Il metodo adottato dall'Islam intende purificare l'ambiente corrotto dove i germi del crimine e i desideri trovano un'atmosfera adatta per crescere. Quindi, non è abbastanza lottare contro l'adulterio quando questo ha luogo, ma bisogna chiudere ogni strada che conduca ad esso, da un'eccessiva promiscuità a un'eleganza eccessiva o abiti vergognosi. Il Corano vieta l'adulterio in questi termini:

“Non ti avvicinare alla fornicazione. È davvero cosa turpe e un tristo sentiero” (17/32).

Per quanto riguarda i crimini e le atrocità dice: *“Non avvicinatevi alle cose turpi, siano esse palesi o nascoste” (6/151).*

Inoltre, sullo stesso argomento il Profeta ha detto:

“Chiunque salva se stesso da queste cose losche, salva la sua religione e il suo onore. E chiunque indulga in queste cose losche, è come un pastore che pascola i suoi animali vicino l'HIMA, i 'pascoli privati' di altri, e ad ogni momento

è soggetto a ricaderci. 'O gente, ogni cosa ha una HIMA e l'HIMA di Dio sulla terra sono le sue 'Cose proibite'”³³.

Per quanto riguarda l'alcool, il Profeta ha detto: *“Se qualcosa assunta in modo eccessivo porta all'ubriachezza, allora prenderla in piccole dosi è proibito” (Tirmithi e Aboudwood).* Questo detto si applica a tutte le droghe o ad ogni sostanza che danneggia la salute dell'uomo o gli fa perdere il suo equilibrio.

9. Sanità pubblica

È chiaro da queste dimensioni che il sistema economico islamico è diretto anzitutto a dare dignità all'individuo e a soddisfare i suoi bisogni fisici e spirituali, come pure ad assicurare una vita decente per lui e per i suoi figli in una società libera, sicura e stabile.

Abbiamo passato in esame alcuni metodi adottati dall'Islam per raggiungere questi obiettivi. Crediamo altresì di aver parlato di sicurezza economica e stabilità spirituale nello spazio limitato di questo intervento.

L'Islam conferma la conclusione raggiunta dalle moderne teorie che dicono: *“Mens sana in corpore sano”* o, come scrive nel libro *“Emile”* Jean Jacques Rousseau, *“un corpo debole è solo metà mente”*.

Il Corano sottolinea la stessa conclusione quando parla di un re valoroso:



“In verità Allah lo ha scelto tra voi e lo ha dotato di scienza e di prestanza” (2/247).

Il Profeta Maometto ha detto: *“un credente forte è meglio di uno debole”*. Egli ha anche gettato le basi di una moderna teoria, che proibisce il matrimonio tra consanguinei perché può generare figli deboli e malati:

“Sposatevi al di fuori della parentela, altrimenti produrrete una progenie debole”³⁴.

La Sharia contiene molti passaggi relativi al matrimonio, alla famiglia, al divorzio, all'educazione dei figli, all'allattamento al seno attraverso le varie età. Tutti girano attorno ai diritti del bambino, alla sua cura e alla sua salute in tutte le circostanze. La Sharia non ignora il dovere e la responsabilità dello stato e della società a questo riguardo. Tutto viene sotto il grande titolo imposto dal Corano:

“Dio vi ordina di prendervi cura dei vostri figli” (4/11).

Allo stesso modo, il Corano ha affidato i figli ai genitori così che il circolo della pietà e dell'integrità fosse completo, e regnasse nella famiglia per assicurare ai genitori e ai figli calore e stabilità.

Per quanto riguarda il diritto dei bambini all'allattamento al seno anche in caso di divorzio, il Corano dice:

“Per coloro che vogliono completare l'allattamento, le madri (divorziate) allatteranno per due anni completi. Il padre del bambino ha il dovere di nutrirle e vestirle in base alla consuetudine” (2/233).

L'Islam accompagna l'individuo fin dalla più tenera età ed insiste sulla cura della sua salute. Anche quando raggiunge l'adolescenza e diventa un membro attivo della società, l'Islam e la Sunna gli impongono di prendersi cura della sua salute. La pulizia fisica è parte del culto ed è manifestata nel rituale dell'abluzione prima della preghiera. Oltre a ciò, le tradizioni profetiche parlano in dettaglio del taglio dei capelli e delle unghie, della pulizia dei denti, dell'economizzare il cibo, del digiuno, del praticare gli sports, di andare a letto presto, di stare lontani dall'alcool, dalle droghe e dalle sigarette e da qualunque altra cosa di cui soffre oggi la società moderna. Il Corano unisce la pulizia

spirituale e fisica in un versetto:

“O voi che credete! Quando vi levate per la preghiera, lavatevi il volto, le mani [e gli avambracci] fino ai gomiti, passate le mani bagnate sulla testa e lavate i piedi fino alle caviglie. Se siete in stato di impurità, purificatevi”. E termina dicendo: “Dio non vuole mettervi in difficoltà, ma farvi puliti e completare il suo favore verso di voi perché possiate essergliene grati” (5/6).

Il Profeta ha detto: “La purificazione è metà fede” (Moslem). Per quanto riguarda la pulizia dei denti, egli ha detto: “non voglio che sia una cosa dura per la mia comunità – o per la gente – altrimenti avrei chiesto loro di pulirsi i denti per ogni preghiera” (Bukari). Troviamo anche molte tradizioni che sottolineano la responsabilità collettiva di lottare contro la povertà come ha detto il Profeta – Dio lo benedica e gli dia salvezza –: “Colui che dorme con uno stomaco pieno mentre il suo vicino è affamato non crede in me” e “se un uomo che vive tra i ricchi muore di fame essi saranno liberati dalla custodia di Dio”⁵. Egli avverte anche contro la golosità e i suoi cattivi effetti con le seguenti parole: “nessuno può riempire un ricettacolo più maldisposto del suo stomaco”.

Per seguire questi principi generali di fare della pulizia una manifestazione della fede, il Corano e il profeta raccomandano un’ampia gamma di misure che riguardano la pulizia quali – ad esempio – quella menzionata in questo versetto coranico:

“O Figli di Adamo, abbigliatevi prima di ogni orazione. Mangiate e bevete, ma senza eccessi, ché Allah non ama chi eccede” (7/31).

Da questo versetto possiamo chiaramente vedere che il Corano avverte l’uomo di essere moderato nelle abitudini alimentari, per conservare la propria forma fisica ed evitare di appesantire il corpo con un eccesso di peso e di grasso, oltre che ad economizzare il denaro per impiegarlo nello sviluppo della famiglia e della società. Il legame con l’abbellimento della moschea non è privo di significato, ma ricorda che la funzione della moschea nell’Islam non è ristretta al servizio rituale, bensì serve come terreno di formazione per sane abitudini so-

ciali e civili. Il concetto di abbellimento comporta il vestire abiti puliti, l’evitare un aspetto sporco o il cattivo odore.

Per sottolineare questo punto, il Profeta ha detto: “Dio ama vedere le tracce della sua grazia sui suoi servi”. Riferendosi ad alcuni cibi ha detto: “chi mangia cipolla e aglio non dovrebbe frequentare le nostre moschee”. Nell’enumerare alcune piacevolezze del mondo da lui preferite, egli ha incluso il “muschio” come fragranza prevalente del giorno. È ovvio che un musulmano non può rispondere a tutte queste necessità richieste se non è orientato alla pulizia e all’autosufficienza economica. A questo punto guardiamo ancora una volta al rapporto tra condizioni finanziarie dell’individuo e santità della sua salute mentale e fisica.

10. Vivere con la natura

La natura è, come abbiamo detto, la più grande delle creazioni di Dio. Il Corano incoraggia l’uomo a vivere con la natura, ad osservarla e a scoprirne i segreti. L’armonia tra l’uomo e la natura è stata utile fin dall’inizio. La terra è la madre dell’umanità, lo abbraccia all’inizio e alla fine, secondo il Corano: “Da essa vi abbiamo creati, in essa vi faremo ritornare e da essa vi trarremo un’altra volta” (20/55).

Alberi, fiori, piante e frutti sono i prodotti di questa tenera madre mentre il sole, la luna, i pianeti, le

nuvole e il vento sono lo schermo che circonda l’uomo, che egli dovrebbe conoscere e di cui dovrebbe fare uso. Vivere con la natura, godere della sua vista sono i metodi più vicini per ravvivare l’anima e i sentimenti. Il Corano dice:

“Vedrai la terra disseccata che freme e si gonfia quando vi facciamo scendere l’acqua e lascia spuntare ogni splendida specie di piante” (22/5).

Coleridge ha detto nel “Nightingale”: “in natura non c’è nulla di melanconico”.

Nessun’altra religione mostra rispetto per la natura come l’Islam, e usa le sue bellezze e i suoi segreti per rivitalizzare il corpo e l’anima. Il Corano dice:

“Egli è Colui che fa scendere l’acqua dal cielo, con la quale facciamo nascere germogli di ogni sorta, da essi facciamo nascere vegetazione e da essa grani in spighe e palme dalle cui spate pendono grappoli di datteri. E giardini piantati a vigna e olivi e melograni, che si assomigliano ma sono diversi gli uni dagli altri. Osserva i frutti quando si formano e maturano. Ecco segni per gente che crede!” (6/99).

Questo continuo invito ad amare la natura ci spinge ad averne cura, a valorizzarla e a proteggere l’ambiente che ci circonda dall’eccesso, dalla distruzione e dall’inquinamento. L’eccesso è riprovevole nel Corano:

“O Figli di Adamo, abbigliatevi prima di ogni orazione. Mangiate e bevete, ma senza eccessi, ché Allah non ama chi eccede” (7/31).

Le tradizioni profetiche fanno riferimento anche alla protezione della natura dalla corruzione e dalla trasgressione: “se qualcuno nel giorno del giudizio aveva in mano una pianticella, lasciategliela pinare”. Viene menzionato anche l’obbligo di economizzare l’uso dell’acqua: “un discepolo che accompagnava il Profeta, ricorda di essere passato con il Profeta vicino ad uno dei suoi seguaci mentre questo stava compiendo il rituale dell’abluzione prima della preghiera; il Profeta gli chiese: ‘perché tutto questo spreco?’ Quello disse: ‘c’è spreco nel compiere il rituale dell’abluzione prima della preghiera?’ Il Profeta rispose: ‘Sì, lo spreco dell’acqua è inammissibile per-



fino se la prendi da un fiume che scorre” (Ahmed).

11. Protezione della società

Il metodo islamico tende a proteggere la società dalle epidemie e dalle malattie e a fornire il trattamento necessario ai malati. Infatti, era strettamente vietato ai malati di muoversi liberamente senza cure mediche al fine di evitare la diffusione delle malattie; essi venivano incoraggiati a ricorrere al più presto possibile alle cure e a non trascurare nessun sintomo. Molti sono i detti del Profeta sulla prevenzione, come “non permettete ad un malato di frequentare una persona sana” (Bukari). Tale raccomandazione è stata rigorosamente applicata più tardi; si racconta che quando il secondo Califfo Omar Ibn Al-Khatib si recò a Gerusalemme per ricevere le chiavi della città dal Patriarca Sophronius, egli si rifiutò di visitare alcune regioni per la diffusione dell'epidemia; Abu Obeida, il generale a capo delle truppe islamiche armate in Siria, protestò contro questo atteggiamento: “principe dei fedeli, vorresti sfuggire il decreto divino di Dio?”. Omar rispose infuriato: “se qualcun'altro lo avesse detto lo avrei punito, perché sfuggo dal divino decreto al divino decreto” e citò il profeta dicendo: “se sentite che la piaga ha colpito un territorio, non entratevi, ma se siete già lì, non uscitene” (Bukhari).

Benché le tradizioni profetiche trattino in modo esteso questo argomento, sono tuttavia considerati principi generali che furono esaminati a fondo da uomini di legge e da teologi. La responsabilità in primo luogo ricade sull'individuo allo scopo di osservare le regole della pulizia e della prevenzione e prendersi cura della propria salute e di quella dei propri figli. L'obiettivo è di creare cittadini maturi e responsabili perché questa è una responsabilità che non può essere assunta dallo stato, il quale ha il compito di creare posti di lavoro, combattere la disoccupazione, fornire metodi di prevenzione contro le malattie e i trattamenti quando le epidemie si diffondono. Il Profeta ha detto: “Dio ha dato una cura ad ogni malattia che ha fatto cadere sull'uomo” (Bukari e Muslim).

La Sharia sottolinea la responsabilità della famiglia insieme allo stato nel proteggere la società e i suoi membri da ogni epidemia sociale e fisica. Se essi non si assumono questa responsabilità allora saranno le cause principali di disordini e caos, che distruggerebbero la struttura politica e sociale della società. Ciò si chiama “Fitnah” o lotta interna, che il Corano qualifica “peggiore del crimine dell'omicidio”. Non c'è dubbio che prendersi cura della sanità pubblica, creare ospedali, formare medici preparati, fornire le attrezzature e i medicinali necessari fanno parte di questa responsabilità.

La garanzia maggiore perché il sovrano sia acuto nello svolgere questa missione è il principio della “consultazione” nel sistema islamico. Questa non può assumere forme differenti da un'epoca ad un'altra, e da un ambiente ad un altro, in quanto l'essenza e lo spirito rimangono gli stessi, data l'importanza di far sì che i cittadini prendano parte alla scelta del modo migliore per definire la politica generale dello stato e ottenere il benessere sociale. Se questa partecipazione assume la forma di rappresentanti che parlano a nome dei cittadini, allora questo sarebbe il modo migliore per raggiungere il benessere sociale. Le persone conoscono meglio di tutti i loro bisogni e cosa è utile o inutile per loro. Il sovrano deve rispettare la loro volontà. Questo significato è del tutto ovvio quando si descrive la società dei credenti:

“Coloro che rispondono al loro Signore, assolvono all'orazione, si consultano vicendevolmente su quel che li concerne e sono generosi di ciò che Noi abbiamo concesso loro” (42/38). Anche l'appello rivolto al Profeta: “Consultati con loro sulle questioni pubbliche” (3/159).

Si potrebbe dire che l'attuale situazione dei musulmani sia lungi dal bel quadro che abbiamo dipinto. Pur ammettendo questo fatto, è tuttavia chiaro che i musulmani sono passati attraverso svariate circostanze che hanno imposto loro di accettare idee inspiegabili che li hanno allontanati dallo spirito dell'Islam, specialmente durante l'occupazione straniera durata per secoli. È un peccato che questo quadro sia ancora presente in Occidente... Ne sono la riprova le campagne scorrette organizzate per distorcere l'immagine dell'Islam e scoraggiare i musulmani dal seguire il modello islamico. Malgrado ciò, i musulmani tendono ancora a riassumere lo stile islamico di vita sebbene questa tendenza possa in alcuni casi deviare dal cammino positivo. La maggioranza spera di costruire una società islamica moderna fondata su queste basi e auspica di instaurare un dialogo con gli altri, vivere con loro, condividerne la ricca esperienza umana e cooperare nella costruzione di un nuovo mondo in cui regnino pace, giustizia, rispetto della dignità dell'uomo e dei suoi diritti legittimi.

Dott. KAMEL AL-SHARIF
Segretario Generale
“International Islamic Council
for Da'wa and Relief”



Note

¹ ROGER GARAUDY, L'Islam en Occident, Cordoue, capital de l'Esprit.

² Bukari 1/247.

³ Bukari (Faith).

⁴ Lissan Al-Arab.

⁵ Compilation of Izuldin Bulaik “Methods of the Pious”.

THIMAPPA HEGDE

La prospettiva dell'induismo

È un onore per me intervenire in questa importante assemblea. Il tema affidatomi è "Economia e salute: la prospettiva dell'Induismo". Vorrei soffermarmi brevemente sulla religione e la salute e sull'*Ayurveda*, che è il concetto induistico di medicina.

Induismo

Il termine "Hindu" ha un'origine geografica e si riferiva a coloro che vivevano al di là del fiume Sindhu (Indus). Un'altra origine del termine deriva da un'abbreviazione dell'espressione in sanscrito, "*Heenam Nashayate-iti Hindu*", che vuol dire che un Induista è uno che distrugge o che vince su ciò che lo opprime.

L'Induismo non ha origine da un singolo maestro come il Cristianesimo, l'Islamismo o il Buddismo, ma da molti maestri, la maggior parte dei quali non hanno nome. Nulla infatti si sa di loro, tranne che devono essere state persone straordinarie, a giudicare dalla natura dei loro pensieri e delle loro esperienze. Esse hanno insegnato solo ciò che esse stesse avevano sperimentato in uno stato di superconscio.

Messaggio centrale: il concetto induistico di Dio

Sebbene molti associno l'Induismo a molteplici divinità, la comprensione universale è quella di un unico Dio Supremo. Il termine usato è Brahma, ed ogni cosa, vivente o no, proviene, è diretta ed è fatta dalla materia chiamata Brahma. Tutte le cose hanno un'essenza sacra.

Sebbene simbolicamente ci siano migliaia di divinità indù, l'Induismo accetta una triade, Brahma il Creatore, Visnu il Sostenitore e Shiva il Distruttore. Altre divinità importanti sono Ganesh e le mogli di Brahma, Visnu e Shiva, cioè Saraswathi che simboleggia la conoscenza, Lakshmi la ricchezza, e Parvathi la forza.

Insegnamenti sociali e morali

L'atteggiamento positivo dell'Induismo nei confronti della vita è stato enfatizzato dal riconoscimento di quattro desideri legittimi e fondamentali – *purusharthas* – i primi tre, *Dharma* (dovere), *Artha* (ricchezza), *Kama* (piacere) sono cose di questo mondo, mentre *Moksha* (liberazione dai legami o comunione con Dio) è perfezione.

Sebbene *Dharma*, o dovere, sia la base, tanto *artha* (ricchezza) quanto *kama* (piacere) sono legittimi. L'acquisizione e il possesso della ricchezza sono indispensabili nel mondo. Il denaro va guadagnato e ogni sforzo dovrebbe seguire il *Dharma*. Il *kama*, godimento del piacere, copre una vasta area, di cui fanno parte l'amore coniugale, il piacere dell'arte, la poesia musicale, la bellezza ecc. La vita diventa tetra e grigia se non si coltiva un senso estetico. Ma il piacere dei sensi, se non ricercato secondo il *Dharma*, degenera nella sensualità.

Purusharthas sottolinea l'importanza della salute e della ricchezza da acquisire in un giusto modo. Insiste sulla necessità di seguire il proprio dovere, di non rinunciare a funzioni obbligatorie, e di mantenere alte le motivazioni. I capricci

personali sono controllati mentre i desideri personali sono contenuti. Questi comandi permettono ad una persona di condurre una vita altamente qualitativa.

Induismo e salute

– Raggiungere il *Purusharthas*, cioè lo scopo della vita secondo gli Induisti, vuol dire conseguire *Artha* o ricchezza, *Kama* o piacere, compresi i desideri sessuali, e *moksha* o illuminazione.

– Una buona salute è un requisito fondamentale per raggiungere gli obiettivi della vita.

– Le cure sanitarie nell'India antica erano un ramo della religione. Sembra che il sistema induistico della medicina abbia avuto origine dal Creatore Brahma, fonte di ogni conoscenza.

Relazione tra Dharma e malattia secondo la tradizione induistica

Secondo la tradizione spirituale dell'India, le malattie hanno due cause. Anzitutto esse possono scaturire da cause fisiche o biologiche, da uno squilibrio dei fluidi biologici, gli elementi e le energie fondamentali del corpo fisico. Il trattamento comporta principalmente metodi fisici o medici con una base naturalistica che comprende erbe, dieta, lavoro fisico e posizioni yoga (*asanas*). In casi estremi si può ricorrere ai minerali o alla chirurgia.

Secondo, le malattie possono scaturire da cause *karmiche*, effetto di azioni sbagliate che abbiamo fatto nella vita, e da cause psicologiche o spirituali. Possono essere occupazioni sbagliate, problemi nei rapporti o difficoltà emotive. Il

trattamento può richiedere dei cambiamenti nello stile di vita e negli atteggiamenti. Tra queste cause rientra il non vivere secondo lo scopo interiore o il desiderio spirituale nella vita, quello che viene chiamato in sanscrito il nostro "Dharma". Le malattie possono essere originate da azioni sbagliate compiute in una vita precedente, in particolare che hanno causato danno ad altri esseri umani.

Tali malattie *karmiche* possono richiedere una certa forma di espiatione o di sacrificio, una "riparazione interiore" per ristabilire il nostro benessere nella vita. Per questo l'*Ayurveda* usa lo *Yoga* e un sistema di terapia divina o spirituale che include l'uso di gemme, mantras, preghiere, rituali e medicamenti. Non è una superstizione medioevale ma riflette una profonda comprensione dei livelli più profondi della mente e dei mezzi per curare gli aspetti più misteriosi del nostro essere.

Le cure e la religione: la prospettiva induistica

L'essenza delle cure è l'integrazione, la fede e l'amore. Esse creano la grazia e fluiscono dall'energia cosmica necessaria perché le cure abbiano luogo.

Secondo la loro antica prospettiva sacra, medicina e religione sono due facce della stessa medaglia. L'*Ayurveda* però non impone la propria religione o il proprio background su nessuno. Insieme agli strumenti regolari e ai metodi di cure naturali, fornisce metodi di yoga che possono essere adottati in qualunque forma la nostra vita religiosa o spirituale possa recepire.

Origine delle malattie

L'*Ayurveda* sottolinea il ruolo della mente nella causa delle malattie. Lo stress psicologico viene considerato importante nell'eziologia delle malattie. Oggi diventiamo sempre più consapevoli dell'importanza dell'influenza psichica sulla risposta somatica del corpo. Sappiamo anche che questa influenza psichica è misurabile in termini di risposte neuroendocrine e perfino immunitarie.

La salute è il nostro stato natura-

le. L'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definita qualcosa che va oltre l'assenza di malattie, uno stato di perfetta igiene fisica, sociale e mentale. A ciò va aggiunto il benessere spirituale, uno stato in cui una persona sente ad ogni momento della vita una gioia e un godimento per la vita, un senso di appagamento e una consapevolezza di armonia con il cosmo.

L'ipertensione è un disturbo molto comune che colpisce una vasta parte della popolazione. Essa è dannosa in quanto può colpire organi vitali quali il cuore, i reni e il cervello.

È stato dimostrato che lo stress svolge un ruolo importante nella genesi dell'ipertensione. Studi a lungo termine hanno rivelato che lo *Yoga* e la meditazione, se regolarmente compiuti, riducono effettivamente la pressione alta.

Le malattie delle arterie coronarie sono la prima causa di morte nella maggior parte del mondo. I più comuni fattori di rischio associati sono l'obesità, l'ipertensione, lo stress, il fumo e la mancanza di esercizio fisico.

Si stima che una persona su quattro sviluppi un cancro durante la sua vita. La risposta definitiva a questo problema sta nel trovare vie per promuovere l'autoresistenza del corpo ai fattori che causano il cancro.

Se le sigarette, l'alcool e le "droghe di evasione" venissero eliminati dalla società, i nostri ospedali sarebbero quasi vuoti.

Il fumo, l'alcool e l'abuso di droghe esistono poiché soddisfano un bisogno naturale diventato un desiderio intenso. Per risolvere questo problema, dobbiamo praticare tecniche mentali che sono molto più piacevoli e che migliorano la vita e possono dare un "piacere" molto maggiore del fumo, dell'alcool o della droga. La meditazione è una di queste.

L'obesità è il disordine metabolico più comune nelle società ricche. Essa non soltanto non è attraente, ma è non sana e predispone chi ne soffre ad un certo numero di malattie quali l'ipertensione, le malattie di cuore, il deterioramento delle articolazioni, i calcoli biliari, il diabete e il cancro. Gli obesi possono soffrire le conseguenze di un'immagine del corpo

piena di errori. Esiste un collegamento psico-fisiologico nello sviluppo dell'obesità.

La debolezza generalizzata, la mancanza di energie e di impegno (fatica mentale e fisica di ogni tipo) sono tra i sintomi più comuni per cui un paziente ricorre ad un medico.

La fatica è più comune tra quanti non hanno uno scopo definito nella vita, tra coloro che hanno troppo tempo libero, o che sono annoiati dalla monotonia della routine quotidiana. La fatica può ben appartenere alla categoria dei problemi da atteggiamento.

Disordini dello stomaco e dell'intestino sono molto comuni e sensibilmente connessi alle situazioni quotidiane. Molti problemi di digestione hanno un carattere psico-somatico.

Le disfunzioni sessuali possono essere ampiamente divise in due categorie:

1) cambiamenti nella condotta sessuale;

2) cambiamenti nella prestazione e nel godimento.

Quasi ogni studio di questo problema ha concluso che l'ansia di prestazione contribuisce all'inadeguatezza sessuale. In entrambi i sessi la diminuzione dell'atto sessuale e la mancanza di libido di solito hanno un fondamento psicologico che include la depressione, la paura, l'insicurezza e la colpa.

L'attività sessuale è buona soltanto quando i suoi nemici sono assenti e questi nemici sono la paura, la frustrazione e la repressione.

Il sonno è interamente naturale, assolutamente necessario e, per la maggior parte, ancora un mistero. La mancanza di sonno ben presto ci porta ad una mancanza di benessere. Quando non possiamo dormire, sono i pensieri, le preoccupazioni e l'ansia a tenerci svegli. In genere un sonno riposante è indice di buona salute. Persone felici e che amano, raramente soffrono di insonnia. Chi è oppresso da colpa, ansia e infelicità ne soffre regolarmente.

I disturbi da sonno sono praticamente sconosciuti tra i bambini. Essi possono dormire bene poiché sono innocenti. Cristo ha detto "se non sarete come bambini non potrete entrare nel regno dei cieli".

Lo stress rappresenta la causa maggiore di malattia e perfino di morte. È implicato in quasi tutti i disturbi, da quelli relativi al cuore e all'ipertensione, al cancro e al diabete. Da una recente e sorprendente scoperta, sembra che lo stress esaurisca il sistema immunitario del corpo. Forse abbiamo trovato il legame tra lo stress e lo sviluppo di disturbi come la polmonite e il cancro. Secondo Maharishi Mahesh Yogi, un'autorità in materia di coscienza dal punto di vista orientale, "lo stress blocca la piena espressione dell'intelligenza creativa".

La depressione colpisce milioni di persone. Durante un attacco di depressione, la persona si sente triste e logora, e non è in grado di godere della vita. Nessuno sa bene perché avvengono questi attacchi.

Chi soffre di depressione o di altre malattie psicologiche è vittima di una intelligenza frantumata che va ristabilita dal di dentro.

Abbiamo visto problemi comuni ma seri quali ipertensione, malattie di cuore, cancro, sovrappeso, fatica cronica, depressione, stress e malattie psichiatriche, e abbiamo scoperto che la mente svolge un ruolo di cruciale importanza nella loro genesi.

Gli incidenti avvengono il più delle volte in persone che vi sono abitualmente inclini, che hanno una caratteristica predisposizione ad attirare le disgrazie.

È sempre più evidente che le malattie sono il risultato di disordini mentali. Le persone sane sono più felici di quelle malate ed è vero anche che le persone felici sono più sane di quelle infelici. La fisiologia incide sulla psicologia e la psicologia sulla fisiologia. In tutte le condizioni sopra menzionate è evidente l'importanza della mente nel causare e nel curare le malattie.

Un "placebo" è una pillola fatta unicamente di zucchero e di un colorante inattivo per farla sembrare un medicinale autentico. Quando viene somministrato, viene detto ai pazienti che si tratta di una medicina autentica e potente. Noi sappiamo che il placebo induce il meccanismo curante del corpo. Esso può essere la migliore delle medicine. È come se la mente desse il permesso alle cure di operare. Norman Cousins ha scritto che "il pla-

cebo è il dottore che risiede dentro di noi". Credere che una pillola possa curare può dar luogo a questo risultato.

La vecchiaia è il deterioramento progressivo delle funzioni fisiche e mentali che avvengono nel tempo e che terminano con la loro cessazione, cioè la morte.

Pratiche religiose che promuovono la salute

È stato scoperto che nelle cavie il digiuno periodico allunga l'arco della loro vita. Il digiuno è stato tradizionalmente elemento di molte culture e figura nella maggior parte di loro.

Atteggiamenti salutari sono grandi forze per la salute che possono ottenere risultati sorprendenti contro cui la medicina non può competere. Aria ed acqua pulite, cibo nutriente, attività moderate, esercizio fisico regolare e un buon sonno sono atteggiamenti salutari.

"Il cibo è Brahma", secondo il Rig Veda.

Mangiare in maniera indiscriminata o a livello inconscio, mangiare in fretta, mangiare abitualmente troppo o non mangiare affatto, sono tutte violazioni alla legge naturale.

Innumerevoli disturbi sono legati a regime e consuetudini alimentari. Il nostro corpo sa cosa è buono per noi. Generalmente tra le buone abitudini alimentari troviamo:

- Fare attenzione a ciò che si mangia;
- Fare una pausa prima di mangiare e sedere in silenzio;
- Mangiare soltanto quando si ha fame;

– Non sedersi a mangiare se si è nervosi;

- Masticare lentamente e bene;
- Mangiare in ambienti congeniali.

La dieta vegetariana (una dieta senza carne)

La verità è che la fisiologia dell'uomo sostiene meglio la salute quando l'assunzione di carne, grasso e proteine è minima o inesistente. Una dieta che preveda grosse quantità di carne e grassi animali comporta malattie coronariche, cancro ed obesità.

Benefici della meditazione:

- 1) Migliore salute, riducendo l'ipertensione e il livello di colesterolo nel sangue.
- 2) Riduzione nell'assunzione di alcolici, sigarette e droga.
- 3) Inversione o rallentamento del processo di invecchiamento.

I sistemi di medicina induistica, Ayurveda, Yoga, Naturopatia

Ayurveda vuol dire "scienza della vita". Il sistema trae origine dai tempi del Rig Veda oltre 3.000 anni fa. Tratta, in maniera elaborata, misure per combattere la malattia. È ancora ampiamente praticata in India e copre i bisogni del 75% della popolazione.

L'Ayurveda è un supplemento dell'Attharvaveda (uno dei 4 veda). Nel periodo post-vedico sono stati scritti molti trattati. Due di questi sono il *Charaka Samhita* e il *Susruta Samhita*.

L'Ayurveda è una scienza olistica che sottolinea l'importanza di preservare e promuovere la forma fisica di individui sani, oltre a fornire metodi per il trattamento delle malattie.

L'obiettivo di "preservare e promuovere la salute" nell'Ayurveda viene raggiunto attraverso modalità differenti, che si basano su principi che rientrano nella propria cornice concettuale. Non è una scienza che riguarda unicamente i farmaci, ma piuttosto un "modo di vita" e descrive metodi per promuovere, prolungare e mantenere una buona salute. Sottolinea l'importanza di una routine quotidiana specifica e di un regime stagionale con la dieta, i farmaci, l'esercizio fisico e una buona



igiene personale per ottenere la salute fisica e mentale.

Gli antichi medici ayurvedici descrivono le malattie come uno squilibrio di queste unità funzionali. L'obiettivo di una qualsiasi misura terapeutica è quindi primario per riacquistare l'equilibrio.

Caratteristiche uniche dell'Ayurveda

L'*Ayurveda* tratta una malattia in un individuo come un tutt'uno (corpo, mente e spirito). I farmaci ayurvedici costano poco, non hanno bisogno di un cambio estero e sono atossici. L'*Ayurveda* sostiene la medicina preventiva e la promozione della salute.

Yoga

Lo *Yoga* è uno dei sei sistemi ortodossi della filosofia indiana diretta a liberare l'anima attraverso la perfezione. Lo *Yoga* lotta per uno sviluppo pieno ed integrale della persona. Può essere utilizzato come un metodo sicuro ed efficace per ottenere una buona salute, attraverso il controllo della mente. Insieme all'*Ayurveda*, lo *Yoga* risale ai tempi del Rig Veda.

Naturopatia

La *Naturopatia* si basa sull'arte di vivere secondo i principi naturali. La malattia è considerata lo sforzo del corpo per purificarsi dalle impurità dovute ad una vita sbagliata. Le cure naturali utilizzano l'aria, l'acqua, la terra e i raggi del sole abbondantemente disponibili in natura. Sottolinea l'importanza della prevenzione delle malattie ed una dieta adeguata, l'esercizio e il riposo per mantenere la salute.

Testi induistici in materia di Economia

I testi induistici che trattano ampiamente di Economia sono il *Manu Dharmashastra* e il *Kautilya Arthashastra*.

Essi sottolineano l'importanza di creare la ricchezza e descrivono vie e mezzi per ottenerla secondo principi religiosi. Tuttavia la ricchezza non è un fine in sé, ma è utile per raggiungere gli obiettivi della vita.

Vivere una vita piena, una vita di libertà per vivere a lungo e bene. L'obiettivo ultimo è di purificarsi al punto tale da diventare un'unica cosa con Dio.

Economia e salute

Due concetti induistici sono stati erroneamente interpretati e sono responsabili della condizione di povertà dell'economia indiana. Il primo concetto è il valore di uno stile di vita semplice e modesto come strumento per la realizzazione di Dio. Ogni indù si trova spesso in conflitto tra il valore relativo al creare la ricchezza e il valore della realizzazione di Dio. Il secondo concetto è l'interpretazione sbagliata della teoria del *karma* per cui tutto ciò che è scritto nel mio destino accadrà, malgrado i miei sforzi. Perché quindi dovrei sforzarmi tanto?

Viene spesso raccontata una storia della letteratura sanscrita, la *Brihadaranyaka Upanishad* che risale all'VIII secolo a. C. Maitreyee e suo marito Yajnavalkya discutono sul modo di guadagnare denaro e diventare più ricchi. Maitreyee si chiede se non sarebbe il caso che "l'intera terra, piena di ricchezza, appartenesse a me, così che potrei acquisire l'immortalità". "No", risponde il marito, "la tua vita sarebbe come quella dei ricchi. Ma non c'è immortalità nell'essere ricchi". Maitreyee ribatte allora, "cosa dovrei fare con questa ricchezza se non divento immortale?"

Esiste certamente un collegamento tra opulenza e salute, ma esso può essere più o meno forte a seconda delle varie circostanze. La ricchezza molto spesso permette di

evitare una malattia e di sfuggire ad una morte evitabile. Questo è piuttosto evidente nei paesi in via di sviluppo dove la povertà molto spesso è causa di malattie. Malgrado ciò, Amartya Sen, premio Nobel in Economia, ha dimostrato che anche se il reddito pro capite degli afro-americani degli Stati Uniti d'America è molte volte maggiore di quello degli abitanti dello stato indiano del Kerala, le prospettive di sopravvivenza degli afro-americani sono decisamente più basse. Il sistema indù di medicina largamente praticato nello stato del Kerala può contribuire in maniera significativa a questa osservazione.

Mentre non c'è alcun dubbio che lo sviluppo economico sia associato ad una salute migliore ed alla longevità, è stato dimostrato che le comunità più povere influenzate dalla religione e dai sistemi olistici della medicina tradizionale possono avere una buona qualità ed aspettativa di vita.

La mente umana svolge un ruolo di primo piano nella maggior parte delle malattie che colpiscono oggi l'umanità. L'integrazione della religione nella vita e l'uso di sistemi olistici di medicina offrono grandi promesse per una sanità migliore nel futuro.

Prof. THIMAPPA HEGDE
Dipartimento di Neurochirurgia
NIMHANS
Bangalore (India)

Bibliografia

- ¹ *The Bhagavad Gita.*
- ² RADHAKRISHNAN, S. *The Hindu view of life - Religious experience, its nature and content.*
- ³ SWAMI NIRREDANANDA, *Hinduism at a glance.*
- ⁴ *Ishpanishad.*
- ⁵ RAO S. K. R., *Encyclopedia of Indian medicine*, Popular Prakashan Bombay.
- ⁶ MARGARET HALL, C., "Religion and Aging", *Journal of Religion and Health*, Vol. 24, No. 1.
- ⁷ SRI AUROBINDO, *Essays on the Gita*, Vol. 1, Chapter XIX, Page 172.
- ⁸ PATANJALI, *Yoga Sutra.*
- ⁹ DEEPAK CHOPRA, *Perfect Health*, 1994 (Reprint).
- ¹⁰ DR. SHARADINI DAHANUKAR, DR. URMILA THATLE, *Ayurveda Revisited*, Popular Prakashan, 1989.
- ¹¹ VD. BHAGWA DASH, *Charaka Samhita*, Chow Kamba Publications, 1982.
- ¹² DAVID FRAWLEY, *Ayurvedic Healing*, Motilal Banarisdass, 1989.
- ¹³ RUDOLF BALLENTINE, *Diet and Nutrition*, Himalayan International.



SESSIONE POMERIDIANA

PASCUAL PILES FERRANDO

Pratica della diaconia e missione nella sanità

1. Introduzione

Ringrazio per l'invito rivoltomi a presentare un intervento, che ho preparato con cura, in qualità di Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero, nell'ambito del mio ministero pastorale nell'animazione dell'Ordine. Non sono un ricercatore, mi considero un pastore che elabora i propri concetti a partire dalla realtà, cercando di renderli adeguati. La riflessione deve essere collocata nella prassi, a partire dall'esperienza pastorale che, nei miei trentacinque anni di vita religiosa, credo umilmente di avere e che mi dà la fiducia per poter illustrare il tema allo studio.

Il titolo del mio intervento, "Pratica della diaconia e missione nella sanità", limita il nostro campo a due ambiti concreti: quello della diaconia e missione, e quello della sanità. Cercherò di trattarli in modo rapido nella loro dimensione storica; offrirò quindi alcune linee di ciò che presuppone la presenza della Chiesa come diaconia e come portatrice di salute, pertanto presenza nella sanità, il tutto considerando che il tema di questa XIV Conferenza Internazionale è "Economia e Salute".

2. Chiarimenti terminologici

Il termine diaconia viene dal greco *diakon*, che significa servizio. Entreremo nella riflessione partendo dal servizio che ritengo la Chiesa abbia realizzato a favore dei malati per una sanità giusta. Su questa stessa linea interpreteremo il termine missione, che viene dal latino *missio*, che fa riferimento all'invio ricevuto dal Signore di te-

stimoniare la Buona Novella nel mondo della salute.

Parlando di sanità, entriamo nel pieno del significato che riveste oggi la preoccupazione per la salute delle persone. Abbiamo compiuto grandi passi avanti in questo concetto e nella coscienza sociale dei popoli. Oggi in molti paesi disponiamo di servizi piuttosto adeguati, che in altri ancora mancano. Negli uni e negli altri dobbiamo sempre lavorare per migliorare la salute.

L'OMS definisce la salute come "uno stato di benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia". Si è passati da un concetto che cercava di curare la malattia al porre la salute al centro. Non è tutto ma è un passo in avanti perché si pone l'accento non sulla malattia ma sulla salute.



Salute e malattia fanno riferimento non solo all'aspetto fisico ma anche alla totalità della persona. Per noi cristiani va aggiunto l'elemento salvezza portatoci da Cristo.

3. Il mandato del Signore

Ci riferiremo ora a quanto il Vecchio Testamento riporta sul tema della salute, sul concetto di ospitalità, malattia e cura.

All'inizio della sua vita pubblica, Gesù di Nazaret è cosciente della propria missione. Al capitolo 4, San Luca raccoglie con chiarezza questa consapevolezza: "Gli fu dato il rotolo del profeta Isaia; apertolo, trovò il passo dove era scritto: *Lo Spirito del Signore è sopra di me; per questo mi ha consacrato con l'unzione e mi ha mandato per annunziare ai poveri un lieto messaggio; per proclamare ai prigionieri la liberazione e ai ciechi la vista; per rimettere in libertà gli oppressi e predicare un anno di grazia del Signore*. Poi arrotolò il volume, lo consegnò all'insergente e sedette. Gli occhi di tutti nella sinagoga stavano fissi sopra di lui. Allora cominciò a dire: 'Oggi si è adempiuta questa Scrittura che voi avete udito con i vostri orecchi'" (Lc 4, 17-21).

Gesù si è presentato agli uomini come medico: "Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati. Andate dunque e imparate che cosa significa: *Misericordia io voglio e non sacrificio*" (Mt 9, 12-13). La missione di Gesù si identifica con la figura del medico che cerca la persona malata nel corpo e nello spirito, di qui la cura e la salvezza.

I Vangeli sono pieni di racconti

sulle guarigioni. Lo stesso Gesù ci fa una sintesi del suo operato: "Andate e riferite a Giovanni ciò che avete visto e udito: i ciechi riacquistano la vista, gli zoppi camminano, i lebbrosi vengono sanati, i sordi odono, i morti risuscitano, ai poveri è annunziata la buona novella" (Lc 7, 22). Gesù stesso definisce l'opera realizzata durante il suo ministero pubblico, dandocene Egli stesso l'esempio, andando, insegnando e sanando.

Raccontano anche il mandato del Signore agli apostoli: "Egli allora chiamò a sé i Dodici e diede loro potere e autorità su tutti i demoni e di curare le malattie. E li mandò ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi" (Lc 9, 1-2). "Chiamati a sé i dodici discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e d'infermità" (Mt 10, 1).

Accogliendo il mandato del Signore, gli apostoli iniziarono la loro opera: "Allora essi partirono e passavano di villaggio in villaggio, annunziando dovunque la buona novella e operando guarigioni" (Lc 9, 6). "E partiti, predicavano che la gente si convertisse, scacciavano molti demoni, ungevano di olio molti infermi e li guarivano" (Mc 6, 12-13).

4. Risposta della Chiesa Apostolica

Oltre che nei Vangeli, troviamo diversi momenti di guarigione negli Atti degli Apostoli. L'azione della Chiesa apostolica cresceva. La sua fede era accompagnata dai segni delle guarigioni: "...fino al punto che portavano gli ammalati nelle piazze, ponendoli su lettucci e giacigli, perché, quando Pietro passava, anche solo la sua ombra coprisse qualcuno di loro. Anche la folla delle città vicine a Gerusalemme accorreva, portando malati e persone tormentate da spiriti immondi e tutti venivano guariti" (At 5, 15-16).

San Paolo ricorda che tra i carismi presenti nella comunità si trovi il dono di poter curare: "A ciascuno è data una manifestazione particolare dello Spirito per l'utilità comune; a uno viene concesso dallo Spirito il linguaggio della sa-

pienza; a un altro invece, per mezzo dello stesso Spirito, il linguaggio della scienza; a uno la fede per mezzo dello stesso Spirito; a un altro il dono di far guarigioni per mezzo dell'unico Spirito" (1Cor 12, 7-9).

La Lettera di Giacomo parla del ministero di cura attraverso l'azione del presbitero e la preghiera della comunità: "Chi è malato, chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato: il Signore lo rialzerà e se ha commesso peccati, gli saranno perdonati" (Gc 5, 14-15).

Già nella Chiesa Apostolica sorge la necessità di dividere le funzioni, alcuni si sarebbero dedicati al ministero della parola e altri alle necessità della comunità: "Cercate dunque, fratelli, tra di voi sette uomini di buona reputazione, pieni di Spirito e di saggezza, ai quali affideremo quest'incarico" (At 6, 3).

Prende corpo l'esercizio della diaconia all'interno della missione della Chiesa. Più tardi San Policarpo di Smirne nella sua opera "Didascalia Apostolorum" parlerà ai diaconi esortandoli ad ispirarsi a Cristo essendo misericordiosi, diligenti, servi di tutti (III, 13.2-4). La *Lumen Gentium* raccoglie questo stesso criterio tracciando le linee del diaconato "dedicato agli uffici della carità e dell'assistenza" (LG 29).



5. Risposta storica della Chiesa

Dai dati storici possiamo affermare che alla Chiesa si deve l'organizzazione ospedaliera, di ricoveri ed ospedali, per pellegrini, infermi ed orfani. Concili e Sinodi: Cartagine (309), Nicea (325) e Tours (567); da questi scaturì l'obbligo di creare alberghi insieme alle chiese e di prendersi cura dei bisognosi, dei malati e delle vedove.

Verso il 370 San Basilio, vescovo di Cesarea di Cappadocia, fondò una struttura chiamata "Basilide" che può essere considerata una vera fondazione ospedaliera: pensione, rifugio, ospedale, lebbrosario.

Nelle città comparirono diversi tipi di ospedalizzazione, gli *xenodokia* per ospitare i pellegrini, i *noxocomia* per i malati, i *procotrofia* per i poveri, i *gerontocomia* per gli anziani, gli *orfanatrofia* per i bambini orfani e abbandonati. Ciò avveniva tanto in oriente come in occidente.

Il monachesimo fu presente in questo campo con la costruzione di centri sanitari a fianco dei monasteri in cui monaci medici, infermieri ed erboristi lavoravano anche al servizio dei malati.

Con il passare del tempo, lo sviluppo del progetto caritativo della Chiesa andò acquisendo maggiori proporzioni e guadagnando in organizzazione. In essa intervennero sia i religiosi che i laici. Intorno all'anno 1000 nacquero diversi Ordini, alcuni dei quali laicali, con la finalità di prendersi cura dei poveri, dei malati e dei bambini abbandonati.

Un fenomeno importante in quel periodo fu la nascita delle Confraternite, associazioni di uomini e donne che si fecero carico delle nuove necessità curando malati e bisognosi.

Il povero è immagine di Cristo che soffre e per questo in diversi Statuti troviamo affermazioni quali: "i nostri signori malati, i nostri signori poveri".

Nel contesto ecclesiale del postconcilio di Trento, apparirono le figure di Giovanni di Dio e Camillo de Lellis, riformatori della sanità, che con il loro esempio fondarono due grandi Ordini Religiosi. Credo di poter affermare che in quel periodo avvenne il cambia-

mento che portò ad una concezione secolare della realtà tralasciando la concezione eminentemente religiosa.

In seguito, negli ultimi secoli è avvenuto un processo progressivo nell'assistenza. La tecnica si è imposta, ma ha portato con sé una perdita degli elementi umanizzanti con cui doveva essere prestata l'assistenza.

Possiamo affermare che in questo processo progressivo, quando gli Stati erano poco presenti nel campo assistenziale, la Chiesa, cosciente della propria missione di evangelizzare sanando, ha assicurato un servizio costante – diaconia – offerto da laici e religiosi con istituzioni create per malati e bisognosi.

Il Vangelo della carità ha scritto in tutte le epoche pagine di santità e di dedizione agli altri. Sono molti i santi che si sono dedicati al prossimo, testimoniando con il loro amore il Vangelo, costruendo il Regno, rendendo il mondo più umano.

6. La situazione attuale

Ho fatto questa introduzione per ricordare la presenza della Chiesa da Gesù Cristo ai nostri giorni. Oggi gli operatori sanitari cristiani sono chiamati ad essere immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore per i malati e i sofferenti: "È necessario che questa preziosissima eredità, che la Chiesa ha ricevuto da Gesù Cristo, non solo non venga mai meno, ma sia sempre più valorizzata e arricchita attraverso una ripresa e un rilancio deciso di un'azione pastorale per e con i malati e i sofferenti" (*Christifideles Laici* 54).

Nella sua diaconia della salute, la Chiesa pone come priorità irrinunciabile la centralità della persona malata.

Nella *Salvificis Doloris*, Giovanni Paolo II lo conferma affermando che: "la Chiesa è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo diventa la via della Chiesa, ed è, questa, una delle vie più importanti" (*SD* 3).

Lo confermano i vescovi nel messaggio finale del Sinodo su vo-

cazione e missione dei laici nel mondo. Rivolgendosi ai malati, essi hanno detto: "Faremo tutto il possibile perché troviate il posto di cui avete diritto nella società e nella Chiesa" (*CL* 53). Il malato non può essere considerato semplicemente nella sua passività, come una persona con necessità da soddisfare. Egli è il soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza (*CL* 54).

Tutto ciò ha un'implicazione politica, sociale ed economica ben precisa, che non possiamo continuare ad ignorare. Porre al centro il malato significa investire le risorse a favore dei valori che trovano la propria sintesi nell'amore. E tutto ciò a favore della qualità della vita.

La nostra mentalità è fortemente condizionata dall'efficacia. A volte il rapporto costo-benefici e le restrizioni economiche fanno perdere di vista il dovere di prendersi cura delle necessità dei pazienti. Il problema delle risorse esistenti, del loro uso e distribuzione è il più difficile, quello che suscita i maggiori contrasti, le polemiche più accese. È in atto una dura battaglia per ridurre i costi della salute. Tutti questi temi sono stati affrontati in questi giorni. Oggi potremo realizzare la nostra diaconia nel mondo della salute conoscendoli e cercando di portarvi luce.

Il Santo Padre, nell'enciclica



Centesimus Annus, ci ricorda che la logica del mercato, lasciata a se stessa, non si concilia con la giustizia, soprattutto perché non si fa carico delle necessità umane fondamentali dei più deboli: "Esistono numerosi diritti umani che non hanno accesso al mercato. È stretto dovere di giustizia e di verità impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti e che gli uomini che ne sono oppressi periscano" (*CA* 34).

La centralità del malato esige da parte nostra che lottiamo per le necessità di quanti, in tante occasioni, sono gli ultimi. Dobbiamo promuovere uno stile di attuazione che contempli le necessità spirituali dell'uomo, mettendo d'accordo la sua necessità di salute con quella della salvezza.

7. Linee da seguire nella nostra diaconia e missione nella sanità

7.1. La nostra diaconia testimonia la Chiesa della Carità

Il Vangelo di Gesù è chiaro. Egli è venuto ad annunciare la Buona Novella e ci ha proposto il Vangelo dell'amore. Due cose sono fondamentali: amare Dio e il prossimo (*Lc* 10, 22). La nostra fede si riassume in questo. Giacomo ci dice che non può esserci fede senza opere (*Gc* 2, 17). Lo stesso San Paolo afferma che senza amore non siamo nulla (*1Cor* 13, 2).

Giovanni Paolo II nella *Dives in Misericordia*, nella *Salvificis Doloris* e nell'*Evangelium Vitae*, ha più volte ripetuto che dobbiamo agire, che siamo chiamati a creare una civiltà dell'amore.

Oggi gli ospedali, i luoghi di sofferenza sono molto più frequentati delle nostre parrocchie. In essi gli uomini si pongono domande fondamentali sul senso dell'esistenza: perché la sofferenza? perché a me? perché alla mia famiglia? Domande che restano molto spesso senza risposta, domande che sono rivolte a Dio, anche se a volte senza credere.

A un Dio che è Amore e che viene tacciato di essere carente d'amore. A un Dio che è presenza e che viene rimproverato di essere assente. Il nostro Dio, il Padre, ci

ama sempre. Il nostro Dio non è mai assente dalla nostra realtà, benché a volte rimanga in silenzio, perché in Lui è normale agire senza cambiare le leggi della storia, è normale accompagnare i processi delle persone a partire dalla loro stessa realtà.

Questo Dio che non sempre si ascolta è sempre Amore, ed essendo Amore soffre in Gesù Cristo la sua impotenza nella Passione e Morte, accettando la volontà del Padre.

Gli operatori sanitari hanno la fortuna di essere chiamati ad evangelizzare nella Chiesa con gesti di carità. Dobbiamo usare la parola e prepararci a saperla usare ma, soprattutto, dobbiamo usare il silenzio, i gesti, la delicatezza, intuire le necessità del malato e dei suoi familiari.

Sappiamo che un atteggiamento di vicinanza crea tanti legami personali. Siamo legati a tante persone per le quali i nostri gesti sono stati liberatori, portatori di vita, anche se il malato è morto e la famiglia ha sofferto per la sua perdita. Siamo Chiesa della carità e dobbiamo continuare ad impegnarci nella costruzione della civiltà dell'amore.

Non possiamo mai perdere di vista il vero senso di missione della nostra vocazione: realizzare la nostra azione con tecnica e professionalità, ma con atteggiamenti che manifestino la vicinanza, la presenza, l'ascolto, il dialogo, la condivisione, l'aiuto concreto (CL 54).

7.2. *Siamo portatori della Buona Novella ai poveri e agli ammalati, difendendoli*

Come detto all'inizio di questo intervento, Gesù di Nazaret si è definito unto dallo Spirito per portare la Buona Novella ai poveri e sanare i malati.

La Chiesa, che continua la sua missione nel mondo, deve fare lo stesso.

La breve presentazione storica che abbiamo fatto, manifesta come la Chiesa sia stata sensibile alle necessità dell'umanità. È stata vicina a poveri e ad ammalati. Quando si è allontanata da loro, ha avuto bisogno di persone carismatiche che l'hanno fatta tornare alla sua vera missione, quella ricevuta dal fondatore.

Soffermandoci sul ruolo da svolgere nella sanità, la Chiesa oggi difende i diritti sanitari di tutte le persone. Il malato, per il fatto di essere una persona in una delle condizioni più visibili di vulnerabilità, è povero. Se per di più non è difeso, non diciamo con mezzi propri ma con mezzi sociali, è doppiamente povero.

Dobbiamo essere difensori di una salute per tutti. In molti luoghi, la Chiesa continua a svolgere, come in passato, un ruolo di supplenza perché le strutture sociali sono inesistenti, o deficitarie. C'è molto spazio per l'azione. Anche dove sembra che sussistano le condizioni migliori per l'assistenza sanitaria, alcuni aspetti della vita dei malati restano al di fuori della sensibilità sociale e la Chiesa ha il compito di promuovere e stare vicino a coloro che soffrono perché siano curati olisticamente.

La parabola del Buon Samaritano descrive molto bene la sensibilità necessaria in ogni professionista sanitario. Giovanni Paolo II la raccoglie nella *Salvificis Doloris* 28-30. Il Buon Samaritano si ferma e non passa al largo, fa sua la causa di colui che incontra, ne ha compassione, è disponibile per quanto è necessario, lo aiuta.

Il nostro compito è quello di curare il malato, essere sensibili alle sue necessità, prestargli voce quando non può farsi udire, soppe-

rire con la nostra disponibilità alla sua vulnerabilità perché sia rispettato nei suoi diritti.

7.3. *Siamo promotori di una sanità per la persona*

Stiamo entrando nel Terzo Millennio. Il secolo che volge al termine ha visto un progresso della tecnica come mai prima nella nostra storia. Si tratta di un processo inarrestabile. Giorno dopo giorno siamo sorpresi da nuove scoperte, nuovi strumenti, che facilitano enormemente il compito di trasformare la terra affidataci da Dio nostro Padre.

Nel campo della medicina questo è evidente. La diagnosi delle malattie è facilitata dai nuovi strumenti di cui disponiamo in laboratorio, in radiologia, così come nel trattamento chirurgico, chemioterapico, radioterapico, di cure palliative, di cure intensive, di dialisi ecc. Tutto per il servizio della persona.

Abbiamo il grande ruolo di far sì che la cultura tecnica venga posta al servizio del benessere dell'umanità. Non possiamo fare una brutta figura con concetti ridicoli lontani da quanto la scienza promuove a favore degli altri. Alcuni progetti che sentiamo e che mettiamo in pratica sembrano legati più ad una giustificazione della nostra ignoranza che non al servizio che siamo chiamati a realizzare.

Allo stesso tempo abbiamo il grande compito di promuovere l'umanizzazione dell'assistenza, di far sì che il malato sia trattato con qualità e calore, con cervello e con cuore, tenendo presenti tutte le sue necessità biologiche, sociali, psicologiche e spirituali.

A noi operatori sanitari viene richiesta una grande qualità umana: quella di umanizzarci per umanizzare. È uno slogan che abbiamo usato nella nostra Istituzione e che alla base esige tutto un programma di attuazione a livello di individui e di strutture. Le persone di Chiesa, laici e laiche, religiosi e religiosi, sacerdoti e vescovi, hanno un grande ruolo da compiere. C'è il pericolo di offrire alle persone tutto il meglio a livello tecnico e di trascurare quanto necessitano a livello umano.

Nella mia Istituzione ho ripetuto



questo concetto molte volte ovunque mi sia recato. Questo è uno dei principi fondamentali della nostra fondazione e deve essere un imperativo categorico per noi. Giovanni di Dio fu trattato come pazzo nell'Ospedale Reale di Granada, in Spagna durante la prima metà del XVI secolo. Il suo primo biografo racconta che, essendo stato trattato con poca umanità e vedendo come venivano maltrattati anche i suoi compagni, si convinse di dover fondare un ospedale dove i malati fossero trattati come lui desiderava.

È questa la nostra sfida. Quella dell'Ordine e quella della Chiesa. Dobbiamo promuovere una medicina e un'assistenza umanizzate. Dobbiamo promuovere una sanità umanizzata.

Il paziente non è un numero. Anzitutto e soprattutto è una persona paziente, che soffre.

Una malattia cronica, una malattia lunga, la morte portano tante rotture e tante sofferenze. È necessario saper stare in questa situazione di conflitto con eccellenza. L'informazione adeguata, il trattamento giusto, la delicatezza richiesta, fanno sì che le persone assumano le proprie difficoltà con un altro spirito.

Una diaconia che siamo chiamati a realizzare, la missione che la Chiesa deve compiere oggi nella sanità è quella di lottare per una medicina e per un'assistenza olistica. Deve farlo con le parole, difendendola con la propria voce. Deve farlo con la dedizione profondamente umanizzata dei suoi professionisti che, a livello personale e come Istituzioni, possono far sì che la sanità sia centrata nella persona, in tutto ciò di cui essa, nella sua malattia, necessita.

7.4. Dobbiamo lottare a favore di un'adeguata distribuzione delle risorse

Noi che siamo direttamente orientati all'assistenza, siamo responsabili del nostro servizio. Però non possiamo trascurare il ruolo realizzato nella storia e che siamo chiamati a continuare.

Non spetta a noi organizzare politicamente le nostre società, ma lottare per una giusta distribuzione delle risorse a favore delle persone.

Per il servizio che sono chiama-

to a realizzare attualmente nell'Ordine, conosco personalmente le molte e grandi differenze esistenti nel nostro mondo.

La Chiesa è chiamata ad essere coscienza sociale, ad insistere costantemente, in ogni circostanza.

A livello universale esistono grandi differenze tra Nord e Sud, che, seppur conosciute, non sono ancora in via di soluzione. La voce del Papa, dei Vescovi, la nostra voce, alcuni come rappresentanti di Istituzioni, deve essere la voce di coloro che non hanno voce.

Pur sapendo che forse non saremo ascoltati, dobbiamo tuttavia avere costanza e non fermarci finché il mondo non sarà più giusto.

Il gesto del Santo Padre con cui, in occasione del Giubileo del 2000, ha chiesto che venga condonato il debito pubblico, sta ad indicare la forza della sua parola che, insieme a quella di altri, mobilita, anche se lentamente, il processo di giustizia e di equità necessario.

Egli afferma: "il giubileo sia un tempo opportuno per pensare, tra l'altro, ad una consistente riduzione, se non proprio al totale condono, del debito internazionale che pesa sul destino di molte nazioni" (TMA 51).

Nei paesi in cui viviamo dobbiamo essere forza che lotta per un'equità nella distribuzione delle risorse a favore della sanità.

Ci sono circostanze politiche per

cui le risorse sociali si orientano lungo una o l'altra linea, secondo interessi precisi. Temi quali quello della difesa, della propaganda elettorale, della promozione economica ecc. vengono a volte privilegiati rispetto ai servizi che siamo chiamati a promuovere a favore delle necessità dei cittadini.

Nei nostri paesi dobbiamo essere forza che apre la coscienza dei nostri politici, che li stimola a sostenere i paesi in via di sviluppo dobbiamo essere anche coscienza per una distribuzione delle risorse di cui dispone lo Stato a favore delle persone che necessitano di un grande aiuto a motivo della loro vulnerabilità. Tutti i malati, gli anziani, i problemi sociali ecc., benché non siano redditizi, devono essere da noi sostenuti in quanto sono i più bisognosi.

La Chiesa inoltre promuove molte Istituzioni che, per realizzare la loro missione, devono poter fare ricorso alle risorse pubbliche. In uguali circostanze non sempre abbiamo lo stesso trattamento. Dobbiamo lottare per essere considerati con i livelli propri di qualità assistenziale che offriamo, integrati negli spazi di servizi di cui la nostra comunità di cittadini ha bisogno.

Credo che meriti una riflessione da parte nostra l'offerta che, storicamente o attualmente, stiamo facendo alla popolazione e fino a che punto certe Istituzioni sono difendibili in un buon spirito di servizio e di diaconia della Chiesa.

7.5. Siamo i gestori di risorse pubbliche e private

Come Chiesa, i professionisti della salute hanno una diaconia da realizzare per quanto riguarda l'amministrazione nella sanità. Dobbiamo promuovere una compensazione salariale secondo le linee della dottrina sociale della Chiesa e dello status della società a cui apparteniamo. Dobbiamo inoltre adoperarci affinché le risorse di cui disponiamo siano ben impiegate a beneficio della società e dei malati che assistiamo.

Dobbiamo curare le strutture a nostra disposizione, avere un atteggiamento di risparmio normale dell'energia, curare le nostre installazioni, non promuovere quello che sarebbe un uso inadeguato del-



le risorse. In fondo tutti ne traiamo beneficio.

Alcuni di noi probabilmente dirigono Istituzioni pubbliche. Per il bene della società, per il bene dei malati, le gestioni devono essere pertinenti per poter disporre delle risorse adeguate per i servizi che sono sotto la nostra responsabilità, dobbiamo anche fare una gestione evangelica dell'Istituzione che rappresentiamo.

Alcuni di noi stanno a capo delle proprie Istituzioni, e lavorano perché queste siano riconosciute dal settore pubblico e operano per il privato. Siamo chiamati anche a fare una gestione in modo evangelico.

L'amministrazione a volte è lo spauracchio delle Istituzioni. Una buona gestione è un servizio di diaconia. Bilanci, contabilità analitica, partecipazione del personale, progetti per obiettivi, distribuzione equitativa delle risorse nei diversi servizi dei centri ospedalieri, soddisfazione del personale, direzioni collegiali, sono tutti elementi che non devono essere dimenticati.

Benché molte persone non vi si sentano chiamate, non per questo debbono criticare facilmente i responsabili di questo settore necessario della nostra sanità. Vogliamo essere profeti. Se a volte non lo siamo perché non parliamo, a volte non lo siamo nemmeno con quel che diciamo. Con questo non facciamo una buona diaconia.

Dobbiamo essere testimoni di una gestione corretta, effettuata con chiarezza, equità, basata sui principi della dottrina sociale della Chiesa, senza scopo di lucro, evangelica.

Oltre all'uso delle risorse pubbliche o di quelle che riceviamo come compenso alle prestazioni, continuano ad esserci persone che confidano in noi e ci danno il loro contributo affinché proseguiamo un lavoro di beneficenza verso i malati poveri, i malati dei paesi senza mezzi. Spetta a noi distribuire secondo le necessità dei diversi luoghi tali risorse a favore dei bisognosi.

7.6. *Dobbiamo promuovere una spiritualità del servizio: Kenosis-diaconia*

I cristiani, operatori sanitari, sa-

cerdoti, religiosi o laici, hanno una spiritualità propria, quella del servizio, ognuno a partire dalla propria identità, dalla propria professione.

Nell'Ordine Ospedaliero abbiamo definito l'essere di San Giovanni di Dio da ciò che presuppone il processo di kenosis-diaconia, lo stesso che avvenne in Cristo: "spogliò se stesso, assumendo la condizione di servo" (*Fil 2, 7*). Con questo assunse una grande possibilità di servizio, quella di offrirci la Buona Novella della salvezza, della liberazione, della guarigione.

Il servizio generoso dell'operatore sanitario presuppone questo stesso processo, presuppone la preparazione professionale e quella umana. Coloro che hanno la vocazione alla salute devono essere persone sensibili alle necessità degli altri, persone che abbiano lavorato all'eliminazione dei propri interessi, egoismi, kenosis, per disporsi alla diaconia. È il processo che tutti siamo chiamati a fare.

In ciò ci aiuta il condividere la sofferenza degli altri. Ci aiuta contemplare la realtà di conflitto e di sofferenza che ci circonda.

Cristo ha assunto questa stessa realtà. È l'uomo dei dolori. Si identifica con i malati in Matteo 25, 36. Nel contemplare e nell'accompagnare la realtà di ogni ma-

lato troviamo la fonte della nostra spiritualità, del nostro modo di agire come operatori sanitari.

Dobbiamo prepararci per offrire con qualità professionale il servizio di cui i malati hanno bisogno. Dobbiamo prepararci umanamente per vivere nell'esperienza del servizio la forza che l'ospitalità ha in sé. Definiamo il carisma come il dono che Dio ci concede e che ci mette in grado di svolgere la nostra missione. La stessa missione è fonte di arricchimento dei doni del carisma e della spiritualità che il carisma genera.

A volte sentiamo che la nostra attività ci vuota del contenuto della nostra spiritualità e che abbiamo bisogno di spazi di preghiera per riempire il nostro spirito. Sono uno strenuo difensore della nostra spiritualità, quella dell'operatore sanitario cristiano, quella del sacerdote, religioso o religiosa, dedicato a coloro che soffrono, che fa una lettura nella fede della realtà del mondo della malattia, dei processi di tanti ammalati che abbiamo accompagnato, che arricchiscono notevolmente il nostro spirito. La nostra azione è una grande ricchezza, la considero una grazia. Quanti lavorano con i sofferenti, e si aprono a Dio e agli altri nell'accompagnamento della sofferenza, arricchiscono il proprio essere, il proprio spirito, trovano nell'azione una grande fonte della propria spiritualità.

Con il tempo approfondiscono l'essenza dell'ospitalità e diventano sempre più ospedalieri.

Con questa riflessione non pre-tendo di eliminare la preghiera dalla nostra vita, ma di rafforzarne l'assoluta necessità. Credo che sia il quadro all'interno del quale possiamo portare i sentimenti e le necessità che troviamo al contatto con gli ammalati. Nella preghiera dobbiamo raccontare al Signore quanto proviamo nel nostro rapporto con i sofferenti, poiché Egli ci ha inviato alla missione. Egli sta con noi quando siamo con i malati.

Credo che un concetto così ci porti a focalizzare il nostro essere, che rompe la dicotomia di azione e contemplazione. Ritengo la nostra azione una grande fonte della nostra spiritualità, possibilità di crescita, origine di vita nello Spirito.



7.7. *La nostra spiritualità ha un'implicazione sociale, culturale e politica*

Il nostro stile di vita, la consistenza del nostro spirito, del nostro essere, hanno una dimensione di presenza nel nostro mondo.

Siamo persone dedite alla politica, ma non per questo dobbiamo dimenticare la "polis" in cui viviamo; dobbiamo stare attenti, per il nostro bene e per quello delle persone di cui ci prendiamo cura, alle cose che succedono nella "polis". La nostra diaconia ha un aspetto politico, la nostra spiritualità ha un aspetto politico.

Dobbiamo conoscere quali sono i principi di attuazione dei nostri governanti, in che modo strutturano le leggi, quali sono i valori che privilegiano, in quale modo distribuiscono le risorse, affinché veramente la persona, e non altri interessi, sia il centro dei loro servizi, affinché il malato sia il centro di tutta la nostra azione assistenziale.

A volte, per falsi pietismi, vogliamo una diaconia scollegata da questi concetti, consideriamo un valore stare lontani dalla vita pubblica, da alcuni impegni che in fondo si ripercuoteranno nel bene di tutti.

Quando vengo interpellato a questo proposito, ricordo il testo di Gesù nella sua preghiera sacerdotale, raccolto da San Giovanni, in cui chiedeva al Padre per i suoi discepoli che aveva inviato in missione, in diaconia: "Non chiedo che tu li tolga dal mondo, ma che li custodisca dal maligno" (Gv 17, 15).

La stessa cosa rispondo ai miei confratelli e faccio oggi nostro il concetto per avere una spiritualità che ci aiuti a stare nella nostra "polis" sanitaria, ad avere una coscienza sociale, a realizzare il concetto culturale che l'assistenza oggi richiede: "Signore ti chiedo di saper restare al nostro posto, di non fuggire da quello che ci spetta per vocazione, che esige la nostra diaconia, il nostro servizio nella sanità. Ti chiedo la capacità di farlo come un vero servizio al regno".

7.8. *La nostra diaconia esige un aggiornamento costante*

Se la scienza segue un cammino

di processo costante, se non possiamo realizzare un'assistenza sanitaria senza l'uso, nella misura del possibile, di quanto la tecnica pone a nostra disposizione, un servizio adeguato del malato esige un aggiornamento da parte nostra.

Lo esige al livello umano. Dobbiamo avere la qualità umana che la nostra missione richiede. La nostra vita ci deve portare ad una costante crescita nei valori che la definiscono e che fanno sì che la nostra professione sia sempre al servizio degli altri.

Lo esige il concetto psicologico delle necessità del malato. Essere malati oggi non è come essere malati cinquanta anni fa. Abbiamo creato una società di benessere e nuove necessità che non possono essere dimenticate nel momento della malattia. Se anche abbiamo nelle nostre istituzioni tecnici specializzati per trattare i momenti culminanti di un processo, tutti dobbiamo saper rispondere alle necessità psicologiche dei nostri malati.

Lo esige anche il concetto sociale di malattia. Sappiamo che la malattia di un bambino pone nell'incertezza tutta la famiglia. Sappiamo che la malattia del padre o della madre provoca uno scompiglio nelle abitudini della famiglia. Sappiamo che la malattia di un anziano pone in movimento una serie di famiglie, a seconda dei casi, che

godono di un'autonomia e obblighi diversi. Tutto ciò richiede uno studio e una possibilità di trattamento da parte di tecnici che affrontino questi aspetti sociali della malattia, ma esige anche che i professionisti sanitari facciano da ponte e da strumenti di questo trattamento.

Lo esige lo stesso concetto etico di assistenza. La bioetica è una scienza dei nostri tempi. Illuminati dalla Parola di Dio e dal Magistero della Chiesa vogliamo fare un trattamento etico delle diverse situazioni che si presentano al momento della nascita, durante la vita, la malattia e al momento della morte, che richiedono da noi una formazione e un trattamento adeguati nelle nostre istituzioni affinché queste prendano le decisioni opportune nelle loro azioni ordinarie e straordinarie.

Lo esige altresì il concetto spirituale. Ognuno nella propria identità. Se si tratta di agnostici dobbiamo essere presenti con gesti umani che facciano sentire loro il valore di una vita dedicata agli altri, che gli facilitino il già difficile processo della malattia. Lo dobbiamo fare con la nostra sensibilità, la nostra amabilità, la nostra cordialità. Se sono credenti di altre confessioni cristiane o non cristiane, dobbiamo agire rispettando la loro identità e con la disponibilità a facilitare loro i servizi che necessitano secondo il loro credo. Se sono cattolici dobbiamo aiutarli a vedere la vita come possibilità di salvezza in Cristo, anche nel momento della malattia, della sofferenza e della morte.

In questo senso, oggi esiste una grande promozione dei servizi pastorali dei diversi enti pubblici e privati. Nei nostri luoghi dobbiamo favorire la promozione di un'attuazione adeguata affinché il momento della malattia, il ricovero in ospedale e la stessa morte siano possibilità per comprendere la vita nel senso profondo ed escatologico della fede.

Tutto ciò fa sì che la nostra vocazione esiga una formazione costante che dobbiamo promuovere in tutti. Il negarvisi vuol dire non comprendere le esigenze della nostra diaconia e della nostra missione come Chiesa nel mondo della salute di oggi.



7.9. *Siamo testimoni del fatto che la fede è fonte di salute*

Non vogliamo entrare in concetti miracolosi di fronte alle cure. Dio, quando lo ritiene opportuno, agisce direttamente o per intermediari in un modo che ci sorprende. Le sue opere sono elementi che aiutano a rafforzare la fede dei nostri credenti, la nostra stessa fede e che muovono i sentimenti dei più indifferenti ed agnostici.

La nostra diaconia, la nostra missione come Chiesa nella sanità, ci porta ad essere testimoni della nostra fede. Fede vissuta confidando nel Padre in ogni circostanza, fede vissuta con una dimensione escatologica, impegnata nella costruzione del Regno, qui e ora, ma per la quale ci sentiamo chiamati un giorno alla vita eterna in Cristo.

La nostra fede è stata posta in questione. È stato detto che è frutto di una nostra proiezione, che Dio non esiste, che è una esperienza nevrotica della realtà, che l'abbiamo usata come un modo per far tacere la coscienza delle persone, promuovere un conformismo fatalistico di fronte al destino ecc.

Per esperienza personale, nulla è più lontano dalla realtà. Possono esserci state incarnazioni errate della nostra fede, ma, mediante

il servizio alla salute, la nostra diaconia e missione nella sanità, siamo chiamati a proclamare il contrario. La nostra fede ha un ruolo unificante e sanante delle persone.

Cristo è venuto per salvare, sanare, curare e liberare. Egli ha voluto che le persone vivessero la propria vita con senso, assumendo ognuna delle realtà che il nostro essere limitato ha in sé: le gioie e le tristezze, la salute e la malattia.

Dio è fonte di salute per la persona. La sua presenza tra di noi favorisce la lucentezza, l'unità interiore. La nostra fede ben vissuta è un fattore di maturazione della persona.

Di qui il fatto che nella sanità viviamo la diaconia della fede come fonte di salute, con un'esperienza adulta, matura da parte nostra. Aiutando i malati, rispettandone i sentimenti, a conoscere la presenza di Dio nella vita di tutti, che li ama sempre, anche se nella loro vita è apparsa la malattia come un'espressione della loro natura limitata. Credere in Dio, credere in Gesù Cristo, rende possibile un'azione sanante del proprio essere, unificante della propria realtà, potenzia nell'intimo quelle energie vitali che aiutano nel processo di cura o nell'accettare la realtà più dura che è la scomparsa dal nostro mondo per entrare nella vita che non ha fine.

8. Conclusione

La Chiesa deve essere fattore sanante nella società. Deve aiutare i cittadini a comprendere il significato di salute, come conquistarla e mantenerla, deve aiutare a trovare il senso della malattia, come vivere il processo di cura, come accettare ciò che è insanabile.

Noi operatori sanitari siamo chiamati a continuare nella storia il ruolo che la Chiesa ha sempre avuto con l'esercizio della sua diaconia e della sua missione nel mondo della salute.

Termino esortando a riporre tutta la nostra fiducia in questo compito. In fondo, parlando di economia e salute, si tratta di un concetto redditizio. Cristo è stato per noi un grande testimone. Nella sua storia, la Chiesa ha avuto tanti testimoni. Domenica prossima, 21 novembre, sarà santificato un nostro confratello, Generale dell'Ordine, fondatore delle Suore Ospedaliere del Sacro Cuore, restauratore dell'Ordine in Spagna, Portogallo e Messico, che seppe tra l'altro realizzare la propria diaconia ponendo l'economia al servizio della salute integrale. Imitiamolo.

Fra PASCUAL PILES FERRANDO
*Priore Generale
 dell'Ordine Ospedaliero
 di San Giovanni di Dio*



CARLOS TALAVERA RAMIREZ

Cosa fare nella comunicazione cristiana dei beni

L'Apostolo Pietro disse allo storpio che chiedeva l'elemosina di fronte alla porta del tempio detta Bella: *"Non possiedo né argento né oro, ma quello che ho te lo do: in nome di Gesù Cristo, il Nazareno, cammina"* (At 3, 6). Queste parole illuminano adeguatamente il tema che mi è stato chiesto di svolgere. È grande la parte dell'umanità per la cui salute non viene prestata l'attenzione basilare; il problema dei costi relativi, benché per l'insieme delle nazioni il loro ammontare non ne pregiudichi l'economia, non può essere risolto perché manca la mentalità, la comprensione e la convinzione di quanti potrebbero apportare una buona soluzione. La Chiesa, da parte sua, come Pietro in quell'occasione, essendo in possesso di qualcosa che non si ritiene come soluzione attuabile, può e deve dare "ciò che ha", ciò che ha ricevuto e che continua a ricevere gratuitamente e senza limiti: la carità e il potere di Gesù Cristo risuscitato, che sono sempre necessari per dare soluzione a questo e a tutti i problemi umani.

1. La comunicazione cristiana dei beni è esperienza di fede...

I beni materiali possono essere comunicati per molti motivi e in molti modi; in particolare, però, la comunicazione cristiana dei beni è un effetto della fede in Gesù Cristo, che fa sì che lo vediamo in tutti gli esseri umani, specialmente nei poveri, e che ci dà la sicurezza nel suo potere per sanare ogni malattia e ogni dolore, tanto fisico quanto psicologico e spirituale. Essa scaturisce dalla virtù cristia-

na della carità, dono di Dio posto nel cuore dell'uomo, che si sviluppa nella misura in cui si esercita la fede. La comunicazione cristiana dei beni si esercita nella misura in cui si vive la fede in Gesù Cristo. Così Pietro e Giovanni, interrogati circa il miracolo realizzato, pieni di fede in Gesù Cristo, assicurano con fermezza: *"Dio l'ha risuscitato dai morti... Proprio per la fede riposta in lui il nome di Gesù ha dato vigore a quest'uomo che voi vedete e conoscete; la fede in lui ha dato a quest'uomo la perfetta guarigione alla presenza di tutti voi"* (At 3, 15-16).

... proviene dall'incontro con Cristo

Zaccheo, come conseguenza



del suo incontro personale con Gesù, può dire *"io dò la metà dei miei beni ai poveri"* (Lc 19, 8). Nella prima comunità cristiana *"i credenti stavano insieme e tenevano ogni cosa in comune; chi aveva proprietà e sostanze le vendeva e faceva parte a tutti, secondo il bisogno di ciascuno"* (At 2, 44-46). Grazie all'incontro personale con Cristo, essi diedero un valore minore ai beni materiali rispetto agli uomini della comunità. Anche oggi, la comunicazione cristiana dei beni proviene dall'incontro personale con Gesù Cristo vivo. Nell'Esortazione Apostolica postsinodale *"Ecclesia in America"*, il Papa ci indica come la solidarietà tra gli uomini derivi dall'Incontro con Gesù Cristo, per mezzo della conversione e della comunione.

L'elemosina è cosa buona, la beneficenza ha sempre prodotto un avvicinamento tra le persone e i popoli, l'assistenza sociale è necessaria, ma la comunicazione cristiana dei beni ha radici profonde, essa proviene dall'interpretazione della vita umana suscitata dall'incontro con Gesù Cristo vivo. A questa visione e alle sue radici non può supplire l'abbondanza e l'efficacia dei doni. Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che i gesti concreti con cui si aiutano i bisognosi, spesso diventano cammino che porta alla fede.

... è comunione

L'incontro di Saulo con Gesù cambiò il suo atteggiamento verso i cristiani che non comprendeva: *"Perché mi perseguiti?... Io sono Gesù, che tu perseguiti"* (At 9, 4). La comunicazione cristiana dei

beni non può ridursi ad una elemosina individuale, bensì è l'azione ecclesiale di coloro che credono in Gesù Cristo. Dopo il suo incontro con Gesù Paolo dirà: *"la realtà invece è Cristo"* (Col 2, 17), non i credenti isolati. Questi, uniti a Gesù, ne formano il Corpo, un organismo vivo la cui vita è lo stesso Signore Gesù e la cui unità è la vita. La Chiesa, corpo vivo, è sana quando c'è intercomunicazione con tutte le sue parti e una debita organizzazione. Tale unità di vita spinge tutti ed ognuno a dire le parole di Paolo: *"Chi è debole, che anch'io non lo sia? Chi riceve scandalo, che io non ne fremo?"* (2Col 11, 29). La vita di Gesù scorre abbondantemente tra di noi e riempie di salute la Chiesa quando "siamo in comunione con il Padre e con il Figlio Gesù Cristo", stabilendo così la comunione tra tutti i fratelli, i membri della Chiesa.

*... è solidarietà,
sempre unita alla sussidiarietà*

La solidarietà è la virtù corrispondente alla coscienza dell'interdipendenza di tutte le persone e di tutti i popoli e nazioni "come sistema determinante di relazioni nel mondo attuale"¹. "È la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune; cioè, per il bene di tutti e di ognuno, perché tutti siano veramente responsabili di tutti"².

Il cristiano rende presente Dio tra gli uomini e questa presenza divina la realizza con l'atto proprio della solidarietà che è "la collaborazione"³. Ogni essere umano necessita della collaborazione di altri uomini per giungere alla sua pienezza. Il cristiano collabora alla costruzione degli uomini aiutandoli a diventare soggetti del proprio sviluppo, di modo che con le proprie azioni essi conseguano la salute e la pienezza umane.

Nella misura in cui svilupperebbero le capacità fisiche, psicologiche e spirituali che Dio ci ha donato, saremo capaci di assumere responsabilmente la parte che ci compete nell'opera divina di costruzione e perfezionamento dell'uomo, tanto della propria persona, quanto di quella degli altri. Costruiamo uomini collaborando

allo sviluppo delle loro capacità, incoraggiandoli ad assumersi le proprie responsabilità e a porre in atto tutte le possibilità ricevute da Dio. Sull'esempio di Pietro e di Giovanni di fronte allo storpio, i membri della Chiesa di oggi sono chiamati a dire a coloro che ne hanno bisogno: *"in nome di Gesù Cristo, il Nazareno, cammina"*.

La realtà più profonda della comunione cristiana dei beni non sta nel fare l'elemosina, non è assistenzialismo; è la carità che costruisce l'uomo, messa in atto attraverso la realizzazione dell'immaginazione creativa. È aiutare l'uomo a "collaborare" all'opera divina di fargli raggiungere la pienezza. Nessuno, neanche Dio, può dare la pienezza all'uomo se questo non compie la sua parte.

*... è realizzazione della
destinazione universale dei beni*

La terra ci è stata data perché la amministrassimo "con santità e giustizia" (Sap 9, 3); in essa troviamo quanto necessario per realizzare il bene di ogni uomo e di tutti gli uomini, incluso il bene fondamentale della salute. Con il nostro lavoro questi beni diventano utilizzabili e noi diventiamo uomini migliori. Pertanto, con la terra e con il lavoro dobbiamo realizzare il bene comune dell'uma-

nità. La visione puramente economica del lavoro lo priva del suo significato più profondo, che è la realizzazione dell'uomo, tanto di chi lo realizza quanto di quelli che ne beneficiano.

I beni della terra e i frutti del lavoro sono la ricchezza fondamentale dell'umanità; essi sono per il bene di tutti gli uomini; la comunicazione cristiana dei beni motiva e rende efficace la distribuzione dei beni: è uno strumento con cui i beni raggiungono la loro destinazione universale mediante il lavoro di tutti. L'amministrazione di questi beni deve essere curata e in ciò troviamo la base del valore dell'ecologia.

La comunicazione cristiana dei beni richiede l'esercizio della libertà, rafforzata e guidata dall'azione dello Spirito Santo; essa dà impulso all'efficienza economica, alla giustizia sociale e alla creazione continua di nuovi legami di unità tra gli uomini.

*... è necessaria per la salute
degli uomini e della società*

La salute, come "processo armonico di benessere fisico, psichico, sociale e spirituale, che mette in grado l'uomo di compiere la missione a cui Dio lo ha destinato, secondo la tappa della vita in cui si trova", per essere reale e per essere un bene di ogni persona, ha bisogno della comunicazione cristiana dei beni. La salute dell'umanità, più che di economia ha bisogno di spirito di fede che muova la gioia di veder crescere ogni uomo.

2. La "civiltà dell'amore", opera della comunicazione cristiana dei beni

"La sapienza dell'amore fraterno, la quale ha caratterizzato in virtù ed in opere, che cristiane sono giustamente qualificate, il cammino storico della santa Chiesa", ha detto profeticamente Paolo VI, "esploderà con novella fecondità, con vittoriosa felicità, con rigenerante socialità... La civiltà dell'amore prevarrà nell'affanno delle implacabili lotte sociali e darà al mondo la sognata trasfigurazione dell'umanità finalmente cristia-



na"⁷⁴. I vescovi latinoamericani, riuniti a Puebla, hanno fatto un appello perché la Chiesa diventi "il luogo di comunione con Dio e con gli uomini, al fine di costruire la 'civiltà dell'amore'"⁷⁵.

Nella tradizione cristiana, i beni che i cristiani devono condividere sono spirituali e materiali. Non tutto è scambiabile con il denaro; le cose più importanti non hanno un valore economico. La Serva di Dio Madre Teresa di Calcutta, in una riunione internazionale della Caritas ci ha rivolto le seguenti parole che cito approssimativamente: *"Spero che voi, professionisti della carità, non dimentichiate la carità. Per spiegarvi ciò che voglio dire, vi racconterò quanto mi è successo una volta. Come tutte le notti, ero uscita dal convento per andare nelle strade ad aiutare i poveri. Uno di loro chiedeva l'elemosina, seduto su un marciapiede. Mi avvicinai a lui e questi sperava che gli dessi qualche moneta. Ma neanche io avevo denaro con me. Mise le sue mani tra le mie. Alzò i suoi occhi verso di me e mi disse: Com'è calda la tua mano. Era da molto che nessuno mi dava la mano"*. Molte volte l'elemosina è diventata un'ostacolo e una caricatura della carità.

Una buona parte della salute delle persone risiede nella loro relazione con Dio, con gli uomini e con la natura. Il ristabilire buone relazioni è base solida per la salute. Paolo VI ha scritto nella *Populorum Progressio*: "Un dialogo sincero è di fatto creatore di fraternità. L'impresa dello sviluppo ravvicinerà i popoli, nelle realizzazioni portate avanti con uno sforzo comune, se tutti, a cominciare dai governi e dai loro rappresentanti e fino al più umile esperto, saranno animati da uno spirito di amore fraterno e mossi dal desiderio sincero di costruire una civiltà fondata sulla solidarietà mondiale. Un dialogo centrato sull'uomo, e non sui prodotti e sulle tecniche, potrà allora aprirsi. Un dialogo che sarà fecondo, se arrecherà ai popoli che ne fruiscono i mezzi di elevarsi e di raggiungere un più alto grado di vita spirituale; se i tecnici sapranno farsi educatori e se l'insegnamento trasmesso porterà il segno d'una

qualità spirituale e morale così elevata da garantire uno sviluppo che non sia soltanto economico, ma umano. Passata la fase dell'assistenza, le relazioni in tal modo instaurate perdureranno, e non v'è chi non scorga di quale importanza esse saranno per la pace del mondo"⁷⁶.

A. Comunicazione cristiana delle conoscenze

Nel 1980 Giovanni Paolo II disse alle Nazioni Unite: "Esiste una necessità urgente di condividere le risorse dell'intelligenza e dello spirito, della conoscenza scientifica e dell'espressione culturale ed artistica. Questa condivisione non è a senso unico, bensì è reciproca e multilaterale; essa richiede che i valori culturali, etici e religiosi delle popolazioni siano sempre rispettati dalle parti in questione. Richiede mutua apertura per imparare gli uni dagli altri e per condividere gli uni con gli altri. In questo condividere, evidentemente lo sviluppo tecnologico e la crescita economica portano con sé un cambiamento dei modelli socio-culturali di un popolo. Fino ad un certo punto ciò è inevitabile e deve essere tenuto presente realisticamente per il bene della crescita di un popolo. Ma, se siamo onesti, quando di-

ciamo che l'uomo non è semplicemente un 'homo oeconomicus', tutti dobbiamo fare attenzione affinché qualunque cambiamento nocivo, con cui si sacrificano valori positivi, sia ridotto al minimo per dare precedenza ai valori etico-morali, culturali e religiosi sugli indici di crescita puramente economica"⁷⁷.

Di conseguenza, al primo posto della comunicazione dei beni materiali sta la comunicazione libera e generosa del bene della conoscenza; questa è la prima che bisogna trasmettere nel compito di diffondere la salute e di contribuire all'edificazione degli esseri umani. La comunicazione della conoscenza è un aiuto diretto all'interno dell'uomo, che rimane con lui per nuove situazioni e lo mette in grado di ricevere nuove e più vaste conoscenze. Compito fondamentale della comunicazione cristiana dei beni è quello di dare vita ad una cultura che curi e favorisca la salute, mediante le conoscenze di cui disponiamo; attraverso di esse gli uomini apprenderanno che la salute non consiste essenzialmente nello stare bene, bensì nel benessere, e saranno responsabilizzati sul modo di conservarla e sulle cause delle malattie. Allo stesso modo, tutti dobbiamo sapere che la salute non è fine a se stessa, bensì un mezzo importante per realizzare ciò che Dio ha in mente per ognuno di noi.

Molti problemi inerenti alla vita malsana e alla malattia sono legati a culture che non apprezzano appieno la salute e ignorano le norme fondamentali di igiene ambientale e alimentare. Inoltre, alcune malattie di cui soffrono popolazioni sviluppate, sono dovute alla mancanza di conoscenza, alla scarsità di informazione o al disprezzo dei valori morali che sostengono il processo armonico del benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale dell'uomo. La diffusione delle conoscenze relative a questi argomenti è certamente una delle "opere di misericordia" più importanti, proprie dei membri della Chiesa.

Tale compito impegna tanto i membri della Chiesa che hanno le conoscenze, quanti i popoli che non le hanno. Diffondere la salute



nel mondo è un compito specifico dell'amore tra tutti gli uomini, cioè un compito unito alla creazione della salute spirituale del corpo sociale formato da tutti gli uomini del mondo.

Le comunità ecclesiali di base, ci dice Giovanni Paolo II, sono "un punto di partenza valido per una nuova società fondata sulla 'civiltà dell'amore'"⁸. Attraverso di esse è possibile costruire nuova cultura, promuovere il benessere dei membri e, con la salute acquisita, permettere nuovi progressi nell'umanizzazione dei popoli. Ritengo molto importante che le comunità riescano ad avere una volontà persistente di realizzare il proprio sviluppo, contando sulle proprie forze per promuovere la loro salute. Costruire uomini vuol dire aiutarli a sviluppare la loro parte più umana: le loro capacità spirituali.

B. Comunicazione di beni materiali

La comunicazione di beni materiali deve essere compiuta in una maniera economicamente produttiva e con l'assicurazione di edificare la dignità e la qualità umana. A livello economico essa deve essere funzionante, ben amministrata ed efficace e produrre lo sviluppo integrale dell'uomo. Non può ridursi all'elemosina salvo nei casi in cui non si possa ottenere un vero sviluppo della propria autosufficienza, come in tempi di catastrofe, di necessità permanente o per coprire gli effetti negativi di una economia nazionale disordinata nei fini, nella produzione e nella distribuzione.

Tutti i beni della terra di cui l'uomo ha in qualche modo la proprietà – personale, statale o comunitaria – devono essere amministrati in modo tale che raggiungano la propria destinazione universale, compiano la loro missione di soddisfare le necessità autenticamente umane e sviluppino tutte le capacità esistenti nell'umanità, affinché tutti realizzino quella pienezza a cui il Padre ci chiama. Così, quindi, la comunicazione cristiana dei beni è il cammino per dare ai beni che possediamo in terra la loro destinazione universale. Ciò comporta senza

dubbio un nuovo modo di vivere l'economia, di diffondere e scambiare conoscenze e di entrare in relazione per ottenere la *globalizzazione della solidarietà*. A questo riguardo vorrei esaminare tre punti che richiedono da parte dei cristiani un impegno serio per una futura "civiltà dell'amore" in cui la comunicazione cristiana dei beni sia reale.

Gigantesco e paziente compito intellettuale nella scienza economica

Oggi economie deboli e crisi economiche incidono direttamente sugli stati fisici condizionati dalla salute, dall'alimentazione e dal lavoro. Sappiamo che la scienza economica deve preoccuparsi di trovare le strade affinché tutti gli uomini abbiano accesso a questi beni; tuttavia, ancora non conosciamo come rispondere efficacemente a queste necessità. Sembrerebbe che l'efficacia dei frutti di tale scienza si sia riversata solo su coloro che sono guidati da motivi materialistici. È importante che i cristiani rispondano alla domanda se non è possibile una scienza della soddisfazione universale delle necessità.

Credo che l'attenzione alla salute di gruppi e paesi poveri richieda, come ho detto, una revisione e una promozione della sa-

lute dell'intero corpo sociale dell'umanità. Questo compito dovrà correggere le finalità che gli uomini di fatto cercano nella loro attività economica. L'umanità deve liberarsi delle motivazioni extra-economiche che dirigono l'economia mondiale: l'attività economica non deve cercare anzitutto la creazione della ricchezza e il suo accumulo, bensì la soddisfazione delle necessità autenticamente umane di tutti gli uomini. Di conseguenza, bisognerà dare un posto preferenziale alla distribuzione dei beni prodotti. Forse questa revisione giungerà a proporre nuovi punti di partenza di questa scienza e la creazione di nuovi modelli.

Uno sforzo di ricerca delle strade da percorrere per un nuovo modo di soddisfare le necessità in senso umano, lo stanno compiendo gli studiosi dell'"Economia della solidarietà". I loro principi sono i seguenti⁹:

1. La solidarietà, la cooperazione e la democrazia reale, tanto nel processo produttivo come nella forma di vita e di convivenza umana.
2. La supremazia dell'obiettivo del servizio sulla volontà di lucro, del bene comune sul beneficio individuale.
3. La supremazia del lavoro sul capitale.
4. Il lavoro associato come base principale dell'organizzazione dell'impresa, della produzione e dell'economia.
5. La proprietà sociale dei mezzi di produzione da parte dei lavoratori.
6. L'autogestione.
7. L'integrazione tra le unità e le organizzazioni dell'economia solidale.

La dimensione di questo sforzo intellettuale e l'esperienza dei poveri organizzati in comunità che operano questi progetti vogliono essere l'inizio della solidarietà universale. Tale solidarietà deve realizzare piccoli sforzi che daranno forma ad una nuova società. Essi, uniti ad altri piccoli sforzi, sono, per ora, gli unici che possono promettere un nuovo modo di vivere l'economia, con nuovi valori, nuove mete, con senso umanistico e costruttore della dignità e della pienezza umana. Tali sforzi sono i segni che sa fare la Chiesa



nella sequela del proprio Maestro Gesù.

I segni non sono la soluzione totale del problema, però indicano quale sia il cammino: Gesù non risolse il problema della fame del suo tempo però, dando da mangiare agli affamati, insegnò la strada per risolverlo. Questo segno è il modello da seguire nelle circostanze attuali. La solidarietà non è facoltativa, ma corrisponde al modo di essere del cristiano. Si è cristiani essendo solidali, con Gesù che si fece uomo e si mostrò come tale, uguale in tutto, meno che nel peccato.

Le piccole comunità diventate autosufficienti per la prevenzione e la cura delle loro malattie, per promuovere trasformazioni culturali che aiutino a ottenere la salute e a curarla, devono favorire la personalizzazione, mettersi in grado di servire nella comunità e rafforzare i deboli per rendere vigoroso il corpo di Cristo. La Chiesa, che è corpo, deve sforzarsi di esserlo efficacemente, realizzando azioni che la accreditino come Chiesa, così come Gesù acquistò credito con le sue opere.

Comunicazione cristiana dei beni vuol dire costruzione di relazioni che generino salute. Per alcuni la salute è il rapporto corretto con l'ambiente. Il corretto rapporto economico, educativo, culturale e politico fa parte della salute con cui l'uomo diventa capace di comunicazione piena e di servizio agli altri; in questo modo egli scopre l'immagine di Dio dentro di sé, diventa padrone di se stesso e si incammina verso il pieno sviluppo nella sua dimensione fisica, psicologica, spirituale e sociale.

Condividere, senza arrecare danno alle nostre economie, i beni che Dio ci ha concesso

Nello spirito che guida queste esperienze e mentre è giunto il momento in cui questi pensieri e sforzi generosi producano la "nuova economia" che globalizzi la solidarietà e che funzioni effettivamente, la Chiesa, fedele alla sequela del Maestro, produce nuove idee e proposte che vanno esaminate con la convinzione che, allo stesso tempo, procedono da un'ispirazione di Dio e che vengono attuate attraverso i fragili

pensieri umani, che necessitano di essere ordinati e purificati. Le azioni risultanti dalla messa in pratica di queste idee possono essere segni chiari di ciò che Dio vuole dagli uomini.

A Madrid, il Sig. Ignacio Cantarell, un laico pieno di carità operante, ha realizzato un progetto ispirandosi alle parole pronunciate con insistenza da Paolo VI nel 1973: *"non si è ancora giunti al contributo (deciso dall'ONU) di almeno l'1% che ogni paese dovrebbe dare, secondo il proprio grado di sviluppo, a titolo di aiuto effettivo ai paesi in via di crescita"*; inoltre l'autore si attiene alla ripetizione di questo stesso desiderio espresso da Giovanni Paolo II: *"Il mio predecessore Paolo VI si rivolse alle nazioni sviluppate affinché contribuissero con l'1% del loro Prodotto Interno Lordo (PIL) alla causa dello sviluppo. La quantità che attualmente viene destinata a questo scopo sembra essere molto inferiore a questo un per cento... La Santa Sede vuole ripetere l'appello di Paolo VI, affinché questa percentuale non resti una meta utopistica"*¹⁰.

Secondo l'autore del progetto, i livelli che è urgente raggiungere nella salute, cosa questa che i cristiani possono fare in modo del tutto particolare, sono due: il li-

vello di *'necessità estrema'* che equivale a ciò che la FAO chiama "dimagrimento intenso dei denutriti gravi" e che per il teologo Soto corrisponde a "quando si vede che il fratello rischia di avvicinarsi ad una malattia incurabile, o ad un'altra disgrazia per cui gli uomini di solito muoiono"; l'altro livello è quello di *'necessità quasi estrema'*, che i tecnici della Banca Mondiale definiscono "denutriti moderati" "perché non comporta in genere pericolo mortale, ma angoscia, molto dolore e letargia per fame, con il rischio di cadere in uno stato di denutrizione grave" e che secondo Lugo: "porta al rischio di cadere in necessità estrema... benché non mortale"¹¹.

A queste necessità bisogna prestare attenzione. Cantarell fa notare che: "un'analisi delle possibilità reali dei cristiani deve essere circoscritta al sostegno alla denutrizione o povertà assoluta come primo gradino della destinazione universale dei beni. Questo gradino è prioritario ed urgente, è l'unico che i cristiani possono affrontare economicamente e rientra direttamente nella pratica ecclesiale"¹².

Il progetto intende incoraggiare tutti i cristiani, i seguaci di Gesù, a destinare l'1% delle loro entrate alle necessità basilari nel mondo. Io credo che il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute potrebbe chiedere ai cattolici di creare ed amministrare un fondo speciale per la salute nel mondo, formato dalla libera donazione dell'1% delle loro entrate. Sarebbe questo un segno importante della presenza nel mondo di Gesù Cristo, il quale venne a curare i malati.

L'organizzazione di tale progetto aiuterebbe a prendere coscienza del precetto datoci dal Signore di amore e solidarietà, in termini attuali di necessità che tutti gli uomini si liberino di ciò che reca danno alla loro salute, di prestare attenzioni prima non necessarie, ma ora ritenute fondamentali, dato lo stato delle conoscenze relative alla salute. Allo stesso modo, tale segno dimostrerebbe di non essere un'utopia, ma una possibilità reale, che implica il lavoro di molte persone, membri del corpo di Cristo, che compiono l'opera di dare salute ai malati.



La base della comunicazione cristiana dei beni ci chiede di agire conformemente a quello che siamo: il Corpo di Cristo

Nelle opere della fede, i mezzi sono sempre scarsi e insufficienti per l'opera da realizzare. Dopo che Gesù ebbe predicato, i discepoli gli dissero: "congedali in modo che, andando per le campagne e i villaggi vicini, possano comprarsi da mangiare. Ma egli rispose: voi stessi date loro da mangiare" (Mc 6, 36-37). Poiché i discepoli non disponevano di duecento denari per comprare il pane, Gesù chiese loro cosa avessero: "Cinque pani e due pesci". È questo un problema che ci si presenta ogni giorno nel mondo in cui viviamo e che gode di indubbi progressi.

Con questo episodio Gesù ci ha insegnato come preoccuparci delle necessità dei poveri. Dobbiamo riunire i mezzi di cui disponiamo, e dobbiamo farlo volontariamente. Qui inizia la comunicazione cristiana dei beni, dalla condivisione. Segue poi l'organizzazione, poiché il Signore vuole che siamo organizzati. È necessario il lavoro degli apostoli, i servitori, perché, una volta divisi, i pani si moltiplicarono. L'organizzazione e il lavoro condiviso sono la base su cui Gesù opera la moltiplicazione. Così l'opera diventa efficace, e le

necessità vengono effettivamente soddisfatte, "mangiarono e si saziarono". Ciò che avanzò, fu conservato. Tutto questo Gesù lo fece con *esplicito riferimento alla fede*: alzò gli occhi al cielo e benedisse i pani e i pesci, suscitando in questo modo la fede nella gente.

Fosse non a caso è giunto il tempo che noi cattolici ci comportiamo come corpo per lavorare alla soluzione dei problemi dell'umanità. Giovanni Paolo II ha detto alle Nazioni Unite: "Per molti di questi problemi, sarebbe necessaria semplicemente una volontà politica che vada oltre l'interesse personale immediato... Tale volontà deve essere costantemente guidata da criteri che pongano l'aspetto umano e sociale, etico e culturale, morale e spirituale al di sopra di quello puramente economico e tecnologico. Tale volontà deve essere sviluppata non solo tra i responsabili mondiali, ma tra tutti gli uomini, ad ogni stadio della vita. Numerosi problemi possono essere risolti solo sul piano globale"¹³.

Il corpo di Cristo è vivo attraverso Gesù Cristo risuscitato, l'unione di tutti i suoi membri è assicurata dall'azione continua dello Spirito Santo; la collaborazione dei membri del Corpo deve manifestarsi affinché la comunità renda presente il potere del Signo-

re risuscitato e il mondo creda e si trasformi. "Occorre che il cristiano dica con i suoi concreti atteggiamenti che non si può essere felici da 'soli'"¹².

S. E. Mons.

CARLOS TALAVERA RAMIREZ

Arcivescovo di Coatzacoalcos, Messico

Note

¹ SRS 38.

² Ibid.

³ SRS 39.

⁴ PAOLO VI, Omelia in chiusura dell'Anno Santo del 1975.

⁵ DP 188.

⁶ PP 73.

⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Speranza: criterio costruttivo nella strategia dello sviluppo*. 22 agosto 1980, n. 7. In *Magistra*.

⁸ RMI 51.

⁹ LUIS FRANCISCO VERANO PAEZ Y ALEJANDRO BERNAL ESCOBAR. *Elementos ideológicos y políticos del modelo de economía solidaria*. (Dattiloscritto) p. 63.

¹⁰ GIOVANNI PAOLO II, *Speranza: criterio costruttivo nella strategia dello sviluppo*. 22 agosto 1980, n. 8. In *Magistra*.

¹¹ CANTARELL IGNACIO. *Un compartir eclesial en la caridad*. (Dattiloscritto) p. 3.

¹² Ibid. p. 5.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, *Speranza: criterio costruttivo nella strategia dello sviluppo*. 22 agosto 1980, n. 8. In *Magistra*.

¹⁴ DD 72.



PAUL RUZOKA

Valutazione della differenza tra Nord e Sud nell'economia della salute

1. Alcuni fatti e cifre

– Il reddito medio pro-capite della popolazione ammonta a dollari US 254. La mortalità infantile va diminuendo (nel 1991 la percentuale dei bambini che morivano prima di raggiungere i cinque anni era del 141 per mille, mentre nel '96 era del 137 per mille). Ciò significa che 1 bambino su 7 muore prima di compiere i 5 anni.

– D'altro lato, il 71% dei bambini di 24 mesi o meno ha ricevuto tutte le vaccinazioni raccomandate (il resto parzialmente).

– Il 46% dei servizi sanitari è prestato dal governo, il 54% dai servizi volontari o privati. In Tanzania ci sono 164 ospedali, 269 centri sanitari, 3.078 dispensari.

Con una popolazione di 30 milioni di persone, ciò significa:

1 medico ogni 23.000 abitanti (nel 1995 c'erano 1.264 medici, di cui 1.007 autoctoni)

1 ospedale ogni 190.000 persone
1 centro sanitario ogni 110.000 persone

1 dispensario ogni 10.000 persone.

– La popolazione è strutturata nel seguente modo:

47% sotto i 15 anni; 49% tra i 15 e i 54 anni; 4% oltre i 65 anni.

	aree urbane	zone rurali
Elettricità nelle case	36,1%	2,5%
Acqua nelle case	31,5%	2%
Latrine (tradizionali)	89%	82%

Nelle zone rurali il 70% delle famiglie vive ad oltre 15 minuti di distanza dalle fonti d'acqua.

Radio	65,4%	33,8%
Biciclette	25%	33%

– L'aumento annuale della popolazione in Tanzania è di 600.000 persone (il che significa che abbiamo bisogno di 3 nuovi ospedali, 6 nuovi centri sanitari e 60 dispensari ogni anno solo per mantenere le proporzioni esistenti).

Queste cifre nette mostrano chiaramente che la condizione dei servizi sanitari è molto al di sotto del minimo richiesto per uno standard di vita soddisfacente. Si tratta di cifre che presentano valori medi e non esprimono differenze sociali e una distribuzione disuguale di questi servizi. Ad esempio il numero dei medici nelle città è alto, mentre solo una minoranza è presente nelle zone rurali dove vive ancora il 75% della popolazione. Le strutture sanitarie rurali mancano di altro personale qualificato e di medicinali.

Guardando alla situazione attuale in un paese come la Tanzania e paragonandola ai paesi ricchi e a quelli a medio reddito, vediamo come le differenze economiche abbiano un forte impatto sulla qualità di vita, specialmente nel campo delle cure sanitarie. A causa della povertà di industrie o di unità di produzione moderne, un paese può avere un livello di reddito basso. Ma la mancanza di strutture sanitarie è questione di vita e di morte quando la malattia colpisce una persona.

La mancanza di strutture sanitarie è solo un aspetto della realtà. Per buona parte della nostra gente manca anche un'educazione sanitaria. Benché stia crescendo tra la gente la consapevolezza delle cure sanitarie e di come prendersi cura della salute, tuttavia è una realtà che molti ancora l'ignorino e siano ancora vittime di questa ignoranza; si seguono pratiche di superstizione e persino di stregoneria con tutti i

relativi problemi sociali. Molti sono ancora fatalisti, pensano di non poter risolvere i loro problemi ed hanno una falsa nozione di sottomissione alla volontà di Dio.

Nel contesto della povertà economica ed educativa, le preoccupazioni per le cure sanitarie e la dispensazione di servizi non sono soltanto un argomento economico, bensì altamente morale. E quando siamo d'accordo sulla dignità e la santità della vita umana, allora non possiamo pretendere che i servizi sanitari siano un problema che ogni nazione deve risolvere da sola. La questione dei servizi sanitari dovrebbe essere preoccupazione di tutti e dovrebbe essere trattata a livello mondiale. Ritorno su questo punto più avanti.

2. Siamo in un periodo di trasformazione

Quando nel 1961 la Tanzania divenne indipendente, la popolazione e i suoi leaders considerarono le cure sanitarie gratuite come uno dei frutti dell'indipendenza. Dai coloniatori, gli inglesi, avevano imparato che un Servizio Sanitario Nazionale, dispensatore di servizi gratuiti fosse un chiaro segno di progresso politico e sociale. Con l'indipendenza, raggiunta la libertà politica, la popolazione del paese volle ricevere un profitto tangibile per la propria vita quotidiana.

Queste aspettative di indipendenza erano giustificate, tuttavia il servizio dovette essere finanziato con fondi nazionali o con donazioni. Con gli anni, con un aumento dei bisogni, una mancanza di crescita economica sufficiente ed alcune circostanze avverse (ad esempio aumento del prezzo del petrolio,

guerra con l'Uganda), il governo iniziò a rendersi conto di non avere più i mezzi per fornire gratuitamente questi servizi. Inoltre, i donatori non volevano continuare a prestare denaro per pagare questi servizi.

Nacquero così i Programmi di Adattamento Strutturale (SAP) e la politica generale che gli abitanti dovessero partecipare ai costi di tali servizi. Fu così introdotta la politica di condivisione dei costi attualmente in atto.

I programmi SAP intendevano effettuare una riforma del settore sanitario nel seguente modo:

- Far pagare agli utenti delle quote nelle strutture sanitarie governative (come già avveniva nel settore privato).

- Organizzare sistemi di assicurazione sanitaria o altri sistemi di copertura rischi (ad esempio organizzare la mobilitazione di risorse dei singoli).

- Usare le risorse non governative in modo più efficace.

- Decentralizzare la pianificazione, il bilancio e l'acquisto per i servizi sanitari governativi.

Tali riforme erano veramente necessarie. Ma la debolezza della politica stava nel fatto che essa era indiscriminata, che non studiava e non programava le riforme considerando le differenze economiche dei diversi gruppi sociali. Tali riforme ricadono sui poveri come un'esperienza altamente negativa, causando molta sofferenza e morte tra di loro – cioè tra il gruppo con il reddito più basso, che rappresenta circa il 60% della popolazione. Quella di non essere in grado di trovare le risorse necessarie nel momento della malattia, è stata una realtà penosa per molti ed ha creato un senso di asprezza fatalistica tra la popolazione e, sotto l'aspetto morale, una mentalità del dover fare da sé – una lotta per un atteggiamento di vita che ha effetti negativi sulla coerenza sociale della nazione. Ciò avrà un effetto a lungo termine sulla condotta morale basilare di una nazione. Pur presentando un certo significato economico, la riforma sta creando molti danni socio-morali e sta erodendo la fibra morale della nazione. Causerà tensioni sociali negli anni a venire.

In Tanzania le quote sanitarie a carico dell'utente sono state introdotte nel 1993. Tuttavia i servizi nei centri e nei dispensari governa-

tivi rurali sono ancora gratuiti, tranne a livello di distretto dove viene pagato un onere e dove è stato creato un fondo sanitario nazionale.

Allo stesso tempo vengono altamente incoraggiati i servizi sanitari privati no-profit, quali l'impegno missionario da parte di gruppi e istituzioni religiose.

Ma queste istituzioni conoscono le stesse difficoltà di mancanza di fondi. Ad esempio, gli ospedali delle missioni non possono funzionare solo con pagamenti locali, e i finanziamenti saranno ancora necessari per molti anni se la chiesa vorrà mantenere i suoi ospedali in Tanzania. I dispensari hanno maggiori possibilità di diventare pienamente autonomi se sono ben gestiti ed organizzati per quanto riguarda l'efficacia dei costi. A questo livello, la capacità della chiesa locale potrebbe apportare un contributo autonomo ed efficiente ai servizi sanitari.

Il governo ha messo in atto la sua politica basilare di decentrare l'amministrazione del settore sanitario ai distretti. Con essa si vuole impegnare direttamente la comunità locale nella gestione dei servizi sanitari. Si spera che questo più alto livello di coinvolgimento da parte della comunità locale aumenterà il senso di responsabilità nella comunità. Tuttavia, ci vorrà del tempo prima che diventi una realtà.

L'impegno comunitario non risolve in sé tutti i problemi. Non è soltanto questione di mancanza di fondi, ma anche di ridurre le inefficienze, di ottimizzare il servizio a livello di costi. È anche questione di qualità professionale, di dedizione morale e di mentalità di servizio, che non dipende unicamente da un sistema di ricompensa finanziaria. La qualità umana e morale nel servizio sanitario è di enorme importanza. È una questione etica che non riceve l'importanza che merita negli ambienti di servizio, politico e civile, responsabili della pianificazione e dell'amministrazione. Notiamo infatti un abbassamento negli standards etici tra il personale medico.

Con tristezza dobbiamo dire che esiste molta corruzione nel servizio medico, ove alcuni usano la loro posizione per ottenere maggiori entrate chiedendo una tangente prima di rendere un servizio. Questo fenomeno è considerevolmente aumentato negli ultimi anni e si nota

maggiormente nelle istituzioni governative, benché non sia del tutto assente in quelle private.

Benché sia vero che la politica ufficiale chieda piccoli contributi da parte dei pazienti, la realtà molto spesso è che gli esami di laboratorio e le medicine non sono disponibili nel modo ufficiale. Ad esempio, i medicinali non si possono ottenere negli ospedali governativi ma possono essere acquistati in una farmacia privata vicina. Questa realtà si va ad aggiungere al già grave peso economico dei pazienti. Il sistema di famiglia allargata è ancora il sistema fondamentale di sostegno per la gente comune, ma è limitato alla possibilità economica della famiglia. C'è un grande bisogno di sostegno su una base più ampia. La solidarietà deve essere organizzata su più vasta scala.

A questo riguardo, si sta lentamente facendo strada l'idea di schemi di assicurazione sanitaria. Tali proposte ricevono interesse. Tanto le istituzioni ecclesiali quanto quelle governative hanno iniziato a programmare e a sperimentare schemi sanitari. Ma ci vorrà del tempo prima che questa idea entri nella cultura e nel comportamento della gente. La cultura assicurativa di prevedere un budget per spese future impreviste non rientra ancora nei modelli culturali e comportamentali della maggioranza della popolazione. Anche qui ci vorrà tempo, ma va crescendo la consapevolezza.

Nel pianificare l'assicurazione devono essere considerate anche situazioni e circostanze differenti. I gruppi sociali costituiti dall'impiegato, dal disoccupato urbano, dal coltivatore diretto e dal contadino, vanno avvicinati in modi diversi.

C'è bisogno anche di educare la gente su come prendersi cura dei loro bisogni e su come strutturare tale sorta di solidarietà. Anche questi servizi vanno ben programmati così da evitare eventuali perdite e furti da parte di gente senza scrupoli. Senza fiducia e uno spirito di aiuto reciproco, questi sistemi di condivisione di rischio non potranno mai avere successo.

Il moderno sviluppo della nostra società ha dato vita a nuovi problemi che devono essere affrontati. La crescente urbanizzazione ha causato una diminuzione della responsabilità della famiglia estesa e sta au-

mentando il numero di nuove categorie di bisognosi, come i giovani che emigrano in città lasciando soli gli anziani. La piaga dell'AIDS crea il problema degli orfani di cui si devono prendere cura gli anziani nonni, aumenta il numero di vedove e di donne abbandonate con i figli, perfino bambini che si devono prendere cura di altri bambini. Si tratta di un crescente problema sociale. I bambini della strada ed altri giovani che vivono per conto loro sono realtà sociali.

In Tanzania abbiamo inoltre nuovi problemi creati da altri e che ci stanno dando molte preoccupazioni, quali la guerra e i rifugiati. Come Vescovo di Kigoma, ho un'esperienza personale dei paesi vicini che stanno vivendo guerre, tensioni etniche e scontri che creano grande sofferenza a molta gente comune, particolarmente donne e bambini. Migliaia di persone hanno lasciato il proprio paese e vivono per il momento in Tanzania. Le istituzioni internazionali fanno un grande sforzo per portare il loro aiuto, ma ciò lascia ancora molti problemi ai locali e ulteriori pesi sui servizi esistenti nel paese.

Non possiamo dire che la povertà economica sia l'unica ragione della mancanza di risorse nei servizi sanitari. Se i fondi a disposizione delle spese militari sono tre volte superiori a quelli per la spesa sanitaria, allora dobbiamo dire che la causa non è solo la povertà economica, ma anche le scelte politiche del governo che considera le necessità militari più importanti di quelle della salute. Ciò sta a dimostrare la mancanza di una volontà politica, tanto a livello nazionale che internazionale, a considerare le necessità sanitarie un problema umanitario universale.

Come Chiesa, dobbiamo spingere le nostre società a collocare questo problema in un'ottica internazionale e aiutare a creare la volontà politica di trattare i bisogni dei poveri su una base internazionale.

3. Quale strada davanti a noi?

Il titolo dell'intervento che mi è stato assegnato era: valutazione delle differenze tra Nord e Sud.

Dalla descrizione che ho dato del mio paese, la Tanzania, è chiaro che esistono molte differenze

tra i paesi ricchi e quelli poveri. Tuttavia questa descrizione generale – paesi ricchi e paesi poveri – non è più adeguata nell'analizzare le situazioni sociali nel mondo. Infatti, esistono gruppi di poveri e di persone del ceto medio sia nei paesi ricchi che in quelli poveri. Naturalmente il numero dei poveri è maggiore nei paesi in via di sviluppo, ma in entrambe le situazioni c'è bisogno di assistenza sociale per i bisogni di questa gente. Tanto nei paesi ricchi che in quelli poveri, troviamo gente che può facilmente pagare i costi dei servizi sanitari. In Tanzania, esiste una percentuale di ricchi che possono facilmente ricorrere ai servizi sanitari. Esiste anche una percentuale di persone che può ottenere il denaro per pagarsi le cure mediche, sia andando all'estero, sia con fondi governativi o facendo ricorso ad una cerchia di amici che possono ottenerli per loro. Si tratta di persone veramente privilegiate e, anche se il loro numero può non essere alto, essi sono parte di una situazione di vita reale e fanno parte di coloro che partecipano alla costruzione della politica. Non mi riferisco ad abusi o corruzione (che pur esistono), ma parlo di privilegi di cui alcuni godono mentre la maggior parte della popolazione non ha accesso a queste possibilità. Nel sistema attuale, tali privilegi sono disponibili solo per alcuni.

Dobbiamo inoltre considerare che nei paesi ricchi esiste una politica sociale che è il risultato di un lungo cammino nella ricerca di soluzioni ai problemi sociali e che ha dato vita ad un certo sistema assistenziale per permettere alla popolazione di far fronte ai propri bisogni sociali.

In Tanzania, siamo ancora agli albori della riorganizzazione del nostro sistema sociale dopo il sistema socialista di cure mediche gratuite. Ai cittadini viene chiesto ora di partecipare, in una certa misura, al costo dei servizi sanitari.

Come ho detto prima, la realtà economica è tale che molti non possono farlo e il governo centrale non è più in grado di aiutarli in quanto un'alta percentuale di spese governative è destinata al pagamento degli interessi del debito estero (35%). In ogni caso, il governo non sarebbe in grado di mettere in atto un sistema di welfare

per i poveri, poiché il loro numero è troppo alto. Questa questione del tutto sociale va affrontata in altro modo.

A) Ciò di cui abbiamo bisogno:

- Anzitutto di un approccio a livello di governo e di comunità locale, che devono compiere il primo passo riunendo i contributi locali sotto forma di tasse locali, o di condivisione dei costi, pagando una parte dei salari e dei costi della medicina di base.

- Alcune spese devono essere garantite dal budget finanziario nazionale.

- Altre spese devono essere garantite dalla comunità internazionale per supplire a quelle che le limitate risorse economiche dei paesi poveri non possono affrontare.

In Tanzania abbiamo iniziato a dare maggiore responsabilità ai distretti nell'amministrazione dei servizi sanitari. Lunga è ancora la strada da percorrere poiché molti elementi della riforma governativa non sono ancora in atto e quindi non possono ancora essere accettati.

Il governo nazionale non è ancora pronto, o non è ancora in grado di decentrare molte delle sue responsabilità a livello locale.

Neanche la comunità internazionale è pronta ad accettare l'orientamento di dare maggiore responsabilità al livello locale per l'amministrazione della politica e dei fondi. Il sistema di controllo dei paesi donatori è ancora molto centralizzato, malgrado essi insistano, a parole, sulla necessità di un approccio da parte della comunità locale nei progetti da loro accettati.

B) Abbiamo bisogno di:

- Riconoscere la crescente realtà delle classi sociali – molto simili alle classi sociali esistenti durante la rivoluzione industriale del XIX secolo in Europa e nell'America del Nord.

- Le classi sociali dei privilegiati e dei ricchi stanno già globalizzando i loro interessi e stanno influenzando le attività economiche mondiali a loro vantaggio. Essi esistono tanto nei paesi ricchi che in quelli poveri ed intessono legami di interesse.

- Dopo la fine dei sistemi economici socialisti assistiamo ad un crescente sviluppo del capitalismo che serve gli interessi dei ricchi i

quali impongono i loro interessi nelle decisioni politiche dei paesi poveri, particolarmente nel campo delle finanze e del commercio.

– Dobbiamo quindi iniziare un movimento globale teso a ridisegnare questo sviluppo capitalistico e a bilanciarlo, difendendo gli interessi sociali della maggioranza della popolazione del mondo economicamente debole. Ciò richiede un movimento globale che tenda ad incrementare la solidarietà globale.

– Non si tratta di prestare “aiuto”, non è una questione che si può risolvere mediante l'intervento di istituzioni caritatevoli o di ONG, ma richiede una presa di posizione ed una strategia etico-politica con strutture e canali politici.

– È importante ricordare che questa questione è talmente importante da ripercuotersi sulla pace mondiale. Non possiamo permetterci di pensare alla salute del nostro sistema economico, a spese di una più vasta parte della popolazione mondiale.

– È superfluo sottolineare che si tratta anche di una questione eminentemente religiosa e, per noi cristiani, l'essenza stessa della nostra vocazione cristiana.

C) Strategia

– Far sì che i vari gruppi e denominazioni religiose continuino a fare pressione sulle strutture politiche internazionali e ad individuare modi particolari per organizzare tale pressione, così come ha fatto il programma Giubileo 2000 per la soppressione del debito pubblico.

– Cercare di influenzare una politica sociale globale, per cui i bisogni umani fondamentali vengono trattati su dimensione mondiale (ad esempio bisogni sanitari fondamentali come medicinali essenziali) introducendo forme di tassazione internazionale, creando organi di politica internazionale e stabilendo criteri universalmente accettati sul modo di usare queste risorse. Tutto ciò richiede strutture politiche universali dal punto di vista delle caratteristiche e del potere, al di là della sovranità nazionale e dei blocchi delle potenze finanziarie.

– Le organizzazioni internazionali devono unificarsi ed integrarsi maggiormente, così che si possa creare una politica che segua una li-

nea di priorità comune. Le organizzazioni internazionali tendono ad aumentare la frammentazione degli interessi per mancanza di coordinamento.

– A livello nazionale, il fornire e il ricevere gli aiuti ha bisogno di essere completamente rivisitato. Spesso i programmi vengono redatti in modo tale da seguire la disponibilità di prestiti più che le vere priorità della gente. Non dovrebbe essere così. I donatori non dovrebbero incoraggiare la frammentazione degli aiuti imponendo le loro priorità.

I leaders di governo devono diventare veri ambasciatori della loro gente e non cedere a inclinazioni egoistiche cercando il proprio interesse politico ed economico o quello del gruppo a cui appartengono.

– Sostenere lo sviluppo di gruppi civici. È l'unico modo per costruire una vera democrazia. L'introduzione di politiche multipartitiche non porterà ad una vera democrazia a meno che non ci sia una pressione sanitaria da parte della società civile.

– Rafforzare il governo e le società locali come garanzia di un approccio sostenibile ai problemi delle cure sanitarie di base.

La consapevolezza sociale a livello locale è spesso debole e come risultato la gente ha poca creatività per mettere in piedi strutture locali che si prendano cura dei loro interessi. Al momento c'è scarsa fiducia su ogni tipo di leadership. Le persone semplici sono state ingannate troppo spesso. La credibilità morale nella leadership ne è risultata grandemente compromessa. È una realtà che dobbiamo affrontare. Si tratta di un problema etico-culturale, che ha bisogno di un'attenzione maggiore di quella che riceve.

– Bisogni primordiali come la salute, il cibo, la terra, la casa, la sicurezza, l'educazione non dovrebbero dipendere dalla capacità economica di una nazione povera, né da istituzioni finanziarie o da banche. I Parlamenti Regionali e le Nazioni Unite dovrebbero avere una maggiore potenza politica e la voce dei poveri dovrebbe essere direttamente rappresentata in queste istituzioni. Si pone qui una grande sfida per creare la democrazia a livello internazionale cominciando dal livello locale.

Conclusione

La Chiesa cattolica non dovrebbe essere soltanto la nostra ispirazione, ma anche un esempio per questo orientamento. Come Chiesa che si definisce cattolica (o globale) abbiamo bisogno di ripensare le nostre relazioni internazionali tra Chiese. Abbiamo bisogno di una politica sociale che tenga maggiormente conto del suo insegnamento sociale.

Dobbiamo adoperarci affinché le diverse voci culturali e situazioni sociali diventino parte maggiormente attiva nella politica sociale nei riguardi dei problemi che abbiamo di fronte.

Le comunità ecclesiali donatrici non dovrebbero essere le uniche a stabilire i criteri di distribuzione delle risorse. I leaders della chiesa locale non dovrebbero essere gli unici a determinare i bisogni della loro chiesa. C'è bisogno di un dialogo a livello di chiese locali per determinare insieme le necessità della popolazione.

Tale dialogo, a questi vari livelli, deve essere strutturato in modo più soddisfacente di quello attuale. Facciamo in modo di diventare un esempio per le istituzioni secolari. Al Sinodo per l'Africa, noi, Vescovi africani, abbiamo sottolineato l'aspetto familiare della chiesa.

Ma come possiamo sedere a tavola come una famiglia, quando alcuni sono pieni di cibo e altri possono soltanto guardare con occhi affamati? Riflettiamo più profondamente sulle dimensioni etica e politica delle parole “dacci oggi il nostro pane quotidiano”.

Per la Chiesa si tratta di una sfida evangelica vitale. Se non prestiamo ascolto a questo appello, la Chiesa nel terzo mondo perderà molta credibilità.

S. E. Mons. PAUL RUZOKA
Vescovo di Kigoma, Tanzania

Bibliografia

- Economic survey 1998 (Hali yaUchmi Wa Taifa) (giugno 99).
- B. GOUDZWAARD & H. DE LANGE, *Beyond Poverty and Affluence*.
- B. DE GAAY FORTMAN & B. KLEIN GOLDEWYK, *God and the Goods*.
- ED. W. LACHMANN & H.J. ROSNER, *Social Security in Social Market Economy*.

JOSÉ MANUEL R. BECCARIA

Verso un modello politico legale della scienza medico-sociale

Mi è gradito partecipare a questa XIV Conferenza Internazionale, organizzata dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e dedicata all'analisi dei rapporti tra Economia e Salute. Ringrazio per l'opportunità di questo intervento, che mi permette di offrire alcune riflessioni sull'evoluzione dello Stato del Benessere e sui criteri che potrebbero ispirare un modello di ripartizione ed accesso ad un bene tanto prezioso come quello della salute.

1. La sanità e lo "Stato del Benessere"

La salute è, senza alcun dubbio, un obiettivo in cui confluiscono gli interessi dei singoli individui e di tutta la società.

Nello stesso senso, la sanità è indubbiamente il più bello dei compiti a cui ci si possa applicare in quanto la salute è, per l'uomo, il presupposto per ogni attività fisica o speculativa, per qualunque progresso, materiale o morale. Anche per la società la salute dei suoi componenti è un requisito necessario per qualsiasi sviluppo politico, sociale ed economico.

Fin da epoche molto remote, le organizzazioni politiche hanno mostrato il loro interesse per la salute della popolazione, all'inizio in modo intuitivo, in seguito basandosi sulle conoscenze epidemiologiche e sulle scoperte scientifiche che si andavano realizzando.

Tuttavia, il diritto alla salute o, più correttamente, il diritto alla protezione della salute, è un principio relativamente nuovo nato con l'evoluzione della società e, più concretamente, con la congiunzio-

ne, in un determinato momento storico, delle rivendicazioni egualitarie del socialismo, delle esigenze dell'umanesimo cristiano sulla dignità della persona e della convinzione che nessuna società democratica possa progredire nella pace sociale se il liberalismo economico non è accompagnato da politiche redistributive capaci di offrire una debita coesione sociale.

È questo il fondamento dello "Stato del Benessere", termine concepito nel periodo storico della depressione tra le due grandi guerre, ma che ha origine nelle Leggi Sociali di Bismarck e che si concretizza nel rapporto Beveridge del 1942. Nel quadro di queste impostazioni dottrinali e politiche, si svilupparono i grandi sistemi sanitari pubblici europei, posteriori alla seconda guerra mondiale.

Lo "Stato del Benessere" presuppose evidentemente un'importante conquista sociale. Le sue conquiste nel campo dell'educazione, della sanità e delle pensioni pubbliche, così come l'avvio del sussidio di disoccupazione, hanno contribuito in un modo notevole alla coesione sociale. Fortunatamente, tutti questi progressi si sono trasformati in un punto di partenza per qualunque governo che aspiri veramente a migliorare il benessere dei cittadini.

La crisi dello Stato del Benessere

Tuttavia, negli ultimi tempi e da angolazioni teologiche molto diverse, sono state dirette critiche profonde allo Stato del Benessere.

Da una parte, è stato sottolineato che una politica economica Keynesiana, unita ad un ampio concetto di uno Stato del Benessere bene-

fattore, ha condotto ad un'espansione smisurata della pianificazione e della burocrazia. Una burocrazia che ha soffocato l'iniziativa sociale, che ha contribuito al ristagno economico e che, portata agli estremi, secondo l'analisi di Max Weber, ci potrebbe perfino rinchiudere tutti in una "gabbia di servitù".

D'altra parte, è stato indicato che la crisi del modello iniziale dello Stato del Benessere non ha a che vedere solo con le sue conseguenze negative sulla crescita economica e la competitività – principi che sono alla base di qualunque politica redistributiva – bensì essa affonda le sue radici nei desideri più profondi dell'uomo di autonomia, giustizia e libertà.

Proprio per questo, negli anni '80 abbiamo assistito, nel mondo dell'OCDE, ad un'analisi critica non solo del fenomeno di "stagflation", una situazione di inflazione stagnante tipica degli anni '70, ma anche della dipendenza politica rispetto alla burocrazia, questioni queste entrambe relazionate con lo Stato del Benessere.

Da un'altra angolazione, è stato segnalato che, a partire dal rapporto Beveridge, in quegli anni era stata adottata una visione puramente negativa del benessere, che consisteva nella lotta contro l'indigenza, la malattia, l'ignoranza, la miseria e l'indolenza. Si trattava di una visione eminentemente economica del benessere e delle prestazioni necessarie per conseguirlo.

2. I rischi della globalizzazione

Oltre trenta anni fa, il fenomeno della globalizzazione, con il trionfo

dei valori legati alla flessibilità, all'efficienza, alla produttività, alla competitività e all'utilità, ha presupposto un rischio evidente per le conquiste sociali e, a volte, il deterioramento dei servizi pubblici, effetto più grave del trionfo di questi valori.

Tale globalizzazione, derivata dalla progressiva sparizione delle barriere amministrative e politiche, sta spingendo un'importante crescita economica, che dovrebbe favorire la correzione degli squilibri territoriali e dare una risposta ai problemi di disoccupazione, povertà ed indigenza. Tuttavia, a livello mondiale milioni di esseri umani non dispongono di alimenti, la povertà colpisce oltre un miliardo di persone e un terzo dei bambini del pianeta è denutrito. Inoltre, di fronte ai possibili vantaggi di un mondo senza frontiere economiche, esiste il rischio di sradicamento culturale e confusione ideologica. Di qui la necessità di approfittare di questa situazione di interdipendenza economica e di sinergia internazionale nelle aree dell'attività politica, economica e sociale, per progredire nella lotta contro la povertà e l'emarginazione, compatibilmente con il rispetto della cultura e delle tradizioni popolari.

Secondo alcuni analisti, l'accettazione del fatto che le imprese transnazionali siano gli attori principali del mercato globale e la conferma della forza creativa della società civile parrebbero comportare addirittura l'esclusione dei governi.

3. La riforma dello Stato del Benessere

Stando così le cose, sommariamente descritte, la riforma dello Stato del Benessere risulta una necessità evidente, come lo sono anche i suoi rischi. Quale deve essere quindi il senso di questa riforma?

Mentre ci interroghiamo su questa necessità e su questi rischi, non dobbiamo dimenticare quali sono i nostri obiettivi: la prosperità per tutti. Ciò significa che siamo disposti ad accettare le esigenze imposte dalla competitività nei mercati globali. Allo stesso modo, aspiriamo a vivere in società civili capaci di mantenersi unite e di co-

stituire la solida base di una vita attiva e civilizzata per tutti i cittadini. Infine, desideriamo uno Stato di diritto ed istituzioni politiche che permettano non solo il cambiamento, ma anche la critica e l'esplorazione di nuovi orizzonti. In definitiva, aspiriamo al benessere economico, e allo stesso tempo alla coesione sociale e alla libertà politica. Cosa fare quindi per conseguire queste mete?

Non è facile in effetti renderle compatibili. Recentemente, Giddens ha creduto di aver trovato il modo di ottenere questa quadratura del cerchio, attraverso la cosiddetta "Terza Strada", che cerca di superare le impostazioni neoliberali e socialiste.

Una caratteristica della visione popperiana dei problemi è di evitare ogni soluzione onnimoda. Per questo chiunque affermi di avere la risposta ad ogni problema, in realtà non sa rispondere a nessuno di essi: le soluzioni totali, lungi dal migliorare le cose, le aggravano. La demolizione che Karl Popper fa della Repubblica di Platone si basa proprio su questa convinzione. Chiunque pretenda di porre in atto dei piani utopistici, in primo luogo dovrà pulire la tela su cui è dipinto il mondo reale. Questo è un brutale processo di distruzione.

Scartate queste teorie utopistiche e con pretese globalizzatrici, vediamo come possono essere affrontate alcune questioni fondamentali nel tema in discussione.

Credo che possiamo trovare l'ispirazione migliore nella stessa tradizione intellettuale di Popper, ma anche di Max Weber, Raymond Aron, Isaiah Berlin, Dahrendorf e forse anche di Norberto Bobbio e Keynes. Tutti questi sono strenui difensori della società aperta della libertà, della giustizia sociale, dell'uguaglianza e, allo stesso tempo, riformatori impegnati.

A partire dalle loro teorie potremmo cercare di dare una risposta alle seguenti domande.

Quale potrebbe essere il ruolo dello Stato dopo la crisi dello Stato del Benessere di Beveridge? Qual è questo ruolo nel mondo globalizzato? Ha senso pensare all'esclusione dei governi nei termini indicati? Qual è il modello che può permettere l'accesso in una forma più giusta al diritto fondamentale

della protezione della salute?

L'economia sociale di mercato non presuppone certamente un maggiore intervento da parte dello Stato nella vita economica e sociale, ma neanche esige che i poteri pubblici si astengano dall'intervenire nella società o nell'economia. È indubbio che lo Stato non deve retrocedere né che può estendersi illimitatamente; semplicemente deve riformarsi.

La riforma dello Stato del Benessere non può essere compito di un liberalismo rampante, come alcuni hanno voluto far credere. "Riformare" non vuol dire far scomparire né far abdicare da responsabilità essenziali e se lo Stato benefattore è cresciuto troppo fino ad arrivare al fallimento, è giusto chiarire che la trasformazione dello Stato non può ripercuotersi sugli obiettivi sociali che potrebbero perfino ampliarsi come conseguenza di una revisione del concetto di "benessere".

Non saremmo neanche d'accordo, come vorrebbero alcuni teorici liberali, con il fatto che i governi siano semplicemente i guardiani delle regie del gioco. Come minimo, ai governi spetta di determinare l'indirizzo dell'economia e della società in generale.

Su questa stessa linea, possiamo essere d'accordo con Giddens nella critica della visione meramente negativa del benessere. Sembra oggi evidente il superamento di questa teoria. Le prestazioni o i vantaggi economici non sono quasi mai sufficienti a produrre benessere. Si tratta di raggiungere un benessere positivo; non solo di combattere la malattia, bensì di prevenirne l'esistenza promuovendo una salute attiva; non solo di sradicare l'ignoranza bensì di intervenire nell'educazione; non è giusto solo mitigare la miseria, ma promuovere la prosperità e, infine, non basta cercare di sradicare l'indolenza, ma bisogna premiare l'iniziativa.

A ciò vorrei aggiungere qualche altra idea a mio giudizio fondamentale: i governi hanno una responsabilità particolare nella sfera pubblica. Per definizione, ad essi spetta il finanziamento e l'organizzazione dei servizi pubblici. A volte alcuni paesi dell'OCDE hanno utilizzato fino agli estremi il mo-

dello idealizzato del servizio pubblico tanto da colpirne la qualità stessa. Però, come reazione a questa esperienza, introdurre motivazioni e termini pseudo-economici negli spazi pubblici può privarli della loro qualità essenziale e disgregare il servizio che si vuole offrire e la disponibilità della gente a dedicargli il proprio impegno. È necessario trovare un nuovo equilibrio. I sistemi sanitari nazionali, l'istruzione pubblica per tutti e il salario minimo garantito, si potrebbero trasformare in vittime di un economicismo sfrenato. Con tutta probabilità, un terreno esemplare di questa ricerca sarebbe quello dell'assistenza medica, in vista dell'importanza che ha per gli individui e dei suoi costi.

In questo contesto è altresì imprescindibile accettare che la diversità culturale sia una parte inerente di un ordine globalizzatore.

In definitiva, e seguendo John Gray, potremmo concludere che: "bisognerà ricercare vie per rendere la nostra cultura economica più favorevole alle necessità della gente, che in fin dei conti è chiamata a servire. Bisognerà ideare istituzioni e politiche che moderino i rischi a cui la gente si vede sottomessa, e che le rendano più facile conciliare nelle loro vite la necessità di relazioni durature con gli imperativi della sopravvivenza economica. Bisognerà rendere più equa la distribuzione delle conoscenze specializzate e delle opportunità. In questa linea bisognerà sperare che il nostro individualismo si faccia meno possessivo e più convivenziale".

4. La riforma dei Sistemi Sanitari Pubblici

Nell'ambito sanitario, la maggior parte dei paesi ha messo in atto sistemi assistenziali sulla base della propria storia, realtà sociale e capacità finanziaria. Tali sistemi hanno permesso importanti miglioramenti nel campo della salute, che si riflettono nella diminuzione dei tassi di mortalità materna e infantile e nell'incremento della speranza di vita alla nascita, migliorando, nel contempo, gli approvvigionamenti d'acqua, le bonifiche e l'abilitazione delle risorse dedicate

alla salute. Si sono ottenuti considerevoli progressi nella lotta contro le malattie infettivo-contagiose ed esiste una grande sensibilità sociale per quanto riguarda i problemi ecologici, gli squilibri e le disuguaglianze sociali.

Tuttavia, con l'autonomia delle caratteristiche proprie di ogni sistema sanitario, tutti i paesi si trovano di fronte a problemi comuni derivati dai cambiamenti nei modelli di morbidità-mortalità, dall'invecchiamento della popolazione, dagli alti costi della sanità e dalla necessità di riorientare le attività assistenziali verso le domande e le necessità autentiche della popolazione. La risposta a queste sfide non è unica, e deve adattarsi alle peculiarità e idiosincrasie di ogni società, secondo il proprio grado di sviluppo e precedenti storici. Malgrado queste circostanze, in tutti i processi di riforma sanitaria attualmente in atto, è presente un elemento comune come la ricerca di una maggiore efficienza e rendimento sociale, il che, a sua volta, deve tradursi in miglioramenti nell'equità dei servizi sanitari.

Lo sviluppo delle scienze della salute e le nuove scoperte nel campo della genetica, hanno dato origine a nuove forme di intervento ed hanno aperto nuove possibilità nella prevenzione e nel trattamento efficace di numerose malattie legate a difetti genetici, ma hanno anche prospettato nuovi conflitti che vanno risolti a partire da solidi schemi etici e giuridici, di cui dovrà essere stabilita la normativa senza che le tradizioni culturali e le credenze dei paesi vengano lese.

Allo stesso modo, il progresso tecnologico permette risultati spet-

tacolari nell'ambito dei trapianti di organi e tessuti, delle tecniche diagnostiche, o della preparazione di medicinali sempre più efficaci, benché di costo più elevato. Pur tuttavia, continuano a sussistere malattie di enorme diffusione come la malaria e l'AIDS che, unite alla lotta contro il tabagismo, occupano un posto prioritario nei programmi d'azione della maggior parte dei paesi.

Tale complesso panorama ci porta, necessariamente, a farci riflettere sulla necessità di un cambiamento di strategia; un cambiamento che, nella transizione verso il secolo XXI, deve fare da ponte tra ciò che si estingue e ciò che emerge, che deve includere anche un nuovo orientamento nelle strutture sanitarie che permetta di rispondere tanto ai problemi emergenti, quanto a quelli che ancora sussistono.

Un cambiamento che comporta un avanzamento nel consolidamento e nel miglioramento dei sistemi sanitari, per cui è giusto ottenere la loro efficienza finanziaria e la loro riforma organizzativa, dotando i centri sanitari della necessaria autonomia in un quadro pianificato di competenza regolata, elementi basilari per ottenere la stabilità del sistema e la necessaria motivazione dei professionisti. Ciò, inoltre, faciliterà il riorientamento dei servizi verso le domande dei cittadini. Un nuovo modello in cui il settore sanitario privato potrà svolgere un ruolo complementare, sempre che riunisca i requisiti necessari di qualità e dotazione di mezzi.

Un cambiamento che si fonda sulla modernizzazione e l'attualizzazione dei modelli sanitari, nel senso di incorporare le innovazioni che la scienza pone a nostra disposizione, senza che questo apporto generi una crescita insostenibile delle spese sanitarie. Rinnovare vuol dire anche utilizzare i grandi progressi nei sistemi informativi. L'informatica, strumento imprescindibile nel cambiamento, sta trasformando l'accesso alle conoscenze mediche, alla ricerca e alla gestione dei servizi sanitari.

La sfida che si presenta è complessa, ma fattibile. Dobbiamo creare modelli flessibili, decentralizzati e non burocratici, e sostenibili finanziariamente con capacità



di adattamento ad un ambiente che inevitabilmente va cambiando. In questo modo garantiremo il funzionamento futuro di quei sistemi sanitari che assicurano l'accesso alla popolazione ad alcuni servizi secondo le loro necessità e preferenze.

Tuttavia, le riforme nel settore sanitario, così come in altre aree economiche, non possono consistere in un processo di cambiamento istantaneo ed unico; bisognerà realizzarle a poco a poco e, come è logico, esse non hanno mai fine. Non si raggiunge mai il fine di soddisfare tutte le aspirazioni dei cittadini. Dobbiamo intendere il principio basilare di equità come dare di più a chi più lo necessita, superando il falso ugualitarismo di dare tutto e la stessa cosa a tutti.

D'altra parte, condividiamo il criterio recentemente dibattuto in diversi forum internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui questo cambiamento presuppone anche un nuovo concetto dell'"universalità dell'assistenza sanitaria", intesa come l'impegno che lo Stato assume per rendere effettivo il diritto dei cittadini ad accedere ad un'assistenza sanitaria di qualità ed efficacia maggiore, il più equitativa possibile, e che includa un insieme di prestazioni conformi alle necessità sanitarie e adeguatamente valutate in cui, insieme ai criteri di efficacia, efficienza e costo-beneficio, sia inclusa la valutazione in termini di utilità sociale.

A questo complesso panorama vanno uniti anche i cambiamenti demografici, in particolare quelli che si stanno producendo nelle società industrializzate, che rendono imprescindibile la messa in atto di programmi di attenzione socio-sanitaria che permettano di fornire un'adeguata risposta sanitaria e sociale ai processi cronici e degenerativi. Grazie ai progressi sanitari e sociali, si sono ottenuti miglioramenti significativi nella speranza di vita delle nostre popolazioni. L'obiettivo per il futuro sarà quello di ottenere sì una vita più lunga ma anche con migliori condizioni di salute, con il minor numero di impedimenti e limitazioni possibili.

Alle soglie del secolo XXI, la lotta contro le malattie infettive e

croniche non trasmissibili raggiungerà i suoi obiettivi in gran parte grazie allo scambio e alla cooperazione di conoscenze ed esperienze in materia sanitaria su scala mondiale.

I benefici del progresso scientifico e tecnologico devono essere adeguatamente distribuiti. Tali progressi contribuiranno a superare con ottimismo la soglia del nuovo millennio.

5. Conclusione

In questi ultimi decenni del secolo che sta per terminare, abbiamo assistito ad un processo di transizione politica che ha lasciato alle sue spalle l'opposizione tra blocchi nata dopo la seconda guerra mondiale, e ha dato il via ad una situazione di dialogo e di progresso democratico, fautori della libertà, del rispetto reciproco e dello sviluppo economico e sociale.

Una situazione che ha permesso di consolidare il diritto inalienabile di tutte le persone alla protezione della salute, e che affonda le sue radici nel riconoscimento dei valori e della dignità dell'uomo.

I governi di tutti i paesi hanno assunto, all'interno delle loro coordinate storiche, politiche, sociali e culturali, l'impegno di rendere effettivo questo diritto alla protezione della salute, sviluppando politiche attive dirette a mettere a disposizione della popolazione alcuni servizi sanitari universali, equitativi e di qualità. Tuttavia, tale impegno include anche quello di trasmettere a tutti i cittadini la loro responsabilità nel mantenimento della propria salute.

A causa della crescita della spe-

sa economica, derivata da domande e necessità della popolazione praticamente illimitate, risulta imprescindibile che, per un principio di giustizia sociale, i governi facciano un uso adeguato delle risorse economiche disponibili, che saranno sempre limitate. Tale situazione obbliga a sviluppare modelli sanitari che permettano di rendere compatibile una spesa adeguata con l'offerta di servizi di qualità rispondenti alle necessità dei cittadini senza che per questo appaiano limitazioni a diritti basilari e fondamentali, tanto dell'individuo quanto della società in generale.

I nuovi progressi tecnologici permettono di rispondere a molte malattie che hanno devastato l'umanità per secoli. Ciononostante si presenta un panorama che può essere inquietante, poiché la potenzialità della scienza medica ci porta ad estremi quasi insospettabili. Tale realtà obbliga a sviluppare azioni in ambiti diversi, che includano una regolazione delle applicazioni e delle utilità di queste scoperte che, partendo dal rispetto per la dignità dell'essere umano, permettano il loro uso cosciente nella lotta contro le malattie e il dolore. Allo stesso tempo, però, è necessario rafforzare nella società i principi etici e morali e la responsabilità individuale di fronte alla potenzialità di queste scoperte scientifiche.

Dobbiamo avere l'impegno di progredire nella correzione degli squilibri territoriali, lottando contro la povertà, la miseria e la malattia. È necessario rafforzare la cooperazione con i paesi più sfavoriti aiutandoli a sviluppare tutta la loro potenzialità, senza che questa cooperazione presupponga la creazione di nuove situazioni di dipendenza né di ingerenze nei loro modelli storici o culturali.

In tutto questo contesto che, nonostante le difficoltà, fa ben sperare, è assolutamente necessario incoraggiare incontri scientifici in cui, come in questa Conferenza, si analizzino i diversi aspetti economici, sociali, politici, culturali e religiosi che confluiscono in questo ambito.

Dott. JOSÉ MANUEL R. BECCARIA
Ministro della Sanità
Spagna



ALBERTO J. MAZZA

sabato
20
novembre

Promuovere la ricerca medico-scientifica al servizio dell'uomo nell'ambito dell'operatività culturale

Una delle principali sfide a cui l'umanità si trova di fronte è rappresentata dalla necessità di incorporare le conoscenze scientifiche e tecnologiche alle diverse attività economiche, sociali e strutturali dei paesi.

Lo sviluppo della società moderna si basa sulla conoscenza; per questo si richiedono politiche di ricerca e di sviluppo al servizio della popolazione, politiche che si concretizzino in programmi espliciti che esigono necessariamente un quadro etico e morale e la leadership delle istituzioni superiori.

La costruzione di ogni società basata sulla conoscenza, richiede l'incorporazione e il rafforzamento della ricerca scientifica, tecnica e sociale, e di un'adeguata attività educativa capace di fornire gli strumenti atti a permettere di amministrare, diffondere e incorporare in modo efficiente l'informazione disponibile e risolvere creativamente i problemi che si presentano, specialmente in momenti storici di cambiamenti tecnologici accelerati. Quando una società assimila culturalmente un'attività scientifica, viene facilitato il processo di generazione, trasmissione e incorporazione di conoscenze, cioè "si impara ad apprendere". La grande sfida si centra su questi tre aspetti che devono essere accuratamente controllati.

Non c'è dubbio che una società basata sulla conoscenza si trovi in condizioni migliori per raggiungere uno sviluppo sostenibile che permetta un miglior livello di salute e di qualità di vita della popolazione.

In questo schema, le istituzioni scientifiche e tecnologiche hanno una missione fondamentale nello

sviluppo delle conoscenze attraverso la ricerca, la formazione di risorse umane, l'amministrazione della conoscenza e la fornitura degli investimenti necessari per l'educazione e la formazione continua delle forze di lavoro, a tutti i livelli.

La ricerca scientifica costituisce attualmente uno dei pilastri centrali dello sviluppo della moderna medicina e dell'operatività sanitaria, che deve essere sempre orientata a migliorare e mantenere il livello e la qualità di vita di tutta la popolazione.

In questi ultimi decenni le scienze mediche hanno raggiunto significativi progressi in molti campi della salute, in particolare in quelli relativi all'aumento dell'aspettativa di vita e al controllo delle patologie trasmissibili e non trasmissibili, così come in una maggiore conoscenza della realtà sanitaria e dei fattori che distorcono l'equità

dei sistemi e servizi sanitari.

Si evidenzia anche un momento storico permeato da uno straordinario sviluppo tecnologico, che in molti casi si articola e si complementa con altre scienze del sapere.

Le comunicazioni senza frontiere, la biotecnologia e la telematica sono, per così dire, tra i ferri del mestiere del cambiamento scientifico e culturale, che contribuiscono ad una accelerazione straordinaria del processo di ricerca e che permettono, inoltre, lo sviluppo multicentrico delle stesse.

Tali cambiamenti nel campo della salute, oltre a migliorare le possibilità diagnostiche e terapeutiche, creano le condizioni per modificare ed omogenizzare in maniera sostanziale modelli di consumo, forme di comportamento, stili e condotte di vita salutari, e altri valori e concetti che hanno un impatto decisivo sulla salute della popolazione.

Per l'Organizzazione Panamericana della Salute "le politiche e priorità di ricerca devono avere come principale punto di riferimento i destinatari della produzione della conoscenza, identificandone le necessità e cercando di migliorarne i livelli di salute".

È altresì necessario sottolineare la necessità di orientare la ricerca nel campo della salute, a partire da un'ottica multidisciplinare, in virtù della complessità raggiunta, ponendo particolare enfasi sul fatto che la stessa sia sempre centrata sul fare un bene maggiore alla persona umana, articolando i suoi aspetti biomedici, clinici, epidemiologici e di servizi sanitari, nel quadro di criteri etici e morali irrinunciabili.

È per questo che la ricerca medi-



co-scientifica e lo sviluppo tecnologico nel campo della salute devono essere sempre considerati come mezzi o strumenti al servizio dell'uomo e della famiglia, pilastro fondamentale di ogni società che si basi sul giusto ordine sociale.

Ciò esige, da un punto di vista etico e morale, che questo tipo di ricerca venga promosso nei sistemi e servizi sanitari, rispettando i principi religiosi, i modelli e i valori culturali della società e, fondamentalmente, la dignità della persona umana.

Il 12 novembre 1987 Sua Santità Giovanni Paolo II, rivolgendosi agli scienziati e agli operatori sanitari, diceva che "l'umanizzazione della medicina risponde ad un dovere di giustizia, il cui assolvimento non può mai essere delegato interamente ad altri, richiedendo l'impegno di tutti. Il campo operativo è vastissimo: esso va dall'educazione sanitaria alla promozione di una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica; dall'impegno diretto nel proprio ambiente di lavoro a quelle forme di cooperazione - locale, nazionale e internazionale - che sono rese possibili dall'esistenza di tanti organismi ed associazioni aventi tra le loro finalità statutarie il richiamo, diretto o indiretto, alla necessità di rendere sempre più umana la medicina" (*Insegnamenti* X/3).

Le importanti riflessioni continuamente ripetute dal Santo Padre, offrono il quadro adeguato per promuovere la ricerca medico-scientifica al servizio dell'uomo, nell'ambito dell'operatività culturale, ponendo particolare enfasi su quelle aree della ricerca e dello sviluppo in cui risulta necessario garantire il rispetto per la dignità della persona umana.

In tale ordine di cose, è necessario ripetere, ogni qualvolta lo si ritenga opportuno, il valore e la dignità della procreazione umana, il rifiuto delle manipolazioni genetiche, che alterano il genoma con fini riproduttivi, accettando sotto rigidi controlli etici e morali la manipolazione di cellule somatiche, con fini curativi, nel quadro di una concezione umana e cristiana.

In relazione a questo tema, bisogna ricordare che la Pontificia Accademia per la Vita ha fissato chiaramente la posizione della Chiesa

cattolica su questo punto e che la Congregazione per la Dottrina della Fede, nel suo documento "Donum Vitae", apporta contenuti sostanziali in relazione agli aspetti centrali della dignità della procreazione coniugale.

Più volte la Chiesa cattolica ha ratificato il fermo rifiuto alla clonazione di esseri umani, che ritene un processo contrario alla morale.

Posizione questa adottata anche dalla Plenaria della 51ª Assemblea Mondiale della Salute che ha approvato la Risoluzione WH51-10, in cui si stabilisce che "la clonazione applicata alla replica di individui è eticamente inaccettabile e contraria alla dignità e all'integrità umana".

Anche diversi paesi del mondo, tra i quali l'Argentina, hanno ratificato questa posizione nella propria legislazione. La loro tempestiva risposta all'annuncio della prima clonazione realizzata nel mondo ci permette di guardare con ottimismo al futuro in questo campo.

Attualmente si considera lecito modificare geneticamente gli animali per migliorare le condizioni di salute e di vita dell'uomo.

La ricerca scientifica e tecnologica deve essere al servizio dell'integrità e del benessere psicofisico delle persone e del rispetto della vita dal suo concepimento fino alla morte naturale.

Nella nostra concezione umanistica e cristiana, come responsabili e garanti della cura della salute

della popolazione, dobbiamo prestare attenzione alla promozione e alla protezione di un nascere bene, di una buona qualità di vita e di una morte in condizioni dignitose, rispettando sempre l'unità profonda delle diverse dimensioni dell'essere umano.

Allo stesso modo, dobbiamo ricordare che la Chiesa è sempre favorevole allo sviluppo scientifico e tecnologico quando è diretto a migliorare il livello e la qualità di salute e di vita degli uomini.

Come dimostrato nei suoi documenti, il Magistero ecclesiale non costituisce un ostacolo al progresso della medicina quando questa è al servizio della comunità, ma piuttosto una posizione filosofica che orienta e sostiene il ricercatore nella propria attività scientifica, quando cerca la verità e contribuisce con il suo operato al progresso della scienza.

Nel concetto di ricerca in materia di salute, date le loro caratteristiche operative, la ricerca sugli esseri umani deve chiaramente essere differenziata da quella sugli animali considerato che ognuna di queste ha un proprio quadro di riferimento etico e morale.

A partire da un'ottica centrata sui procedimenti, la ricerca in materia di salute comprende lo sviluppo di azioni che contribuiscono a:

a) migliorare la conoscenza dei processi biologici e psicologici degli esseri umani;

b) incrementare la conoscenza dei legami tra le cause di malattia, la pratica medica e la struttura sociale;

c) approfondire le conoscenze nello sviluppo di piani e programmi di prevenzione e controllo dei problemi di salute basati sull'evidenza;

d) incrementare la conoscenza e il controllo degli effetti nocivi dell'ambiente sulla salute dell'uomo;

e) realizzare studi di nuove tecniche e metodi che servano a migliorare la prestazione di servizi sanitari alla comunità;

f) identificare i progressi tecnologici, la tecnologia appropriata e la produzione di nuovi investimenti per la salute.

Per Frenk e collaboratori (OPS - 1988), a partire da un'ottica alter-



nativa centrata nel soggetto, la ricerca può essere classificata dal livello di analisi in:

a) biomedica, che si occupa degli elementi subindividuali;

b) clinica, che studia gli individui;

c) di salute pubblica, che si occupa della popolazione e delle sue tendenze epidemiologiche, inclusa la ricerca in materia di servizi, risorse, sviluppo tecnologico e nel controllo di medicinali, alimenti, nonché di tecnologia medica.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un notevole incremento, a livello dei paesi, delle ricerche biomediche, tanto basilari quanto applicate, così come allo sviluppo della ricerca epidemiologica, della ricerca in materia di servizi sanitari e di risorse per la salute, e della ricerca dell'innovazione e dello sviluppo biotecnologico, in particolare riferito alla qualità e alla non nocività dei farmaci, al controllo degli alimenti e allo sviluppo di nuovi procedimenti, équipes e strumenti di uso medico.

La ricerca biomedica ha come principale obiettivo quello di conoscere aspetti puntuali su determinate patologie, sull'azione dei diversi agenti eziopatogeni, sui cambiamenti strutturali, chimici e fisici di cellule ed organi, così come la risposta a differenti trattamenti. Attività che si sviluppano principalmente nei laboratori di ricerca medico-scientifica particolarmente strutturati ed equipaggiati e con personale altamente qualificato in questo tipo di ricerca. I loro risultati contribuiscono alla prevenzione, alla diagnosi e al trattamento delle malattie.

Quanto apportato dalla ricerca biomedica, clinica o sperimentale ha contribuito in maniera significativa al progresso delle scienze mediche nel mondo e senza dubbio, dati i progressi registrati in questi ultimi anni, andrà potenziando la sua azione ottenendo maggiori e migliori risultati a beneficio dell'umanità.

La ricerca clinica, considerata dalla maggior parte degli autori come il paradigma del metodo scientifico applicato alle scienze della salute, è frequentemente usata per valutare l'utilità di medicinali, tecniche e procedimenti di applicazione in medicina umana

non sufficientemente testati.

Tale tipo di ricerca è stata praticata fin dall'antichità e si può osservare come molte volte non si rispettino l'autonomia e l'indipendenza morale delle persone che vi partecipano, in genere involontariamente.

Molte di queste ricerche, quando sono realizzate senza il consenso informato del paziente e senza rispettare la dignità della persona umana, devono essere considerate crudeli e eticamente inaccettabili.

Per questo riveste particolare importanza la formulazione di protocolli di ricerca clinica che assicurino una adeguata e completa informazione ai pazienti sui procedimenti e i rischi delle tecniche da utilizzare in ogni ricerca e, di conseguenza, la dichiarazione autentica del consenso previo, dato dagli stessi al direttore della ricerca.

In questo punto bisogna notare la necessità della piena validità dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi dell'etica biomedica, come un modo per limitare l'azione irresponsabile di quanti, alla ricerca della verità, molte volte provocano danni irreversibili.

Non c'è dubbio che all'interno di questo complesso campo è di fondamentale importanza porre delle limitazioni etiche e morali, in particolare di fronte agli spettacolari progressi delle scienze mediche che, come ad esempio quello della biologia molecolare e della genetica, raggiungono un potere che supera i limiti e che esige un

controllo etico e legale nella ricerca clinica.

È nel Codice di Norimberga che si spiega per la prima volta che per partecipare ad una analisi clinica si deve ottenere il consenso informato della persona. Sulla base di questo codice, universalmente accettato, si è sviluppato un grande numero di documenti nazionali ed internazionali nella seconda metà di questo secolo che sta per finire. Tra questi documenti ricordiamo: la Dichiarazione di Helsinki (1964) revisionata a Tokio (1975) e a Venezia (1983).

Si deve altresì tenere presente il Rapporto Belmont su "Principi etici e raccomandazioni per la protezione delle persone oggetto di sperimentazione" (1982), la Dichiarazione delle Hawaii sulle implicazioni etiche in Psichiatria (1977), tra altre norme e regolamentazioni vigenti continuamente sottoposte a revisione.

Allo stesso modo, dobbiamo ricordare le Norme e gli Ordinali sulla Ricerca su Donne Gravidie e Prigionieri realizzata dagli Stati Uniti (1981), che è servita da base per il documento pubblicato un anno dopo dall'Organizzazione Mondiale per la Salute, insieme al Consiglio delle Organizzazioni Internazionali di Scienze Mediche (CIONS) su "Direttive etiche internazionali per la ricerca biomedica in soggetti umani", revisionato ed aggiornato nel 1992.

Infine, faremo un breve commento sugli altri tipi di ricerca applicati al campo della salute, che in qualche modo si articolano e si complementano nella ricerca di migliori condizioni di vita e di salute della popolazione; tra questi ci riferiremo brevemente ai progressi della ricerca epidemiologica e alla ricerca in materia di servizi sanitari e di risorse sanitarie.

La ricerca epidemiologica permette di conoscere in profondità la situazione sanitaria dell'area allo studio, dei fattori di rischio e dei fattori che determinano le cause principali di malattia, morte e invalidità della popolazione, le variabili e le tendenze delle malattie trasmissibili e non, e delle malattie endemiche ed epidemiche. I suoi risultati costituiscono un valido investimento nel processo di assunzione delle decisioni, al fine di



diminuire i rischi evitabili di malattia e di morte attraverso una sostenuta azione sanitaria di vigilanza e controllo delle malattie, di promozione e protezione della salute e di prevenzione delle malattie. Tale tipo di ricerca contribuisce a conoscere in modo adeguato ed opportuno l'informazione necessaria per una migliore conoscenza della situazione sanitaria locale e nazionale, nonché subregionale e regionale.

La ricerca relativa ai servizi sanitari dà la possibilità di valutare il modo con cui si organizzano, si amministrano e si offrono i servizi alla popolazione, il grado di accessibilità, l'uso razionale delle risorse, l'impatto dei programmi, la qualità e il risultato dei procedimenti. L'informazione fornita da questo tipo di ricerca permette all'autorità sanitaria di dare risposte opportune, adeguate ed efficienti alla richiesta di salute da parte della popolazione.

Fornisce altresì un'informazione valida per conoscere e valutare l'equità del sistema, l'accessibilità della popolazione ai servizi e il grado di soddisfazione degli utenti.

Permette pure l'identificazione di fattori educativi e culturali che incidono sulla salute della popolazione, al fine di sviluppare strategie di comunicazione tendenti a migliorare gli stili di vita promuovendo comportamenti salutari nella comunità.

Lo sviluppo di questo tipo di ricerca è di fondamentale importanza per definire le priorità, le strategie e i modelli alternativi che permettano di migliorare l'efficienza e la qualità del processo tecnico-amministrativo di gestione dei servizi sanitari posti a disposizione della comunità.

La ricerca sulle risorse sanitarie offre informazioni utili per identificare e sviluppare una strategia d'azione destinata ad adeguare il profilo e la struttura delle risorse umane alle necessità dei modelli di organizzazione sanitaria.

Allo stesso modo è uno strumento indispensabile per progredire nella conoscenza dei fattori che alterano le spese sanitarie e il costo delle cure mediche e producono un uso irrazionale delle risorse tecnologiche.

All'interno di questo tipo di ricerca, va notata anche la ricerca di strumenti idonei che permettano di instaurare meccanismi e procedimenti per la stesura, il controllo, la fiscalizzazione e la valutazione dei programmi nazionali ed istituzionali di garanzia di qualità delle cure mediche.

Nell'Organizzazione Panamericana della Salute funziona da alcuni anni un Comitato di Ricerca per la Salute e, più recentemente, Programma Regionale di Bioetica. Tali accordi riflettono la primordiale inquietudine etica per mantenere sotto controllo la protezione dei diritti e il benessere delle persone su cui si realizzano le ricerche, e delle persone o gruppi vulnerabili considerati possibili oggetti di ricerca scientifica. Essi, tuttavia, non raggiungono certe zone e soggetti di ricerca, come la genetica umana, gli embrioni e i feti o i tessuti fetali, che sono venuti in risalto di recente e sui quali esistono opinioni contrastanti di una certa importanza. È su questo aspetto che deve insistere, segnalando chiaramente la posizione della dottrina ecclesiale, la difesa della dignità della persona umana e il rispetto per i modelli e i valori culturali della comunità in generale.

Stern distingue due grandi aspetti in relazione ai fattori sociali collegati al progresso nella medicina. Il primo comprende i fattori psicologici e sociologici che ritardano la diffusione dell'informazione. Il secondo va in profondità nella natura

di ciò che significa progresso in medicina.

Si ritiene che non si debba accettare nessun tipo di "pressione sociale" come fattore psicologico, e che tale pressione non può basarsi sull'ignoranza o incapacità per determinare i meriti relativi ai risultati ottenuti nella ricerca scientifica, né molto meno su interessi economici che agiscono ritardando l'incorporazione del nuovo. Per questo ogni ricerca deve essere adeguatamente valorizzata nei principi etici e morali e subordinata al servizio dell'uomo nell'ambito dell'operatività culturale.

Si sono fatti notevoli passi in avanti nella concettualizzazione di questo criterio irrinunciabile, ma siamo ancora lungi dall'ottenere il cambiamento culturale nella comunità scientifica in particolare e nella società in generale. La mera formulazione di modelli etici non risolve i problemi e neppure ne garantisce il rispetto. Però è indubbio che riduce lo spazio per lo sviluppo acritico della ricerca medico-scientifica e promuove una maggiore attenzione alle implicanze etiche e morali delle loro attività da parte dei ricercatori e dei loro patrocinatori.

La sfida è posta. È ogni giorno più chiaro che la tendenza a vedere la ricerca da un'ottica riduzionistica e molecolare è una provocazione morale per l'umanità arrivata al punto di dover instaurare spazi pubblici di dibattito che permettano di rivalutare l'importanza e la necessità dello sviluppo e dell'applicazione di nuovi progressi, in quanto essi hanno il potenziale di contribuire a migliorare il livello e la qualità di vita della popolazione.

A partire dagli anni '80 in vari paesi d'Europa e negli Stati Uniti sono state inserite diverse norme giuridiche relative al tema.

Nella Repubblica Argentina il Governo della Provincia di Buenos Aires ha promulgato nel 1991 la "Legge di ricerca nella salute" che incorpora aspetti etici in relazione alla ricerca clinica; nel 1993 la Segreteria Sanitaria del Ministero della Sanità e Azione Sociale ha creato la Commissione Nazionale di Bioetica e nel 1997 il Potere Esecutivo Nazionale ha creato la Commissione Nazionale di Etica Biomedica.



È importante vedere come l'etica biomedica e il diritto si siano complementati per proteggere i diritti del paziente e la dignità dell'uomo nella ricerca clinica nel corso dei tempi.

Siamo convinti che lo Stato, così come avviene in Argentina, nella sua condizione di garante della salute di tutta la popolazione, debba mettere a disposizione i mezzi necessari al fine di assicurare l'accessibilità e la qualità dei servizi, promuovendo il progresso scientifico e tecnologico e la ricerca in tutte le sue forme.

L'autorità sanitaria deve prestare particolare attenzione all'elaborazione di politiche nazionali sanitarie, ai piani e programmi operativi e alle norme di controllo e di fiscalizzazione sanitaria in cui vengano rispettati la piena validità della difesa della dignità della persona umana, gli interessi generali della società e i modelli e valori culturali della popolazione, così come i principi di autonomia, sicurezza e libertà individuale delle persone.

La Commissione Nazionale di Etica Biomedica, a carattere interdisciplinare, che funziona alle dipendenze del mio Ministero, ha elaborato un antiprogetto di legge, sulla base dei documenti segnalati, attualmente allo studio e che ha come obiettivo quello di stabilire un quadro etico e giuridico che assicuri i criteri segnalati precedentemente e che specifichi i progressi dei diversi tipi di ricerca clinica, sulla base dei modelli internazionali del

documento dell'OMS/CIONS.

Alla fine del secondo millennio, il mondo sta attraversando un periodo di intensi cambiamenti strutturali, la maggior parte dei paesi del mondo ha messo in atto riforme nel settore della salute; in generale lo Stato assume un ruolo di leadership e promuove meccanismi di rafforzamento, articolazione e complemento intra ed extra settoriale. Esiste una tendenza sempre più ampia allo scambio e alla diffusione dell'informazione scientifica.

In questa cornice, e considerando le trasformazioni strutturali e programmatiche del settore sanitario, nonché le nuove tendenze della scienza e della tecnica a livello mondiale e regionale, appaiono sullo scenario della salute nuovi attori e protagonisti, che obbligano a stringere alleanze strategiche.

Un altro aspetto sostanziale è la necessità di definire indici di valutazione della qualità dei risultati della ricerca scientifica in base alla domanda a cui si pretende di rispondere. Tale aspetto trascende quello degli indici sulla qualità intrinseca, ossia sul merito tecnico-scientifico per il quale la comunità scientifica ha sviluppato e accettato determinati standard.

Tale necessità obbedisce al fatto evidente che uno dei criteri di orientamento dell'attività di ricerca scientifica e sviluppo tecnologico nel campo della salute sia attualmente la risposta della domanda sociale.

D'altra parte l'incorporazione di un sistema di mediazione e di valorizzazione che permetta di mettere in relazione le risorse del sistema con i suoi prodotti e la rigida ottemperanza delle norme etiche e morali, consente di valutare l'efficacia e l'efficienza delle ricerche scientifiche e dello sviluppo tecnologico al servizio dell'uomo.

Siamo convinti che i problemi che si presentano giorno dopo giorno nel campo della ricerca medica siano in via di soluzione, dato la tendenza sempre più manifesta di ricerca di dialogo e di consenso, e che le differenze esistenti si basino fondamentalmente su posizioni filosofiche e morali contemplate nei diversi documenti della Chiesa in materia, e più di recente nell'Enciclica "Fides et Ratio", circa i rapporti tra fede e ragione definite come "le due ali con le quali lo spirito umano s'innalza verso la contemplazione della verità".

In questo importante documento, Sua Santità rivolge "un richiamo forte e incisivo, perché la fede e la filosofia recuperino l'unità profonda che le rende capaci di essere coerenti con la loro natura nel rispetto della reciproca autonomia. Alla *parresia* della fede deve corrispondere l'audacia della ragione" (n. 48).

Dott. ALBERTO J. MAZZA
Ministro della Sanità
e dell'Azione Sociale
Repubblica Argentina



MARY HEALEY-SEDUTTO

Il bisogno impellente di un approccio analitico alla gestione economica degli ospedali cattolici

Introduzione

L'argomento che dovrò trattare in questa conferenza non è facile. Tuttavia, esso è estremamente opportuno e importante per la nostra Chiesa e per il suo ministero sanitario. La Chiesa americana, attraverso il lavoro di religiosi e laici dedicati, ha compiuto cose straordinarie nel contesto del suo ministero sanitario, e in circa 150 anni ha sviluppato uno dei più vasti sistemi sanitari sotto un'unica affiliazione negli Stati Uniti. Dal punto di vista della qualità e dell'accesso, possiamo essere fieri del contributo reso dalla nostra Chiesa alla società americana, attraverso la dedizione e la testimonianza pubblica di una Chiesa fatta largamente di immigrati. Tuttavia, non possiamo fermarci qui e dobbiamo candidamente ammettere che quanto abbiamo realizzato si sta pericolosamente muovendo sull'orlo di un precipizio mortale, e può venire del tutto distrutto o perso a meno che non agiamo in modo audace, sollecito e coraggioso. Se ricorderemo la nostra tradizione, ho fiducia che potremo farlo e che lo faremo.

La mia esperienza con i religiosi e i laici dell'Arcidiocesi di New York e con quanti sono impegnati nelle cure sanitarie in tutti gli Stati Uniti mi dà l'energia e la fiducia necessarie per affrontare la sfida reale e travolgente nell'apostolato sanitario di oggi. E mentre la maggior parte se non tutti i nostri ospedali oggi dispongono di strumenti analitici molto sofisticati e di risorse che li mettono in condizione di affrontare la crisi economica, in particolare i grossi tagli finanziari effettuati dall'United States Fede-

ral Balance Budget Act del 1997 e le riduzioni nei rimborsi che derivano dai pagamenti pro-capite dei contratti di "managed care", a meno che non ci sia una strategia chiara e concisa da parte della leadership direttiva ed amministrativa, gli strumenti analitici e le risorse possono rivelarsi insufficienti. Negli Stati Uniti la tendenza a finanziare le cure sanitarie mediante contratti di "managed care", con la quale all'ospedale e al medico viene corrisposta una somma fissa per ogni persona coperta dal contratto (il rischio finanziario viene trasferito sull'ospedale e sul medico per il fatto di dare al paziente tutti i servizi appropriati) ha avuto come risultato una forte diminuzione nelle entrate. Sofisticata analisi economiche sono diventate quindi una necessità e una costante nella gestione moderna dei nostri ospedali. Il bisogno impellente, e quindi la sfida agli amministratori e ai ma-

nager e a quanti di noi siamo chiamati a sostenerli, è quello di integrare i connessi e sofisticati componenti dell'insegnamento etico e sociale della Chiesa nei modelli economici ugualmente sofisticati presenti sul mercato e adottati dagli ospedali cattolici.

In tempo di ristrettezze economiche, è molto difficile sopravvivere e riflettere allo stesso tempo. È difficile anche essere proattivi invece che reattivi. Ed è ancora più difficile evitare i metodi facili che vengono venduti ai nostri ospedali da troppi consulenti che perdono di vista il fatto che le decisioni economiche, per quanto pragmatiche e guidate dai numeri, sono pur tuttavia decisioni basate sui valori con implicazioni e conseguenze sociali. Quanti di noi dirigono le istituzioni sanitarie in nome della Chiesa sono ugualmente preoccupati che le questioni economiche che sono, necessariamente, fondamentali per la gestione, possano spesso, malgrado i nostri sforzi migliori, sostituire l'attenzione che possiamo prestare ai supporti comportamentali ed economici necessari per il trattamento professionale, ma personale, dei pazienti e a una cura pastorale di qualità, caratteristica del nostro ministero. Ciò non vuol dire che trattare e curare i pazienti in modo compassionevole e mettere in atto una buona pastorale non siano più importanti o essenziali, piuttosto si presume che siano qualcosa di "dovuto" per i dispensatori cattolici della sanità. Poiché si ritiene che noi eccelliamo nei campi della cura pastorale e compassionevole, a volte operiamo come se queste dimensioni di servizio, che sono così importanti per il nostro ministero, siano al di



fuori del processo finanziario e degli studi sulla produttività che necessariamente guidano l'analisi economica. In breve, sono qualcosa di "dovuto". Nella tensione della giornata, a volte agiamo come se fosse solo la nostra volontà, e non le decisioni economiche che prendiamo, a mandare avanti il ministero.

Negli ultimi anni abbiamo iniziato ad esprimere nei documenti di gestione e nelle dichiarazioni di missione delle nostre corporazioni sanitarie l'obiettivo di mettere in atto l'insegnamento sociale della Chiesa. A volte afferrare il contenuto e l'applicazione di questo insegnamento riguardo alle decisioni economiche e al posto di lavoro, può essere più difficile che aderire alle direttive cliniche etiche.

È questa la nostra sfida – il bisogno impellente di riflettere l'insegnamento sociale della Chiesa nell'adozione e nell'uso dei modelli più importanti delle analisi economiche. Spesso questi modelli possono essere basati su presunzioni non verificate che esprimono fondamentalmente valori differenti sulla natura dei servizi sanitari nell'economia, il valore della persona, e la natura del posto di lavoro. La realtà è che le decisioni economiche, che includono i processi usati e i fattori considerati nel prenderle, controllano l'esperienza attuale di quanti lavorano nelle nostre istituzioni, il valore relazionale del servizio tra paziente e dispensatore, la credibilità delle nostre istituzioni come posti di lavoro nella comunità e la percezione della nostra leadership come servizio. Le decisioni economiche che vengono prese in una istituzione cattolica sono spesso quelle che la distinguono realmente come cattolica. Ciò non vuol dire che un ospedale cattolico non dovrà assumere le stesse ardue decisioni della sua controparte laica. La differenza sta nell'analisi che porta a queste difficili decisioni. Ogni strumento analitico contiene affermazioni presunte di valore sul significato dell'individuo, la priorità dei diritti sulle risorse e l'assegnazione del valore al lavoro di ogni persona. Quali saranno le opzioni identificate e scelte, dipende spesso dai valori non articolati negli strumenti analitici e nei metodi usati.

Negli insegnamenti del Vaticano II, radicati nell'incarnazione, la Chiesa dichiara un principio fondamentale dell'analisi economica:

*"gli esseri umani sono la fonte, il centro e lo scopo di ogni vita socio-economica... l'attività economica... pregiudizievole al lavoratore è errata e disumana... i lavoratori dovrebbero partecipare nella gestione dell'impresa... la distribuzione dei beni dovrebbe essere diretta verso l'impiego..."*¹.

La Chiesa considera le cure sanitarie come un apostolato. La sfida di un modello economico di analisi in un ospedale cattolico è quella di trattare la dimensione economica come utile per l'apostolato e non come un fine in sé. Un apostolato, con tutto ciò che questo termine significa teologicamente in relazione al suo impatto ultimo sugli individui e sulla comunità non sarà un'esperienza umana realizzata se gli strumenti dell'analisi economica da un modello di business non sono consciamente valutati e modificati secondo i principi del contenuto della tradizione etica e sociale della Chiesa.

Molti hanno parlato delle caratteristiche essenziali della sanità cattolica che la distingue da altri sistemi sanitari, ma forse nessuno lo ha mai espresso tanto chiaramente come il compianto Cardinale Joseph Bernardin, nel suo intervento alla Harvard School of Business Club di Chicago²:

"...il nostro sistema sanitario si



sta rapidamente commercializzando e, in questo processo, sta abbandonando i valori che dovrebbero essere sempre al centro delle cure sanitarie (malgrado le crescenti opinioni di molti) esiste una differenza fondamentale tra il fornire cure mediche e il produrre e distribuire prodotti".

La convinzione che la commercializzazione o la distribuzione delle cure sanitarie come un prodotto avvenga solo nelle imprese a scopo di lucro, necessita di essere esaminata. Una corporazione caritatevole, usando la stessa analisi economica non verificata di quelle a scopo di lucro, può avere lo stesso effetto nella comunità in termini di rapporti dispensatore-paziente e di stabilità nella comunità.

Per quanto forte possa sembrare questa affermazione, un ospedale cattolico manca di integrità se aderisce alle proibizioni delle direttive cliniche etiche e non affronta mai una effettiva messa in pratica dell'insegnamento sociale della Chiesa. L'obiettivo dell'apostolato della salute non è semplicemente quello di condurre imprese di affari che forniscano cure mediche e/o ricerche mediche di qualità, incurante delle implicazioni individuali o sociali. Nella lettera apostolica *Dolentium Hominum*³, Giovanni Paolo II ci ricorda che nel corso dei secoli la Chiesa ha sempre avvertito il servizio ai malati come parte integrante della sua missione, allo stesso tempo richiama la nostra attenzione sull'impatto sulla società dal punto di vista organizzativo e sulle profonde e dilaganti questioni etiche che nascono dai rapidi cambiamenti che avvengono nella dispensazione delle cure sanitarie. Con grande chiarezza il Santo Padre ci ricorda che:

"Questo vasto e complesso settore (dei servizi socio-sanitari) concerne direttamente il bene della persona umana e della società. Proprio per questo esso pone anche delicate e non eludibili questioni, che investono non solo l'aspetto sociale ed organizzativo, ma anche quello squisitamente etico e religioso, perché vi sono implicati eventi 'umani' fondamentali quali la sofferenza, la malattia, la morte con i connessi interrogativi circa la funzione della medicina e la missione del medico

nei confronti dell'ammalato. Le nuove frontiere, poi, aperte dai progressi della scienza e dalle sue possibili applicazioni tecniche e terapeutiche, toccano gli ambiti più delicati della vita nelle sue stesse sorgenti e nel suo più profondo significato".

Di conseguenza non dobbiamo mai permettere alla nostra attenzione di deviare da queste questioni tanto basilari per il ministero ecclesiale. Le pratiche e le procedure delle nostre istituzioni cattoliche non devono mai essere in contrasto con l'intero corpo del magistero ecclesiale, che Giovanni Paolo II ha definito normativo per le istituzioni sanitarie e in cui suggerisce il rapporto delle istituzioni con la chiesa locale.

*"L'insegnamento del Magistero è normativo per le strutture sanitarie cattoliche e costitutivo della loro identità. È questa verità che impegna la missione e la responsabilità pastorale dei Pastori della Chiesa in un modo molto personale. Un Vescovo dovrà sempre delegare certe responsabilità riguardo alle istituzioni cattoliche che operano in seno alla sua Diocesi. Ma non è esente dall'obbligo personale di vegliare sulla fede e sulla vita cristiana dei propri fedeli e, ove necessario, deve richiamare ad un corretto insegnamento della legge morale"*⁴.

Alle soglie del Terzo Millennio, il ministero sanitario della Chiesa è posto di fronte al proliferare di progressi straordinari dal punto di vista clinico e tecnologico, a una riduzione senza precedenti nel finanziamento della sanità, alla diminuzione del sostegno governativo e sociale, e ad atteggiamenti di gestione organizzativa secolarizzata.

Tuttavia, i cambiamenti che stanno avvenendo nel nostro sistema sanitario non ci impediscono di seguire e perfino di accrescere gli imperativi della nostra missione. I risultati di uno studio intrapreso nel 1997 dall'Associazione dei Centri Sanitari Accademici negli Stati Uniti hanno evidenziato che, mentre questi drammatici cambiamenti pongono sfide significative alla continuità dei valori essenziali e al funzionamento dei nostri sistemi sanitari, allo stesso tempo ci offrono

significative opportunità per operare una maggiore articolazione ed integrazione della nostra missione nelle nostre operazioni quotidiane e nei nostri sforzi strategici di programmazione⁵.

Il seguente messaggio dell'Associazione dei Centri Sanitari Accademici (AAHC) è simile a quello della Costituzione del Vaticano II sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, *Gaudium et Spes*:

"...un cambiamento di atteggiamenti e di strutture spesso mette in causa valori accettati" (AAHC).

"Le istituzioni, le leggi, i modi di pensare e di sentire, ereditati dal passato, non sempre sembra che si adattino bene alla situazione attuale; da qui un profondo disagio nel comportamento e nelle norme stesse di condotta" (GS 7).

"L'opera della redenzione di Cristo ... abbraccia pure l'instaurazione di tutto l'ordine temporale" (AA 5).

"...il compito del rinnovamento impegna l'intera Chiesa nella sfida di comprendere e di gestire le strutture e le norme di comportamento che stanno cambiando" (AAHC).

"È dovere permanente della Chiesa di scrutare i segni dei tempi e di interpretarli alla luce del vangelo... Bisogna infatti riconoscere e comprendere il mondo in cui viviamo nonché le sue attese, le sue aspirazioni e la sua indole spesso drammatiche" (GS 4).

E inoltre,

"Il popolo di Dio... cerca di di-



scernere negli avvenimenti, nelle richieste e nelle aspirazioni, cui prende parte insieme con gli altri uomini del nostro tempo, quali siano i veri segni della presenza o del disegno di Dio" (GS 4).

I "segni dei nostri tempi" nel mondo della sanità americano richiedono da parte nostra uno studio e una comprensione al fine di integrare la nostra missione nelle operazioni quotidiane e nei piani strategici istituzionali, ma anche di incidere su decisioni politiche pubbliche che promuovano l'accesso alla sanità come un diritto dell'uomo. Mentre gli ospedali cattolici lottano per far fronte ai budget, ci viene chiesto di sviluppare strategie economiche e di gestione che si basino su decisioni riguardanti le seguenti questioni:

– Gli impiegati sono un costo o una risorsa?

– La sanità è un bene pubblico o privato?

– Nell'economia capitalista, come quella degli Stati Uniti, un meccanismo finanziario per accedere al capitale è moralmente migliore di un altro data la natura dell'apostolato sanitario?

– Qual è il rapporto tra l'accesso al capitale e la stabilità in una comunità, particolarmente in una comunità povera?

– Qual è il rapporto tra la struttura legale dell'organizzazione sanitaria e la stabilità in una comunità, specialmente in una comunità povera?

– Le cure sanitarie dovrebbero essere distribuite come ogni altro prodotto?

– È appropriato che la qualità e l'accesso siano disponibili in maniera ineguale?

– Qual è il rapporto tra un salario giusto, legale, e di mercato e qual è la tabella di benefici che dovrebbero formare la base di compensazione in un ospedale?

– Quali sono i metodi appropriati che tanto i dirigenti quanto i lavoratori possono usare in una elezione contestata per la rappresentanza sindacale, se entrambe le parti reclamano l'autorità dell'insegnamento sociale della Chiesa e accettano di redigere una procedura di elezione nel quadro del National Labor Relations Act?

Si tratta di domande che sono alla base dell'analisi economica del-

la sanità. La maniera con cui rispondiamo determina il modo di trattare questioni quali la riduzione dello staff dei nostri ospedali e la ricerca di fusioni e compartecipazioni con nuovi partner. L'analisi di queste questioni richiede necessariamente che la direzione e i consulenti esaminino come assumere gli strumenti analitici a loro disposizione, integrandovi il contenuto dell'insegnamento ecclesiale in materia. L'inserimento di domande come queste nella messa in atto di vari modelli economici è il bisogno più impellente per la direzione, lo staff e gli amministratori delle nostre istituzioni.

Poiché è essenziale che quanti amministrano la sanità cattolica agiscano secondo gli insegnamenti della Chiesa al momento di mettere in atto strategie economiche specifiche, è importante che essi capiscano gli insegnamenti della Chiesa. La Chiesa conta una lunga storia di dottrina sociale sulla dignità del lavoratore e sulla questione fondamentale del lavoro in sé, che, come ha affermato il S. Padre Giovanni Paolo II, è il cuore della questione sociale. Nella sua enciclica sul Lavoro Umano, vengono trattate questioni quali gli aspetti positivi e negativi della tecnologia, il bisogno di sviluppare sistemi per riconciliare le divisioni tra capitale e lavoro, la *ratio* tra le esigenze del lavoro e quelle della vita familiare, e il fenomeno del nuovo disimpiego di intellettuali e di professionisti. La discussione degli argomenti dell'enciclica è attinente ai "segni dei tempi" nel mondo sanitario americano. I Vescovi americani hanno offerto ai dirigenti e ai loro consulenti economici criteri fondamentali per valutare gli strumenti analitici accettabili in un ospedale cattolico al momento di mettere in atto delle strategie per rispondere a una crisi economica. Cosa apporta una determinata strategia "per la gente" e cosa fa "alla gente"? Chi dovrebbe partecipare allo sviluppo e alla selezione delle opzioni disponibili a un ospedale cattolico per risolvere la sua crisi economica⁶⁷?

Oltre a questi criteri, recentemente i Vescovi americani hanno affrontato la questione riguardante le unioni sindacali sempre più messe in atto dai lavoratori degli

ospedali cattolici. Nel settembre 1999, il Domestic Policy Committee della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti ha pubblicato un documento dal titolo *Un posto di lavoro equo e giusto: principi e pratiche per la sanità cattolica*. Si tratta di un tentativo di collaborazione da parte di detto Comitato, della Catholic Health Association, della Leadership Conference of Women Religious, dell'AFL-CIO e del Service Employees International Union. Il documento viene presentato come uno strumento per la riflessione da tutti gli elementi che ne fanno parte.

Questi sono veramenti tempi di sfida per quanti lavorano nella sanità cattolica, non solo in termini di sopravvivenza ma anche di efficacia. La missione della sanità cattolica viene svolta all'interno di un quadro morale stabilito dall'insegnamento ecclesiale e di un quadro finanziario delineato dal mercato, dalla politica pubblica e dalle risorse disponibili. L'insegnamento sociale della Chiesa ha una lunga e orgogliosa tradizione di pensiero radicato nella scrittura e nella legge naturale. Tale tradizione è ripresa nelle encicliche dei sommi pontefici, nei documenti del Vaticano II e nell'insegnamento pastorale dei Vescovi americani. Il loro contenuto è stato fonte di dialogo e di commento tra accademici. Ai dirigenti della sanità americana viene chiesto ora di estrapolare questo insegnamento dal mondo teorico

dei principi e delle norme e di metterlo in pratica – una sfida formidabile!

Le risorse nella Chiesa che sostengono l'apostolato sanitario

Nel tentativo di mettere in pratica la teoria, dobbiamo seguire un processo suddiviso in tre fasi:

- 1) guardare ai segni di tempi;
- 2) analizzare il contenuto e il contesto dell'insegnamento sociale della Chiesa sulla giustizia;
- 3) legare questi fattori ai modelli economici da noi impiegati.

Un processo in tre fasi; non è facile come possa sembrare. Nel Suo intervento alla XII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Salute, il Santo Padre ha riconosciuto "quanto i problemi della salute siano complessi e richiedano interventi coordinati ed armonizzati, per coinvolgere efficacemente non solo gli operatori sanitari, chiamati ad offrire una risposta terapeutica ed assistenziale sempre più 'competente', ma anche quanti operano nel campo dell'educazione, nel mondo del lavoro, nella difesa dell'ambiente, nell'ambito dell'economia e della politica"⁷⁷. Lungo tutto il suo Pontificato, Giovanni Paolo II ha ripetutamente riconosciuto le complessità e le sfide poste alla sanità dai tempi moderni, e ha voluto creare strutture organizzative in seno alla Santa Sede per fornire un'assistenza essenziale a quanti lavorano e sono serviti dal ministero sanitario; il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e la Pontificia Accademia per la Via ne sono due esempi. Ci auguriamo che, in un prossimo futuro, vedremo materializzarsi una federazione internazionale di associazioni sanitarie, sostenute nelle loro attività dal Pontificio Consiglio. Strutture del genere forniscono agli operatori sanitari del mondo un'opportunità per un dialogo aperto e continuo tra di loro e i leader della Chiesa.

Fortunatamente negli Stati Uniti siamo assistiti da un certo numero di forti associazioni nazionali e di tutta l'Unione. La Catholic Health Association per un certo numero di anni ci ha fornito eccellenti strumenti quali il Social Accountabi-



lity Budgeting, per sviluppare e incanalare i nostri sforzi per servire la comunità. Fare un bilancio responsabile stimola la nostra direzione a guardare ai bisogni a breve e a lungo termine della comunità, dando priorità a quelle necessità che rientrano nei budget operativi e fondamentali dell'ospedale. Tale programma ha fornito agli sponsor e al comitato di amministrazione strumenti e strategie incalcolabili, che li hanno messi in grado di rispondere più efficacemente alla chiamata del nostro ministero.

A livello diocesano, l'Arcidiocesi di New York e gli istituti religiosi attraverso i loro sistemi sanitari stanno iniziando un dialogo di collaborazione mettendo a disposizione dei singoli ospedali risorse in termini di denaro e di capitale umano intellettuale per affrontare le componenti dell'analisi economica, del costo e degli indici economici. Questa assistenza supplementare si concentra non solo su budget annuali realistici, ma anche su previsioni finanziarie da tre a cinque anni, e spesso su revisioni delle metodologie e delle assunzioni nelle opzioni finanziarie ed operative strategiche. Questi programmi permetteranno di affrontare le questioni economiche a partire da molteplici discipline, che includono l'insegnamento sociale, come detto in precedenza.

Questa strategia è stata impiegata all'interno del Catholic Health Care Network dell'Arcidiocesi di New York e viene ora utilizzata in tre dei nostri ospedali. Tale approccio è stato accolto finora molto positivamente dai nostri dirigenti, poiché li mette in grado di concentrare la loro attenzione sulle questioni quotidiane mentre professionisti altamente specializzati si occupano dei bisogni e delle opportunità future.

L'attenzione non deve limitarsi all'assistenza tecnica. L'obiettivo è quello di essere fedeli all'apostolato. Il che ci porta a chiederci come possono i membri della Chiesa aiutarsi l'un l'altro. Credo che la risposta sia la seguente: avendo fiducia e prestando aiuto. In effetti, insegnante, pastore e medico non sono del tutto preparati quando si tratta di applicare l'insegnamento sociale a queste situazioni economiche molto

pressanti per gli apostolati unificati negli ambienti legale, politico e socio-economico americani. Dobbiamo vigilare per essere fedeli senza imporre oneri superflui. Il dialogo a cui mi sono riferita precedentemente, è molto importante per i nostri rapporti interni a livello di Chiesa. La mia esperienza nell'Arcidiocesi evidenzia che gli istituti religiosi e i Vescovi prendono molto sul serio la sfida di dare vita alla visione della Chiesa, nelle esperienze delle persone e delle comunità servite dalle istituzioni sanitarie, rendendoli apostoli, e utilizzando una gestione e principi economici sani.

Finora, mi sono soffermata sulla situazione degli apostolati unificati negli Stati Uniti. Una discussione sul bisogno pressante di un'analisi economica degli ospedali cattolici sarebbe incompleta se si arrestasse agli interessi nazionali e rimandasse ad un secondo tempo la condivisione delle risorse se ciò diventasse opportuno. Operare la giustizia è "una dimensione costitutiva della predicazione del vangelo"⁸, una "visione veramente globale è la caratteristica del cristiano"⁹.

La Chiesa cattolica, il suo ministero sanitario e il mondo moderno

La Chiesa considera se stessa da una prospettiva locale e da una



universale. Una delle cose sorprendenti del nostro ministero è che siamo parte della chiesa universale, per la quale l'insieme è maggiore della somma delle sue parti. È stupefacente come questo si estenda al ministero sanitario della chiesa e, poiché siamo veramente parte di questo ministero, l'attenzione al fatto che l'aspetto economico ha bisogno di analisi, non si limita unicamente agli ospedali della nostra diocesi. Gli istituti religiosi e l'Arcidiocesi di New York, che dirigono i sistemi sanitari, hanno invitato i loro dirigenti, impiegati e perfino i loro consulenti a studiare come le risorse della sanità americana possano essere condivise a livello internazionale con altri fratelli e sorelle. Stiamo esplorando e delineando, nel mezzo delle nostre tensioni economiche, i modi per pensare globalmente. Questi sforzi vanno dalla condivisione delle risorse umane allo sviluppo di meccanismi finanziari fondamentali. Nonostante l'attuale pressione su risorse immediate limitate, questi sforzi testimoniano la reale consapevolezza dei dirigenti degli ospedali americani di mettere in atto l'insegnamento del Vaticano II e di leggere i segni dei tempi.

Thomas L. Friedman¹⁰, uno specialista della globalizzazione moderna e vincitore di più Premi Pulitzer, ha descritto l'effetto immediato che avvenimenti accaduti in una parte lontana del mondo, producono in altri luoghi. Già la *Gaudium et Spes*, Costituzione Apostolica del Vaticano II scritta oltre trenta anni fa, molto prima che la maggior parte di noi concepisse l'idea della globalizzazione, ci ammonisce che siamo tutti economicamente collegati attraverso i progressi della tecnologia:

*"Il moltiplicarsi dei mutui rapporti tra gli uomini costituisce uno degli aspetti più importanti del mondo di oggi, al cui sviluppo molto conferisce il progresso tecnico contemporaneo"*¹¹. (GS 23).

L'universalità della Chiesa e la portata delle sue strutture fornisce potenzialmente luoghi effettivi per condividere idee e risorse economiche.

Ne è un esempio il Primo Dialogo Annuale Pan-Americano sponsorizzato dal Pontificio Consiglio

per la Pastorale della Salute e dal CELAM nel marzo 1999. I 12 paesi presenti hanno iniziato dialoghi e sforzi di collaborazione che hanno dato vita ogni anno ad una significativa e produttiva partnership tra le Chiese d'America. È stato creato un network della sanità cattolica, che è ora operativo ad Haiti; in Honduras è iniziato un programma di cure comunitarie a partire dalle parrocchie, nella Repubblica Dominicana si sta provvedendo di personale una clinica pediatrica, in Costa Rica è iniziato un programma di cure palliative per il cancro ed uno scambio educativo ed a Tepepèan, in Messico, si sta costruendo un centro di cure sanitarie di base. Nessuna di queste iniziative era mai stata presa in considerazione prima del Dialogo Pan-Americano. Personale dell'Arcidiocesi di New York, così come di altre diocesi e istituti religiosi, lavora con le istituzioni sanitarie per sviluppare opportunità per condividere risorse umane e naturali. È questa la potenza del dialogo internazionale nella Chiesa Universale.

Conclusione

Date le sfide che la sanità cattolica deve affrontare, un approccio completo all'analisi finanziaria e una programmazione strategica che integri i nostri valori come norme dell'analisi economica, sono essenziali se vogliamo che i no-

stri sforzi raggiungano lo scopo di sostenere il nostro ministero e farlo rimanere funzionante in una società altamente competitiva che si riferisce ai suoi membri globalmente.

Insieme, pastori e medici, dobbiamo continuare a sviluppare tanto a livello nazionale che internazionale, iniziative di cooperazione come quelle che ho citato. Ognuna di esse, all'interno del proprio ambito, permetterà alle istituzioni di concentrare l'attenzione sulle questioni quotidiane che costituiscono per loro un onere tanto grave, e sulle considerazioni a lungo termine di cosa deve e dovrebbe essere fatto per sostenerne il futuro funzionamento e la futura identità.

Mentre ci avviciniamo rapidamente all'Ottava Giornata Mondiale del Malato, che si terrà a Roma l'11 Febbraio 2000, contempliamo, come ci ha chiesto il Santo Padre, il volto di Cristo nel malato¹². Ralleghiamoci di tutto ciò che facciamo e che abbiamo fatto nel nome di Gesù. Siamo aperti e desiderosi di fornire assistenza ove e quando possiamo, e allo stesso tempo siamo aperti ad accettare assistenza l'uno dall'altro. Mentre ci prepariamo all'Anno Giubilare, rinnoviamo i nostri cuori e i nostri impegni a servire e a curare i malati e a promuovere la salute nel nome di nostro Signore.

In questo modo, attraverso un servizio compassionevole e un'analisi economica difficile ma basata sui valori, noi saremo, come un

apostolato unificato, una Chiesa in cui "la fede fa la giustizia".

Dott. MARY HEALEY-SEDUTTO,
Ph.D.
Presidente di
"Catholic Health CareNetwork"
New York, USA

Note

¹ HENRIOT, PETER J., ET AL., *Catholic Social teaching: Our Best Kept Secret*, Orbis Books, Maryknoll, NY, 1996.

² JOSEPH CARDINAL BERNARDIN, *Making the Case For Not-For-Profit Healthcare*, discorso alla Harvard School of Business Club di Chicago, 12 gennaio 1995.

³ GIOVANNI PAOLO II, Lettera Apostolica "Motu Proprio", *Dolentium Hominum*, con la quale si costituisce la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Roma, San Pietro, 11 febbraio 1985.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, messaggio ai Confratelli nell'Episcopato in occasione della XIV Riunione Annuale dei Vescovi, *The Splendor of Truth and Health Care*, Dallas, Texas, 26 gennaio 1995.

⁵ BULGER, ROGER J., OSTERWEIS, MARINA, AND RUBIN, ELAINE R., *Mission Management; A New Synthesis*, Association of Academic Health Centers, 1999.

⁶ *With Justice for All? The Ethics of Healthcare Rationing*, CHA, 1991.

⁷ Discorso di Giovanni Paolo II in occasione della XII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute su *Chiesa e Salute nel mondo*, 8 novembre 1997.

⁸ Sinodo dei Vescovi 1971, *Giustizia nel mondo*.

⁹ HENRIOT, PETER, ET. AL., *Catholic Social teaching: Our Best Kept Secret*, Orbis Books, Maryknoll, NY, 1996, p. 18.

¹⁰ FRIEDMAN, THOMAS L., *The Lexus and the Olive Tree; Understanding Globalization*, Farrar, Strauss, Giroux, New York, 1999.

¹¹ PAOLO VI, Costituzione Pastorale *Gaudium et Spes*, 7 dicembre 1965.

¹² Messaggio di Giovanni Paolo II per la Giornata Mondiale del Malato del 2000, *Contemplare il volto di Cristo nel Malato*, Castel Gandolfo, 6 agosto 1999.

