



DOLENTIUM HOMINUM

N. 49 — anno XVII — N. 1, 2002

RIVISTA DEL PONTIFICO CONSIGLIO
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Atti della XVI Conferenza Internazionale

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

*Salute
e Potere*

15-16-17 novembre 2001

**Nuova Aula del Sinodo
Città del Vaticano**

DIREZIONE

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

COMITATO DI REDAZIONE

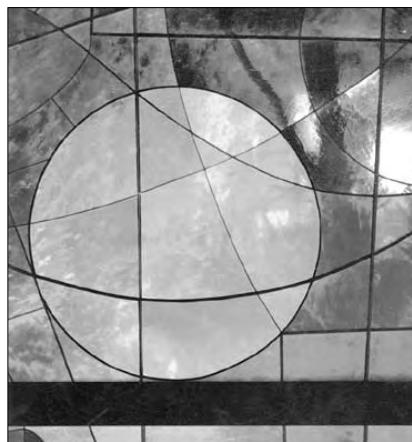
BENEDETTINI P. CIRO
BOLIS DR.A LILIANA
CUADRON SR. AURELIA
D ERCOLE DON GIOVANNI
EL-HACHEM DR.A MAYA
GRIECO P. GIANFRANCO
HONINGS P. BONIFACIO
IRIGOYEN MONS. JES S
JOBLIN P. JOSEPH
MAGNO DON VITO
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA
PLACIDI ING. FRANCO
SANDRIN P. LUCIANO
TADDEI MONS. ITALO

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: PONTIFICO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799,
Fax: 06.698.83139 - www.healthpastoral.org - E-MAIL: opersanit@hlthwork.va

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

Realizzazione 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

5 LISTA DEI MEMBRI E CONSULTORI

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

9 **Discorso del Santo Padre**

SALUTE E POTERE



giovedì
15
novembre

12 **Saluto di apertura**
S.E. Mons. Javier Lozano Barragán

I. PROLUSIONE

13 **Dimensione teologica.
Parola di Dio. Salute e Potere**
S.E.m.zza Card. Fiorenzo Angelini

II. LA REALTÀ

18 **1. Il potere dell'economia
nel campo della salute**
Prof. Jean Foyer

23 **2. Potere e politica
di assistenza sanitaria**
Prof. Michael F. Collins

28 **3. Potere, salute e società**
Prof. Vincenzo Maria Saraceni

33 **4. L'informazione medico-scientifica**
Dott. Luciano Onder

34 **5. Il potere dei professionisti
della salute**
Dott. Salvador Rofes i Capo

39 **6. Potere dell'industria farmaceutica**
Prof. Eric-Paul Pâques

44 **7. Potere religioso e salute**
Prof. Pierluigi Zucchi, S.O.



venerdì
16
novembre

III. ILLUMINAZIONE DELLA REALTÀ

51 **1. Potere e salute nella storia**
Prof. Diego Gracia Guillén

56 **2. Riflessione teologica
sul potere e la salute**
S.E. Mons. Rino Fisichella

60 **3. Le frontiere morali
di Potere e Salute**
P. Brian Johnstone, C.SS.R.

- 65 **4. L'atteggiamento ecclesiale davanti a “potere e salute”**
Mons. Sergio Pintor



sabato
17
novembre

- 72 **5. Il dialogo interreligioso**

- 72 **5.1. L'Islam**
Dott. Dalil Boubakeur

- 74 **5.2. La filosofia indù offre delle soluzioni**
Dott. A.R.K. Pillai

- 80 **5.3. Il Buddismo**
Dott. Chin-Lon Lin

- 97 **4. Azioni pratiche da promuovere in relazione al potere delle industrie farmaceutiche**
Dott. Bernd Pastors

- 100 **5. Il potere e la salute nelle strutture nazionali e internazionali**
Dott. Fernando S. Antezana Araníbar

IV. AZIONI CONCRETE DA REALIZZARE

- 84 **1. Cosa fare nell'economia e salute**
Dott. Francesco Silvano

- 90 **2. Il potere nella ricerca sanitaria e i mezzi di comunicazione**
S.E. Mons. John P. Foley

- 93 **3. Che fare con il potere dei professionisti della medicina?**
Mons. Ignacio Carrasco de Paula

- 104 **6. Cosa fare in relazione alla politica degli Stati**
Dott. Eduardo R. Mondino

- 109 **7. Educare alla relazione tra tutti i soggetti della cura**
P. Luciano Sandrin, M.I.

- 115 **8. Azioni pratiche da promuovere per gli Ospedali e gli altri Centri Sanitari**
Dott. Edgar Widmer

Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:

“Caeli Novi et Terra Nova.

L’evangelizzazione del nuovo mondo

*attraverso i libri ed i documenti anteriori al 1600
presenti nell’Archivio e nella Biblioteca del Vaticano”*

a cura di Isaac Vazquez Janeiro OFM,

Biblioteca Apostolica Vaticana, Città del Vaticano, 1992

Membri e Consultori del nostro Dicastero

L'elenco dei Membri e Consultori del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, a seguito di nuova nomina o riconferma del Santo Padre, risulta così composto:

MEMBRI

S.Em.za Card. Nasrallah Pierre SFEIR Patriarca di Antiochia dei Maroniti Libano	S.E. Mons. Jorge Enrique JIMÉNEZ CARVAJAL Vescovo di Zipaquirá Presidente del CELAM Colombia	S.E. Mons. Jacinto GUERRERO TORRES Vescovo di Tlaxcala Messico
S.Em.za Card. Ricardo J. VIDAL Arcivescovo di Cebu Filippine	S.E. Mons. Giuseppe PITTAU, S.I. Arcivescovo tit. di Castro di Sardegna Segretario della Congregazione per l'Educazione Cattolica Santa Sede	Rev.P. Anthony Frank MONKS Superiore Generale dei Padri Camilliani
S.Em.za Card. Andrzej Maria DESKUR Presidente emerito del Pontificio Consiglio delle Comunicazioni Sociali Santa Sede	S.E. Mons. Thomas Kwaku MENSAH Vescovo di Obuasi Ghana	Rev.P. Pascual PILES FERRANDO, Priore Generale dell'Ordine Ospedaliero di S. Giovanni di Dio
S.Em.za Card. José Freire FALCÃO Arcivescovo di Brasilia Brasile	S.E. Mons. Peter Joseph CONNORS Vescovo di Ballarat Australia	Rev.P. Angelo BRUSCO, M.I. Già Superiore Generale dei Padri Camilliani
S.Em.za Card. Michele GIORDANO Arcivescovo di Napoli Italia	S.E. Mons. Joseph Leo CHARRON Vescovo di Des Moines Stati Uniti d'America	Rev.da Sr. María del Camino AGÓS MUNÁRRIZ Superiora Generale delle Suore Ospedaliere del S. Cuore di Gesù
S.Em.za Card. Jaime Lucas ORTEGA y ALAMINO Arcivescovo di San Cristóbal de La Habana, Cuba	S.E. Mons. José Dimas CEDEÑO DELGADO Arcivescovo di Panamá Panama	Rev.da Sr. Serafina DALLA PORTA Superiora Generale delle Figlie di San Camillo
S.Em.za Card. José SARAIVA MARTINS Prefetto della Congregazione per le Cause dei Santi Santa Sede	S.E. Mons. Carlos AMIGO VALLEJO Arcivescovo di Sevilla Spagna	Rev.da Sr Juana ELIZONDO Superiora Generale delle Figlie della Carità di S. Vincenzo de' Paoli
S.E. Mons. Tarcisio BERTONE, S.D.B. Arcivescovo emerito di Vercelli Segretario della Congregazione per la Dottrina della Fede Santa Sede	S.E. Mons. James Mathew WINGLE Vescovo di Saint Catharines Canada	Prof. Juan de Dios VIAL CORREA Presidente della Pontificia Accademia per la Vita Rettore dell'Università Cattolica di Santiago de Chile
S.E. Mons. Charles A. SCHLECK, C.S.C. Arcivescovo tit. di Africa Segretario aggiunto emerito della Congregazione per l'Evangelizzazione dei Popoli Santa Sede	S.E. Mons. Thumma BALA Vescovo di Warangal India	Prof. Gian Luigi GIGLI Presidente della F.I.A.M.C.
S.E. Mons. Elio SGRECCIA Vescovo tit. di Zama minore Vice Presidente della Pontificia Accademia per la Vita Santa Sede	S.E. Mons. Wladysław ZIÓŁEK Arcivescovo di Łódź... Polonia	Barone Albrecht von BOESELAGER Grand'Ospedaliere del Sovrano Ordine Militare di Malta
S.E. Mons. Jacques PERRIER Vescovo di Tarbes et Lourdes Francia	S.E. Mons. Serafim DE SOUSA FERREIRA E SILVA Vescovo di Leiria-Fátima Portogallo	Dott. Marcello SACCHETTI Presidente dell'Associazione di Volontariato "Circolo San Pietro" Roma, Italia
		Prof. Alain LEJEUNE Presidente della F.I.P.C.

CONSULTORI

S.E. Mons. Ing. Renato DARDOZZI Accademico Onorario della Pontificia Accademia delle Scienze
--

Mons. James P. CASSIDY Presidente Onorario dell'AISAC Stati Uniti d'America	Rev.P. Jacques SIMPORÉ, M.I. Docente presso l'Università di Ouagadougou, Burkina Faso	Dott. Michael Francis SHANAHAN Presidente della "Catholic Doctors Association of Western Australia" Australia
Mons. Ignacio CARRASCO DE PAULA Professore Ordinario di Bioetica all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma	Rev.P. Tony ANATRELLA Psicanalista e Specialista in Psichiatria sociale Parigi, Francia	Dott Fernando S. ANTEZANA ARANÍBAR Già Vice-Direttore Generale dell'OMS Svizzera
Mons. Krzysztof SZCZYGIEL Direttore dell'Istituto di Bioetica della Pontificia Accademia di Teologia di Cracovia, Polonia	Rev.P. Edward PHILIPS, M.M. Delegato continentale dell'AISAC Arcidiocesi di Nairobi, Kenya	Avv. Maurizio SCELLI Già Segretario Generale dell'Unitalsi Roma
Mons. Mauro COZZOLI Professore di Teologia Morale Fondamentale alla Pontificia Università Lateranense	Rev.P. Mario BIZZOTTO, M.I. Docente presso l'Istituto di Teologia Pastorale Sanitaria "Camillianum" Roma	Prof. Corrado MANNI Professore emerito di Anestesiologia e Rianimazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Roma
Mons. Sergio PINTOR Direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale Sanitaria della C.E.I. Roma	Rev.P. Carlo CASALONE, S.I. Docente presso la Pontificia Università Gregoriana, Roma	Prof. Bruno SILVESTRINI Professore di Farmacologia e Farmacognosia presso l'Università "La Sapienza" di Roma, Italia
Rev.P. Tadeusz STYCZEN, S.D.S. Professore di Etica all'Università Cattolica di Lublino Polonia	Rev.P. Francisco Cristóbal FERNÁNDEZ SÁNCHEZ Docente presso la Pontificia Università Urbaniana Roma	Prof. Diego GRACIA GUILLÉN Professore di Storia della Medicina Università Complutense di Madrid Spagna
Rev.P. Bonifacio HONINGS, O.C.D. Professore emerito di Teologia Morale alla Pontificia Università Lateranense Roma	Rev.P. Jerome HALADUS, O.P. Docente presso la Pontificia Università S. Tommaso d'Aquino Roma	Dott. Antonio CICCHETTI Direttore Generale del Policlinico Gemelli Università Cattolica del Sacro Cuore Roma
Rev.P. Joseph JOBLIN, S.I. Assistente Ecclesiastico del C.I.C.I.A.M.S.	Prof.ssa Carla Giuliana BOLIS Professore di Biologia Comparata all'Università degli Studi di Milano Italia	Dott. Francis SULLIVAN Direttore esecutivo dell'"Australian Catholic Health Care Association" Australia
Rev.P. Rudesindo DELGADO PÉREZ Assessore Ecclesiastico Nazionale della PROSAC Madrid, Spagna	Sig.ra Birthe LEJEUNE Membro della Pontificia Accademia per la Vita Francia	Dott. Comm. Giorgio FILIBECK Aiutante di Studio presso il Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace Santa Sede
Rev.P. Vitor Francisco Xavier FEYTOR PINTO Direttore dell'Ufficio nazionale di Pastorale Sanitaria Lisbona, Portogallo	Prof.ssa Wanda POLTAWSKA Già Direttrice dell'Istituto di Teologia della Famiglia alla Pontificia Accademia di Cracovia, Polonia	Dott. Salvino LEONE Dirigente del Servizio di Umanistica Medica della Provincia Romana dei "Fatebenefratelli", Italia
Rev.P. Athanase WASWANDI Rettore della Università Cattolica del Grabe Rep. Democratica del Congo	Sig.ra Viviane VERLINDE-BOUTELEGIER Segretaria Generale del C.I.C.I.A.M.S.	Dott. Thomas GRACIOUS Docente presso l'"Indira Gandhi National Open University" New Delhi, India
Rev.P. Ernesto SCIRPOLI Presidente dell'Associazione di Volontariato "Emmaus" Novara	Sig.ra Maria Inez LINHARES DE CARVALHO Presidente dell'Associazione dei Medici Cattolici del Brasile	Prof. Pierluigi ZUCCHI Docente di Fisiopatologia e Terapia del dolore e delle cefalee, Università degli studi di Firenze, Italia
Rev.P. Juvenal ILUNGA MUYA Professore di Teologia Fondamentale presso la Pontificia Università Urbaniana Roma	Dott.ssa Fiorenza DERIU BAGNATO Ricercatrice Sociale Roma	Dott. Volodymyr SEMENIV Primario presso l' Ospedale "Szeptycky" Lviv, Ucraina
	Dott. Bernard NATHANSON Docente presso il "Clinical Associate Medical College" New York, Stati Uniti d'America	

Joannes Paulus et. II

INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre:

Vostra Santità ha affidato al nostro Dicastero della Pastorale della Salute, il far presente la solleitudine della Chiesa verso gli ammalati e coloro che soffrono, aiutando spiritualmente gli operatori sanitari. Nella presente XVI Conferenza Internazionale su “Salute e Potere” abbiamo visto come chi detiene il potere politico, sociale, scientifico, tecnologico, economico e religioso, si presenti anche come operatore sanitario, occupandosi del campo della salute. Abbiamo quindi riflettuto su come mostrare a queste persone, alla luce del Vangelo, il cammino per ottenere in una maniera più accurata e cristiana la salute integrale del mondo. Abbiamo considerato il potere inteso alla luce di Dio Padre Onnipotente come “Fare la verità nell’amore” (*Ef 4, 15*), e conseguentemente come il cammino verso la armonia dell’umanità nel campo della salute. In questa armonia uomini e donne do-

vranno trovare le condizioni propizie per realizzare la propria salute, concepita come una tensione verso la pienezza che è la risurrezione di Cristo.

Abbiamo visto l’urgente necessità di applicare questi criteri alla realtà sanitaria che viviamo. Infatti, ogni anno le malattie infettive uccidono 17 milioni di persone nel mondo, dei quali il 90% vive nei paesi in via di sviluppo. Il 95% dei 34,5 milioni di malati di AIDS non ha risorse economiche per pagare la cura medica necessaria, enormemente cara a causa dei brevetti che la proteggono. Non sono medicamenti aggiornati, con o senza brevetti, per le così dette “malattie soltanto per i poveri”, come la tubercolosi, la malaria, il dengue emorragico, la *leishmaniasis*, certe forme di meningite, la malattia del sonno, il vaiolo, ecc.. Dei 1223 nuovi medicamenti messi sul mercato tra il 1975 e il 1997, soltanto 13 furono per la cura di malattie tropicali infettive. Si stima che il preventivo farmaceutico mondiale sia tra i 50 e i 60 bilioni di dollari (USA), dei quali soltanto lo 0,2% si dedica alle infezioni acute respiratorie, alla tubercolosi e alle malattie diarroiche. Queste malattie sono responsabili del 18% dei decessi nel mondo attuale¹.

Nella Conferenza abbiamo accennato, prese dal Vangelo, varie soluzioni a questi e simili problemi che ci presenta l’uso del potere nell’ambito sanitario. Vostra Santità molte volte si è riferito alle situazioni d’ingiustizia e al cambiamento necessario che deve operarsi nel mondo affinché viviamo l’amore del Signore.

Siamo qui, Santo Padre, scienziati e professionisti della sanità di circa 60 Nazioni e, con molta gratitudine per averci concesso questa così importante udienza, attendiamo ora da Vostra Santità la Parola che ci guida e la Benedizione che ci aiuti ad essere testimoni “della speranza che non delude” (*Ro 5, 5*) nei campi così ardui e difficili della medicina e della salute.

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

Nota

¹ Médecins sans frontières “MSF” Briefing Note (June 2000) in <http://www.accesmed-msf.org>



DISCORSO DEL SANTO PADRE

Nel mondo della salute l'esercizio del potere non si ispiri al desiderio di dominio o di profitto, ma sia animato da sincero spirito di servizio

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

1. Sono lieto di porgere il mio cordiale benvenuto a tutti voi, che partecipate alla sedicesima Conferenza Internazionale, promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sul tema "Salute e potere".

Rivolgo il mio affettuoso saluto al Presidente del vostro Pontificio Consiglio, Mons. Javier Lozano Barragán, e lo ringrazio per le cortesi parole che ha voluto indirizzarmi a nome dei presenti. Estendo il mio pensiero a tutti voi, che operate in un campo tanto significativo per la qualità della vita umana e per l'annuncio del Vangelo.

L'argomento del vostro Congresso è impegnativo e complesso, oltre che attuale e urgente; in particolare, esso è singolarmente utile per rinnovare la cultura del servizio alla salute e alla vita, a partire dall'attenzione alle persone più deboli e indigenti.

Ricordavo nella Lettera enciclica *Sollicitudo rei socialis* che "tra le azioni e gli atteggiamenti opposti alla volontà di Dio e al bene del prossimo e le strutture che essi inducono, i più caratteristici sembrano oggi soprattutto due: da una parte, la bramosia esclusiva del profitto e, dall'altra, la sete del potere col proposito di imporre agli altri la propria volontà... a qualsiasi prezzo" (n. 37).

Mi compiaccio con voi che, in queste giornate di studio, intendete offrire uno specifico apporto perché nel mondo della salute l'esercizio del potere non si ispiri al desiderio di dominio o di profitto, ma sia animato da sincero spirito di servizio. Come in ogni campo, anche nell'ambito della Sanità l'esercizio del potere risulta buono quando promuove il bene integrale della persona e dell'intera comunità.

Quest'armonia si compie pienamente nel mistero di Cristo, nel quale il Padre ci ha eletti come figli adottivi e con la ricchezza della grazia "ci ha

fatto conoscere il mistero della sua volontà, secondo quanto nella sua benevolenza aveva in lui prestabilito per realizzarlo nella pienezza dei tempi: il disegno cioè di ricapitolare in Cristo tutte le cose, quelle del cielo come quelle della terra" (*Ef* 1,9-10).

2. Con questa vostra Conferenza Internazionale, voi intendete compiere, alla luce del dato rivelato, una lettura approfondita della realtà della salute secondo ogni suo aspetto. Nel mondo della salute s'incontrano ed interagiscono diversi generi di potere: da quello economico e politico a quello lega-



to ai mezzi di comunicazione, da quello professionale a quello delle industrie farmaceutiche, dal potere degli organismi nazionali e internazionali a quello delle organizzazioni religiose.

Tutto ciò dà origine a una fitta rete di interventi in cui, da una parte, si evidenziano le immense possibilità esistenti per migliorare il servizio alla vita e alla salute e, dall'altra, è messo in luce il rischio di poteri esercitati in modo non rispettoso della vita e dell'uomo.

A una realtà tanto vasta e complessa la vostra riflessione intende offrire elementi preziosi per un discernimento etico e pastorale, valorizzando anche i contributi che scaturiscono da un rispettoso dialogo interreligioso.

Confido che da questi giorni di studio emergano utili indicazioni, specialmente per quanto concerne l'azione sociale e spirituale della Chiesa nel campo della cura della salute, considerata nella sua globalità.

Per comprendere e vivere correttamente ogni forma di "potere" nel mondo della salute, è necessario tenere fisso lo sguardo su Cristo. È Lui, il Verbo fatto carne, che ha preso su di sé le nostre infermità per guarirle. È Lui che, venuto non per essere servito ma per servire, ci insegna a esercitare ogni forma di potere come servizio alla persona, specie se debole e fragile. È Lui che ha assunto l'umanità dolorante per restituirlle il volto trasfigurato della risurrezione.

3. Nell'andare incontro alle persone in condizione di malattia, di sofferenza o di disabilità, la Chiesa è mossa dal desiderio di annunciare e testimoniare il Vangelo della vita. Così facendo, al

tempo stesso, essa offre un apporto concreto per la costruzione armonica della società.

Di fronte ad una diffusa cultura di indifferenza e, talora, di disprezzo per la vita, dinanzi alla spregiudicata ricerca di predominio da parte di alcuni sugli altri, con la conseguente emarginazione dei poveri e deboli, è più che mai necessario offrire saldi criteri, perché l'esercizio del potere nel mondo della salute si ponga in ogni situazione al servizio della dignità della persona umana e del bene comune.

Colgo volentieri l'occasione per lanciare un pressante appello a chi in quest'importante settore detiene ruoli di responsabilità, perché in spirito di collaborazione costruttiva si adoperi per promuovere un'effettiva cultura della solidarietà, tenendo conto delle condizioni di coloro che vivono in Paesi segnati da preoccupante indigenza materiale, culturale e spirituale.

In tal senso, mi faccio portavoce di ogni persona malata e sofferente, come pure dei popoli feriti dalla povertà e dalla violenza, perché anche per loro e per tutta l'umanità sorga un futuro di giustizia e di solidarietà.

Quanti hanno il dono della fede si sentano in special modo impegnati a testimoniare con il loro comportamento la speranza evangelica. Soltanto con l'amore e con il servizio, in effetti, si è in grado di curare e di guarire, ponendo in tal modo le basi d'un mondo rinnovato.

Con questi voti, affido i lavori della vostra Conferenza e le vostre persone alla materna protezione della Vergine Santa, e di cuore imparto a ciascuno una speciale Benedizione Apostolica.



Salute e Potere

In laudem Serenissimi
et Ferdinandi Hispaniam regis Bethle
ae & regni Granate in hispania &
in Hispania. Et de Insulis in mari Indico
nupti brevitate



JAVIER LOZANO BARRAGÁN



Saluto di apertura

Ho il piacere di inaugurare questa Conferenza Internazionale su “Salute e Potere” rivolgendo un caloroso saluto a tutti voi.

Nella lettera agli Efesini (4,15) troviamo una frase di San Paolo che mi sembra possa sintetizzare la finalità che intendiamo perseguire in questo Congresso. La versione nel testo greco recita: *alezeian dè poiountes en ‘agape* che traduce letteralmente il testo latino: “*Veritatem autem facientes in caritate*”, cioè facendo la verità nell’amore. Questo, dice San Paolo, è quello che dobbiamo fare per crescere come Corpo di Cristo di cui Egli è capo e “dal quale tutto il corpo, ben compaginato e connesso, mediante la collaborazione di ogni giuntura, secondo l’energia propria di ogni membro, riceve forza per crescere in modo da edificare se stesso nella carità” (v. 16). La strada quindi è quella di fare la verità nell’amore. Penso che sia questo il potere autentico. Il potere, infatti, non consiste solo nel fare qualcosa, bensì nel

farla secondo la propria verità e, in più, perché sia autentico potere, dobbiamo farla nell’amore.

Così è Dio nostro Signore; Dio Padre è onnipotente perché pronuncia la verità piena, che è suo Figlio, e lo fa con l’Amore, che è lo Spirito. Il potere autentico è la Santissima Trinità, il potere autentico di fare la verità nell’amore. La piccola frase che recitiamo all’inizio del Credo, “Credo in Dio Padre Onnipotente”, ci addentra nel mistero di Dio e spiega la nostra fede.

Come quindi fare la verità nell’amore nel campo della salute e della medicina? È questo il tema del nostro Congresso. Il potere autentico è composto di tre fattori: forza, verità e amore. Forza, più intelligenza, più amore. La salute e la medicina attuale sono forza, più intelligenza, più amore? Quale è la realtà dei giorni nostri? Come procedere perché tanto la salute quanto la medicina siano un vero potere? In cosa consiste l’autentico potere curativo?

Rispondere a questi interrogativi è l’obiettivo di questo Congresso il cui tema è proprio “Potere e Salute”. Cominceremo con una visione d’insieme che sarà sviluppata dall’Em.mo Card. Fiorenzo Angelini nella prolusione iniziale sulla prospettiva teologica nella Parola di Dio su salute e potere. Poi, scienziati prestigiosi e altamente competenti nel ramo della medicina e teologi eminenti di diverse parti del mondo, svilupperanno vari temi che saranno suddivisi in tre parti: la prima riguarderà la situazione attuale del potere e della salute nella realtà che viviamo; la seconda contemplerà in dettaglio il piano di Dio su potere e salute, e la terza ci inviterà a intraprendere linee concrete di condotta per avvicinarci nel migliore dei modi al piano di Dio e poter fare la verità nell’amore.

Non voglio terminare questa breve introduzione senza prima ringraziare di tutto cuore il Cardinale Angelini, mio degnissimo predecessore come Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, e tutti gli oratori e moderatori di questo Congresso. Ringrazio altresì per la presenza attiva di tutti i partecipanti. Come potrete vedere dal programma in vostro possesso, abbiamo riservato alcuni spazi al dialogo, che risulterà senza dubbio molto interessante e nel quale tutti voi potrete liberamente intervenire.

Vi ringrazio di nuovo per la vostra partecipazione. Siate i benvenuti.



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

I. PROLUSIONE

FIORENZO ANGELINI

Dimensione teologica. Parola di Dio. Salute e Potere

L'argomento scelto per la prolusione di questa XVI Conferenza Internazionale è tanto vasto da poter apparire, a prima vista, generico, tanto sono onnicomprensivi i concetti di salute e di potere.

Il titolo del tema assegnatomi, tuttavia, lo circoscrive fortemente, poiché si richiama al rapporto di potere e salute con la dimensione teologica e la Parola di Dio.

Vorrei, tuttavia, premettere qualche riflessione.

Potere e salute sono concetti globali. Quale potere? Quale salute?

Secondo l'impostazione data al programma di questa Conferenza è la *salute* stessa, intesa come salute fisica, psichica e spirituale e come sanità, a costituire il primo, il più universale e il più vasto *potere*, dal momento che, come si legge, “in quanto forza orientata alla vita, essa costituisce il potere autentico”¹.

Mi pare perciò, che sotto questo aspetto, nella nozione di salute si voglia includere anche quello di sanità che, almeno nell'uso corrente, è piuttosto l'insieme delle istituzioni, delle leggi e delle politiche al servizio della salute².

Poiché trattiamo l'argomento *Salute e Potere* dal punto di vista della teologia cristiana e della Parola di Dio, ne consegue che con il termine *Salute* si vuole significare tutto ciò che concerne la prevenzione, la diagnosi, la terapia e la riabilitazione per il migliore equilibrio fisico, psichico e spirituale della persona nella prospettiva di quella salute che approda al concetto di *salvezza*.

Termine e concetto di *potere*, alla luce della visione cristiana della vita, non si riferiscono affatto alla nozione di dominio³, bensì a quella di *servizio*⁴.

Servire la salute, è collocarsi nella linea del disegno della salvezza che è salute nel senso più pieno ed esaustivo del termine⁵. Farlo con il massimo impegno, con efficacia e con credibilità significa esercitare nel modo più idoneo il potere nella sua dimensione di servizio.

A questo punto, di fronte a temi tanto impegnativi, non dovremmo forse chiederci che significato assumono tanti convegni, tante conferenze, tante frasi che, se prese sul serio, dovrebbero tradursi in altrettante iniziative concrete?

Ci siamo mai chiesti se crediamo veramente a quello che ci sembra non solo doveroso, ma a volte addirittura spontaneo ed ovvio affermare ad alta voce?

Ci rendiamo veramente conto di quali conseguenze concrete dovrebbero farsi carico tante affermazioni di principio che, in sede di congressi, convegni, simposi, vengono persino entusiasticamente applaudite?

Nella Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, il Papa ha messo in guardia dal rischio di “affogare in un mare di parole” prive di efficacia e di credibilità⁶.

Nel corso della fase che precedette l'istituzione del Dicastero Pontificio per la Pastorale degli Operatori sanitari, feci più volte osservare che, di fatto, la sua istituzione risaliva direttamente a Cristo. Egli, nel-

l'assolvere la sua missione, associò sempre alla predicazione il servizio ai malati e ai sofferenti nel corpo e nello spirito. Tanto è vero – come ribadi Giovanni Paolo II nel documento istitutivo del dicastero – che “la Chiesa, nel corso dei secoli, ha fortemente avvertito il servizio ai malati e ai sofferenti come parte integrante della sua missione”⁷.

Questo assunto teologico, largamente attestato dalla Sacra Scrittura, è anche una verità che, dal punto di vista umano, deve considerarsi ovvia. La salute, e quindi la vita, è il piedistallo di tutto. Di qualsiasi problema si tratti, il presupposto è la vita.

Se c'è un tema che davvero non si presta a disquisizioni accademiche è proprio quello della vita. Lo dobbiamo alla vita se siamo qui, se possiamo parlare di potere e di salute.

I drammatici eventi in corso hanno spinto l'umanità a riscoprire il valore prioritario della vita, la quale può essere oggi aggredita nelle forme più sottili ed impensabili.

È di questi giorni l'importante documento interdicasteriale: *La salute riproduttiva dei rifugiati* diretto alle Conferenze episcopali nel mondo; dobbiamo domandarci quale attuazione avrà nella vasta opera di evangelizzazione^{7bis}.

Eppure, se andiamo a rileggere tante affermazioni e conclusioni approvate all'unanimità anche nelle sedi più autorevoli, i rischi di gravissimi attacchi alla vita sono stati sempre segnalati e addirittura previsti. Con quali risultati?

In una conferenza internazionale che ha scelto un tema tanto impegnativo, o si prendono le verità essenziali disinvoltamente accettate come ragione per guidare il nostro operato, o è preferibile evitare occasioni di clamorosa incoerenza.

Nel campo della sanità e della salute abbiamo esempi che hanno segnato e continuano a segnare la storia con una segnaletica inconfondibile. È la segnaletica del *fare*, di rendere operante la fede attraverso la carità, cioè il servizio agli altri (cfr. *Gal 5, 6*).

San Camillo de Lellis non si limitò a dire che per lui i malati, soprattutto i più ripugnanti, erano dei “principi”, li servi e li amò come principi. Eppure, tra le ultime espressioni di San Camillo morente ci fu anche questa: “Signore, io confesso di non aver fatto niente di bene...”⁸

San Giovanni di Dio, grande innovatore dell’assistenza sanitaria e santo, si firmava “frate Zero”.

Albert Schweitzer avvertì come insopprimibile, in materia di difesa e di promozione della vita, il bisogno di passare dalle parole ai fatti e di tutta la sua opera, è Lambarené il suo capolavoro. Lo stesso fecero i Servi di Dio: Marcello Candia, l’Abate Ildebrando Gregori, Madre Teresa di Calcutta, e innumerevoli testimoni sconosciuti e silenziosi.

Ho premesso queste considerazioni poiché ritengo doveroso, in circostanze di rilevanza scientifica e accademica caratterizzate dal discorso sulla salute e sulla vita, sot-

tolinare l’importanza di essere consapevoli della necessità di una saldatura forte tra le parole e i fatti, tra le affermazioni di principio e la loro applicazione.

Come l’uomo ha bisogno del servizio alla vita e unità psicosomatica, così coloro che si impegnano nel servizio alla vita devono intendere la loro dedizione, a tutti i livelli – di ricerca, di studio, di assistenza – non in maniera settoriale, ma totale.

A tutto l’uomo ci si dedica con tutto l’uomo; a chi ha bisogno di tutto, si da tutto noi stessi.

Consentitemi il ricordo di un richiamo che, a quasi vent’anni di distanza, suona ancora attuale, anche se non è rimasto, finalmente, del tutto inascoltato, essendo stato recepito dal recentissimo Sinodo episcopale.

Nel 1983 si tenne l’Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi sul tema: *La riconciliazione e la penitenza nella missione della Chiesa*. Negli interventi dei 197 Padri sinaldi non si ebbe neppure un accenno al malato e al mondo della salute. Era presente come semplice “uditore invitato a parlare” l’allora Superiore generale dei Fatebenefratelli, Fra Pierluigi Marchesi. Nel suo intervento, dopo essersi chiesto dove si sarebbe collocato Cristo se l’assemblea sinodale fosse stata celebrata nel suo tempo, andando al cuore del tema della riconciliazione, aggiunse: “Si accusa molte volte la medicina moderna, con le sue molteplici infraspecialità, di procedere quasi ad una spartizione del male nelle sue parti anatomiche; per caso, anche la Chiesa non ha forse partecipato a questa spartizione occupandosi esclusivamente dell’anima del malato e del suo sentire spirituale? Noi che per mandato della Chiesa e dei nostri fondatori siamo accanto ai malati, dobbiamo evidenziare un senso di impotenza e di irrilevanza per quello che abbiamo da offrire. Sembra, molte volte, non interessare più nessuno”¹⁰.

La vita non si serve *per partes*, ma nella sua pienezza e integralità.

Credo, perciò, sia necessario fissare con chiarezza e concretezza i principi operativi che discendono dalla visione cristiana della salute e dalla visione cristiana del potere. Essi si riassumono nei seguenti tre enunciati: 1. La dimensione del potere e la dimensione del servizio al-

la salute; 2. Non si serve la salute, se non si serve la vita, tutta la vita e la vita di tutti; 3. Il potere come servizio alla vita comporta l’incontro tra giustizia e carità.

1. La dimensione del potere e la dimensione del servizio alla salute

La dimensione del potere come servizio viene tracciata dalla dimensione del concetto di salute come pienezza della vita. In caso contrario, non soltanto non si può servire la vita, ma neppure si può pensare e disquisire su di essa.

Nei confronti della *salute* così intesa, il *potere* di Gesù non aveva limiti: Egli “curava ogni infermità”, perché da Lui “usciva una forza che sanava tutti” (*Lc 6, 17-19*). Gesù sanò i malati nello spirito, i tribolati e gli oppressi, i colpiti da vere e proprie malattie: a Lui, infatti, “conducevano tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici, ed Egli li guariva” (*Mt 4, 23-25*).

Il potere sanante di Gesù non è esclusivo del Figlio di Dio, non è qualcosa con cui egli integra la sua predicazione e, nello stesso tempo, che si esaurisce in essa insieme a Lui: questo potere sanante, o meglio, questo servizio efficace alla vita, fa parte dell’annuncio evangelico in quanto tale. È un potere che Gesù partecipa ai suoi seguaci. Ai Dodici, infatti, Gesù “diede il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e di infermità” (*Mt 10, 1*).

La predicazione del Regno di Dio dovrà essere contestuale a questa azione sanante¹¹.

Leggiamo nel vangelo di Matteo: “Gesù inviò i Dodici dopo averli così istruiti: ‘Predicate che il regno di Dio è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi, cacciate i demoni. Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date’’ (*Mt 10, 7-8*).

Nel Vangelo di Luca è ancora più chiara l’associazione dei concetti di salute e di potere, là dove si legge: “Egli chiamò allora 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*).



Se questa è, per così dire, la cornice teologica del rapporto tra salute e potere, ne deriva che il potere, inteso come servizio, è servizio alla vita che, nella sua pienezza, è salute nel suo significato integrale.

Il problema nasce e moltiplica le sue articolazioni quando si tratta di dare attuazione coerente, costruttiva ed efficace a questo servizio, il quale non abbraccia soltanto il mondo della sanità.

Nel concetto di salute rientra anche quello di sanità, intesa come politica, legislazione e programmazione sanitaria propria di ciascun Paese. Tuttavia, nel concetto specifico di sanità potrebbe anche non rientrare compiutamente il concetto pienamente umano e cristiano di salute. Non si tratta di un bisticcio di termini, poiché il fatto che in alcune lingue sanità e salute siano indicate con il medesimo termine può indurre qualche ambiguità.

La salute è un traguardo, la sanità è l'insieme degli strumenti per raggiungerlo. Ed è proprio nella individuazione e, soprattutto, nella applicazione di questi strumenti che la dimensione teologica del rapporto salute e potere conosce i suoi più gravi e complessi problemi.

Tanto è vero che in un momento in cui, nelle società progredite, si è raggiunta la piena socializzazione dell'assistenza sanitaria, si è fatto più acuto e persino drammatico il problema della sua umanizzazione. E questo accade, a mio avviso, perché il *potere*, nel senso di servizio alla *salute*, è condizionato da finalità che ignorano, trascurano e addirittura offendono il vero e pieno concetto di salute che coincide con il vero e pieno concetto di vita.

2. Non si serve la salute, se non si serve la vita, tutta la vita e la vita di tutti

La vita ha una dimensione che trascende la salute in senso stretto, poiché chiama in causa la sua origine e il suo destino. In questo senso non esiste un concetto cristiano "esclusivo" di difesa e di promozione della vita, come ha ripetutamente affermato Giovanni Paolo II¹², anche se la fede in Dio creatore e in Cristo redentore arricchisce una visione esclusivamente razionale della vita¹³.

La salute come pienezza di vita è nozione che discende dal profilo della civiltà nella quale intendiamo riconoscerci. La civiltà fa riferimento ad una cultura, ma per quanto attiene alla vita, non possono avversi culture che ne comportino né in tutto né in parte la negazione o che ne circoscrivano il diritto in maniera discrezionale.

Si parla molto oggi impropriamente di confronto e addirittura di scontro tra civiltà. La civiltà rettamente intesa è civiltà della vita, quindi la civiltà è unica. Le culture possono essere diverse, ma il loro punto concentrato è il servizio e, quindi, la celebrazione della vita. Come unica è la vita, unica è anche la civiltà che è tale nella misura in cui la promuove e la difende.

Senza difendere e promuovere la vita di tutti, non si difende né si promuove compiutamente neppure la vita dei singoli individui. E questo, come ribadisce il Santo Padre, non soltanto in termini di difesa dagli attentati alla vita, ma come sforzo di rigenerare di continuo il tessuto interiore della cultura stessa, la quale influenza in maniera determinante anche le scelte politiche e legislative¹⁴.

Mentre tuttavia le culture si differenziano anche in maniera quasi essenziale circa particolari aspetti del conoscere, del progredire e dell'organizzare sia la vita individuale sia il sistema sociale, sulla difesa e sulla promozione della salute, cioè della pienezza di vita, tutti gli esseri umani – salvo aberranti eccezioni – si incontrano, trattandosi di una istanza assolutamente insopprimibile.

Se difesa e promozione della vita sono il campo di civiltà nel quale il servizio alla vita è chiamato ad operare, ne consegue una saldatura strettissima tra civiltà e visione etica e morale della persona umana.

È infatti un atteggiamento morale quello che si è chiamati ad assumere: – di fronte alla difesa della vita nascente e contro l'aborto; – di fronte alla maternità e paternità responsabile contro un egoistico controllo demografico; – di fronte alla medicina dei trapianti e contro una biologia genetica che minacci alla radice la personalità dell'individuo; – di fronte alla salvaguardia del diritto a morire in pace contro l'eutanasia; – di fronte alla umanizzazione

ne della medicina contro ogni forma burocratica e spersonalizzante; – di fronte alla utilizzazione di tutte le scoperte della scienza e della tecnica a servizio della vita.

Più che in passato, la ragione umana oggi deve farsi consapevole di non poter rimanere prigioniera di conquiste che, appena raggiunte, svelano paurosi limiti, che soltanto una visione più vasta – spirituale e trascendente – può debitamente controllare¹⁵.

L'analisi razionale dello squilibrio, del malessere, della malattia che affligge l'uomo moderno, artefice e insieme vittima del progresso tecnologico, configura una diversa nozione della stessa salute: una nozione più integrale e comprensiva. Ciò postula una diagnosi antropologica che arrivi al *paziente spirituale*, che scopra cioè la radice del male oltre i meccanismi e lo spettro della fisicità e della psiche.

La medicina, nelle sue articolazioni di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione, opera con rigore e con metodi non arbitrari. Deve dunque esserci una medicina dello spirito, quasi un'ascetica spirituale che aiuti a prevenire e a liberare lo spirito dall'ombra dell'angoscia moderna.

In altre parole, per risolvere il dilemma: artefice o vittima del progresso tecnico, l'uomo deve compiere una scelta non scientifica, ma etica e spirituale, vale a dire una scelta di civiltà. Una scelta razionale, non emotiva.

Tutto ciò non comporta certamente un'ambiguità del termine e del concetto di "salute", bensì una sua necessaria integrazione, poiché non si risana l'uomo se la terapia non attinge la psiche e non sana quel nucleo unitario che nessun termine può esprimere adeguatamente se non il termine *spirito*.

La salute dello spirito non è soltanto condizione di salute psico-fisica, ma autentica liberazione di risorse e perciò strumento di vera coordinazione del progresso della scienza stessa, il tutto al servizio di una degna qualità della vita.

Questa visione, che è insieme umana e cristiana, comporta delle scelte che quanti credono e professano una solida fede nel valore assoluto e primario della salute come vita devono promuovere con tutte le loro forze e attraverso una coopera-

zione concreta e fattiva. Quest'ultima, purtroppo, fatica a decollare anche per l'insufficiente preparazione dei cristiani in questo campo fondamentale della pastorale, vero punto di incontro del servizio all'uomo e motivo di quell'*ecumenismo delle opere* che è trascrizione pratica del messaggio evangelico di un annuncio della Parola di Dio in quanto Parola di vita e di salvezza.

Il Santo Padre è stato chiaro, assicurando la piena collaborazione della Chiesa a quanti operano nel campo della sanità e della salute, in nome di una concezione della *salute* che include quello di salvezza: una salute "globale" che risana l'uomo nella sua totalità¹⁶.

Quanto possa fare la Chiesa, non solo gerarchicamente intesa, ma come comunità di credenti in Cristo nel campo del servizio a tutta la vita e alla vita di tutti, lo dimostra la sua presenza con oltre 30.000 istituzioni sanitarie cattoliche operanti nel mondo, con le centinaia di migliaia di sacerdoti, religiosi, religiose e laici consacrati, con i milioni di volontari, con la distribuzione capillare delle sue strutture nel territorio.

Il Dicastero Pontificio per la Pastorale degli operatori Sanitari o, come si dice oggi, della Salute, nacque come istanza di coordinamento e di animazione. Parimenti fu fondata dal Santo Padre la Pontificia Accademia per la Vita.

Il Papa dei diritti umani, è il Papa *defensor vitae*.

Il divario evidente tra possibilità e concreta realizzazione deve costituire la preoccupazione primaria di ogni riflessione scientifica e pastorale promossa dalla Chiesa. Di qui il passaggio al terzo elemento.

3. Il potere come servizio alla vita comporta l'incontro operativo tra giustizia e carità

Si dà per acquisito che l'esercizio del potere come servizio alla salute costituisca l'espressione principale del dovere della giustizia, intesa come obbligo di riconoscere e di dare a ciascuno il suo, in forza della destinazione comune dei beni¹⁷.

La storia insegna che anche nel campo del servizio alla salute, ogni impegno di realizzare la giustizia si è dimostrato, a causa della fragilità e dell'egoismo umano, insufficiente.

Senza l'apporto della carità non si è avuta né sufficiente né crescente affermazione della giustizia.

Secondo la visione cristiana, Dio solo è giusto e l'uomo può essere chiamato giusto nella misura in cui si comporta secondo il volere di Dio.

L'attributo della giustizia, tuttavia, in Dio è associato alla sua natura, che è quella di essere Amore (*1Gv 4, 9; 2Cor 13, 11*) e quindi infinita misericordia (*Mt 18, 12, 23, 25; Lc 15, 3-11; 12-32 ecc.*).

Perché il potere si trasformi in servizio alla salute è necessaria la carità che, per definizione, è *gratuità* di servizio.

C'è un equivoco, tuttavia, da superare, ed è che la gratuità – connotato essenziale della carità – sia intesa come scelta opzionale e surrogatoria.

Pesa, su termine e concetto di carità, l'ambiguità che si riscontra intendendola e praticandola, da parte dei cristiani, come forma di generosità occasionale, discontinua, opzionale.

Mentre si riconosce come cristianamente irrinunciabile il dovere della giustizia, si considera spesso un sovrappiù il prioritario dovere della carità. In realtà, come non può averci carità senza giustizia, così la giustizia, privata dell'impulso della carità, può cadere nel legalismo, nello spingere a dare soltanto il minimo indispensabile, nel non riuscire a trasformarla in atteggiamento costante e abituale della condotta cristiana.

Secondo una felice indicazione di San Gregorio Magno: "Quando doniamo ai poveri le cose indispensabili, non facciamo loro delle elargizioni personali, ma rendiamo loro ciò che è loro. Più che compiere un atto di carità, adempiamo un dovere di giustizia"¹⁸. Ciò si conferma particolarmente vero nel servizio che deve essere prestato alla salute. E la dimostrazione di questa verità, dal punto di vista della dimensione teologica del rapporto potere e salute, è offerta, nel Vangelo, dalla parola del Buon Samaritano e, nella realtà concreta sia del passato sia del mondo di oggi, dalle molteplici forme di volontariato.

Il Buon Samaritano della parola evangelica (*Lc 10,25-37*), sebbene collocato in un periodo storico che ignorava gli attuali progressi



dell'assistenza, è figura compiuta di una matura civiltà, perché il Samaritano si china "con amore" sull'infermo che reclama il recupero della vita.

Manifestandosi come amore, il Buon Samaritano, cioè Cristo stesso, salda il divino con l'umano nella sintesi dell'amore. "L'uomo – scrive il Santo Padre – non può vivere senza amore. Egli rimane per sé stesso un essere incomprensibile, la sua vita è priva di senso, se non gli viene rivelato l'amore, se non si incontra con l'amore, se non lo sperimenta o lo fa proprio, se non vi partecipa vivamente"¹⁹.

Soltanto nell'amore – che è dimensione spirituale – civiltà e servizio alla salute e alla vita possono coniugarsi: solo l'amore, infatti, offre alla condizione umana che aspira alla salvaguardia e alla promozione della qualità della vita, il massimo della dedizione e l'impegno ad accompagnare questa dedizione con tutti gli strumenti costruttivi che il progresso della scienza e della tecnica sono in grado di offrire.

La figura del Buon Samaritano costituisce il punto di riferimento per una interpretazione piena del sodalizio tra giustizia e carità, di una giustizia che dalla carità accoglie i connotati della sensibilità, della condivisione e della solidarietà.

Come è stato osservato, la stessa origine degli istituti religiosi maschili e femminili quale risposta ad istanze sociali urgenti, si deve alla scelta di una forma di vita, nel se-

gno della gratuità, che aveva le caratteristiche di una immissione della carità nella realizzazione delle opere di giustizia, dal momento che le istituzioni e le strutture pubbliche si confermavano insufficienti o incapaci di rendere il doveroso servizio alla vita²⁰.

In realtà, solo quando in una comunità cristiana l'adempimento del dovere della carità cesserà di essere ritenuto esclusivamente un'esperienza come tante, ma si trasformerà in esperienza educativa che coinvolge e responsabilizza l'intera comunità, esso si trasformerà in terreno fertile di vocazioni all'amore e, perciò, di vocazioni alle forme più alte e definitive di amore.

Salute e potere, alla luce della Parola di Dio, dell'insegnamento della Chiesa e della riflessione teologica esaltano il concetto cristiano di potere e di salute nel nome della celebrazione della vita.

Conclusione

Il mio augurio ai lavori di questa Conferenza internazionale è un invito ad avere il coraggio di scelte coerenti con la nostra fede. La misura del giudizio di Dio su tale coerenza è offerta da Gesù con le parole: "Ero infermo e mi avete visitato... Tutto quanto avrete fatto a uno solo dei miei fratelli più piccoli, l'avrete fatto a me" (*Mt 25, 40*).

Il Signore non parla di affermazioni teoriche, ma di fatti e di opere. Non che il parlare della verità sia inutile, anzi; ma – come ha detto il Santo Padre – "la carità delle opere assicura una forza inequivocabile alla carità delle parole"²¹.

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

Note

¹ Si legge, infatti, nella presentazione del programma: "Dieu tout-puissant manifeste son pouvoir par sa création merveilleuse. La direction la plus intelligente de la force est celle qui conduit à la vie, à susciter la vie. La santé est une tension harmonieuse vers la plénitude de la vie, elle est la force orientée vers la vie, elle est le pouvoir authentique".

² Una distinzione, questa, che sebbene molto chiara, almeno nell'uso corrente della lingua italiana, non lo è altrettanto, per esempio, nelle

lingue francese e inglese. Cfr *Vocabolario della Lingua Italiana*, Istituto dell'Encyclopædia Italiana, IV, Roma 1991, p. 322, secondo il quale con il termine *salute* si intende lo stato di benessere fisico psichico e aggiungerei, spirituale; con il termine *sanità*, pur senza escludere il suddetto significato, si intende piuttosto l'insieme delle istituzioni al servizio della salute.

³ Il concetto di *potere* come servizio è pressoché sconosciuto ai dizionari della lingua italiana che definiscono il potere, *in generale*: come "capacità, possibilità oggettiva di agire", come "potenza", come "capacità superiore" (poteri paranormali, taumaturgici ecc.), come "capacità di influire sul comportamento altri, di influenzarne le opinioni, le decisioni, le azioni, i pensieri", come "dominio, possesso"; *in particolare*, nel senso giuridico di facoltà di compiere azioni rilevanti (potere legislativo, esecutivo, giudiziario) o nel senso di proprietà specifica (potere di acquisto, potere economico, potere di mercato ecc.). Cfr. *Vocabolario della lingua italiana*, Istituto dell'Encyclopædia Italiana, Roma 1991, III, p. 1039.

⁴ Un testo evangelico fa da sfondo a questa concezione teologica di salute e potere. Gesù, dal quale emanava grande autorità (*Lc 6, 19*), ha detto: "I capi delle nazioni, voi lo sapete, dominano su di esse e i grandi esercitano su di esse il potere. Non così dovrà essere tra voi; ma colui che vorrà diventare grande tra voi, si farà vostro servo, e colui che vorrà essere il primo tra voi, si farà vostro schiavo, appunto come il Figlio dell'uomo che non è venuto per essere servito, ma per servire e dare la sua vita in riscatto per molti" (*Mt 20, 25-28*). Che cosa significa "riscatto", è spiegato nell'altro passo evangelico attribuito a Gesù: "Io sono venuto perché / tutti / abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (*Gv 10, 10*). Vita come ricupero della salute, come salvaguardia della salute e come pienezza della salute e, quindi, come pienezza di vita.

⁵ *Lc 9, 2.*

⁶ "Senza questa forma di evangelizzazione compiuta attraverso la carità e la testimonianza della povertà cristiana, l'annuncio del vangelo, che pure è la prima carità, rischia di essere incomprendo o di affogare in quel mare di parole a cui l'odierna società della comunicazione quotidiana ci espone". Lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*, 06.01.2001, n. 50.

⁷ Motu proprio *Dolentium Hominum*, 11.02.1985 n. 1.

⁸ *La salute riproduttiva dei Rifugiati*, Città del Vaticano 2001.

⁹ M. VANTI, S. Camillo de Lellis, Coletti Editore, Roma 1957, p. 469.

¹⁰ C. NEWCOMBE, *Brother Zero. A Story and Life of Saint John of God*, New York 1955.

¹¹ P. MARCHESI, *La riconciliazione nel mondo della Sanità*. Intervento al Sinodo dei Vescovi, Roma, 29 settembre-29 ottobre 1983, p. 4.

¹² "È ben evidente che ci deve essere un rapporto tra predicazione e azione, tra il nostro essere in Cristo e il nostro essere nella storia... Le opere del cristiano sono *servizio cristiano*. È questo il senso della relazione istituita da Cristo tra predicare il Regno di Dio e guarire". S. ROSTAGNO, *Teologia e società*. Claudiana, Torino 1989, p. 112-113.

¹³ "La difesa e la promozione della vita non sono monopolio di nessuno, ma compito e responsabilità di tutti". Lett. enc. *Evangelium vitae*, 25.03.1995, n. 91.

¹⁴ "La questione della vita e della sua difesa e promozione non è prerogativa dei soli cristiani. Anche se dalla fede riceve luce e forza straordinarie, essa appartiene ad ogni coscienza umana che aspira alla verità ed è attenta e pensosa per le sorti dell'umanità. Nella vita c'è sicuramente un valore sacro e religioso, ma in nessun modo esso interessa solo i credenti: si tratta infatti di un valore che ogni essere umano può cogliere anche alla luce della ragione e che perciò riguarda necessariamente tutti". *Ibidem*, n. 101.

¹⁵ "Il miglior modo per superare e vincere la pericolosa cultura della morte consiste proprio nel dare solidi fondamenti e luminosi contenuti ad una cultura della vita che ad essa si contrapponga con vigore. Non è sufficiente, anche se necessario e doveroso, limitarsi a esporre e denunciare gli effetti letali della cultura della morte. Occorre piuttosto rigenerare di continuo il tessuto interiore della cultura contemporanea, intesa come mentalità vissuta, come convinzioni e comportamenti, come strutture sociali che la sostengono. Tanto più preziosa appare questa riflessione, se si tiene conto che dalla cultura non viene influenzata soltanto la condotta individuale, ma anche le scelte legislative e politiche, le quali, a loro volta, veicolano spinte culturali che non di rado ostacolano, purtroppo, l'autentico rinnovamento della società". *Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti alla VII Assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita*, 3 marzo 2001. *L'Osservatore Romano*, 4 marzo 2001, p. 2.

¹⁶ "I problemi suscitati o resi più acuti dalla civiltà tecnologica e, insieme, gli interrogativi degli uomini e delle donne del nostro tempo convergono nel farci presenti i pericoli del predominio di una razionalità unidimensionale. L'impostazione scientifica, la molteplicità delle branche e dei tempi in cui si dispiegano le sue ricerche, i limiti del sapere e della sua comunicazione, sono tutti fattori che gettano nuova luce sulle possibilità e le esigenze di un uso universale e coerente della ragione. La ragione umana si impone oggi, con maggiore evidenza di un tempo, come una capacità pluridimensionale di conoscenza e non svela la sua coerenza profonda se non a prezzo di una riflessione tanto più necessaria quanto più difficile. Nella prospettiva direttamente etica... la ragione appare dotata di una intenzionalità multipla e correlativa, come capacità di decifrazione del mondo e dell'uomo come soggetto individuale, come comunicazione intersoggettiva, come vocazione allo sviluppo, cioè al superamento, alla trascendenza". C.J. PINTO DE OLIVEIRA, *La crisi della scelta morale nella società tecnica*, Torino 1978, p. 65-66.

¹⁷ "La Chiesa apprezza quanti operano in questo campo e offre alle pubbliche strutture il suo apporto per rispondere alle esigenze di una cura integrale della persona. In ciò è mossa e sostenuta da una visione della salute che non è semplice assenza della malattia, ma tensione verso un'armonia piena e un sano equilibrio a livello psichico, spirituale e sociale. Propone un modello di salute che si ispira alla *salvezza salutare* offerta da Cristo: un'offerta di salute globale, integrale che risana il malato nella sua totalità". *Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Convegno promosso dall'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità della CEI*, 12 maggio 2001. *L'Osservatore Romano*, 13 maggio 2001, p. 6.

¹⁸ "L'uomo, usando dei beni creati, deve considerare le cose esteriori che legittimamente possiede, non solo come proprie, ma anche come comuni, nel senso che possano giovare non unicamente a lui, ma anche agli altri". Concilio Ecumenico Vaticano II, Cost. past. *Gaudium et spes*, 69.

¹⁹ GREGORIO MAGNO, *Regula pastoralis*, 3, 21.

²⁰ GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Redemptor hominis*, 10.

²¹ "Le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro" GIOVANNI PAOLO II, Lett. apost. *Salvifici doloris*, 11.02.1984, 29.

²² "La carità delle opere assicura una forza inequivocabile alla carità delle parole. Lett. apost. *Tertio Millennio Ineunte*, 06.01.2001, 50.

II. LA REALTÀ

JEAN FOYER

1. Il potere dell'economia nel campo della salute

Nei paesi industrializzati, il genere umano, che non vuole più pensare alla morte, prova un intenso bisogno di salute. A questo i progressi della scienza e della tecnica permettono di rispondere sempre meglio, con la prevenzione e le cure, con medicinali potenti ed efficaci, con una chirurgia sempre più audace e mezzi di ricerca e di trattamento continuamente perfezionati. Dopo aver decifrato il genoma umano, si è aperta la strada alla medicina predittiva e alle terapie geniche. Tutto ciò ha un costo. Nei paesi industrializzati, le spese per la sanità rappresentano una parte importante del prodotto interno lordo (PIL), che il più delle volte si aggira attorno al 10%. Negli Stati Uniti raggiunge il 14%.

Le attività relative alla sanità sono dunque attività economiche. Nella scorsa metà del secolo si è formata una nuova branca delle scienze economiche, che è stata denominata economia della salute e che è oggetto di ricerche in numerosi centri e istituti, nonché materia di insegnamento. Considerabile è diventata la letteratura in materia, libri e articoli di riviste soprattutto in lingua inglese. Questa nuova disciplina presenta tuttavia grandi difficoltà. Le nozioni sono difficilmente quantificabili. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute con una formula ben nota: "La salute è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto l'assenza di malattie o infermità". Il benessere è difficil-

mente misurabile e non di meno è fuori dal campo del quantificabile la valutazione monetaria della produzione degli agenti e degli edifici sanitari.

Tuttavia, i lavori degli economisti della salute, fondati sulla statistica, apportano lumi che permettono di rispondere in qualche modo alla questione che ci viene posta, "quella del potere dell'economia nel campo della salute". Essi portano a considerare principalmente la salute in un senso che l'OMS reputa troppo ristretto, quello dell'assenza di malattia o infermità, al fine di ricercare anzitutto come e in quale misura il funzionamento dell'economia possa favorire, o al contrario deteriorare, lo stato di salute *stricto sensu*, e poi di esaminare come l'economia determini le attività del sistema sanitario.

Evidentemente, può trattarsi solo di considerazioni di carattere molto generale. Nel campo sanitario la disuguaglianza è considerevole, ampiamente funzione dello stato dell'economia. Essa è osservabile all'interno di ogni paese e forse ancor più tra i paesi del Nord e quelli del Sud, secondo la terminologia in atto tra paesi ricchi e paesi poveri, tra paesi industrializzati e in via di sviluppo o meno avanzati. Queste differenze di livello e di grado spiegano in parte, ma non spiegano del tutto le differenze tra i sistemi sanitari e le modifiche introdotte dai modi di finanziamento.

Partendo da queste osservazioni, esamineremo:

I – il potere dell'economia sullo stato della salute;

II – il potere dell'economia sul sistema sanitario.

I. Il potere dell'economia sullo stato della salute

Lo stato della salute di una popolazione sul territorio di un determinato Stato è determinato o influenzato dal funzionamento dell'economia, nell'ordine sincronico e nell'ordine diacronico? E, se sì, in quale misura?

È questo l'interrogativo relativo al potere dell'economia sullo stato della salute. La risposta a questa domanda non è univoca né uniforme. Il funzionamento dell'economia può fare il bene o fare il male, produrre effetti positivi o negativi o non produrli affatto ovunque e per chiunque.

a. Effetti positivi

Per misurare il miglioramento della salute in base al funzionamento dell'economia, gli economisti prendono in considerazione i rapporti tra la crescita dell'economia con, da una parte, l'aspettativa di vita e, dall'altra, la diminuzione della mortalità infantile. Il primo rapporto, tra aspettativa di vita e reddito per abitante, è stato calcolato dalla Banca Mondiale nel 1993 e dal programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo. È sorprendente la curva che fa salire l'aspettativa di vita oltre i settantacinque anni, come pure sorprendente

è lo studio compiuto sull'evoluzione del tasso di crescita del PIL e del tasso di crescita all'inverso della mortalità infantile.

Questa correlazione è spiegata da un insieme di conseguenze del miglioramento del livello di vita che la crescita ha reso possibile. Condizioni di vita adeguate prevedono la propagazione delle malattie contagiose (tubercolosi); la crescita ha permesso di finanziare l'educazione (quella delle donne che formano e curano i bambini), i programmi di prevenzione e i sistemi sanitari, di cui ripareremo.

Sono stati rilevati i rapporti dello stato sanitario con le variazioni della crescita nel corso dei cicli lunghi di Kondratiev e dei cicli corti.

È considerabile ed è stato notato che l'aspettativa di vita aumentava fortemente per i paesi poveri in funzione del loro sviluppo, mentre era debole nei paesi ricchi. Sembra quasi una corsa ad ostacoli. Alcuni autori hanno calcolato che l'aspettativa di vita aumentava finché il reddito per abitante era inferiore a 10.000 dollari e che la sua progressione rallentava in seguito.

La correlazione tra crescita economica e aspettativa di vita è verificata al contrario. L'anti-crescita, il deterioramento dell'economia, è accompagnato da una riduzione dell'aspettativa di vita. Il fatto si osserva negli Stati nati dalla vecchia Unione Sovietica e dagli altri paesi dell'Europa centrale e orientale. Dopo il 1990 – prima di questa data la situazione dell'economia non era brillante – la mortalità degli uomini russi è regredita da 65 a 60 anni. Le malattie cardiovascolari e il cancro uccidono due volte più che in occidente, mentre sono ricomparse con forza malattie contagiose, quali la difterite e la tubercolosi.

In quest'ultimo caso si è verificata una regressione mentre, per numerosi paesi, la progressione stessa è troppo debole quando non del tutto inesistente.

Per quanto riguarda la salute, nel mondo regna la disegualanza tra i paesi e all'interno degli stessi Stati industrializzati.

La situazione più drammatica è senza dubbio quella dell'Africa

sub-sahariana, dove la salute si è degradata e continua a degradarsi. L'Africa conta il 10% della popolazione della terra, produce il 10% del PIL mondiale e partecipa per il 2% agli scambi internazionali. Negli ultimi dieci anni, questo continente ha visto diminuire l'aspettativa di vita dei suoi abitanti. Certamente le guerre hanno contribuito a deteriorare lo stato sanitario, ma sono apparse o riapparse malattie alle quali economie balbuzienti o fragili non permettono di porre rimedio. L'AIDS ha fatto la sua comparsa in questo continente e si è diffuso con una velocità folgorante. In alcuni paesi dell'Africa centrale, il 25% della popolazione è sieropositiva. La malaria e le malattie contagiose imperversano, mentre altrove sono state sradicate. L'aspettativa di vita nel continente è di quarant'anni, come era 150 anni fa in Europa e in America del Nord.

Il miglioramento dello stato della salute in questi paesi potrebbe avvenire con la restaurazione o il loro sviluppo. L'aiuto allo sviluppo al fine di ridurre disegualanze tanto ingiuste è uno dei grandi problemi internazionali la cui urgenza è di solito riconosciuta, ma la cui soluzione sembra allontanarsi più che avvicinarsi.

In ogni paese esiste ancora l'ineguaglianza benché gli sforzi che tendono a correggerla siano di solito più efficaci, ma sempre insufficienti. Ci sono sempre ricchi e poveri per i quali l'aspettativa di

vita differisce e ai quali le cure sono più o meno facilmente accessibili. Tuttavia, i sistemi sanitari tendono ad aprire l'accesso alle cure, e se non si rende immediatamente uguale per tutti, l'aspettativa di vita si allunga mentre il reddito aumenta.

Per una parte del resto, alcune di queste disegualanze sono prodotte dal funzionamento dell'economia.

b. Gli effetti del deterioramento

I deterioramenti dello stato della salute dovuti all'economia sono di diverso tipo, alcuni colpiscono l'insieme della popolazione e sono l'effetto di attentati all'ambiente. Non parliamo qui della guerra. Altri sono effetti più individualizzati. Gli uni colpiscono gli agenti economici, si tratta allora dell'erosione del capitale umano, gli altri l'utilizzo di prodotti o di servizi offerti dall'attività economica, cioè le epidemie industriali.

b.1. L'erosione del capitale umano

Il termine capitale umano è comunemente utilizzato dagli economisti (cf. *Dictionnaire des Sciences économiques* – Paris, PUF 2001 – V° Capital. P. 103 col. 1). Non è molto felice perché ha un suono molto materialistico. Esso non indica un bene materiale, come una macchina o una quantità di denaro, ma capacità umane, cioè capacità produttive legate alla persona, in materia di talento e conoscenza. Poiché queste capacità sono una fonte, presente e futura, di beni e servizi, dunque di reddito, viene loro attribuito il termine di capitale.

Nei secoli scorsi, Marx e i marxisti preferivano parlare della forza lavoro, più che di capitale umano, termine allora inusitato. Essi hanno insistito molto sull'usura della forza lavoro, prodotta dal funzionamento dell'impresa capitalistica, e il movimento operaio ha reclamato misure atte ad attenuare questi effetti e a porre loro rimedio. Si osserverà che l'economia sovietica ha senza dubbio abusato della forza lavoro più di qualsiasi altra economia occidentale.

Nei paesi del nord, la legislazio-



ne del lavoro ha molto migliorato, sotto questo aspetto, le condizioni del personale delle imprese: limitazione della durata del lavoro, concessione delle ferie, introduzione di regole di igiene e sicurezza, apertura alla formazione permanente; purtroppo ciò non è uguale per tutto il mondo. In numerosi paesi, bambini, donne e anche uomini continuano ad essere sottoposti al lavoro in condizioni insopportabili e anche inammissibili, e vi lasciano la salute. E, purtroppo, in molti casi sottoporvisi è inevitabile.

Gli effetti del deterioramento sono più notevoli sull'aspettativa di vita. Si parla a questo proposito di *mortalità differenziale*. L'aspettativa di vita è legata, per una parte non trascurabile, alla natura e alla durata dell'attività professionale esercitata. In numerosi paesi, la legge ha tenuto conto dell'attività esercitata per fissare l'età dell'ammissione al pensionamento di funzionari e impiegati dei servizi pubblici. In verità, l'età fissata, quando è poco elevata, non corrisponde sempre all'oberosità del lavoro svolto. In Francia, ad esempio, gli insegnanti possono andare in pensione a 55 anni. La conseguenza sulla longevità è evidente. Gli insegnanti costituiscono la categoria alla quale è permessa l'aspettativa di vita più lunga.

Un effetto delle epidemie industriali è l'accorciamento della vita umana, malattie e infermità gravi.

b.2. Le epidemie industriali

Il termine sembra curioso. Esso indica fenomeni la cui teoria è recente. Possiamo considerare che si tratta proprio di epidemie, cioè di patologie che colpiscono un gran numero di persone o un determinato territorio. Ma queste epidemie non sono causate dalla diffusione di un batterio o di un virus, bensì dal consumo o dall'uso di prodotti offerti da certi commercianti o industrie e che sono, in generale, molto proficui per queste industrie o vendori. Tali consumi sono a volte involontari, ad esempio quelli dell'amianto la cui inalazione genera il cancro al polmone. Altri, senza dubbio più numerosi, sono volontari se i consumatori non immaginano affatto il pericolo. Essi



sono molteplici e la lista è lunga. Talora, si tratta di prodotti consumati dall'organismo umano, quali il tabacco, che provoca tumori, malattie respiratorie e cardio-vascolari negli uomini e, insieme alla pillola, nelle donne; l'alcol e le droghe. Talora, si tratta di prodotti che moltiplicano le capacità di nocività degli esseri umani a detrimento loro o di altri. Di questo genere sono i veicoli a motore e le armi da fuoco. Questi non sono che esempi.

È un potere molto negativo che l'economia industriale esercita in questo modo sulla salute. Esso è considerato come caratteristica del XX secolo. Il calcolo ha rivelato che le epidemie industriali colpiscono soprattutto gli uomini giovani. La prova è stata monitorata specialmente per la Francia. Per i ragazzi dai 15 ai 25 anni, la mortalità dovuta alle epidemie industriali ha sostituito la mortalità dovuta una volta alle malattie classiche che la vaccinazione ormai previene e la medicina guarisce. La metà degli uomini morti prima dei 65 anni è imputabile a queste epidemie, il che spiega il maggior numero di morti maschili rispetto alle femminili (cf. Meslé et Vallin – *Transition sanitaire: bilan et perspectives*, in *Médecine et Science Jove* n. 11).

Il legislatore non può lasciare che si sviluppi, in rapporto alla produzione e alla commercializzazione, un liberalismo economico

senza limiti e senza freni. In molti paesi, lo Stato si preoccupa di ridurre gli effetti dei consumi che generano epidemie industriali.

Per l'esperienza e l'uso, i mezzi economici sembrano essere i più efficaci, partendo dall'elasticità consumo/prezzo. Il rincaro del prezzo del tabacco, con l'imposizione di pesanti tasse fiscali, ha la virtù di ridurre il consumo.

Più in generale, l'istituzione di diritti fiscali sui consumi nocivi per la salute è uno dei mezzi raccomandati – sono in verità molto poco praticati – per finanziare parte dei sistemi sanitari. Si tratterebbe allora di fare dell'“auto-inquinatore” uno che paga.

II. Il potere dell'economia sul sistema sanitario

In origine, fin quando un paese contava dei professionisti sanitari, poiché non tutti ne avevano, il sistema sanitario è stato libero (cf. *Dictionnaire des Sciences économiques*, V° Santé p. 841 col. 1). La dispensazione delle cure era attività di liberi professionisti che prestavano i loro servizi ad orari convenuti con i pazienti e pagati da loro. Lo Stato si accontentava di mantenere una polizza sanitaria leggera. Il sistema era completato dalla carità. Gli indigenti venivano accolti in ospedali che erano piuttosto ospizi. Per il pagamento degli onorari fu istituita più tardi

un'assistenza medica gratuita. I pazienti avevano potuto contrattare un'assicurazione contro le malattie presso compagnie assicuratrici e, per i meno fortunati, delle iniziative private crearono cassamutue di soccorso.

Questo sistema è ancora quello di gran parte dell'umanità, qualche volta completato, nei paesi che un tempo erano colonie, con l'intervento di servizi sanitari militari che hanno esercitato un'azione molto benefica di prevenzione mediante l'eliminazione di malattie pericolose quali la febbre gialla o la tripanosomiasi (malattia del sonno).

In un sistema del genere, la popolazione più povera era in una situazione degna di commiserazione, quando su di lei si abbatteva una malattia grave. La miseria la colpiva, se già non si era abbattuta su di lei, e spesso in maniera definitiva.

Nacque così l'idea di ripartire il carico delle spese di prevenzione e di cure su una collettività di persone ciò che la mutualità aveva cominciato a fare. A partire dalla fine del XIX secolo, furono istituiti nuovi sistemi sanitari che derivavano da questa idea. Era però necessario che il livello di sviluppo dell'economia lo permettesse. Ciò dipendeva dunque dal suo potere. Necessaria all'istituzione di questi sistemi, l'economia tende anche a regolarne l'ampiezza.

a. Economia e istituzione dei sistemi sanitari

I moderni sistemi sanitari sono nati in Europa. Ognuno di essi vi conserva un campo d'applicazione anche se hanno avuto degli imitatori in altri continenti e, nel corso degli anni, ognuno ha preso in prestito alcuni dei suoi elementi dall'altro. Essi sono stati istituiti nei paesi più industrializzati che avevano una popolazione operaia numerosa e spesso povera. Affinché un tale sistema fosse necessario, bisognava che ci fossero numerosi poveri e allo stesso tempo che l'economia fosse abbastanza forte da sopportare il peso del sistema, cioè il livellamento dei costi del sistema sanitario mediante prelievo dalla ricchezza nazionale.

L'idea generale era quella di ri-

partire il peso delle spese sanitarie su una collettività di persone e – per raggiungere il risultato sociale mirato – in maniera tale che la quota di pagamento tenesse conto della situazione finanziaria dei paganti, più che della natura e della gravità del rischio coperto dal sistema. Il primo di questi sistemi fu creato in Germania nel primo quarto del XIX secolo su iniziativa del Cancelliere Bismarck. Il secondo è stato teorizzato dall'economista inglese Beveridge, all'indomani della seconda guerra mondiale. Entrambi sono il più delle volte indicati con il nome dei due ideatori.

a) Elemento della *Sozial Politik* di Bismarck che tentava di unire il mondo operaio al regime imperiale nel 1880, il sistema sanitario di Bismarck, detto qualche volta professionale e più tardi imitato in Francia, è stato istituito nel 1883. Si trattava di un sistema d'assicurazione obbligatoria contro le malattie degli stipendiati a basso salario dell'industria. La sua istituzione sembrò possibile perché, economicamente, l'industria tedesca aveva la forza di sostenerlo. Il sistema era finanziato da una quota di iscrizione calcolata per ogni assicurato non in funzione della natura e della gravità del rischio, ma sull'ammontare del salario. E soprattutto – ed è qui che l'economia aveva permesso l'istituzione di questa riforma sociale – la metà della quota era a carico dell'impresa. La malattia non veniva rimborsata integralmente, ma era chiesta una partecipazione dal 10 al 15%, che poteva essere coperta da un'assicurazione.

Quando i regimi di assicurazione sociale sono stati estesi ad altre categorie professionali con piccoli effetti di salariati, o che non ne avevano affatto, l'adattamento è stato disaghevole e ha richiesto a volte delle compensazioni demografiche tra regimi e perfino un finanziamento parziale da parte dello Stato.

Si trattava di un sistema incompleto, che venne corretto solo a tappe – e richiese molto tempo – poiché non garantiva né gli esclusi, né i disoccupati, né quanti non lavoravano. L'assicurazione medica di tipo bismarkiano resta sotto

la stretta dipendenza dell'evoluzione dell'economia. I regimi delle attività economiche in declino sono inevitabilmente deficitari, mentre quelli delle professioni emergenti sono naturalmente eccedenti. Tutto ciò comporta delle conseguenze quasi matematiche. Le quote di iscrizione e i diritti alle prestazioni gestiti da casse differenti possono essere diversi, il che è considerato ingiusto da parte di coloro che ricevono poco o che pagano di più.

La dottrina contemporanea si è occupata dell'evoluzione della parte delle spese sanitarie nel PIL secondo i cicli di crescita della vita economica, cicli lunghi una cinquantina d'anni messi in evidenza da Kondratiev (cf. Schilling – *La dynamique de longue durée du système de soins. Thèse Montpellier* 1995), o cicli brevi da cinque a sette anni, detti cicli degli affari (Y. Ulman. *Croissance et santé – Les nouvelles théories de la croissance appliquée aux pays développés. Thèse Paris – Val de Marne* 1999). Questi studi conducono ad osservazioni a volte inattese. Per lungo tempo le fasi della prosperità dei cicli Kondratiev hanno conosciuto una regressione o almeno una stabilizzazione delle spese sanitarie e le fasi di recessione una progressione di queste spese; le politiche sociali tendono a compensare il deterioramento della situazione sociale. Al contrario, il ciclo iniziato all'indomani della seconda guerra mondiale ha conosciuto in Europa un forte aumento delle spese sanitarie durante la fase di progressione (1945 – 1975) e un certo rallentamento durante la fase di recessione (1975 – 1995).

Tale inversione è dovuta agli interventi degli Stati che, in un primo tempo, hanno continuamente esteso la protezione sociale a categorie professionali che fino ad allora non ne avevano beneficiato affatto, e in un secondo tempo si sono sforzati di rallentare la progressione delle spese, perché la disoccupazione riduceva il prodotto delle quote.

Nel ciclo breve, le evoluzioni sono contrastanti tra la maggioranza dei paesi del Nord e dei membri dell'OCDE in cui la crescita delle spese sanitarie è stata inversa a

quella del PIL a breve termine. È andata diversamente in Germania, Austria, Danimarca, Francia e Grecia.

Questo confronto verteva su sistemi differenti.

b) Il sistema sanitario detto di Beveridge, nato nel Regno Unito all'indomani della seconda guerra mondiale, è stato imitato, quando non adottato, nei paesi scandinavi e nei paesi mediterranei dell'Europa. Si tratta di un sistema statalistico, caratterizzato dall'esistenza di un servizio sanitario nazionale, aperto a tutti, gratuito e finanziato dalle imposte. In verità, l'idea non era nuova. I russi avevano istituito un sistema sanitario nazionale nel 1925, che è stato imitato a partire dal 1945 dalle vecchie democrazie popolari e che ha prodotto ovunque risultati detestabili, a differenza dei risultati ottenuti nell'Europa occidentale.

Anche il finanziamento mediante imposte è in relazione con il livello di sviluppo e lo stato dell'economia. Si spiega così perché i paesi in via di sviluppo e soprattutto i paesi meno progrediti ai quali un sistema di tipo Bismarck è inapplicabile, per mancanza di un tessuto industriale sufficiente, non l'abbiano istituito.

c) Possiamo parlare di un sistema sanitario nei paesi poveri, anche quando può esserci qualche ospedale, spesso sprovvisto delle moderne attrezzature e di alcune medicine?

Questi paesi attualmente si ribellano al sistema dei brevetti dei medicinali, a cui rimproverano di lasciare agli industriali dei paesi sviluppati il potere di regolarne l'approvvigionamento e di fissarne i prezzi. Tale sistema generalmente è giudicato necessario all'investimento nella ricerca. Fino alla metà del XX secolo, la maggior parte delle legislazioni escludeva dalla brevettabilità i nuovi medicinali. L'esclusione è stata tolta, in quanto l'industria si è orientata verso la ricerca di nuove molecole, ricerca che presenta costi enormi dato che il risultato terapeutico di una molecola è spesso aleatorio. La maggior parte dei paesi del mondo ha aderito alla Convenzione d'unione di Parigi

del 1883 per la protezione della proprietà industriale e, più di recente, all'accordo di Marrakech del 1994 in cui è stata istituita l'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questo accordo comporta un'appendice sugli aspetti dei diritti di proprietà industriale che interessano il commercio, detto accordo ADPIC. Gli Stati hanno istituito, di conseguenza, delle legislazioni sui brevetti di invenzione e si lamentano del monopolio conferito dal brevetto, che ren-

crescita dei diversi settori dell'economia. In mancanza di ciò, quando il ritmo di crescita di un settore è più rapido di quello della ricchezza nazionale, esso mette in pericolo gli equilibri macro-economici. L'osservazione è particolarmente evidente nella crescita delle spese sanitarie (C.C. Thurow, in *New England Journal of medicine* – 1984).

Un'accelerazione del ritmo di crescita delle spese sanitarie comporta una reazione, altrimenti questa accelerazione minaccia quasi tutti i sistemi. Essa è dovuta certamente al costo crescente dei mezzi di trattamento, ma per una parte anche al sistema stesso. Il suo successo – cioè la prevenzione e la guarigione – aumentano sia l'aspettativa di vita sia le spese sanitarie imputabili all'invecchiamento.

Ora, se non gli vengono posti limiti, l'aumento delle spese sanitarie comporta un aumento dei prelevamenti obbligatori, imposte o quote, con ripercussioni diverse. Di qui lo sforzo dei legislatori o degli organismi di gestione del sistema sanitario per moderare, arrestare o invertire la progressione. Questo è un compito difficile, in quanto il suo adempimento è di natura tale da provocare più malcontenti e rancori che incoraggiamenti e soddisfazioni. Tuttavia, l'aumento degli oneri imposti alle imprese ha conseguenze malsane. Un autore francese, membro della Pontificia Accademia delle Scienze, M. Malinvaud, ha mostrato che i paesi che fanno sostenere le più alte quote sociali alle imprese sono quelli che presentano il tasso più alto di disoccupazione, come la Francia, la Spagna e l'Italia (Malinvaud – *Les cotisations sociales à la charge des entreprises – La Documentation Française*. 1997). Neanche l'aggravio dell'onere dell'imposta è perfettamente innocente, anche se le sue ripercussioni sulla disoccupazione sono in apparenza meno visibili.

La molteplicità delle misure istituite e dei mezzi messi in atto illustra abbastanza bene la difficoltà, senza dubbio più politica che economica e tecnica, di fermare la progressione che la legge agisca sulla domanda, sull'offerta o sulla natura delle cure rimborsate o sul



de il titolare di questo titolo padrone del prezzo del prodotto. Ora, con una stupefacente inversione di marcia, gli Stati Uniti, che avevano praticamente forzato la mano agli Stati poveri per farli aderire all'accordo ADPIC, hanno, a loro volta, giudicato eccessive le prerogative annesse ai brevetti dei medicinali, costringendo la Bayer a ridurre il prezzo dei suoi medicinali brevettati efficaci nel trattamento del carbonchio.

Sotto questo aspetto, i legami dell'economia e della salute devono essere considerati non soltanto nell'ordine sincronico, ma anche nell'ordine diacronico.

b. L'economia e la moderazione delle spese del sistema sanitario

La dottrina americana ha messo in luce la necessità di una concordanza tra il ritmo di crescita della ricchezza nazionale e i ritmi di

volume delle spese dedicate alla salute. Tutte misure, queste, più o meno mal accettate. In tutti i casi, è l'economia che costringe a limitare le spese o a ridurre ed escluderne il rimborso. Anche qui si esercita, non senza resistenza, ma si esercita comunque il potere dell'economia.

Quando la misura presa consiste nel non applicare più la dialisi a dei malati di reni che hanno supe-

rato l'età dei sessantacinque anni, possiamo immaginare le obiezioni che tali misure possono legittimamente sollevare.

In conclusione, il costo delle cure ha i propri limiti nelle possibilità offerte dall'economia. È così nei paesi industrializzati. Allo stesso tempo, l'insufficienza delle risorse offerte dall'economia dei paesi poveri non permette di dispensare le

cure più essenziali e solo un corso enorme da parte dei paesi industrializzati può apportare qualche miglioramento.

Sono questi i problemi più difficili che attendono i tempi a venire, e li attendono in un futuro prossimo.

Prof. JEAN FOYER
Membro dell'Istituto di Francia
Membro della Pontificia Accademia
per la Vita

MICHAEL F. COLLINS

2. Potere e politica di assistenza sanitaria

L'obiettivo di questo simposio del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute è quello di analizzare l'assistenza sanitaria, nelle sue molteplici espressioni, ed il potere, e le sue molteplici forze, al fine di indicare alla Chiesa come migliorare ed ampliare il proprio ministero di assistenza sanitaria e la propria influenza sulle attività e sulle politiche sanitarie nel mondo. Si tratta, alla luce delle problematiche che il mondo di oggi deve affrontare, di un'iniziativa molto appropriata per una Chiesa cui sono state affidate l'assistenza e la dignità di ogni persona.

Ci sono, nel Vangelo, molti riferimenti al ministero terapeutico di Gesù. Tutti conosciamo i racconti di Gesù che ridà la vista ai ciechi¹, la parola ai muti² e l'udito ai sordi³, che cura i lebbrosi⁴, la donna emorroissa⁵ e che tende la mano a coloro che non possono camminare⁶. Parte integrante della missione di Gesù sulla terra era una profonda attenzione per gli infermi. Malgrado le sofferenze incontrate, Gesù ha dimostrato che l'assistenza agli ammalati era parte integrante della Sua vita quotidiana. I Suoi poteri terapeutici erano rivolti alla malattia. Nel curare la malattia, Egli curava l'intera persona: corpo, anima e spirito. Gesù ci insegna con l'esempio che dobbiamo

cercare di offrire la stessa cura a tutti coloro che si rivolgono a noi nel bisogno.

Arricchita dal Suo insegnamento, negli ultimi due millenni la Chiesa Cattolica ha proseguito nel proprio impegno verso gli ammalati. La storia è piena di esempi che mostrano la Chiesa protesa verso gli infermi, sia poveri che tutti coloro privati del diritto di voto, portando avanti l'esempio di Gesù nel tempo moderno.

I religiosi e le religiose possiedono una ricca tradizione di assistenza agli infermi. Non c'è dubbio che questa rappresenti una componente integrante della loro missione. Le Suore della Misericordia, le Figlie della Misericordia e gli Alessiani sono fulgidi esempi di questa verità⁷.

In tutta la lunga storia dell'assistenza, chi si è dedicato al ministero dell'assistenza sanitaria cattolica è stato guidato dagli insegnamenti della Chiesa e dalla nostra limpida tradizione morale. La Chiesa Cattolica non è nuova al suo impegno verso gli infermi, né allo sviluppo dei propri insegnamenti. Questi insegnamenti e tradizione morale, che trovano le proprie radici nel tempo di Gesù sono principi che hanno costruito solide fondamenta dalle quali possono procedere coloro che operano nel-

l'assistenza agli infermi. Gli ospedali cattolici ed il comportamento di coloro che operano in queste istituzioni rappresentano l'incarnazione moderna del ministero del potere terapeutico di Gesù.

Concentrerò le mie osservazioni sul tema del Potere e della Politica Sanitaria, con specifico riferimento all'assistenza sanitaria in genere ed alla politica sanitaria cattolica negli Stati Uniti. Attingerò alle mie esperienze come medico e come direttore generale della *Caritas Christi Health Care System*, un grande organismo cattolico che si occupa dell'assistenza sanitaria nell'Arcidiocesi di Boston, nel Massachusetts, come Segretario dei servizi di Assistenza Sanitaria di Sua Eminenza il Cardinale Bernard Law, Arcivescovo di Boston e come attuale Presidente del Consiglio di Amministrazione della *Catholic Health Association* degli Stati Uniti d'America. In quest'ultima funzione condivido la responsabilità di contribuire a delineare ed influenzare la politica assistenziale per conto degli enti di assistenza sanitaria della Chiesa Cattolica negli Stati Uniti.

Voglio, innanzi tutto, contestualizzare per voi il ruolo della *Caritas Christi Health Care System* nel ministero della Chiesa nell'Arcidiocesi di Boston (la quarta dioce-

si cattolica per dimensione in tutto il Nord America) ed il ruolo rilevante che l'assistenza sanitaria cattolica riveste rispetto all'intero sistema sanitario nel nostro paese.

Ritengo che la forza ed il potere dell'assistenza sanitaria cattolica negli Stati Uniti siano diretta conseguenza dell'unità della sua missione. Infatti, mentre negli Stati Uniti l'assistenza sanitaria è manifestamente una raccolta di grandi aziende imprenditoriali, che incidono per più del 16% dei ricoveri ospedalieri della nazione e per oltre 50 miliardi di dollari di entrate nette da parte dei pazienti ogni anno, l'assistenza sanitaria cattolica è stata, e resta ancor oggi, una missione prima ed un'impresa poi. Consentitemi di sottolineare questo punto, perché io credo che la fonte del nostro potere e della nostra influenza nel campo della politica sanitaria sia l'imperativo del ministero dell'assistenza sanitaria della Chiesa.

Negli Stati Uniti ci sono oggi 637 ospedali di terapia intensiva cattolici ed oltre 500 strutture a lunga degenza, o non-intensive. Sessantuno organismi cattolici di assistenza abbracciano svariati servizi sanitari e coprono buona parte del ciclo assistenziale⁸. Molti di questi organismi sono imprese multimiliardarie. L'organismo che ho il privilegio di presiedere si avvicinerà quest'anno ad un miliardo di dollari di entrare, impiegherà 12.000 dipendenti, tra personale assistenziale ed altri, e fornirà assistenza ad oltre mezzo milione di persone⁹. Ma, ancora una volta, voglio sottolineare che la nostra forza, il nostro potere e la capacità di influenzare la politica sanitaria non rappresentano la funzione primaria della nostra dichiarazione di operatività, ma è invece una funzione della nostra dichiarazione di intenti, della nostra fedeltà alla missione.

L'ampiezza e lo spessore della presenza dell'assistenza sanitaria cattolica negli Stati Uniti è imponente. Esiste una struttura di assistenza sanitaria cattolica in 48 dei nostri 50 stati. Inoltre, in America, le strutture sanitarie cattoliche hanno oltre 250 sponsor religiosi che riflettono la grande diversità degli ordini religiosi maschili e femminili, delle diocesi cattoliche

e di altri che vivono l'appello del Vangelo ad assistere gli ammalati e gli infermi.

La *Caritas Christi Health Care System*, il cui nome deriva dal latino "l'amore caritatevole di Cristo", è essa stessa sponsorizzata dall'Arcidiocesi di Boston ed è frutto della lungimiranza del nostro Arcivescovo, il Cardinale Bernard Law. Sin dal suo avvio nel 1985, quando il Cardinale Law per la prima volta preannunciò la creazione degli organismi di assistenza sanitaria, la *Caritas Christi*, per rispondere alle necessità di ogni singolo paziente, si è sforzata di raggiungere un più alto standard di integrazione clinica e di cooperazione tra le strutture sanitarie cattoliche della nostra area.

Oltre ai vantaggi medici che derivano da un sistema assistenziale coordinato, il Cardinale Law sperava di raggiungere due altri risultati di vitale importanza, il primo dei quali era l'ovvia economia di scala che si sarebbe potuta ottenerne avendo diverse piccole strutture cattoliche di assistenza sanitaria indipendenti che operassero come un organismo unificato di maggiori dimensioni. Questi considerevoli benefici finanziari potevano essere ottenuti dai vantaggi derivati dagli acquisti collettivi e dalla standardizzazione dei prodotti, dalla coordinazione delle agevolazioni a favore dei dipendenti, e dall'adozione di "procedure ottimizzate" in una serie di settori, sia clinici sia commerciali. Le istituzioni più forti potevano assistere quelle non altrettanto grandi, ricche o influenti.

Tuttavia, è il secondo motivo dell'unificazione che ha dato l'impulso primario all'intuizione ed alle azioni di Sua Eminenza, e precisamente la conservazione ed il sostegno dei valori della missione assistenziale cattolica. Riuniti sotto un'unica struttura societaria cattolica, la modesta seppur importante presenza ed il potere di ogni singola istituzione sarebbe stato incrementato esponenzialmente. La visione del Cardinale si è concretizzata nell'arco degli ultimi quindici anni. L'influenza delle istituzioni cattoliche di assistenza sanitaria all'interno della diocesi di Boston è cresciuta in modo significativo. Quale riconoscimento dell'importanza

dei nostri valori, ci viene richiesto il nostro parere che si riflette poi praticamente in ogni dibattito politico sull'assistenza sanitaria ed in ogni decisione presa nel Massachusetts; un fatto significativo se si considera l'enorme influenza esercitata dalle grandi istituzioni ben finanziate e dalle organizzazioni sanitarie che hanno sede a Boston.

Oltre al potere esterno e all'influenza che l'assistenza sanitaria cattolica detiene, l'unione rappresentata dal ministero assistenziale della Chiesa garantisce la fedeltà di ogni istituzione alle Direttive Etiche e Religiose dei Servizi Cattolici di Assistenza Sanitaria, come promulgate dalla Conferenza nazionale dei vescovi cattolici. Queste Direttive, alle quali frequentemente ci si riferisce come DER, sono state riesaminate nella scorsa primavera con notevoli *input* da parte di molti partecipanti alla conferenza. Le Direttive Etiche e Religiose forniscono indicazioni teologiche e testimoniano un chiaro indirizzo morale che indica la strada a medici, personale infermieristico, assistenti pastorali, amministratori ospedalieri e assistenti sanitari a tutti i livelli ed in tutte le strutture cattoliche.

Una missione così chiaramente definita dà vita, a Boston, ad un ministero sanitario cattolico vibrante e coerente che a sua volta influenza, ad esempio, la pratica medica e scientifica in quello che è, forse, uno dei centri di assistenza e ricerca più autorevoli del mondo.

La creazione della *Caritas Christi Health Care System* da parte del Cardinale Law non è servita solo a promuovere il ruolo della Chiesa nella nostra regione, ma ha anche consentito al nostro ministero di assistenza sanitaria di condividere il proprio approccio assistenziale olistico e ricco di valori (attento alle necessità fisiche, psicologiche, sociologiche e spirituali di ciascun paziente) con un mercato assistenziale locale influente sul piano mondiale.

Qualcuno vede le Direttive Etiche e Religiose come un documento proibitivo, che si limita a vietare l'aborto, la sterilizzazione, la fertilizzazione in vitro e l'eutanasia nelle strutture assistenziali

cattoliche. Tuttavia, un'attenta lettura delle DER rivela non solo questi impegni nei confronti della vita, ma anche i principi normativi che guidano il ministero assistenziale della Chiesa. Sono questi principi che costituiscono le fondamenta dell'autorità morale della Chiesa, il suo "potere", se vogliamo, di influire sulla politica e sull'attività sanitaria a livello locale, nazionale e, come dimostrato da questo Pontificio Consiglio, internazionale. Le DER offrono al dibattito sulla politica pubblica argomentazioni ben studiate e moralmente fondate su moltissimi argomenti. Esse offrono consigli sull'importanza del rapporto professionale individuale assistente/paziente e su altre grandi questioni, come quelle che riguardano la fusione di strutture di assistenza sanitaria, la responsabilità sociale delle strutture assistenziali cattoliche nei confronti dei propri dipendenti, e questioni di giustizia verso i poveri e gli emarginati della società. Questi settori di consulenza e di indirizzo, vissuti con fede e dibattuti con vigore, costituiscono la base degli interventi da intraprendere in difesa della politica sanitaria della Chiesa¹⁰.

La coerenza e la forza delle nostre convinzioni, tutte basate su una fede ardente, incrementano la nostra capacità di influenzare la struttura del potere federale ed il foro su una serie di questioni politiche. Esse includono:

1) La necessità della copertura assicurativa sanitaria universale per i 44 milioni di americani che oggi non la possiedono e per i quali il perseguimento di un'opportuna assistenza sanitaria di qualità viene impedita da questa deplorevole realtà. Gli Stati Uniti sono una delle poche nazioni industrializzate che non ha ancora adottato una qualche forma di assicurazione sanitaria nazionalizzata.

2) La necessità di garantire ai poveri l'esistenza di una scelta preferenziale per un'assistenza sanitaria accessibile, economicamente abbordabile e di qualità.

3) La necessità di difendere e celebrare la dignità di ciascun essere umano, dal momento del concepimento sino all'ultimo attimo della sua vita naturale.

Questo chiaro sostegno della vi-

ta dei nascituri e dei moribondi è una difesa a cui molte altre fedi, che condividono le nostre convinzioni, guardano, affinché la Chiesa Cattolica in tutto il suo potere (morale, politico e collegiale) si ponga alla testa di questo importante di-

Ma, ...nella persona dei poveri c'è una sua presenza speciale, che impone alla Chiesa un'opzione preferenziale per loro"¹¹. Sua Santità prosegue: "È l'ora di una nuova 'fantasia della carità', che si spieghi non tanto e non solo nel-



battito sulla politica pubblica. Quel potere trova la propria espressione in numerosi impegni di base. Quale ministero, il nostro imperativo è di promuovere e difendere la dignità umana. Ogni persona della quale abbiamo il privilegio di prenderci cura è fatta ad immagine di Gesù. Nel volto di ogni paziente noi dobbiamo vedere il volto di Gesù. Siamo quindi spinti ad agire dagli insegnamenti del Vangelo, a sanare l'infelicità del paziente ed a prenderci cura delle sue necessità seguendo l'esempio e la testimonianza di Gesù, la cui assistenza agli infermi è stata parte così attiva della Sua vita.

Poiché il ministero è il nostro imperativo, se l'assistenza cattolica deve impersonare quell'esempio di Gesù e trasformare quella testimonianza in azioni del tempo moderno, l'assistenza sanitaria cattolica, per essere autentica, deve prendersi particolare cura delle persone povere e vulnerabili. Come il Santo Padre esprime chiaramente in modo così stupendo nella *Novo Millennio Ineunte*, "...nessuno può essere escluso dal nostro amore, dal momento che 'con l'incarnazione il Figlio di Dio si è unito in certo modo a ogni uomo'.

l'efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione"¹².

Le necessità degli emarginati della società devono diventare la nostra speciale e specifica responsabilità. Attraverso il nostro esempio e la nostra influenza – il nostro potere se volete – incoraggeremo altri a seguire il nostro esempio per dare assistenza, soprattutto, con quell'opzione preferenziale per i poveri che Sua Santità ci implora di perseguire. Quale ministero, dobbiamo accettare questa responsabilità con gioia.

Quali enti che possiedono la capacità di influenzare il mercato dell'assistenza sanitaria, dobbiamo indirizzare il nostro considerevole potere verso la promozione del bene comune. Di concerto con altri ministeri della Chiesa (p. es., quelli che provvedono ai bisogni sociali, didattici, abitativi e pastorali di coloro che appartengono alle nostre comunità) ed attraverso un maggior impegno di collaborazione, possiamo ottenere quel potere attraverso il quale dobbiamo esercitare la nostra responsabilità

per garantire la promozione del bene comune.

La giustizia deve essere il segno distintivo delle nostre azioni. Quale ministero, il nostro esempio deve essere visibile e vitale. Attraverso le nostre azioni dobbiamo garantire che la giustizia verso ogni singolo individuo sia tutelata e promossa. I nostri luoghi di lavoro devono essere fedeli all'insegnamento sociale della Chiesa. Le necessità dei nostri pazienti e delle comunità che serviamo devono essere poste al di sopra delle necessità commerciali delle nostre istituzioni.

Dobbiamo sempre essere fedeli innanzi tutto all'imperativo del nostro ministero ed in secondo luogo agli obblighi aziendali. Quali membri di un importante elemento del ministero della Chiesa, dobbiamo indirizzare le nostre risorse con attenzione e rispondere sempre alla vocazione di servire i più bisognosi. Quale nazione dalle molte fortune, dobbiamo raddoppiare il nostro impegno verso i bisognosi di tutto il mondo. Se vogliamo rimanere fedeli a questa vocazione di giustizia, le necessità dei nostri fratelli e delle nostre sorelle, ovunque essi vivano, devono divenire le nostre necessità. Poiché il nostro ministero di assistenza sanitaria è parte integrante della vita della Chiesa, dobbiamo condurre i nostri affari ed indirizzare le nostre azioni di comune accordo con gli altri ministeri della Chiesa.

Negli Stati Uniti, il ministero cattolico dell'assistenza sanitaria, radunato ed unito sotto il nome della *Catholic Health Association*, ha studiato strategie specifiche per sostenere e raggiungere determinate vittorie nella politica pubblica che fossero conformi ai nostri valori, così come esposti nella nostra comune dichiarazione di identità¹³.

Proprio come i 12.000 dipendenti della *Caritas Christi Health Care System* operano quotidianamente sotto una dichiarazione di intenti comune, altrettanto fanno i 750.000 dipendenti delle strutture sanitarie cattoliche in tutto il paese. Questa dichiarazione di identità comune stimola il nostro ministero e sostiene il nostro appoggio.

“Noi siamo il popolo dell'assistenza sanitaria cattolica, un mini-

stero della Chiesa che prosegue oggi la missione d'amore e di cura degli infermi di Gesù. Il nostro ministero, che è fonte di aiuto per i bisognosi, datore di lavoro, difensore e cittadino e che riunisce persone di fede diversa e diverso *background*, rappresenta un segno duraturo di un'assistenza sanitaria le cui radici affondano nel nostro credo che ogni persona è un tesoro, ogni vita un dono sacro, ogni essere umano un insieme di corpo, mente e spirito. Noi operiamo per far rivivere il concetto di giustizia e di pace del Vangelo. Rispondiamo alla chiamata di Dio per favorire la guarigione, agire con compassione e promuovere il benessere di tutte le persone e le comunità, con particolare attenzione ai nostri vicini poveri, sottoserviti e più vulnerabili. Noi, con la nostra opera, ci sforziamo di trasformare il dolore in speranza”.

Questa comune visione ci aiuta a dare rilievo agli impegni comuni del nostro ministero, in modo che le nostre azioni e la nostra influenza possano dare risonanza alle nostre voci per “promuovere e difendere la dignità umana; assistere la persona tutta; prendersi cura dei poveri e dei deboli; promuovere il bene comune; agire per conto della giustizia; gestire le risorse; operare in comunione con la Chiesa”¹⁴.

Questi impegni comuni animano le nostre azioni e danno forza e potere alla nostra voce cattolica.

Alcuni di questi obiettivi possono sembrare più teorici che pratici, ma voglio assicurarvi che quando questi argomenti ed impegni vengono sollevati nelle stanze del governo – dal Congresso alla Casa Bianca – la forza della nostra difesa è tutto fuorché teorica. Il potere del ministero dell'assistenza sanitaria cattolica è reale ed è efficace.

Vorrei offrirvi un solo esempio di come questa visione aiuti a definire un impegno che stimola le priorità della politica pubblica del nostro ministero. In risposta all'appello della dichiarazione di intenti della *Catholic Health Association*, che richiama l'appello che Sua Santità ha rivolto a noi tutti di dedicare particolare attenzione ai nostri vicini poveri, sottoserviti e più vulnerabili, abbiamo preparato un impegno di base per “prenderci cura delle persone povere e vulnerabili”. Questo impegno fa sì che noi, uniti nel ministero, peroriamo liberamente e con forza la causa della trasformazione del sistema sanitario americano in un sistema in cui tutte le persone, indipendentemente da reddito o malattia, abbiano accesso ad un'assistenza sanitaria di qualità ed economicamente accessibile.

Malgrado la crescita da record dell'economia del nostro paese nell'ultimo decennio, il numero di americani senza assicurazione sanitaria è aumentato oggi a 44 milioni, ed un quarto dei non assicurati sono bambini, che sono tra i



soggetti più vulnerabili della popolazione. La maggioranza di questi individui appartiene a famiglie che lavorano. Quasi il 40% dei poveri ed il 30% degli indigenti non ha copertura sanitaria, non sorprende dunque che questa fascia della popolazione trovi da due a tre volte maggiori difficoltà di accesso all'assistenza rispetto alle persone coperte da assicurazione¹⁵.

Allo stesso tempo, sembra che il tasso inferiore dell'inflazione dell'assistenza sanitaria della metà degli anni '90 sia giunto alla fine e si prevede che i costi dell'assistenza negli Stati Uniti aumentino in modo consistente e che, entro il 2007, possano raggiungere i due trilioni di dollari, giustificando una percentuale notevolmente maggiore del nostro prodotto interno lordo. Così come aumentano i costi, altrettanto accade alla pressione su governo e imprenditori per ridimensionare le indennità assistenziali o eliminare completamente la copertura. Recenti tagli hanno già compromesso la stabilità finanziaria e la capacità di fornire servizi a comunità e pazienti bisognosi da parte di ospedali ed altri enti assistenziali¹⁶.

Tuttavia, di fronte a queste realtà, la *Catholic Health Association*, facendosi portavoce del nostro ministero cattolico di assistenza, ha mantenuto il suo impegno di lunga data per garantire una copertura sanitaria per tutti. Questo impegno è fondato sull'insegnamento sociale cattolico, sul nostro impegno a favore della giustizia e sulla nostra missione di fornire servizi ai poveri. Per milioni di americani vulnerabili, che politicamente non hanno voce in capitolo, che non possono avere accesso all'assicurazione sanitaria per sé e per le proprie famiglie, la Chiesa Cattolica è la voce più energica, più potente. Noi rappresentiamo la loro migliore e più forte speranza per una trasformazione del sistema di assistenza sanitaria americano e per ridare un valore prioritario alla nostra politica nazionale, concentrando l'attenzione sull'esigenza di rispondere ai bisogni dei più vulnerabili tra noi¹⁷.

Oggi, mentre condivido con voi queste prospettive sul forte ruolo che il ministero dell'assistenza cattolica riveste nello sviluppo di

un'equa politica pubblica in America, ho presente le enormi disparità che esistono nel consumo di merci e servizi, inclusi i servizi di assistenza sanitaria, tra gli Stati Uniti ed il resto del mondo. Sarei negligente se non riconoscessi questa realtà come un'ulteriore, e forse più importante, sfida che il nostro ministero deve affrontare. Tuttavia, come Chiesa in comunione, possiamo, e dobbiamo, impegnare le nostre capacità globali per influire su questa ingiustizia e portare la speranza della dignità umana a tutti nel mondo.

Sua Santità ha colto questa sfida in modo splendido e con vigore nella *Novo Millennio Ineunte*.

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

Lo scenario della povertà può allargarsi indefinitamente, se aggiungiamo alle vecchie le nuove povertà, che investono spesso anche gli ambienti e le categorie non prive di risorse economiche, ma esposte alla disperazione del non senso, all'insidia della droga, all'abbandono nell'età avanzata o nella malattia, all'emarginazione o alla discriminazione sociale. Il cristiano, che si affaccia su questo scenario, deve imparare a fare il suo atto di fede in Cristo decifrando l'appello che egli manda da questo mondo della povertà. Si tratta di continuare una tradizione di carità che ha avuto già nei due passati millenni tantissime espressioni, ma che oggi forse richiede ancora maggiore inventiva"¹⁸.

Così, quelli tra noi uniti e mossi dall'esempio di Gesù a far rivivere il Vangelo nel mondo, hanno la formidabile responsabilità di impegnare tempo, capacità e beni a sostegno della promozione della

dignità umana. Noi condividiamo la responsabilità del ministero dell'assistenza sanitaria della Chiesa, dedicata ai suoi insegnamenti, guidata da questi stessi ed incoraggiata dal nostro impegno di lunga data verso i bisognosi. La nostra capacità di influenzare la politica sanitaria deriva dalla forza dei nostri valori e dalla validità delle nostre argomentazioni morali. Tuttavia, ricordiamoci sempre che il vero potere per noi prioritario è quello manifestato nell'esempio della vita e del sacrificio di Gesù, e nutrito da una vita di preghiera.

Dobbiamo impegnarci ad operare insieme per ampliare l'autorevole e appassionato ministero dell'assistenza sanitaria cattolica per rispondere alla sfida globale illustrata da Sua Santità ed ispirata dai Vangeli. Allora, e solo allora, saremo riusciti ad allineare il potere del nostro ministero di assistenza sanitaria con il suo immenso potenziale, non ancora realizzato.

Prof. MICHAEL F. COLLINS
Presidente e Direttore Generale
Caritas Christi Health Care System
Boston, Massachusetts, USA

Note

¹ Matteo 20, 29-34.

² Luca 11, 14.

³ Marco 7, 31-37.

⁴ Matteo 8, 1-4.

⁵ Luca 8, 43.

⁶ Matteo 9, 1-8.

⁷ KAUFMAN, CHRISTOPHER J.; *Ministry and Meaning: A Religious History of Catholic Health Care in the United States*. Crossroads Publishing, 1995, New York.

⁸ The Catholic Health Association of the United States (1999). *Catholic Health Care in the United States*.

⁹ Caritas Christi Health Care System (2001). *Statement of operations*.

¹⁰ National Conference of Catholic Bishops (1997). *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. 6-8.

¹¹ PAPA GIOVANNI PAOLO II (2000). *Novo Millennio Ineunte*, 49.

¹² PAPA GIOVANNI PAOLO II (2000). *Novo Millennio Ineunte*, 50.

¹³ The Catholic Health Association (2001). *Uniting for Transformation*, 9.

¹⁴ The Catholic Health Association (2001). *Uniting for Transformation*, 6.

¹⁵ The Catholic Health Association (2001). *Uniting for Transformation*, 7.

¹⁶ The Catholic Health Association (1999). *United voice for Change, Expanding Health Coverage for the Uninsured*.

¹⁷ The Catholic Health Association (1999). *United voice for Change, Expanding Health Coverage for the Uninsured*.

¹⁸ PAPA GIOVANNI PAOLO II (2000). *Novo Millennio Ineunte*, 50.

VINCENZO MARIA SARACENI

3. Potere, salute e società

1. È noto come la salute sia oggi unanimemente riconosciuta nei documenti principali delle istituzioni internazionali cui aderiscono gli Stati di ogni continente quale diritto inalienabile da assicurare all'uomo. La nozione stessa di salute si va allargando dalla mera condizione di assenza di malattia atta a debilitare, minacciare, compromettere o distruggere la funzionalità dell'organismo umano a quella di stato generale di benessere in cui, oltre ai tradizionali contenuti, sono ricompresi tanto la salubrità dell'ambiente nel quale si concretizza l'esistenza quanto l'appagamento psichico legato alla qualità della vita realizzata da ciascun individuo.

In questo senso, anzi, l'idea di salute appare sempre più legarsi ai contenuti assegnati al concetto, molto più complesso e totalizzante, di qualità della vita.

Detto obiettivo, nato dalla saldatura salute-qualità della vita, testimonia il consolidarsi, nell'era post-industriale, di un'aspirazione ben più ambiziosa di quella connessa al puro soddisfacimento dei bisogni primari al mantenimento della completa funzionalità psicofisica dell'organismo. Questa aspirazione è caratterizzata dal desiderio di conseguire la piena realizzazione del proprio essere oltre che, naturalmente, nelle relative potenzialità psicofisiche, anche nelle naturali esigenze di relazionalità intersoggettive e di riconoscimento sociale, in un contesto ambientale tanto integro quanto stimolatore dell'espressività, della fantasia, della creatività e della stessa spontaneità ludica.

La qualità della vita presuppone, pertanto, la sussistenza di un benessere generale del corpo e dello spirito dell'uomo, la disponibilità di risorse non solo sufficienti ma anche adeguate al soddi-

sfacimento di bisogni non soltanto elementari, come dire un'integrità equilibrata ed accogliente sia degli spazi fisici che di quelli sociali in cui si localizzano le esperienze esistenziali di ogni soggetto.

Sotto questo profilo, dunque, il concetto di salute può a buon diritto ritenersi il perno di quella civiltà umanistica verso cui le Chiese cristiane e le altre confessioni religiose consolidate, oltre che svariati ambienti filantropici, tentano di dirigere la storia dell'umanità contemporanea, segnando l'avvento di un nuovo antropocentrismo, più maturo di quello già conosciuto in Occidente in quanto alimentato anche dall'apporto di culture diverse da quella euro-nordamericana.

Siffatto antropocentrismo è certamente, per gran parte, frutto della speculazione occidentale ereditata dal pensiero ellenico che, con Platone ed Aristotele, aveva elaborato il concetto basilare di identità soggettiva dell'uomo, ancorché affermata in una, per noi ambigua, prospettiva dualistica di netta separazione tra spirito e materia.

Epperò esso, liberandosi finalmente da una tale ipoteca dualistica che aveva condizionato per secoli lo sviluppo ideologico europeo, a superamento del dualismo antropologico occidentale recepisce, in primo luogo, la prospettazione giudaico-cristiana sull'essere umano. Questo è visto nella sua inscindibile unitarietà di anima e corpo, cioè come persona, il cui valore è assoluto, di esclusiva preziosità ed irripetibile specificità, la cui tutela va quindi considerata adempimento sacro.

Inoltre, il neo antropocentrismo appare anche costituire il risultato sia del rispetto costantemente tributato dalle filosofie orientali all'ambiente naturale sia della sere-

na accettazione, propria dei costumi delle genti afroasiatiche, delle leggi che lo governano. Né sembra trascurabile come in esso appaia quell'ulteriore *humus* etologico in cui sono insite l'esigenza comunitaria e la vocazione sociale di quella sfera inter-soggettiva consolidata e vincolante, nonché territorialmente definita, che è propria della mentalità clanistica e tribale appartenente alla cultura di tanti popoli del Sud del mondo.

Il nuovo germe della cultura antropocentrica globale è sicuramente in progressiva espansione anche se contrastato da forti elementi negativi e, di certo, lunghi dall'essersi ancora affermato in modo sostanziale. Esso sembra tuttavia in grado di condizionare positivamente l'opinione pubblica contemporanea e può costituire lo strumento attraverso cui realizzare un più elevato livello di garanzia della salute dell'uomo, nel quadro di un equilibrio mondiale che meglio si confacia, nella distribuzione delle ricchezze, nella determinazione delle priorità, nella prassi politica, a questa esigenza.

L'affermarsi di una sensibilità culturale diffusa rispetto a questi valori, attraverso la sanzione teorica dei diritti, è il primo dato che occorre registrare.

In questo senso si tratta, senza alcun dubbio, di un progresso di rilievo poiché la solenne proclamazione di principio del diritto alla salute viene comunque a porsi in modo chiaro, come base grammatica necessaria per l'azione politica dell'Organizzazione delle Nazioni Unite e di tutti gli Stati nazionali ad essa aderenti e rappresenta il principale obiettivo strategico verso cui indirizzare gli sforzi compiuti dai governi con opportune iniziative operative. Allora, se la politica mondiale non è più vuota di fini o, piuttosto, se

gli scopi fondanti da essa idealmente perseguiti sono oggi comuni a tutti, almeno nelle dichiarazioni di intenti, e paiono non rapportarsi più a logiche di potenza, non si può non salutare tutto ciò come un notevole passo avanti.

Sembrerebbe quindi che la salute, almeno nei sia pur evanescenti territori delle buone intenzioni, debba e possa essere, finalmente, affiancata dal condizionamento del potere per essere restituita integralmente, nella prospettiva antropocentrica, alla verità nuda dell'uomo.



2. Tuttavia, l'enfatizzazione dei proclami, anche se giustamente da non sminuire, non va neppure sopravvalutata rispetto all'analisi oggettiva dello stato delle cose, il quale risulta essere ben lontano da ciò che viene solennemente riconosciuto e teoricamente garantito.

Infatti, la stessa lodevole spinta umanistica diretta ad affermare la società del benessere e ad elevare la qualità della vita, di per sé mirabile impulso di civilizzazione, può però ingenerare un'intensificazione del processo di compromissione tra salute, potere ed assetti sociali oligarchici, considerata l'obiettiva, accresciuta necessità di risorse che l'attuale condizione qualitativa dell'esistenza richiede. Mezzi, questi, la cui disponibilità risulta ancor oggi inescindibilmente legata all'esercizio del potere ed al controllo sociale.

Si tratta pertanto di evitare il ri-

schio di eludere, in concreto, la questione del persistente collegamento tra diritto alla salute, possesso del potere e condizione nella società. Si tratta, cioè, di non nascondersi la verità brutale del permanere di una stretta correlazione tra tutela della salute e potere della ricchezza, della conoscenza, della comunicazione.

Situazione, questa, che determina l'affermarsi di una duplice, pesante discriminazione.

La prima, dolorosissima, intollerabile ed abissale, è quella verificatasi tra le società evolute dell'emisfero settentrionale del pianeta e i popoli del Sud del mondo, atteso che solo per le nazioni opulente si può considerare già parzialmente realizzato e realisticamente perseguitibile l'obiettivo di un benessere diffuso.

La seconda riguarda la sperquazione insorgente anche all'interno delle aree sviluppate, in merito ai diversi livelli di tutela del bene salute ed i condizionamenti che l'assistenza sanitaria subisce da parte del potere, laddove, come nel caso dei paesi ricchi, esso appare organizzato in modo sofisticato ed espressivo degli assetti produttivi multinazionali di matrice capitalistica.

In relazione a ciò, i motivi di inquietudine sono profondi e collegati al moltiplicarsi delle attese riferibili alla garanzia della salute intesa, questa, come qualità della vita, attese tanto più vanificate nelle aspettative dei popoli poveri ma, spesso, neppur equamente e congruamente realizzate nelle stesse zone privilegiate del nostro globo.

Riguardo a tali problematiche, appare allora opportuno approfondire il discorso della relazione o, forse, dell'intreccio sussistente tra potere e salute, partendo proprio dall'analisi degli strumenti attraverso i quali quest'ultima viene tutelata.

Ebbene, nel corso del processo di civilizzazione, è dato constatare come la difesa della salute sia stata realizzata attraverso la tipicità di una pratica e di una scienza: la medicina che, specie in Occidente, ha assunto un livello di elevato rango scientifico.

È pertanto verso quest'ultima che occorre puntare l'attenzione.

Una riflessione attenta e generale sulla medicina fa subito riconoscere la difficoltà di inquadrare l'oggetto stesso dell'analisi, in quanto la pratica medica non è mai stata un'attività caratterizzabile entro una cornice contenutistica certa e generalmente condivisa. Essa ha sempre rappresentato lo specchio di un relativo specifico modello culturale, di talché si può, anzi, si deve ammettere che sussistono più medicine generate dalle varie culture, dunque più tipi di medicine correlate a costumi e culture.

Certo è che l'arte medica, pur essendo in ogni tempo e civiltà sussistita quale riflesso di un costume sociale, è andata però sempre più acquistando una propria autonoma e una più netta configurazione rispetto a vecchie pratiche, talora magico-stregoniche, mano a mano che le conoscenze tanto in campo anatomico quanto in quello farmacologico si sono andate consolidando, a seguito dell'emergente metodologia dell'analisi e della sperimentazione applicata al sapere.

Tuttavia, l'autonomia della medicina è sempre stata fortemente condizionata dal suo esprimersi quale disciplina rappresentativa di un modello socio-culturale definito. Ecco perché una indagine sul rapportarsi della medicina rispetto alla società ed al potere sembra costituire lo strumento più utile per giungere ad individuare un quadro sufficientemente esaustivo dell'arte medica, il quale sia in grado di coglierne, in termini reali, la sostanza tanto storica quanto attuale.

Sotto questo profilo, la medicina è sempre stata considerata una materia che non potesse essere circoscritta entro un solo campo, quello della scienza piuttosto che dell'arte, ovvero quello della magia piuttosto che della tecnica, bensì l'oggetto di una disciplina poliedrica, riassuntiva della pari complessità del tema del suo studio: l'uomo.

Si riconosce, così, che il rapporto sussistente tra medicina, società o potere si origina e dipende dalla stretta ed imprescindibile relazione intercorrente tra di essa e l'intero mondo dell'umano.

Questo legame congiuntivo tra

l'arte medica e la sfera esistenziale dell'umanità, è un fatto non accessorio ma determinante, in quanto coinvolge la qualità ontologica della medicina, caratterizzandone gli aspetti basilari.

Si rammenta, in proposito, come in ogni società la salute dell'uomo sia sempre stata appannaggio della medicina, che ha potuto facilmente conquistare una signoria di valore talvolta al limite della sacralità, laddove il sacro appare strettamente connesso all'evento taumaturgico della guarigione ottenuto con l'applicazione medica e da cui deriva una sorta di rispetto rituale e totemico verso la medicina. Da ciò deriva anche una commistione tra medicina e potere, in quanto nulla più dell'arte di guarire appare in grado di incidere sul destino degli uomini sia individualmente considerati che socialmente organizzati.

A questa *liaison* tra medicina e potere, vista sotto il profilo oggettivo del risultato incidente sull'esistenza stessa degli uomini, si deve aggiungere l'appartenenza all'arte medica del potere di supremazia, tanto fisica quanto psicologica, esercitabile sui pazienti in ragione dei gesti di esplorazione e manipolazione dei corpi che le sono propri e che si connettono all'attività diagnostica. Sotto questo aspetto, infatti, le operazioni basilari proprie della pratica medica determinano l'insorgere, nel malato, di un atteggiamento di abbandono e di soggezione, rafforzato certo dalla sua condizione di crisi che, nei confronti del medico, lo pone in un rapporto di più o meno accentuata subalternità.

Tale realtà può condurre a considerare l'esercizio del potere come fatto connaturante l'arte medica, intrinsecamente connesso, cioè, ad ogni gesto terapeutico e pertanto elemento costitutivo della stessa arte.

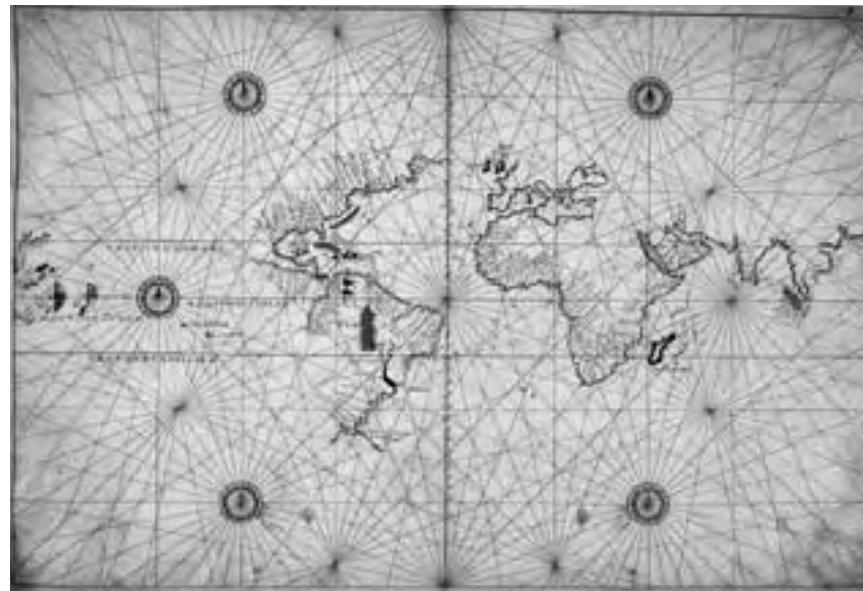
Da ciò non può non derivare l'attribuzione di una fondamentale rilevanza sociale alla medicina e il suo costituirsi come area (sia professionale, sia scientifica che di prassi) produttiva di specifici assetti della società. Ma ne scaturisce anche la difficoltà di enucleare una organica identità del modello medico, che è assai complesso perché necessariamen-

te da riferire a più terreni di sviluppo (scienza, prassi, professione, arte) ben apparentemente differenziati.

Se questo profilo appare valido per ogni concreta situazione storica nelle varie epoche e nei vari contesti territoriali, tuttavia la natura e la dimensione del potere connesso all'arte medica possono risultare differenziate a seconda

mentazione quali elementi funzionali all'espansione dei processi produttivi, ha sostenuto ed imposto la qualificazione tecnica della prassi medico-terapeutica: ciò ha condotto a straordinari risultati nel campo delle scoperte cliniche, prima fra tutte quella dei microrganismi patogeni.

Si è trattato di un evento il quale, nel corso del XIX e XX secolo,



sia del livello di efficacia raggiunto dall'attività terapeutica sia del modello culturale dominante nella società, in relazione al problema della morte e della sofferenza.

È fuori dubbio che il ruolo rivestito, in questo senso, dalla medicina abbia acquistato uno spessore crescente in relazione alla sua evoluzione tecnico-scientifica ed al progressivo indebolirsi del costume di accettazione della morte, conseguente all'espandersi della crisi di quella concezione religiosa e trascendente del creato che aveva caratterizzato, in modo totalizzante, le società cristiane dell'emisfero settentrionale.

La medicina moderna nasce, appunto, con la cultura della rivoluzione francese, la quale istituzionalizza professionalmente il corpo medico, attribuendogli il compito di tutelare globalmente la salute dei cittadini, ma, al tempo, si sviluppa sostanzialmente col quasi coevo processo di industrializzazione diffusa. Quest'ultimo fenomeno, nel favorire lo sviluppo della ricerca e della speri-

si è andato non solo consolidando ma anche estendendo con impressionante progressione così da far scaturire progressi clamorosi nell'assistenza sanitaria.

Infatti, attraverso le nuove tecniche chirurgiche, le vaccinazioni di massa e le sempre più sofisticate terapie farmacologiche, si è considerevolmente ampliata la capacità di fronteggiare le varie patologie e sconfiggere epidemie, un tempo considerate micidiali.

Tuttavia, lo spettacolare incremento della tecnologizzazione della medicina, l'affinamento delle sue qualità scientifiche e professionali, l'accentuarsi della sua efficacia terapeutica hanno finito per produrre, nel mondo sviluppato, conseguenze estremamente rilevanti riguardo al rapporto sussistente tra medicina e salute, che è risultato profondamente alterato.

Si è, infatti, via via attribuito un peso eccessivo al ruolo giocato dalla pratica medica rispetto al trend positivo registratosi nel quadro sanitario dei paesi industrializzati, trascurando altri fattori pari-

menti determinanti, quali il miglioramento delle condizioni socio-economiche, la diminuzione della natalità, l'accresciuta osservanza di norme igieniche basilari, l'arricchimento e selettività dell'alimentazione. Questa mitizzazione della medicina ha ingenerato, a sua volta, una scissione preoccupante tra gesto medico e cura della salute. Ciò perché la sopravvalutata potenzialità della medicina ha, prima, accresciuto il ricorso alla medicalizzazione anche di molti aspetti puramente fisiologici dell'esistenza e, contestualmente, de-responsabilizzato i pazienti a coltivare personali impulsi reattivi rispetto ai morbi e, infine, ha creato una nuova classe di malattie, come le patologie iatrogeni (effetti collaterali dei farmaci, interventi chirurgici sbagliati, errori terapeutici ecc.). Si è cioè determinata un'invasione della medicina che ha tentato di autoaffermarsi come finalità di sé medesima, quale pratica diretta prioritariamente all'esercizio ed alla produzione di un potere, estranea e talvolta addirittura nociva nei confronti della tutela della salute. Fenomeno, questo, definito da Ivan Illich in un'analisi assai dura e provocatoria della realtà, *Iatrogenesi Medica*.

Parallelamente, la massiccia introduzione di alte tecnologie biomediche e i clamorosi progressi registratisi nella trapiantologia hanno consegnato all'arte medica una vera e propria facoltà di manipolazione sulla vita e sulla morte, la quale si autoreferenzia come pura espressività della ricerca scientifica e si autogiustifica in questa funzione autonoma, risultando solo in parte destinata a produrre salute.

Questa alterazione dei compiti svolti dalla medicina in rapporto alla salute, cioè il collocarsi della medesima innanzitutto al servizio degli interessi corporativi della classe medica in uno sforzo ideologico diretto a sanzionare la propria funzione arbitrale e garante della programmazione sociale in campo sanitario, ridimensionando il tradizionale ruolo ancillare posto a disposizione della conquista, della difesa e del recupero della salute, può produrre, nell'ambito di società dominate dalla logica liberista, ulteriori pericolose conse-

guenze poiché rende la prassi medica assai più permeabile ai condizionamenti ed alle esigenze del mercato. Ne deriva che la medicina, apparentemente svincolata da ogni fondamento teleologico, ivi compreso quello tradizionale di matrice ippocratica, rischia fortemente di vedersi imbrigliata nel quadro di un rispetto di parametri di pura tendenza economica.

E sarebbe chiaro il risultato di grave pregiudizio alla tutela della salute, una volta che fosse davvero consolidata la circostanza che pure per l'assistenza sanitaria lo scopo primario vada individuato nel conseguimento del massimo profitto, da perseguire anche con modalità disinvolte consistenti nella ricerca generalizzata dell'incremento delle vendite di farmaci, dei ricoveri, degli interventi chirurgici, delle attività cliniche, pure quando non fossero attestate, con esaustiva certezza, né la sicurezza, né la necessità, né la validità né l'efficacia delle terapie proposte.

La descritta compromissione tra potere, medicina e società, direttamente incidente sul livello realisticamente ottenibile di garanzia e sviluppo della salute a beneficio di tutti, induce a considerare la necessità di restaurare lo stretto legame storicamente sussistito tra gesto terapeutico e tutela della salute attraverso il recupero di una autentica comunanza di radici, quale quella proposta dalla prospettiva culturale neo-antropologica. Però, il collegamento diretto da ristabilire o sviluppare tra medicina, salute e sfera propria dell'essere umano, comporta l'esigenza di aggiungere prassi medica e condizione di salubrità ad un sistema di valori fondanti che ne rappresentino la finalità ultima, vale a dire di parametrare il tutto secondo criteri di moralità. Da questa considerazione, penso debba nascere la convinzione dell'intrinseca eticità oggettiva, tanto del gesto medico quanto della tutela della salute. Ma se la salute e, con essa, la medicina quale strumento della sua preservazione, vengono considerate nella sfera etica, risulterà evidente che il loro intreccio con il potere, in ogni contesto sociale, dovrà essere governato secondo una finalità ultima che, coerente con indiscussi canoni etici, risulti preordi-

nato al perseguitamento del bene della creatura umana.

Resta, infatti, l'uomo nella sua unitarietà di persona e nella sua valenza indiscriminata, il centro di quel disegno culturale di civilizzazione globale proclamato dalle Nazioni Unite e che corrisponde alle speranze e condivide le attese di tutti i popoli del mondo. E, tuttavia, come è possibile dare due concreti sviluppi agli indirizzi programmatici enunciati dall'OMS in piena aderenza alle esigenze di una moralità condivisa?

3. Il nodo da sciogliere, oggi, risulta esser quello del potere. Il problema riguarda tanto l'uso del potere quanto il suo sagomarsi in un sistema, sempre più unificato, di vari poteri, come lo scientifico, il tecnico, l'economico, il politico, l'informativo che, consapevolmente o meno, finiscono per manipolare integralmente l'uomo.

Ciò si verifica in modo accentuato nell'Occidente, ma riguarda ormai, atteso il fenomeno montante della globalizzazione, qualsiasi società del pianeta.

Serpeggia infatti, nella società contemporanea, una suggestione assai pericolosa che riguarda il tentativo, spesso riuscito, di configurare l'esercizio del potere come espressione neutra di una oggettiva disponibilità di conoscenze scientifiche, tecnologiche, professionali, cioè di una capacità culturale data e vincolata alla mera osservanza dei parametri di razionalità affinati attraverso la ricerca, la sperimentazione, la speculazione logica.

In tal maniera, il potere risulterebbe del tutto scisso da ogni confronto con una qualsiasi identità definita, vuoi politica, vuoi filosofica o religiosa e, depurato secondo tale ottica da ogni visione parziale che ne inquinì la serenità e l'equità dell'uso, finirebbe per essere esercitato senza alcun impedimento in quanto necessariamente indirizzato, secondo i criteri propri della razionalità, a beneficio dell'uomo.

Da ciò consegue, altresì, una implicita e acritica giustificazione dell'assetto sistematico dei vari poteri che, costituendo insieme l'origine dell'esercizio del potere, unicamente inteso, non potrebbe

non corrispondere tanto ad una base oggettiva quanto ad una sostanziale logicità complessiva che risulti vantaggiosa per la società.

Dovrebbe così essere la razionalità la garanzia dell'equità del potere e la fonte della sua legittimità e libertà, individuandolo come rispondente alle esigenze dell'uomo.

A sua volta, la libertà costituirebbe l'unico punto di riferimento etico e finirebbe per porsi come norma a se stessa.

Si soggiunga che questa concezione e pratica della libertà tentano, in modo deciso, di definirsi in un sistema sociale, in istituti politici ed assetti giuridici di natura contrattualistica ove, cioè, ciascuno possieda il proprio spazio indisturbato di potere e nessuno possa chiedere conto dell'operato e delle scelte dell'altro.

Si tratta di una prospettazione in totale contrasto con la visione umanistica della realtà dianzi descritta, in quanto contribuisce a sagomare l'organizzazione della società in funzione dell'assetto del potere. Ciò implica una cristallizzazione dei rapporti sussistenti tra le varie società mondiali secondo gli attuali assetti, determinati dalle disponibilità di risorse, di conoscenze, di tecnologia conseguita dalle diverse nazioni.

Sembra evidente che un simile quadro di relazioni tra esercizio e sistema di potere da un lato e società dall'altro, quadro tutto teso a consolidare gli equilibri esistenti in cui appaiono tutelati i soli interessi generali dei popoli ricchi e quelli particolari e più ristretti delle oligarchie multinazionali, condiziona in modo determinante il panorama sanitario, rendendo, di fatto, la salute un privilegio di pochi anziché un diritto umano e civile di cui ciascun uomo dovrebbe essere riconosciuto titolare e beneficiario.

Occorre allora, al fine di avviare concretamente la realizzazione dei proclami approvati dalle Nazioni Unite ed appoggiati dall'azione costante ed incisiva delle chiese e delle organizzazioni non governative di volontariato, estendere la filosofia ed i modelli comportamentali propri dell'umanesimo integrale anche all'uso del potere e all'articolazione sociale, at-



tribuendo all'uno ed all'altra quella stessa finalità umanizzatrice che appartiene alla cultura antropocentrica. Bisogna, cioè, collegare potere e società a una realtà superiore, ad un sistema di valori comuni e come tali unanimemente riconosciuti, che sia in grado di regolare l'esercizio dell'uno e l'organizzazione dell'altra.

Né questa operazione può comportare il paventato rischio di una ideologizzazione del potere o della società, cioè il loro definirsi in termini di astratta identità totalizzante vuoi religiosa, vuoi politica o filosofica. La garanzia rispetto a questo timore è costituita dal riferimento costante ed unico al valore dell'uomo e alle sue radici ontologiche, nonché all'esigenza fondamentale della sussistenza della condivisione diffusa del sentimento di comunanza dei valori professati.

Detto percorso, che presuppone ovviamente la spontaneità dell'adesione, appare complesso, difficile ma possibile. Esso non può che nascere dalla stessa società come maturazione dell'esperienza dell'appartenenza ad una data comunità espressiva di valori e costumi che si raffronta con altre similari comunità ed insieme ad esse enuclea una serie di elementi unitari di identità etica.

Sarà allora la società, composta dall'aggregazione di vari gruppi e modellata su di una scala di pochi principi fondanti liberamente accolti, a condizionare l'esercizio

del potere secondo le esigenze di una moralità intrinseca ma generalmente avvertita e all'un tempo a fissare, per il medesimo, un sistema di regole che lo rendano corrispondentemente, strutturalmente limitato.

Questo risultato appare decisivo per il perseguitamento dell'obiettivo umanistico di tutela della salute, perché la subordinazione del potere e del suo esercizio al rispetto di norme agganciate all'etica dei valori costituisce uno scopo elevato a disposizione dell'uomo per ogni agire individuale e sociale. In particolare tale risultato costituisce uno scopo elevato per uno strumento operativo dell'uomo, appunto il potere, tanto da smantellare tutte le suggestioni ideologiche moderne dirette a fornire una qualche giustificazione teorica alla sconfitta dei deboli a vantaggio del progresso, quanto dire dei forti e degli abbienti, e smaschera l'inconsistenza di quel descritto tentativo di fondare una nuova universalità morale che si voglia basata sull'etica del potere libero.

Sarà, infine, lo sviluppo di un tessuto sociale più autenticamente umano, ossia fondato sull'intuizione del rapporto insostituibile sussistente tra l'uomo ed il mondo e costituito dalla percezione consciente di una comunanza di identità e di destini fra tutti gli uomini, insieme al riconoscimento di una funzionalità organica della natura a servizio dell'irripetibilità e preziosità dell'esistenza umana, a consentire, con l'inesorabile affiorare di un forte sentimento di reciproca solidarietà, un cammino di speranza verso la meta di un livello di qualità della vita confluente alla dignità dell'uomo da assicurare, *quod est in votis*, a tutti i popoli del pianeta.

Prof. VINCENZO MARIA
SARACENI
Assessore Sanità Regione Lazio
Italia

LUCIANO ONDER

4. L'informazione medico-scientifica

Il titolo della mia relazione *Il potere dei mass media in campo sanitario* può sembrare un po' cinico, ma l'informazione medico-scientifica ha un potere enorme perché condiziona, influenza i comportamenti e le scelte di milioni di persone e questo in modo spesso radicale e in breve tempo.

Per questo io penso che non sia soltanto una specializzazione del giornalismo, ma molto di più: è un settore vero e proprio della medicina, perché da lei dipendono la prevenzione, il nostro benessere, spesso anche il modo di curare. Le ricadute sono enormi e riguardano aspetti sociali ed etici. L'informazione medico-scientifica ha una dimensione etica più di ogni altro settore del giornalismo.

Buona informazione contribuisce a fare buona medicina ed è utile al cittadino; cattiva informazione aggrava i problemi e danneggia il cittadino. In sintesi l'informazione medico-scientifica può servire alla salute, oppure danneggiarla.

Tutto questo i medici e i giornalisti che si occupano di medicina lo sanno bene.

Nel 1984 a Washington, in uno dei primi incontri mondiali sull'AIDS, lo scienziato Robert Gallo alla domanda su come sarebbe stato possibile frenare la diffusione dell'epidemia, rispose che il controllo della nuova malattia sarebbe avvenuto attraverso metodi non strettamente medici e clinici, ma attraverso le informazioni date dai media: "Tutto dipenderà da voi giornalisti e il risultato ci sarà se farete un'informazione corretta, utile al cittadino e non scandalistica".

Robert Gallo aveva ragione: in tutti i paesi occidentali l'epidemia è stata frenata anche grazie ad un'informazione corretta, ben orientata, che ha svolto un ruolo educativo e di prevenzione. "Se lo conosci lo eviti", "Non morire per

ignoranza" sono stati i messaggi delle campagne di prevenzione alle quali i media occidentali hanno dato un grande contributo, campagne che attraverso i media hanno avuto buoni risultati, soprattutto nelle categorie a rischio verso le quali erano dirette.

L'importanza di una buona informazione che contribuisca alla prevenzione e all'educazione è sottolineata in ogni congresso. In quello dei Cardiologi Ospedalieri di pochi giorni fa, ad esempio, il professor Pierluigi Prati del San Camillo ha affermato: "Il numero degli infarti e delle malattie cardiovascolari è diminuito in un decennio di quasi il 20% grazie anche ad un'informazione che ha fatto capire ai cittadini quali sono i fattori di rischio cardiovascolari e quanto è importante correggerli".

In sostanza più il cittadino è informato, più è in grado di controllare ciò che influenza la sua salute. "Se siete informatori responsabili, siete anche educatori", aveva detto Karl Popper ai giornalisti, sottolineando che l'informazione deve sempre diventare strumento di educazione e produrre effetti pedagogici, se vale.

Non è sempre facile capire tutto, le tante informazioni che arrivano per il grande pubblico: io mi occu-

po di informazione attraverso la televisione, un mezzo con una potenza enorme. Gli ascoltatori vivono spesso solo emotivamente notizie che avrebbero bisogno di una base culturale che frequentemente noi italiani non abbiamo avuto a scuola. Pensiamo con quanta emotività, con quanta poca razionalità sono state vissute le notizie sulle onde elettromagnetiche, sugli effetti collaterali di farmaci come il Lipobay, sull'uranio impoverito, nei mesi scorsi.

Per questo l'informazione medico-scientifica deve tener conto di chi ascolta o legge, avere, in poche parole, una dimensione etica ed un ruolo pedagogico.

In Francia il Comitato di Bioetica, il 31 maggio 1995, è intervenuto sulle questioni poste dalle informazioni scientifiche biologiche e mediche con una "Raccomandazione" rivolta ai giornalisti e ai direttori di giornali.

Al punto n.5 del documento dice "Il numero limitato di giornalisti con una reale formazione scientifica preoccupa il comitato circa l'efficacia della informazione stessa. Riconoscendo un importante ruolo pedagogico al giornalista scientifico si auspica che tale formazione sia ritenuta indispensabile dalle direzioni delle testate giornalistiche e posta come requisito essenziale per affidare un servizio".

E il punto n.11 si occupa della dimensione etica della formazione professionale. "Il comitato raccomanda che il giornalista abbia una sensibilizzazione etica appropriata che tenga conto delle situazioni che possono venire a determinarsi con le informazioni che vengono date".

"La salute rappresenta un argomento che 'tira', dal punto di vista giornalistico, ma è indispensabile che le notizie non vengano manipolate o distorte suscitando illusio-



rie speranze o pericolosi allarmismi nella ricerca del sensazionale.

Spesso i giornalisti presi dall'ansia della notizia, dimenticano ad esempio che parole come 'imminente' o 'prossimo', per un risultato scientifico, possono significare anche cinque o dieci anni".

Queste raccomandazioni del Comitato Etico francese sono attualissime anche da noi in Italia poiché non sempre il giornalismo tiene conto della dimensione etica della professione e non sempre ha un ruolo pedagogico.

Spesso la scienza fa notizia nel modo peggiore e finiscono in prima pagina soltanto il bizzarro, il curioso, il sensazionale, lo *scoop*. Le informazioni sono sovente strillate con titoli assurdi, alle volte distorte e finiscono per creare illusioni o false speranze: tutto in pratica viene messo sullo stesso piano, sia ciò che è realmente documentato, sia ciò che è nella fantasia di chi scrive.

"Nel giornalismo italiano accade un fenomeno particolare – ha scritto Umberto Eco in una bustina di Minerva – per cui non sono i fatti che diventano parole, ma molto spesso sono le parole che si trasformano in fatti. È un'informazione 'virtuale', per cui spesso tutti discutono di una cosa che in realtà

non esiste... è un'informazione – disinformativa, in cui solo lo spettacolo fa notizia".

Ed è stato proprio il settore del giornalismo medico-scientifico che ha prodotto negli ultimi anni gli esempi di un'informazione – disinformativa.

Ne sono un esempio, solo nel 1995, l'UK 101 (la cosiddetta proteina anticancro di Bartorelli), nel 1996 il metodo UROD (per disintossicare in modo rapido i tossicodipendenti), e nel 1997-1998 l'MDB (il Metodo Di Bella per la cura dei tumori).

Mi domando se questo è un fenomeno soprattutto italiano o anche europeo e mondiale. Notizie come quelle sulle onde elettromagnetiche, sugli effetti collaterali dei farmaci, sulle biotecnologie e gli OGM, sull'uranio arricchito, da noi, in Italia, vengono agitate fino al punto di bloccare lo sviluppo, di creare un'emergenza sanitaria. Sono notizie che impongono ai cittadini schieramenti pro e contro, in destra e sinistra, favorevoli o contrari, senza attenzione alle risposte scientifiche.

Tutto questo è inutile dirlo, non serve al cittadino, è un danno per il malato, gli impedisce di curarsi nel modo più appropriato.

La raccomandazione del Comitato di Bioetica francese, chiude con un invito specifico ai giornalisti:

"È importante considerare che il pubblico destinatario dell'informazione scientifica non è una massa indistinta e amorfa. Si tratta dei malati, delle loro famiglie, delle loro associazioni, dei loro medici curanti; ancora, tutti i giovani in età scolare, di fronte ai pericoli dell'AIDS o della droga, con i loro genitori e i loro insegnanti; infine, gli animatori della grande solidarietà sociale, come le associazioni di volontariato o di donatori di sangue o di organi. Si tratta in definitiva di tutti i cittadini che vivono lo sviluppo impegnativo del sapere e del potere biomedico ed è a tutti costoro che deve pensare chi crea e diffonde l'informazione".

E recentemente anche l'Osservatore Romano riferendosi a fatti di cronaca ha stigmatizzato una certa informazione e ha invitato i giornalisti a non creare illusioni sulla cura dei tumori e a considerare che dietro una notizia c'è sempre l'uomo, il sofferente, il debole. È a questa persona che bisogna pensare.

Dott. LUCIANO ONDER
Giornalista, Italia

SALVADOR ROFES I CAPO

5. Il potere dei professionisti della salute

Devo riconoscere che il titolo della conferenza che mi è stato chiesto di presentare è, in sé, un esempio di diplomazia e sensibilità, giacché il titolo logico sarebbe stato "il potere dei medici", di coloro cioè che hanno veramente detenuto o ancora detengono il potere. Come avrete capito, mi riferirò principalmente al potere dei medici, poiché gli altri professionisti della salute (infermieri/e, psicologi, fisioterapisti, ecc.) sono stati per tanti anni, e in molti luoghi lo sono ancora, sotto il potere domi-

nante e abusivo dei medici che, conscientemente o meno, hanno impedito loro di godere di una proiezione professionale più rilevante di quella di cui hanno disposto finora.

Non credo che tale percezione presente in Europa occidentale sia molto differente in altre parti del mondo. In un eccellente articolo in cui Dianna Kenny e Barbara Adamson¹ analizzano il controllo dei medici sulle altre professioni sanitarie in Australia, risulta che il 73% delle persone intervistate, che non sono medici, non si sente trat-

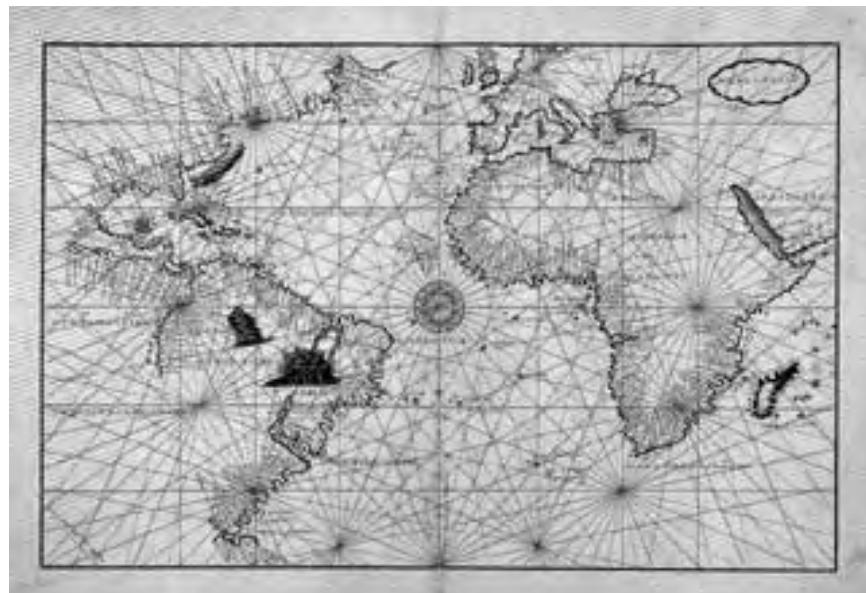
tato in maniera equa, in quanto i professionisti con un maggiore numero di anni di servizio alle spalle sono più valorizzati dai medici, mentre i giovani si sentono molto poco apprezzati. Le conclusioni dell'inchiesta sono una richiesta di rispetto e considerazione da parte dei medici nei confronti delle altre professioni e un riconoscimento del fatto che gli uni non possono operare senza gli altri.

A questa "dominazione" ha contribuito anche una confusione nella "sacerdotizzazione" del ruolo del

medico che si è giunti ad investire del potere divino, cosa alla quale non sono stati estranei alcuni moralisti che, senz'altro in buona fede, attribuivano agli infermieri e agli altri professionisti il ruolo di sottomessi e obbedienti esecutori degli ordini dei medici. Basta rileggere alcuni trattati di morale che si studiavano, non più di cinquant'anni fa, in alcune Scuole di Infermieristica, per comprendere l'evoluzione storica del medico come essere potente; a ciò contribuiva anche il fatto che gran parte dei medici di solito proveniva da una classe medio-alta, mentre gli altri professionisti sanitari appartenevano a classi medio-basse, il che già di per sé dava loro una certa prepotenza sociale. Oggigiorno questo fattore ha perso rilevanza.

Non è strano che con questi precedenti il potere di curare, il potere di ascoltare il malato che ha bisogno di spiegare la storia della propria vita tanto legata ai problemi di salute a un professionista che saprà e desiderà ascoltarlo (cosa questa che a volte ai medici costa molto), il potere del linguaggio verbale e non verbale fatto di parole o gesti che ispirano pace in momenti di angoscia – che sono i grandi poteri della professione infermieristica – siano valori rimasti da parte, silenziosi ma vivi. È ora che la medicina metta in risalto il valore delle *équipe* interdisciplinari, in cui spero emergano con vera forza i valori degli infermieri e degli altri professionisti sanitari e che molti medici inizino a comprendere il ruolo e il potere di questi professionisti.

Dopo aver spiegato questi precedenti, mi riferirò al potere dei medici. Comincerò con le conclusioni di un intervento su questo tema che il Prof. Diego Gracia ha presentato in alcuni studi interdisciplinari su Scienza e Potere, tenutosi presso l'Università di Còmillas, a Madrid, nel 1987. Diego Gracia diceva: "Il medico continua ad avere potere? Come singolo individuo meno che mai. Però la medicina in quanto istituzione gode oggi di un potere maggiore di quello che avrebbe potuto avere in una qualsiasi epoca della sua storia. Mai la vita dell'uomo è stata tanto medicalizzata. Mai il potere della medicina è stato maggiore"²².



Questa premessa è condivisa da Feidson e Mecchanic, i quali affermano che il medico sta perdendo potere a beneficio della professione³, e da Eric Tangalos, Direttore di Medicina Interna della Clinica Mayo che, in alcune recenti dichiarazioni a "El País", afferma con enfasi che "è finito il modello di medico autoritario e paternalista. I medici che esercitano oggi devono negoziare con i pazienti"⁴.

Credo che le parole di Diego Gracia, espresse una quindicina di anni fa, acquisiscano oggi, se possibile, maggior vigore e io le sottoscrivo in gran parte. Sta terminando l'epoca in cui nella Spagna rurale (e credo anche in altri paesi, specialmente del Sud Europa) il medico, insieme al maestro, al parroco e la guardia civile erano quelli che avevano realmente il potere. La professione medica sta perdendo potere giorno dopo giorno ma, al contrario, la medicina in quanto tale aumenta il proprio potere nella nostra società. La medicina come potere scientifico, morale, politico, sociale, ecc.

Il medico ha perso potere nel momento in cui la medicina si è socializzata, gli ospedali si sono trasformati in aziende e l'attenzione primaria ha trasformato il medico rurale in un'*équipe* di attenzione comunitaria. Egli continua a perdere potere nel momento in cui gli viene detto che deve gestire, perché la medicina che progredisce ad un ritmo vertiginoso comporta costi tali che bisogna stabilire delle

priorità. Si passa dal principio della beneficenza a quello della giustizia. Il professionista sanitario si trasforma in buona parte in un funzionario che riceve uno stipendio fisso alla fine del mese, a cui la società chiede sempre più e che si trova di fronte a termini come produttività, efficacia, efficienza o controllo delle risorse, per i quali non ha ricevuto alcuna preparazione alla Facoltà di Medicina. Inoltre egli si trova di fronte ad una serie di domande giudiziarie, giuste o ingiuste, che lo disorientano. Come scrive molto bene il Prof. Gigli, la fiducia reciproca è sostenuta sempre più dal sospetto legittimo, in cui il paziente e il medico si considerano come potenziali nemici⁵. Dal medico si esigono risultati certi, perciò la morte, come risultato di una malattia, viene posta in questione e attribuita al fallimento della scienza. Sembra che tutto si riduca all'applicazione di tecniche. In un'inchiesta realizzata tra un campione significativo di medici norvegesi e pubblicata recentemente in *The Lancet*, oltre la metà riconoscono di aver subito pressioni o minacce da parte dei pazienti o dei loro familiari. Tali "minacce" sembrano colpire l'assunzione di decisioni dei medici in forma di richieste eccessive di prove diagnostiche che, a loro volta, possono dare luogo a un aumento di falsi positivi quando la probabilità della malattia è bassa⁶.

Nella seconda metà del XX secolo, abbiamo assistito ad una serie

di scioperi da parte dei medici, che sarebbero stati impensabili anni prima. Io stesso ho partecipato nel 1971 al primo sciopero di medici residenti che ha avuto luogo in Spagna e ricordo l'impatto sociale che significò per il Paese. Il mio Capo Servizio, scandalizzato, mi fece uscire da un'assemblea e biasimò il mio atteggiamento che a lui sembrava fuori da ogni logica ipocratica e molto lontano dai codici deontologici. A me ciò che non sembrava ragionevole era lavorare in un ospedale della Previdenza Sociale e non avere Previdenza Sociale, ricevere uno stipendio miserevole e lavorare più di sessanta ore la settimana. Ma il fenomeno non ebbe luogo solo in Spagna. Bisogna ricordare gli scioperi dei medici d'Australia (1984), Francia (1995-96), Germania (1996), vari scioperi delle diverse province canadesi, uno sciopero massiccio in Spagna nel 1995 e tanti altri in diversi paesi del mondo⁷. Coloro che hanno potere, che si sentono soddisfatti e motivati non sono soliti partecipare allo sciopero.

In un recente articolo riportato in *Diario Medico*, J.C. Sandeogracias⁸ afferma che il superuomo della sanità è morto e che il voler abbracciare una situazione insostenibile, la solitudine per la mancanza di appoggi o l'impotenza, possono trasformare l'interessato in un cadavere professionale.

Nella letteratura medica troviamo numerosi riferimenti alla sindrome del *burn-out* o "essere bruciato" che è una dimostrazione palpabile dell'insoddisfazione lavorativa. Secondo Carlos Obeso, professore di Esade, il 30% del personale sanitario risente di un malesere psichico e l'indice globale di soddisfazione in un'inchiesta realizzata in tre grandi ospedali di Barcellona raggiunse soltanto il 47,94 in coloro che lavoravano come medici, che però scendeva al 29,67 se si prendeva in esame la soddisfazione di lavorare in un ospedale⁹.

In un macro studio sulla professione infermieristica in Catalogna, elaborato nel 1990 dall'Unione Catalana di Ospedali, cioè la grande associazione degli ospedali catalani, è stato dimostrato che un terzo delle 26.000 infermiere catalane si dichiara stanco e ha pensato

di abbandonare la professione¹⁰. Una delle cause principali, oltre all'orario e allo stipendio, è la mancanza di riconoscimento professionale. Ripeto, pertanto, che qualcosa deve mancare in queste professioni quando lo scoraggiamento e la sensazione di derrata hanno fatto breccia nelle loro file.

Qual è la causa per cui i professionisti sanitari, insieme agli insegnanti, presentano la sindrome di *burn-out* in proporzioni allarmanti? Può essere mancanza di motivazione, il lavorare in un ruolo diverso da quello che avevano sognato quando erano studenti? In Spagna il *burn-out* del medico è stato battezzato come sindrome di Tomas, a ricordo del neurochirurgo del racconto di Kundera *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. La malattia di Tomas è un disturbo che riguarda l'identità del professionista sanitario il cui sintomo principale è la perdita di autostima, accompagnata dal disanimo e dalla noia nel lavoro quotidiano, l'assenza di aspettative di miglioramento e la credenza che solo in un altro luogo è possibile lavorare con fondamento scientifico. Tra i fattori scatenanti si trovano colpite, tra altre aspettative, quelle di *status* (diminuzione di potere) e quelle affettive (tecnicizzazione eccessiva della relazione medico-paziente)¹¹.

Il medico come persona va perdendo il suo potere di leader carismatico o di leader prepotente a

seconda dei casi, che abbiamo vissuto nella Facoltà o nei films con la tipica scena del professore circondato da tutti i suoi alunni, attenti ad ascoltare qualsiasi parola scientifica o banale che uscisse dalla bocca del maestro, però nel contempo disposti a soddisfare i più piccoli capricci del capo. Ricordo un professore di chirurgia della Facoltà, che era tra le persone più brillanti che io abbia mai visto con un bisturi in mano, il quale aveva un aiutante del quale si vantava, che gli raccoglieva con una prontezza non abituale i fogli che cadevano per terra. Una delle "grazie" preferite del citato professore, quando aveva qualche invitato, era quella di lasciare cadere un foglio in terra e dire: "Vedrà come X correrà a raccoglierlo...", cosa che il povero aiutante faceva prontamente.

Situazioni come queste attualmente sarebbero impensabili. Oggi i medici in formazione hanno i loro orari, diritti e stipendi riconosciuti e quando scelgono l'ospedale per la loro formazione non sono soliti cercare questo o quell'altro professore come si faceva prima, ma si dedicano all'ospedale A o B in cui l'*équipe* di professionisti e la tecnologia mirata hanno sostituito come attrattiva quella dei baroni e delle loro scuole, che avevano ciò che Corona, citando Max Weber, definisce come "dominazione carismatica"¹². Nella misura in cui si



va consolidando la medicina, questa dominazione carismatica viene sostituita dalla burocrazia legal-razionale.

Saremmo ingiusti se ammettessimo che il potere storicamente raggiunto dalla classe medica sia stato cercato solo dai professionisti. È stata proprio la società ad aver concesso ai medici parte di questo potere, perché è ai medici che compete la sopravvivenza dell'umanità. E il fatto del potere non è in sé un fattore negativo se lo si sa amministrare con la ragione, il senso comune e lo spirito di servizio.

Però perdere il potere non vuol dire che lo si sia perso del tutto. Esistono ancora dei campi in cui il medico continua ad essere potente o molto potente. E il potere può essere utilizzato dai professionisti per il bene del paziente o per il proprio. Vediamo quali sono questi campi:

Potere sulle persone e sulle loro decisioni. Ci riferiamo al potere che può supporre il buon esito di una tecnica chirurgica o il fatto di orientare e trattare il paziente sulla base di una diagnosi giusta che è qualcosa di per sé innato alla professione. Ci riferiamo al potere sull'assunzione di decisioni da parte dei malati. La risposta alla tipica domanda "se lei avesse quello che ho io, si opererebbe dottore?", può far pendere la bilancia verso una o l'altra decisione. Ma anche in questo campo i medici vanno perduto rapidamente il ruolo concesso loro dalla storia.

In un recente articolo pubblicato in *Diario Medico*, Antonio Castillejo della consultoria *PricewaterhouseCoopers* scrive: "A mano a mano che Internet crea uguali opportunità per accedere alle conoscenze scientifiche, la fonte principale di informazioni sicure (il medico) sta cambiando e trasformandosi in quella di tecnico che prescrive ricette"¹³. Se constatiamo che oltre il 30% delle consulte che si realizzano nella rete riguarda argomenti sanitari, vediamo che la figura del medico, la cui diagnosi era accolta con riverenza e senza discussione, si ammorbidisce di fronte agli utenti più informati (a volte eccessivamente, in quanto non sono capaci di filtrare bene l'informazione). Anche i gruppi di

autoaiuto hanno contribuito a questa perdita di potere.

E se guardiamo al futuro, in cui il genoma umano può essere l'asse principale della diagnosi, prevenzione e trattamento di molte malattie, solo una piccola élite di studiosi potrà rispondere alle domande dei sempre meglio informati utenti che avranno nella rete la loro fonte naturale di informazione.

Il potere del medico, e delle sue decisioni, che ancora persiste sulle persone malate, deve essere esercitato sulla base dei principi classici dell'etica ma, allo stesso tempo, con trasparenza e onestà, considerando che il malato è un adulto che ha tutto il diritto di essere informato sulla propria malattia e sulle possibilità di trattamento.

Come diceva il Dott. Gregorio Marañón, il medico deve considerare la sedia come il suo migliore strumento, attraverso cui stare seduto, senza fretta, di fianco o di fronte al paziente, dove deve e può esercitare il suo potere di informazione e di comprensione, rendendosi conto del fatto che il valore che egli dà al tempo è molto differente da quello del malato angosciato.

Potere morale o etico. Fino ad alcuni anni fa, il rapporto medico-paziente era guidato dal principio di beneficenza e le norme morali che regolavano la professione erano dettate dai teologi e dai moralisti. Non si poteva parlare propriamente di un'etica medica o di bioetica in medicina, bensì di codici deontologici che incidevano sugli atteggiamenti del medico. Quando il malato comincia a reclamare i suoi diritti e la sua porzione di potere nell'assunzione delle decisioni, la medicina si vede obbligata a riflettere sulla propria etica e comincia a crescere, con grande forza, la bioetica. Però i professionisti si rendono conto che ci sono decisioni che non possono essere prese solo con i pazienti e con la loro famiglia e hanno la necessità di cercare il sostegno di esperti, costituendo comitati d'etica di cui gli ospedali si sono andati dotando.

Il potere di un comitato d'etica è enorme, non *de facto*, giacché non è vincolante, ma di sostegno morale al momento di assumere delle decisioni, in alcuni casi di trascendenza vitale. Curiosamente, questo

potere non si ottiene individualmente (benché le opinioni dei grandi esperti in bioetica siano molto apprezzate) bensì il potere emana dall'équipe dei professionisti sanitari e dai suoi assistenti.

Potere economico. Il 25% del finanziamento che il governo autonomo di Catalogna destina alla sanità pubblica dipende dalle penne dei medici nel dispensare ricette di medicinali in regime ambulatoriale; queste cifre sono simili a quelle di altri paesi. Se analizziamo il calcolo dei risultati di un ospedale di cure intensive, vediamo che il 60-65% è destinato alla retribuzione del personale (per la maggior parte sanitario) e un 15-20% a farmaci e materiale sanitario. Ciò ci fa concludere che il buono o il cattivo uso delle risorse sanitarie è nelle mani dei professionisti sanitari.

I medici esercitano il proprio potere economico in materia di assenze e incapacità lavorative. Alcuni giorni di assenza per compiacenza o per non doversi confrontare con le rivendicazioni di un lavoratore, costano all'erario pubblico centinaia di milioni l'anno.

La domanda che possiamo farci è fino a che punto i professionisti sono consapevoli del loro immenso potere in questo campo. Secondo me, essi lo sono poco ma se un gestore, che sia di un ospedale o dell'amministrazione, basa la propria gestione sull'andare contro i medici, può essere sicuro che otterrà un fallimento a breve o a medio termine.

Tuttavia, come dice Donald Light riferendosi ai medici americani, "i medici guadagnano oggi più che mai, però sono più miserabili che mai"¹⁴, in quanto sono i compratori dei servizi sanitari (amministrazione, mutue, ecc.) a segnare i prezzi ai fornitori, cioè ai medici, che si trovano sempre più indifesi di fronte ai grandi padroni.

Potere nei mezzi di comunicazione. Una semplice lettera al direttore di un quotidiano in cui un Capo Servizio del reparto di Chirurgia Cardiaca denunciava che, a causa della lunga lista di attesa, alcuni malati sarebbero potuti morire se il loro intervento chirurgico non fosse stato effettuato in tempo, ha scatenato in Spagna una bufera politica di grandi dimensioni e ha obbligato i governi centrale e auto-



nomi a destinare una somma maggiore di fondi per abbreviare i tempi d'attesa in questo tipo di interventi. Alcuni potrebbero arguire che il potere è stato dei media però è evidente che senza la prima lettera di denuncia di un prestigioso chirurgo, il tema non avrebbe avuto questa risonanza. La popolarità e la frequenza con cui appaiono nei media i traumatologi delle squadre di calcio che operano i grandi campioni sono fonte sicura di guadagni nei loro studi privati.

L'apparizione di un medico in televisione che parla di temi specifici della sua specializzazione medica, è accolta come un dogma di fede dalla gente semplice che associa popolarità a sapere infallibile, senza chiedersi mai il come e il perché egli è stato invitato alla trasmissione.

Potere nell'Università. La lotta per una cattedra all'Università, è differente nella Facoltà di Medicina da altri rami dell'insegnamento superiore. Mentre nella maggior parte delle facoltà le cattedre sono il termine di una carriera universitaria, in Medicina e in particolare nelle materie cliniche, esse sono una proiezione esteriore per la medicina privata di prestigio, benché alcune volte i grandi teorici siano risultati nella pratica dei mediocri. L'Università, che per alcuni docenti innati è l'unico modo di comunicare le proprie conoscenze agli alunni, si è trasformata per altri nel rifugio per ottenere questo riconoscimento sociale che la società gli è andata negando a poco a poco.

Potere scientifico. Poche scienze nel mondo sono colpite dalla "febbre tipografica" come la Medicina. Il pubblicare (a volte non importa come e cosa) è un obbligo per il medico in formazione e, per quelli

già affermati, presuppone lo stare sempre in corsa per ottenere una pubblicazione, spesso in inglese, in una rivista scientifica col più alto "fattore di impatto". Per alcuni medici, l'avere nel proprio curriculum il maggior numero di pubblicazioni possibile è diventato un'ossessione che potrebbe essere logica per quanti hanno ancora una bassa proiezione professionale, ma che risulta ridicola in determinati capi che obbligano a scrivere il loro nome nei lavori realizzati dai membri della propria équipe, ma in cui non sono affatto intervenuti. Chi non ricorda le lotte sulla proprietà intellettuale di tal o tal'altra scoperta scientifica o le dequalificazioni a cui sono stati sottoposti da parte di esperti alcuni lavori presentati con poco rigore e troppo in fretta per paura che altri li superassero?

Potere dei "favori personali". Non esiste altra professione nel mondo a cui si chiedano più favori personali e più consulenze gratuite. I familiari, i vicini, gli amici, obbligano il povero medico a vedere radiografie, analisi complesse, a volte di una specializzazione diversa da quella da lui praticata e sulla quale deve dare un'opinione gratuita e di buon grado. Non credo che questo fenomeno esista in altre professioni. Per il fatto di essere medico, si ritiene che egli debba essere sempre a disposizione e che lo si possa disturbare in ogni momento. Evidentemente è un certo potere di riconoscimento sociale che obbliga, inoltre, ad essere molto cauto, giacché conosco il caso di un medico che studiò gratuitamente le radiografie di un'amica, sbagliando la diagnosi e fu citato in giudizio.

E i favori che vengono chiesti perché si salti una lista di attesa di quel cugino al quale hanno detto che non sarebbe stato operato prima di sei mesi? O quella vicina altezzosa che non saluta quando la si incontra per le scale, ma che accorre angosciata alla porta del "medico funzionario" quando il bambino si sta soffocando con un osso di pollo? Qui sì che il medico continua ad avere la sua modesta ma importante parte di potere senza rendersi conto del fatto che, una volta risolto il problema, la stessa vicina farà finta di non riconoscerlo.

Ho cercato di dare una visione

molto personale di ciò che penso del potere dei professionisti sanitari ed è del tutto possibile che alcuni di voi non condivideranno la mia opinione. È anche certo che la percezione sarà differente a seconda della cultura di ogni paese e che la mia è influenzata da una visione troppo spagnola del tema, e forse un po' pessimistica. Credo però che tutti saranno d'accordo con la premessa con cui ho iniziato questo mio intervento, cioè la perdita del potere dei professionisti sanitari a beneficio del potere della medicina. È cosa buona che si sia perso il potere dell'autoritarismo, dell'impunità, del paternalismo ma è possibile che la legge del pendolo abbia castigato eccessivamente questi professionisti tra i quali, senza dubbio, ci sono molte persone che si impegnano con volontà di servizio e di dedizione agli altri e che oggi si sentono disillusi.

Dott. SALVADOR ROFES I CAPO

*Coordinatore dei Centri
della Provincia Aragonesa
dell'Ordine Ospedaliero
di San Giovanni di Dio
(Fatebenefratelli)*

Bibliografia

¹ KENNY D., ADAMSON M. "Medicine and the health professions: issues of dominance, autonomy and authority". Aust. Health Rev. 1992; 15 (3); 319-334.

² BRACHO S., GRACIA D. Y COLS. *Ciencia y Poder. Actas de las reuniones de la Asociación Interdisciplinar "José de Acosta"*. 1987. Vol XIII. Univ. Pont. De Comillas. Madrid.

³ Citato da Light D.

⁴ Diario "El País" 24.04.01. Madrid.

⁵ GIGLIO GH. "Le sfide dei medici cattolici per il nuovo millennio". Dolentium Hominem. 2000; 45 (3); 26-31.

⁶ SONBO I Y COLS. "Threats from patients and their effects on medical decision making: a cross-sectional, randomised trial". The Lancet 2001; 357: 1258-61.

⁷ DUFFIN J. *History of Medicine*. University of Toronto Pres, 1999. Toronto.

⁸ "Diario Médico". 05.01.01. Madrid.

⁹ "Diario Médico". 01.02.93. Madrid.

¹⁰ "El Periódico de Catalunya". 03.11.90.

¹¹ GERVÁS J.J. Y HERNÁNDEZ MONTSALVE L.M. "Tratamiento de la enfermedad de Tomas". Med. Clin. (Bar) 1989, 93: 572-575.

¹² CÓRONA J.F. "Idees de poder". Coordinador M.B. Escolá. INHECA. 2000. Barcelona.

¹³ "Diario Médico". 14.02.01. Madrid.

¹⁴ LIGHT D. "Professionalism as a Counter-vailing Power". Journal of Health politics, Policy and Law. 1991., 16 (3): 499-506.

ERIC-PAUL PÂQUES

6. Potere dell'industria farmaceutica

Introduzione

Prima di parlare del *Potere dell'industria farmaceutica*, è necessario precisare subito cosa si intende per *potere*.

La parola *potere* si riferisce all'“essere capace di fare qualcosa, cioè di svolgere un'azione”. Il fatto di svolgere un'azione conferisce a colui che agisce un'autorità o una *potenza* su qualcuno o su qualcosa. *Potenza* è, pertanto, “comandare, dominare o imporre la propria volontà”.

Se i due termini “potere” e “potenza” sono molto vicini l'uno all'altro, ciò non toglie che uno deriva dall'altro e che non siano neppure sinonimi. Occorrerà dunque distinguergli con accuratezza e dimostrare che se, in alcuni casi, l'industria farmaceutica esercita simultaneamente “potere” e “potenza”, in altri casi, quando ha il potere scientifico, tecnico e commerciale di svolgere una cosa, non ha tuttavia la potenza di imporla.

Dopo aver precisato la nozione di *potere*, è necessario stabilire l'oggetto del potere dell'industria farmaceutica. Per questo definiremo come “industria farmaceutica” l'insieme delle imprese il cui comune denominatore è il potere di commercializzare prodotti terapeutici e/o diagnostici. Questa definizione abbraccia tanto le imprese le cui attività vanno dalla ricerca alla commercializzazione passando per lo sviluppo e la produzione, quanto le imprese che si limitano a produrre e a vendere, oppure orientate soltanto alla vendita.

La definizione invece esclude il mondo delle *Start-up's* – aziende orientate esclusivamente alla ricerca terapeutica e allo sviluppo di nuove tecnologie. Tali imprese che sono oggetto di molti interessi – in quanto sono volte ad apportare grandi innovazioni terapeutiche o

tecnologiche – non sono, per essere esatti, dei laboratori farmaceutici. Esse sono rette da altri fattori economici poiché generalmente non godono ancora di entrate proprie, né queste derivano direttamente dalla vendita dei loro medicinali.

Del potere economico

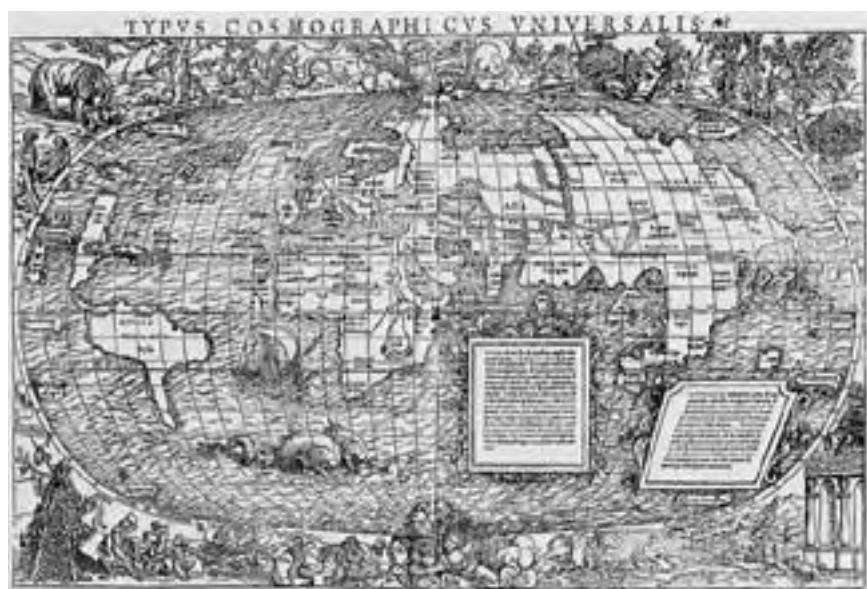
Se l'oggetto dell'esercizio del potere dell'industria farmaceutica, così come l'abbiamo appena definito, è quello di scoprire, produrre e vendere medicinali, risulta che grazie a questi ultimi l'industria farmaceutica ha, nella misura in cui i suoi prodotti lo permettono, la capacità di mantenere o di ristabilire la salute degli individui tanto dal punto di vista fisico quanto da quello psichico.

Attraverso le terapie medicinali che propone, essa ha un impatto sulla vita e sulla morte, la salute e la malattia, il comfort e il disagio. L'esercizio del suo potere conferisce all'industria farmaceutica una

potenza di impatto sulla situazione economica, politica e sociale di una società.

Va da sé che lo stato e l'avvenire di una nazione dipendono in primo luogo dalla nutrizione, dall'igiene e dalle cure mediche. Questi tre elementi influiscono direttamente sullo stato di salute fisica e morale delle popolazioni e si traducono in tasso di natalità e di mortalità, in longevità e qualità di vita.

Ne risulta che le cure mediche hanno un impatto decisivo dal punto di vista micro- e macro-economico. Tanto la piramide demografica mondiale quanto la situazione finanziaria ed economica dei paesi dipendono profondamente dalla quantità e dalla qualità delle cure mediche dispensate. Per quanto riguarda le conseguenze mediche, sociali, economiche e politiche dei servizi offerti dall'industria farmaceutica, non stupisce che questa industria sia sottoposta a un gran numero di regolamenti emanati da organismi nazionali e soprannazionali. È evidente che il mondo della salute – di cui l'indu-



stria farmaceutica è solo uno dei pilastri – è una forza economica incontrovertibile poiché colpisce l'economia delle nazioni gravando sui *budget*, da una parte, e contribuendo, dall'altra, in maniera sostanziale alla salute dell'economia nazionale. In questo senso, il potere dell'industria farmaceutica di assicurare la salute delle popolazioni garantisce anche la potenza di queste stesse popolazioni. È così che, anche in termini di salute, si pone la questione della condivisione della potenza tra i paesi.

Del potere finanziario

Dopo aver precisato tutto ciò, è importante sottolineare che si parla di *industria farmaceutica* e non di *farmacia industriale*.

Se le due denominazioni coniugano allo stesso tempo l'azione industriale e l'atto farmaceutico, la denominazione in vigore di industria farmaceutica mette l'accento sul carattere commerciale, economico e finanziario dell'attività in causa.

Bisogna subito riconoscere che si tratta di un'attività a *scopo lucrativo* che ha come *oggetto* il campo della *salute*. Tutta la questione sarà dunque di sapere in quale misura l'oggetto sarà sottoposto allo scopo: in altri termini, come il potere e la potenza saranno esercitati con tutta la responsabilità che esige una questione tanto fondamentale quanto quella della salute.

Allo stesso titolo di altri settori dell'attività economica, l'industria farmaceutica possiede un potere finanziario considerevole. Da sola essa ha rappresentato nell'anno 2000 una cifra d'affari pari ad oltre 360 miliardi di dollari.

Anche se considerata come un tutto, l'industria farmaceutica rappresenta una potenza economica e finanziaria considerevole, ed è a tutt'oggi un settore molto frammentato poiché in tutto il mondo si contano ancora oltre 10.600 laboratori. Se si considerano i primi 30 laboratori mondiali, questi coprono circa il 70% del mercato, il che corrisponde nondimeno al 2,3% del mercato in media per impresa.

A titolo di paragone, si contano solo una ventina di produttori

d'automobili, i 3 più grandi dei quali riuniscono da soli circa il 60% del mercato.

Le cifre aiutano a misurare l'ampiezza del frazionamento dell'industria farmaceutica in rapporto ad altri settori economici.

Tuttavia, l'industria farmaceutica sta vivendo un profondo cambiamento. È indubbio che, a motivo della pressione economica, un movimento importante di centralizzazione sta attraversando la nostra industria e, in uno o due decenni al massimo, ci ritroveremo in una situazione molto simile a quella di altri settori, in cui i primi 5 laboratori mondiali domineranno oltre la metà del mercato. Il potere e la potenza dell'industria farmaceutica ne risulteranno allora non solo profondamente modificati, ma anche massicciamente accresciuti poiché, non soltanto il settore industriale in quanto tale, ma dei laboratori da loro soli saranno diventati una parte sostanziale di questo settore (stesso movimento di centralizzazione dal lato clienti, OMS, ospedali, ecc.). Questo movimento è dovuto tra l'altro alla comparsa dei farmaci generici che comportano un'erosione dei prezzi e, di conseguenza, del margine di beneficio non appena un medicinale è fuori brevetto. Anche l'esplosione del costo della ricerca e dello sviluppo costituisce un altro fattore. Attualmente si stima che il costo della ricerca e dello sviluppo necessario per la messa a punto di una nuova molecola è dell'ordine di oltre 500 milioni di dollari.

Per mantenere i margini di beneficio, il settore reagisce intensificando il proprio sforzo sulle vendite, estendendo la sua presenza territoriale, così come migliorando l'efficacia dei suoi strumenti di innovazione. Uno dei mezzi per raggiungere questi obiettivi è il raggruppamento industriale e la tendenza alla monopolizzazione del potere.

Poiché l'industria farmaceutica ha il privilegio di creare, sviluppare, produrre e vendere agenti diagnostici e terapeutici, tutta la questione consiste dunque nel sapere in quale misura l'oggetto della sua attività sarà sottoposto agli scopi, essendo cosciente che lo scopo di tutta l'attività industriale è quello

di assicurarne la perennità. In altri termini, ci sarà motivo di fare alcune domande: quale medicinale, per quale indicazione, a che prezzo, per quale paziente, in quale paese e per raggiungere quale margine di beneficio?

Dopo aver detto ciò senza ambagi, bisogna specificare anche che se l'industria farmaceutica ha la capacità, il potere di scoprire, di produrre e vendere medicinali, non le spetta decidere unilateralmente quale prodotto sarà commercializzato in quale paese, per quale indicazione e a quale prezzo. Pur se il potere tecnico, scientifico e commerciale dell'industria farmaceutica è sostanziale, la sua potenza è limitata, in quanto si tratta del settore economico probabilmente più regolamentato. In breve, non siamo nell'ambito di un'economia di libero mercato.

Il potere decisionale dell'industria farmaceutica viene esercitato a livelli molto differenti, ma in particolare al livello:

- della scelta dell'indicazione terapeutica su cui si orientano le ricerche

- del prezzo di vendita del medicinale immesso sul mercato.

È evidente che questo potere decisionale non è unilaterale, ma è il frutto di un'interazione tra più partners, cioè i pazienti e i loro medici, gli organismi governativi interessati e l'industria.

Del potere di innovazione

L'industria farmaceutica è, per così dire, l'unica organizzazione al mondo a possedere la capacità tecnica e finanziaria di scoprire e produrre medicinali. Questo quasi-monopolio le conferisce una potenza e una responsabilità enormi per quanto riguarda i tipi di medicinali sviluppati.

Tutte le decisioni relative all'indicazione terapeutica sulla quale la ricerca si orienta tengono conto di almeno tre elementi: del fondamento scientifico-medico dell'approccio terapeutico desiderato, delle dimensioni etiche, ma anche della realtà economica.

Prendiamo a titolo d'esempio la depressione come indicazione terapeutica. Converremo molto presto che, tanto da un punto di vista

medico quanto etico, è auspicabile apportare una soluzione terapeutica a questa malattia e la terapia medicinale rappresenta una delle possibilità.

L'apporto di una soluzione medicinale risponde non solo a un bisogno medico e si iscrive nel contesto comunemente accettato dell'etica, ma risponde anche ai necessari criteri economici; in effetti, si tratta di



una popolazione di malati localizzata principalmente nei paesi ricchi, che aumenta di numero e che dispone di un potere di acquisto soddisfacente. In questo contesto, sarà lecito concludere che la depressione è in principio un'indicazione accessibile e attraente per l'industria farmaceutica.

Lo stesso vale per il trattamento di infezioni d'origine batterica o virale (AIDS, epatiche, ecc.), campo d'azione accessibile e accettabile per l'industria tanto dal punto di vista della necessità terapeutica, quanto della dimensione etica e delle obbligazioni economiche. In effetti, come nell'ambito della depressione, poiché la popolazione che può accedere alla terapia medicinale è sufficiente, l'investimento dal punto di vista economico è giustificabile. Tuttavia, la differenza in rapporto alla depressione sta nel fatto che il bisogno terapeutico è almeno tanto grande nei paesi sfavoriti e che, se le condizioni d'accesso al medicinale sono sufficientemente favorevoli, queste popolazioni potranno anche ap-

profittare del progresso scientifico e terapeutico.

Non è lo stesso per altre malattie, come quelle rare o per le quali i malati non possiedono il potere d'acquisto necessario. Queste malattie, finora senza terapia, non sono oggetto di preoccupazione nel mondo della salute oppure sono oggetto solo di preoccupazioni troppo timide.

Sembrerebbe che le scelte dell'industria farmaceutica siano sempre più orientate verso indicazioni di gran lusso.

Come abbiamo già detto, i costi della ricerca e dello sviluppo sono fortemente aumentati. Questa esplosione è dovuta alla sofisticazione degli strumenti di ricerca e di sviluppo, all'atteggiamento delle autorità preposte alla registrazione e incaricata di fissare i prezzi di vendita e/o le aliquote di rimborso.

Ancora un decennio fa, lo sviluppo clinico di un antibiotico necessitava di un collettivo di un migliaio di pazienti, ora questo collettivo è più che decuplicato e il costo è passato da 2 a 100 milioni di dollari. Con la messa in atto di un quadro sempre più rigoroso ed esigente, gli organismi responsabili della registrazione dei medicinali – quali l'FDA negli Stati Uniti e l'EMEA in Europa – hanno la volontà legittima di evitare l'immersione sul mercato o di limitare l'uso di medicinali che potrebbero avere effetti collaterali gravi, anche se la loro frequenza è rara, o rarissima, cioè tra 1 su 1000 e 1 su 10.000. Questo principio in sé non solo non è contestato da nessuno, ma gode di un maggiore supporto da parte di tutti. Tuttavia la *tentazione del rischio zero* non è esente da conseguenze gravi poiché è un freno al progresso terapeutico e alla sua diffusione. È un'illusione credere che il *rischio zero* esista e che l'industria farmaceutica sarà un giorno capace di mettere a disposizione dei pazienti dei prodotti farmaceutici altamente efficaci e esenti da effetti secondari.

Si comprenderà che la congiunzione dei tre fattori, cioè l'esplosione dei costi di sviluppo dovuti a questa volontà di minimizzare al massimo l'esposizione delle popolazioni ai rischi di effetti secondari, l'atteggiamento restrittivo delle

autorità per quanto riguarda le indicazioni concesse e la crescente reticenza da parte delle autorità responsabili di accordare un prezzo e/o un tasso di rimborso soddisfacente per l'industria, comportano uno scivolare sensibile dei campi d'attività verso terapie di gran lusso, comunemente chiamate *life style therapy*, e per le quali una certa popolazione di pazienti ma anche le assicurazioni mediche di certi paesi sono pronte, se ce ne fosse bisogno, a dare il prezzo necessario. Per questo tipo di indicazioni, la valutazione dei tre criteri enunciati – il fondamento medico, i criteri etici e la dimensione economica – si rivela sensibilmente differente. Di fatto – per fare due esempi conosciuti – la disfunzione erettile e la pillola del giorno dopo rispondono a bisogni terapeutici meno evidenti, forse, della terapia dell'infarto del miocardio. E se la questione etica è più complessa, bisogna ammettere che nella misura in cui questo tipo di farmaci non è sottoposto né a un prezzo, né a un rimborso fissato da un'autorità statale, e dell'importanza della popolazione desiderosa di restare giovane, bella, sana e immortale, l'industria ritrova un campo in cui i suoi criteri economici sono soddisfatti.

Questi esempi, che riguardino l'infarto del miocardio, la depressione, l'antibiotico o i farmaci *life style*, hanno il merito di sollevare alcuni interrogativi:

– grazie al suo potere d'innovazione, l'industria respinge i limiti del sapere e del possibile e, di conseguenza, genera nuove questioni etiche. L'industria ha il diritto, a monte, di prendere una decisione etica o la questione etica deve all'inizio essere sottoposta a un dibattito della società?

– quale prezzo una società come l'Europa occidentale è pronta a pagare per salvare la vita, per mantenere o ristabilire la salute o anche per assicurare il comfort dei suoi cittadini?

– esiste una scala di valori tra il bisogno di una società di trattare i suoi cittadini depressi, ammalati di cancro o di cuore, e quello di un'altra società di vincere la diffusione delle infezioni attraverso programmi d'igiene?

– e se l'insoddisfazione soggia-

cente dell'uomo conduce all'insaziabilità, è per questo diritto o dovere dell'industria definire i limiti dell'accettabile e dell'inaccettabile?

– quale profilo legittimo, quale decisione etica?

È ugualmente importante affrontare la questione della scelta del campo terapeutico fatto dall'industria farmaceutica alla luce della comprensione della nozione di *salute*.

Una volta nei nostri paesi, e ancor'oggi nei paesi meno favoriti, sulla nozione di salute incideva facilmente il fatto di essere in vita prima, e poi di possedere uno stato fisico e psichico che permetteva di svolgere le attività al fine di soddisfare ai bisogni fondamentali. Inoltre mi sembra, a dir poco, che la nozione di salute si adattava alle cadenze della vita.

La nozione di salute si è invece profondamente evoluta nel corso del secolo scorso nei paesi occidentali, al punto che possiamo parlare di un cambiamento di paradigma poiché non si tratta più soltanto di essere in vita ma di vivere eternamente in un comfort fisico e psichico. La salute per il novantenne vuol dire poter fare la maratona e rivivere la passione amorosa con la qualità della sua adolescenza.

L'edonismo ambientale ha profondamente modificato l'attesa nei confronti dell'industria farmaceutica. Essa non si limita più a medicinali che permettono di prevenire e di combattere la malattia per continuare ad attendere ai propri obblighi, ma assicurare un comfort, un benessere, cioè uno stato di felicità. In questo senso, l'industria farmaceutica rischia, attraverso i farmaci che propone, di essere trasformata o di lasciarsi trasformare in dispensatrice di felicità. Se essa permette la prevenzione e la guarigione di malattie fisiche e psichiche, non può servire a trattare l'inquietudine metafisica.

Stare male nella propria pelle vuol dire essere malati. Se ciò è chiaro, deve essere altresì chiaro che l'industria non ha il diritto di sostituirsi ad altre autorità né per definire i limiti dell'etica, né per decretare sullo stato del malato, nozione questa che solo Dio sa quanto sia fluttuante e relativa.

La salute che una volta era es-

senzialmente imperniata su uno stato relativamente oggettivabile, si è sempre più trasformata in un mito d'immortalità, di vita senza sofferenza, di comfort. Questa mistificazione, questa sacralizzazione della salute conduce a una confutazione ancor più radicale, persino violenta della realtà della morte e, di conseguenza, ad assurdità terapeutiche. Per estremo, ci si aspetta dall'industria farmaceutica che estirpi la morte e la malattia e assicuri ai consumatori di non essere chiamati a portare né nel corpo, né nello spirito le conseguenze dei loro atti.

E se sperano tutti questi benefici da coloro che desidererebbero prendere per maghi della vita – basta leggere i titoli della stampa – i pazienti non amano tuttavia questa industria che ricorda loro che non esiste terapia senza rischi e che la salute ha un prezzo.

A seconda delle scelte che farà, delle risposte che darà alle attese eccessive e stravaganti, e del modo con cui utilizzerà il suo potere e la credulità dei suoi clienti, l'industria farmaceutica ridurrà il paziente al livello di consumatore trasformandosi in un'industria del benessere, o resterà credibile proseguendo il suo sforzo per preservare e ristabilire la salute.

Del costo del medicinale

La questione del costo dei medicinali è particolarmente emozionale e riflette la tensione tra il diritto alla salute e la percezione comune della potenza e del potere di un'industria che si arricchisce grazie alla malattia.

La salute è considerata in generale come il bene più importante al quale ogni essere umano ha fondamentalmente diritto. Ma ciò vuol dire che diritto fondamentale equivale a gratuità?

La questione del prezzo assume una dimensione esplosiva quando la si affronta nella prospettiva del monopolio concesso attraverso l'ottenimento di brevetti. Si pensa comunemente che l'industria farmaceutica abbia non solo il monopolio dello strumento di ricerca e di sviluppo ma, per di più, la protezione legale delle sue scoperte e il controllo dei suoi prezzi. Se l'indu-

stria ha *de facto* il monopolio della ricerca e dello sviluppo, essa impegna anche in effetti enormi capitali in progetti ad alto rischio finanziario. Nella logica del modello economico in vigore essa spera in un ritorno adeguato sull'investimento. È così che durante il periodo di protezione del *princeps*, che è dell'ordine di una decina d'anni in pratica, l'industria è solo parzialmente sottoposta alle leggi dell'offerta e della domanda e, di conseguenza, i prezzi sono generalmente molto elevati. Tuttavia è importante notare che in numerosi paesi questi prezzi non sono deliberati ma fissati da autorità statali e che, se il mercato vale la posta in gioco, molto presto la concorrenza apparirà con prodotti competitivi che comporteranno un'erosione dei prezzi. Inoltre, non appena il medicinale diventa generico, i prezzi si abbassano subito e in maniera molto significativa. E se l'industria ha potuto raggiungere i suoi obiettivi di redditività, anche la società civile trae un profitto sostanziale e durevole dallo sforzo di innovazione in quanto il medicinale generico è ormai disponibile a un prezzo modesto. Se si considera che durante il periodo di esclusività solo le classi più abbienti di una società e solo i paesi più ricchi possono pagarsi terapie costose, possiamo anche considerarle i finanziari dell'innovazione. In altri termini, qui siamo di fronte a un meccanismo di ridistribuzione della ricchezza.

Gli Stati Uniti d'America, in cui i prezzi sono ancora liberi, finanziando per una gran parte lo sforzo di ricerca e di sviluppo. Mentre nel 1980 il mercato americano rappresentava circa il 30% del mercato mondiale, nel 2000 aveva raggiunto il 40% e verso il 2010 arriverà verosimilmente a coprire il 50%. La ragione principale è l'erosione dei prezzi in altre parti del mondo e in particolare in Europa e Giappone. È così che alcuni prodotti costano ad esempio da 5 a 10 volte più cari quando si supera la frontiera che separa il Canada dagli Stati Uniti. Ci si può chiedere cosa avverrà dell'innovazione terapeutica quando gli Stati Uniti rifiuteranno di sostenerne il peso finanziario.

La questione del prezzo assume tutta la sua dimensione passionale nei paesi in cui il prezzo del farma-

co è libero e in cui l'assistenza sanitaria non è accessibile alla grande maggioranza dei suoi cittadini. Questa situazione è evidentemente quella di numerosi paesi economicamente deboli, ma anche, almeno in grandi linee, degli Stati Uniti.

Come abbiamo visto, con la scelta delle indicazioni terapeutiche sulle quali si concentra, l'industria farmaceutica assume una decisione e determina chi – paesi ricchi e paesi poveri o soltanto paesi ricchi – avrà accesso a quale tipo di salute – terapia di base o terapia di lusso.

Fra le righe di questa scelta si profila evidentemente la questione del prezzo, della redditività e, di

porta molto lontano. Sarebbe un'ambizione estremistica immaginare che l'industria farmaceutica possa salvare il terzo mondo. La questione sanitaria non potrà essere risolta né senza la partecipazione attiva dei governi, delle organizzazioni internazionali e delle ONG né senza la messa in atto, in modo efficace e durevole, delle necessarie infrastrutture.

Da tutto ciò risulta che se l'industria ha il dovere di confrontarsi e apportare risposte alle questioni etiche e sociali che nascono, è errato insinuare e lasciar supporre che essa ha il potere, la potenza e la responsabilità di salvare il mondo. Semplificazioni del genere

limite dei suoi profitti e di vietarsi gli abusi. Tale limitazione può essere effettuata sviluppando medicinali necessari principalmente o esclusivamente per i più poveri e/o proponendo soluzioni terapeutiche che riguardino tanto i ricchi quanto i poveri, ma modulando i prezzi.

Oggi l'industria ha adottato i due approcci più o meno volontariamente. Diverse volte, e ancora recentemente, essa ha accettato di mettere a disposizione dei più poveri le terapie disponibili a condizioni finanziarie favorevoli e possibili. L'esempio dei laboratori che hanno deciso di mettere i loro trattamenti contro l'AIDS a disposizione di certe popolazioni al prezzo di costo mostra, alla luce delle reazioni provocate dall'altro lato dell'Atlantico, quanto è difficile per l'industria adottare un atteggiamento che concili le sue responsabilità di società e i suoi imperativi economici. Questa rinuncia a una parte dei suoi benefici a profitto dei malati del Sudafrica ha provocato una reazione molto forte da parte dei malati di AIDS negli USA che reclamavano l'accesso ai farmaci alle stesse condizioni. Permettetemi di affermare che è qui che il testimone deve essere preso dagli stati e in particolare dai paesi ricchi.

Inoltre l'industria farmaceutica partecipa, cioè inizia dei programmi sanitari da cui fin dall'inizio sa di non poter trarre nessun beneficio finanziario. A titolo d'esempio e tra altri programmi più prestigiosi di laboratori più importanti, il nostro laboratorio ha ideato un programma di nutrizione del neonato in America del Sud e sostiene attivamente il movimento delle cure palliative in Europa.

La questione non è di sapere se l'industria farmaceutica ha o meno il diritto di agire come ogni altra impresa industriale, ma l'industria del medicinale deve definire da sé l'ampiezza della sua generosità.

In questo contesto, che non è quello dell'assoluto ma del relativo, è interessante analizzare i paradigmi soggiacenti che governano le nostre economie.

Come descritto dal Prof. F.J. Rademacker dell'università di Ulm, possiamo dire che a livello generale la logica europea riposa sul paradigma dell'uguaglianza



conseguenza, della perennità. Tale scelta segna la linea di demarcazione tra coloro che avranno e coloro che non avranno accesso alla salute.

Polarizziamo la situazione per meglio comprendere la portata ma anche i limiti del potere e della potenza dell'industria farmaceutica.

Per estremo, si potrebbe pretendere che l'industria dei medicinali si trovi di fronte alla scelta di apportare rimedi alle grandi malattie infettive del terzo mondo – malattie che uccidono milioni di persone l'anno – o di risolvere i problemi sanitari dei paesi ricchi. In altri termini, rispondere a questo interrogativo equivarrebbe sia a rinunciare a fare del profitto, sia ad assicurare la sua ragion d'essere finanziaria. Il primo atteggiamento reclamerebbe una rifusione completa e totale del settore per orientarlo verso una nuova vocazione, quella di salvare i meno favoriti.

Questo approccio riduzionista del problema probabilmente non

portano a un falso dibattito in cui le vittime restano i poveri di oggi.

Il problema di rendere le cure sanitarie accessibili a tutti equivale a quello di assicurare il diritto fondamentale di ogni essere umano alla vita. Questo problema non è anzitutto un problema industriale – come gli ultimi avvenimenti riguardo all'AIDS in Sudafrica hanno cercato di far credere – ma un problema sociale. Basti considerare la tubercolosi che riguarda oltre 25 milioni di esseri umani nel mondo e che causa oltre 3 milioni di morti l'anno. Una soluzione medicinale efficace, fuori brevetto e accessibile al prezzo di costo è disponibile. Per numerosi motivi, ma soprattutto a causa della carenza delle parti in gioco, questo problema farmacologicamente e tecnicamente risolvibile, continua tuttavia a fare danni.

Esso non impedisce che in principio l'industria possa definire la propria risposta in rapporto ai problemi etici e sociali accettando un

(diritto all'assicurazione medica, all'assicurazione sociale, diritto all'educazione, ecc.) mentre la logica nordamericana si basa sul principio del più forte (tutto è permesso, ognuno per sé, ecc.). Il mondo economico e, di conseguenza, l'industria farmaceutica sono sempre più sottoposti al paradigma dominante dell'America del Nord. Questo conduce a un'attesa di redditività esagerata da parte degli azionisti e dei PDG. La nozione di *shareholder value* ha accecato tanto i PDG quanto gli

azionisti, che di fronte al fascino del denaro dimenticano che quando tutto è finito, nessuno può portarsi i soldi all'altro mondo e la speranza soffoca l'aspettativa. È importante che il paradigma europeo serva da contrappeso – come nota giustamente Hendersoon della *Organization for Economic Development* – non per sopprimere il capitalismo, ma per canalizzarlo verso scopi sociali, economici e ambientali.

Per essere dirigente e/o proprietario, è imperativo essere respon-

sabile e rispettabile qualunque sia l'ambito economico ma più in particolare nel campo della salute. Le due cose, rispettabilità e responsabilità, non esistono senza generosità e distacco.

Ciò che si tiene per sé imputridisce, ciò che si dona fiorisce (proverbo alverniate).

Dott. ERIC-PAUL PÂQUES

Dottore in Scienze,

Ordinario d'Università

Direttore Generale, Grünenthal GmbH

Aachen, Germania

PIERLUIGI ZUCCHI

7. Potere religioso e Salute

Introduzione

Il titolo generale di questa XVI Conferenza Internazionale “Salute e Potere” e quello più particolare affidatomi “Potere Religioso e Salute” si calano perfettamente in quelle che sono le esigenze attuali sociali e indicano le aspirazioni e i fini assunti da parte dell’Organismo Ecclesiastico anche nel delicato ambito sanitario.

Il rapporto *potere religioso e salute*, binomio in stretta colleganza, presente d’altro canto in tutte le epoche dell’era cristiana e legato alla stretta reciprocità delle due entità, viene giustamente riproposto oggi con una attenzione ed un interesse ancora più particolari rispetto ai tempi passati. Questo rapporto si inserisce in un contesto dialogico più ampio rappresentato dal confronto tra la Chiesa e l’Ordine temporale, tra la Chiesa e lo Stato, tra la Chiesa e la Vita politica, economica e culturale. Da un punto di vista storico sono sempre esistite ed esistono correnti di pensiero che hanno negato e negano alla Chiesa qualsiasi potere in ambito temporale come d’altro canto esistono sistemi e uomini di cultura che attendono dalla Chiesa risoluzioni concrete.

Saint-Simon, ad esempio, nel suo *Nouveau Christianisme* rivolgendosi al Papa di allora, così si esprimeva: “I vostri predecessori hanno perfezionato sufficientemente la teoria del cristianesimo e l’hanno sufficientemente propagata. È dell’applicazione della dottrina che vi dovete occupare. Il vero cristianesimo ha da rendere gli uomini felici non solamente in cielo, ma anche sulla terra. Il vostro compito consiste nell’organizzare l’umana specie secondo il principio fondamentale della morale divina. Non basta che vi accontentiate di predicare ai fedeli che i poveri sono i figli cari a Dio, bisogna che usiate con franchezza e con energia tutti i mezzi della Chiesa militante per migliorare rapidamente lo stato morale e fisico della classe più numerosa”.

Da questa impostazione si arguisce quanto sia importante il carattere immanente della missione della Chiesa che obbligatoriamente deve rimanere in dialogo continuo con i suoi inscindibili parametri di ordine trascendente.

Definizione di Potere e di Salute

Partirei, quindi, dalla definizione di *Potere* e di *Salute* per poi adden-

trarmi nei vari aspetti più specifici del tema “Potere Religioso e Salute”. Il termine *Potere*, secondo l’accezione più comune, indica il possesso, da parte di un soggetto individuale o collettivo, della capacità di raggiungere i propri fini in una sfera specifica della vita sociale, nonostante la volontà contraria di altri. Da questa definizione così restrittiva e ampiamente criticabile hanno dissentito molti Studiosi, integrandola o addirittura sostituendola. Popitz ritiene che nella definizione di potere debbano inserirsi altri parametri quali quello di *autorità*, intesa come un genere di potere fondato sul prestigio, quello di *dominio*, inteso come potere istituzionalizzato, quello della *violenza*, come espressione estrema del potere e quello dell’*agire tecnico* che, aumentando l’efficienza, incrementerebbe il potenziale del potere (sociale).

Luhmann ritiene che “il potere non sia altro che un codice di simboli generalizzati che rende possibile e disciplina la trasmissione di prestazioni selettive da un soggetto all’altro”. Le definizioni di potere riportate e anche le correnti di pensiero degli Studiosi testé prese in esame danno una visione riduttiva

del concetto di potere, che rimane non accettabile per una visione cristiana, perché identificabile, in tal modo, unicamente in termini utilitaristici e non ontologici.

Tentiamo, quindi, di dare del Potere una definizione etica identificandolo come *parametro esclusivamente in funzione dell'Uomo, come Persona, come proprietà prospettica dell'essere, e, quindi, un avere in funzione dell'essere, dalla quale entità viene indirizzato necessariamente e non accidentalmente*. Da questo inquadramento etico il concetto di Potere si nobilita non solo da un punto di vista assiologico, cioè dei valori, ma anche ontologico, perché diviene entità in funzione dell'essere. Il potere, quindi, così definito può ambire ad



entrare nella gerarchia assiologica dei valori perché tende alla realizzazione di parametri etici di vita, in quanto diventa strumento oggettivo del progetto trascendente di Dio sull'Uomo.

Si comprende, quindi, come solo la dimensione dell'autorità aperta alla trascendenza può concretizzarsi a livello di potere, mentre l'autorità chiusa alla trascendenza può scendere a livelli incomprensibili che possono sfociare in autoritarismo o addirittura nella violenza o nell'abuso. In tal modo il passaggio dal volere al voler fare avviene tramite l'esperienza vissuta dal poter fare. Da qui si arguisce il fondamentale ruolo della incarnazione della Trascendenza nel Potere Religioso, come piena espressione del sacro in funzione dell'uomo.

Il potere, comunque, deve essere esercitato come servizio, in funzio-

ne dell'Uomo come Persona perché come ribadisce Leone XIII nella *Rerum Novarum* "il potere viene da Dio ed è una certa partecipazione della divina sovranità e deve amministrarsi sull'esempio di questa, che con paterna cura provvede non meno alle particolari creature che a tutto l'Universo". L'insegnamento pedagogico più importante sul Potere ci viene comunque da Gesù e, anche se riguarda soprattutto coloro che hanno un posto di responsabilità nella gerarchia della Chiesa, non può non interessare anche i responsabili di altri settori, per esempio, i capi delle nazioni. "Voi sapete", ribadisce Leone XIII, "che coloro che sono ritenuti i capi delle nazioni le dominano ed esercitano su di esse il potere. Fra voi, però, non è così; chi vuol essere grande fra voi si farà servitore, e chi vuol essere il primo tra voi sarà il servo di tutti". È un nuovo modo di introdurre e concepire il concetto di potere come autorità (*auctoritas*) che investe tanto l'ordine della salvezza che quello della creazione. Non saranno, dunque, i membri della società al servizio di coloro che detengono il potere, ma costoro al servizio di quelli. I Cristiani tutti, quindi, laici e appartenenti alla gerarchia ecclesiastica sono chiamati ad essere testimoni di un mondo nuovo in cui anche il potere tende a liberarsi dalle sue prerogative immanenti per assurgere a posizioni trascendenti e divenire più efficace strumento della Provvidenza Divina. Scriveva Merleau Ponty: "il cristiano è un elemento di disturbo nei confronti del potere stabilito, giacché è sempre altrove e non si può mai essere sicuri di lui. Ma per la stessa ragione egli disturba anche i rivoluzionari i quali non lo sentono mai totalmente con loro". Il Potere, quindi, deve essere al servizio della Persona, entità assiologica che rappresenta una delle grandi conquiste del Cristianesimo. Il concetto di Persona manca, infatti, nella cultura classica e in tutti gli altri contesti culturali (Sgreccia). Oggi più che mai, è proprio tramite il Potere Religioso in ambiti delicati come la Sanità che bisogna sottolineare con forza il valore e il primato della Persona umana minacciata sempre più da totalitarismi facenti capo a diversi indirizzi culturali e politici. È di comune riscontro quotidiano, infatti, co-

me variegate posizioni collettivistiche, ma anche individualistiche, tendano a voler influenzare il linguaggio cristiano con regole grammaticali, che da un punto di vista etico non sono accettabili perché basate sulla forza e la prepotenza e non su valori umani sicuramente più incisivi, come quelli che si fondono sull'amore e sulla fraternità tra gli uomini.

Passando invece alla definizione di Salute ritengo che non si debba aggiungere alcunché a quella proposta da Javier Lozano Barragán (2000) che afferma che "la salute umana è una tensione verso l'armonia fisica, psicologica, sociale e spirituale e non soltanto l'assenza di malattie, che rende capace la persona di adempiere la missione ricevuta da Dio, secondo la tappa della vita nella quale si trova".

Potere Religioso e Cultura Sanitaria

Una delle funzioni fondamentali che il Potere Religioso esercita proprio nell'ambito della Sanità è quella di porgere il messaggio e i valori del Vangelo incarnandoli nella fisionomia culturale di ciascun individuo, soprattutto se malato. Questa forma di inculurazione trova il modello perfetto nella incarnazione del Figlio di Dio. Con l'incarnazione, infatti, "il divino si incarna nell'umano e l'umano si compie nel divino, ma in modo che il divino non si perda nell'umano e l'umano non si dissolva nel divino" (G. Pittau, 2000). Uno degli scopi principali, quindi, che la Chiesa continuamente si prefigge nell'esercitare il Suo Potere Religioso, soprattutto nel mondo della salute, è quello di fecondare ogni cultura, che in tal modo risulta nuova, perché arricchita dal Cristianesimo. In questa opera di inculurazione non dobbiamo, però, ridurre il Cristianesimo a semplice Umanesimo, evitando in tal modo di umanizzare e relativizzare il mistero di Dio che ci è rivelato da Cristo, e di divinizzare l'uomo o un determinato filone culturale. Tutto questo grande sforzo che compie la Chiesa trova un terreno ampio di realizzazione nell'ambito della salute, dove viene esercitata la pedagogia della carità. La pedagogia della carità deve, innanzitutto, educare l'uomo a salvaguardarsi da

quei funzionalismi esasperati per i quali è vero tutto ciò che serve, che produce, che dà profitto, eliminando eutanasicamente qualsiasi entità improduttiva, anche umana. Da tutto ciò si arguisce quanto sia importante la presenza in una società così consumista, pragmatista ed edonista, di un forte potere religioso che possa proporre con autorità le coordinate nelle quali poter difendere e tutelare gli interessi di tutti e, soprattutto, dei più poveri.

Rapporto Potere Religioso – Fede – Scienza

Un altro aspetto da tener presente nell'ambito della Sanità è il rapporto Potere Religioso Fede-Scienza. L'operatore sanitario cattolico deve mirare sempre alla verità e a poterla comunicare per entrare in contatto con le altre culture. La ricerca della Verità nasce sempre dall'Amore. È dall'amore della verità che nasce la passione per la ricerca. Il metodo scientifico che il ricercatore adotta nella indagine da eseguire costituisce un criterio di discernimento per la verità da amare e per non amare ciò che verità non è. Evidenziare il rapporto scienza-fede significa evidenziare il rapporto scienza-amore per la verità. Il potere religioso nell'ambito della sanità può trovare un suo momento incisivo tramite lo strumento del dialogo evangelizzante verso il sofferente. Il dialogo, quindi, rappresenta il primo momento di comunicazione della verità la cui accettazione risulta dalla verità stessa e la trasmissione della fede diventa di grande incisività quando viene attuata una appropriata grammatica della comunicazione.

Potere Religioso e Comunicazione

Nella nostra società, infatti, la trasmissione della cultura sembra contrassegnata da contraddizioni come l'incapacità al dialogo o, al contrario, la ricerca spasmodica e continua di punti di incontro.

In una società consumista ed edonista la comunicazione viene spesso distorta e si proietta in modo molto lontano dall'essenza della verità e dalle ragioni vere della vita. Oggi gli Organismi preposti alla informazione e alla sensibilizzazione

ne esercitano un grande potere, che se non è fondato su presupposti etici rischia di trasformare questo dono di alterità in obiettivi di profitto e di manipolazione culturale. Ogni forma dialogica che sia alla base di ciascun potere, soprattutto religioso, si fonda sull'accettazione dell'alterità come diversità e libertà dell'altro, parametri questi con i quali l'uomo deve entrare in rapporto e confrontarsi ogni giorno. Il Potere Religioso, quindi, in ciascun ambito, ma in quello della Salute soprattutto, tende ad accogliere e a capire le esigenze e le diversità dell'altro tramite il dialogo e la comunicazione della parola giusta rappresentata dall'Amore e dalla Verità: *"quest'ultima può risultare più grande dell'Amore solo se riteniamo che l'Amore è la Verità cui abbiamo creduto"* (Schinella, 2001).

Incisività del Potere Religioso nella Salute

Il rapporto sempre più presente e pressante tra l'espressività dei parametri tangibili del potere religioso e la salute, si palesa nella nostra società con valenze di spessore sempre maggiore. Comunque le sponsorizzazioni economiche sembrano ottenersi con sempre maggiori difficoltà e l'aiuto concreto alle confessioni rappresenta, come sottolineano anche altri Ricercatori (Ferrari e Iban 1997), uno degli aspetti più delicati. La sponsorizzazione economica finalizzata alle esigenze della Chiesa incide a tal punto sulla struttura istituzionale ecclesiale che rappresenta "lo specchio dal quale si può cogliere la sua autocomprendizione, la sua relazione con lo Stato e la sua posizione di fronte ai fedeli" (Helmut Pree, 1993).

Potere Religioso e modelli di finanziamento: ossia l'Avere in funzione dell'Essere

Qualsiasi Struttura Religiosa per esercitare un potere finalizzato alle esigenze etiche dell'uomo deve obbligatoriamente disporre di finanziamenti e, quindi, di risorse economiche da parte di Enti Pubblici e/o Privati. In Europa i modelli di finanziamento alle diverse confessioni sono diversi da Stato a Stato a seconda della sensibilità del Legislatore. Esistono infatti Stati che proi-

biscono ogni sostegno finanziario alle confessioni, tra questi: l'Irlanda, l'Olanda, il Portogallo, la Gran Bretagna. In Francia invece la Costituzione a partire dal 1958 sottolinea la propria fisionomia laica, o meglio laicista, lasciando quindi intravedere non molte possibilità in merito. D'altro canto esistono anche Paesi che tendono ad ossigenare e nutrire le proprie Confessioni perché esercitino un giusto potere religioso tra la gente e a tal proposito hanno inserito nella propria Costituzione forme di finanziamento statale, come accade in Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Spagna, Ungheria, Svezia, Austria, Finlandia, e fuori dall'Unione Europea, in Norvegia e in alcuni cantoni della Svizzera. Le diversificate forme di contributo economico da parte degli Stati disponibili verso le diverse Confessioni testimonia l'individuazione etica del fondamento del finanziamento e la rilevanza sociale del fattore religioso, insito in ciascuna comunità che voglia definirsi civile.

Potere Religioso e Salute nel mondo

Mai come oggi l'uomo è costretto ad accettare discrepanze così marcate e crescenti sia nel reddito che nella salute. Il percorso verso una maggiore giustizia tra i popoli e verso una globalizzazione dei diritti in aiuto dei più poveri e dei più deboli sembra subire rallentamenti ricorrenti nonostante gli sforzi di incontri internazionali anche recentemente avvenuti. Dal Convegno di Erice (26 Marzo 2001) "Sull'equità e il diritto alla salute" si apprendono dei dati veramente sconcertanti perché: 1) le popolazioni dei paesi più ricchi e industrializzati hanno una longevità che si avvicina agli 80 anni, mentre le popolazioni di molti paesi dell'Africa Sud-Sahariana registrano livelli di longevità anche inferiori a 40 anni; 2) le persone affette da HIV/AIDS dei paesi ricchi hanno a disposizione gratuitamente farmaci efficaci contro l'infezione e la malattia, mentre alle persone affette da HIV/AIDS dei paesi poveri questa possibilità di cura spesso non è raggiungibile; 3) quasi 900 milioni di persone al mondo non hanno accesso ai servizi sanitari essenziali. Questi dati sottolineano

chiaramente il sistematico smantellamento di principi di salvaguardia della dignità della persona umana, del rispetto della vita e della equità, indicando la *Salute* sempre più come bene di consumo.

Da questa visione utilitaristica della salute si arguisce come sia importante che la Chiesa, latrice di valori etici e spirituali universali che



autorevolmente propone (*auctoritas*), cerchi in maniera sempre più incisiva di calarsi in situazioni immanenti di potere (*potestas*), perché questo sia indirizzato a favore dell'Uomo come Persona, fatto a immagine e somiglianza di Dio, da difendere dal concepimento fino alla morte. Questa posizione personalista dell'etica cristiana dovrebbe stimolare una forte responsabilità morale negli scienziati. L'uomo, quindi, deve essere posto al centro del mondo, soprattutto della salute, come Persona.

La *Persona* in tal modo deve essere considerata entità fondamentale tra il mondo naturale e quello spirituale, fornita di *volontà* come autodeterminazione, tramite la quale ciascun individuo stabilisce un rapporto di trascendenza con i propri atti che può dominare e dirigere in funzione di un fine rappresentato dal *valore morale*. Il Potere Religioso incide proprio su questo valore morale cercando di creare indirizzi etici a tutela del progresso dell'uomo. "Per il cristiano" come afferma il Cardinal Tettamanzi "il progresso non solo è da benedirsi

(quando si pone al servizio dell'uomo), ma costituisce più propriamente una benedizione, eco ininterrotta della benedizione di Dio, che proprio all'uomo, alla sua intelligenza e al suo dominio ha affidato il mondo da Lui creato". "Il dominio dell'uomo" sottolinea Giovanni Paolo II "sul mondo visibile a lui assegnato come compito dallo stesso Creatore consiste nella priorità dell'etica sulla tecnica, nel primato delle persone sulle cose, nella superiorità dello spirito sulla materia". (Giovanni Paolo II, *Redemptor Hominis*, n.16).

Il Potere Religioso, quindi, anche nel rapporto con il mondo della salute porge un insegnamento di grande incisività in modo tale che il cristiano abbia responsabilità e gratuitudine per un dono così prezioso.

Al medico e all'uomo di scienza è richiesta una vigilanza prudente ed eticamente rigorosa perché il progresso si risolva in un crescente servizio all'uomo, a tutto l'uomo e a tutti gli uomini. Di qui l'urgenza assoluta e indilazionabile della alleanza tra Scienza e Sapienza. L'epoca nostra più ancora che nei secoli passati ha bisogno di questa sapienza, perché diventino più umane tutte le sue nuove scoperte e gli uomini di scienza devono tener presente che ciò che è tecnicamente possibile può essere moralmente non lecito. Il Magistero della Chiesa con la propria autorità morale cerca di esercitare costantemente nell'ambito della Sanità un potere religioso che sottolinea che "solo la consapevolezza del primato dei valori consente un uso delle immense possibilità messe nelle mani dell'uomo dalla scienza, che sia veramente finalizzato alla promozione della persona umana nella sua intera verità, nella sua libertà e dignità" (Giovanni Paolo II, Esortazione Apostolica "*Familiaris Consortio*", n. 8).

Anche da parte del medico e dello scienziato può venire esercitato un potere nell'ambito del mondo della salute. La scienza, infatti, dà potere all'uomo: anche se è bene porre all'uso di questo potere dei perimetri etici.

Gli scienziati, infatti, sono in grado di consentire l'utilizzo dei risultati della ricerca, ma non devono diventare arbitri dei destini del mondo (Agazzi E., 1980). Un pote-

re religioso, quindi, ben esercitato non deve mirare solo alla tutela della salute di ciascun uomo, ma anche sensibilizzare il medico-scienziato, che come persona umana ha il dovere di rispondere a certi particolari valori quali il bene, il giusto, l'onesto, ponendosi in atteggiamento di responsabilità amorosa verso il sofferente.

Uno dei valori comunque in assoluto più importanti, verso il quale il medico deve essere sensibilizzato sia come persona umana sia come scienziato, è il valore della vita dell'uomo e della natura. Da queste considerazioni si comprende che il risultato ottimale della *salute fisica* nel paziente deve partire dall'acquisizione del concetto di *salute etica*, da parte del curatore di questo stato di necessità fisiologica che è il medico. Si arguisce, quindi, come sia di fondamentale importanza la sensibilizzazione da parte del potere religioso alla formazione culturale del medico e come questi debba essere educato prima come persona e poi come medico, alla responsabilità morale verso quei valori rappresentati dall'amore verso la natura, verso la persona umana, verso la vita e soprattutto verso Dio, fonte della vita eterna.

Potere religioso e difesa della vita

I parametri valoriali dell'etica assistologica nei confronti dell'etica teologica portano attualmente ad esaminare uno degli aspetti più scottanti che coinvolgono l'Uomo come Persona, ossia la difesa della vita dal concepimento fino alla morte. Il potere religioso, esercitato dal Magistero della Chiesa, continua giustamente a ribadire, soprattutto nel mondo della salute, i principi intoccabili della vita, come dono trascendente (Honings, 2001).

Nell'attuale società nella quale prevalgono i principi fondati sull'edonismo, sul pragmatismo, sul consumismo, il concetto etico della *sacralità della vita* sembra avere poche possibilità di essere accolto perché utilitaristicamente contrapposto a quello della *qualità della vita*, considerato parametro assolutamente inalienabile di rivendicazione del diritto dell'individuo, come se il rispetto del valore della vita non fosse in funzione anche del-

la sua qualità. Da ciò si può ben arguire che se l'uomo attuale ha difficoltà di comprendere le ragioni ontologiche del rispetto della vita, gli può essere più facile riflettere sulle sue ragioni antropologiche, constatando che la cultura contemporanea, fragile a livello della ragione ontologica, è molto recettiva nei confronti delle relazioni intersoggettive. Il Potere Religioso, forte della sua posizione etica trascendente, ribadisce costantemente l'allontanamento della libertà, come concezione nichilista e anarchica, dalla posizione spesso oltracotante di onnipotenza della tecnica che tende a favorire unicamente personalità narcisistiche, ossia immature, in perenne conflittualità e soggette alle più gravi forme psicopatologiche di ciclotimia, in passaggi continui da sindromi depressive a facili forme di violenza schizofrenica.

Bisogna ribadire il profondo rispetto della vita partendo *ab ovo* dai principi magisteriali della Chiesa e proponendo in maniera incisiva un'etica della vita e, quindi, della maternità. Questo non nel senso di una regolazione etica della maternità, ma nel senso di un'etica che assuma la maternità come suo paradigma, di un'etica cioè "che inizi dalla consapevolezza che la vita è condivisione e che si sviluppa come decisione di autolimitazione del proprio dominio e come accoglienza e cura dell'altro in quanto valore di per sé" (Tettamanzi). È necessario, quindi, ribadire che la vita non deve essere concepita come bene oggettivo e anonimo che appartiene unicamente all'altro, ma come parametro assiologico che rappresenta il bene e la salute di tutti, perché ogni uomo tende a progredire e ad evolversi solo con il progredire e l'evolversi della vita dell'altro uomo e la non disponibilità verso la vita possibile o attuale dell'altro porta a un riduzionismo inevitabile anche della propria. È indispensabile, perciò, creare dei punti di riferimento per la salute psichica, fisica ed etica per noi e per gli altri, dove l'altro rappresenta, innanzitutto, un fine e non un mezzo per la risoluzione delle proprie ansie e dei propri traguardi.

Bisogna quindi seguire una antropologia fondata metafisicamente sull'ontologia, tenendo presente

che accogliere la vita ci deve inevitabilmente mettere nella posizione di accogliere anche la sofferenza e il dolore.

Potere Religioso e Dolore

A questo proposito, per evidenziare quanto possa il Potere Religioso come entità trascendente e immanente essere incisivo nell'ambito della Salute, mi permetterò di riportare i punti più salienti di una ricerca pubblicata circa due mesi fa, da me eseguita in collaborazione col Professor Honings, teologo moralista, e con la Professoressa Voegelein, fisico medico, sul rapporto Fede, Preghiera, Dolore. In questa ricerca si dimostra con dati scientifici evidenziati con analisi statistica come la fede e la preghiera, entità aprioristiche del Potere Religioso, possano innalzare la soglia del dolore, ossia far avvertire meno dolore al paziente affetto da sindromi dolorose. Un primo studio (Zucchi, Honings, 1996) era stato eseguito su una popolazione di 120 pazienti con risultati molto incoraggianti. Stimolati da questi esiti, gli Autori hanno allargato la casistica fino a 1104 pazienti esaminando se l'elemento trascendente della Fede e la Preghiera potesse influenzare i risultati terapeutici e la soglia del dolore in maniera diversificata a seconda delle diverse patologie prese in esame.

All'ingresso in reparto o in ambulatorio, veniva verificata la patologia responsabile del quadro algico. Le diverse patologie dolorose venivano divise in quattro gruppi: centrale, oncologica, articolare e miofasciale. I pazienti venivano quindi suddivisi secondo un criterio *random* (assegnazione casuale dei pazienti) in due gruppi S (studio) e C (controllo) di 552 soggetti. La frequenza delle patologie nei due gruppi era la seguente:

dolore centrale: 157 soggetti (69 C e 88 S)

dolore oncologico: 236 soggetti (109 C e 127 S)

dolore articolare: 358 soggetti (190 C e 168 S)

dolore miofasciale: 353 soggetti (184 C e 169 S)

In Tabella 1 sono state riportate le distribuzioni delle diverse patologie dei soggetti presi in esame.

Ad entrambi i gruppi veniva

sommministrata una terapia farmacologica comprendente farmaci anti-flogistici non steroidei e vitamina C per via parenterale. Al gruppo S veniva inoltre somministrato un trattamento definito *Test di Trascendenza Spirituale* (TTS) costituito dalla lettura meditata di un brano neotestamentario. Il brano, tratto dalla Prima Lettera di Giovanni, veniva consegnato al paziente con l'invito ad una attenta lettura. Il brano era il seguente:

Dio è amore; chi sta nell'amore dimora in Dio e Dio dimora in lui.

Per questo l'amore ha raggiunto in noi la sua perfezione, perché abbiamo fiducia nel giorno del giudizio; perché come è Lui così siamo anche noi in questo mondo. Nell'amore non c'è timore, al contrario l'amore perfetto scaccia il timore, perché il timore suppone un castigo e chi teme non è perfetto nell'amore.

Noi amiamo perché Egli ci ha amati per primo. Se uno dicesse: "io amo Dio" e odiasse il suo fratello, è un mentitore. Chi infatti non ama il proprio fratello che vede, non può amare Dio che non vede.

Questo è il comandamento che abbiamo da Lui: "chi ama Dio ami anche il suo fratello".

Chiunque crede che Gesù è il Cristo è nato da Dio; e chi ama coloro che ha generato, ama chi da Lui è stato generato. Da questo conosciamo di amare i figli di Dio: se amiamo Dio e ne osserviamo i comandamenti, perché in questo consiste l'amore di Dio, nell'osservare i suoi comandamenti; e i suoi comandamenti non sono gravosi. Tutto ciò che è nato da Dio vince il mondo; e questa è la vittoria che ha sconfitto il mondo: la nostra fede.

1Gv 4, 16-21; 5, 1-4

Il trattamento aveva una durata di 10 giorni. Al primo, al quinto e al decimo giorno, i soggetti venivano sottoposti ad una valutazione psicofisica del dolore, prima e due ore dopo la somministrazione del trattamento, che consisteva nella somministrazione di farmaci al gruppo di controllo (C) e di farmaci insieme alla lettura meditata del brano neotestamentario al gruppo di studio (S).

La valutazione psicofisica dell'intensità del dolore veniva effettuata mediante una scala visiva ana-

Patologia	N. Casi			
	C1 -298	C3—352	A2—254	A4 - 200
Emicrania	13	19	6	5
Cefalea a grappolo	19	22	14	12
Cefalea muscolotensiva	53	55	50	42
Neuralgia del trigemino	5	7	6	5
Dolore da deafferentazione	6	9	6	5
Eteroplasia pancreatica	9	12	7	5
Eteroplasia polmonare	12	16	8	6
Eteroplasia gastrica	14	17	13	10
Eteroplasia renale	7	9	7	6
Eteroplasia vescica	7	9	7	6
Eteroplasia utero	5	7	6	5
Eteroplasia testicolo	3	5	5	5
Artrosi della colonna	68	72	60	50
Periartrite scapolo-omerale	2	3	7	6
Gonartrosi	8	10	8	5
Coxartrosi	13	15	8	5
Artrite reumatoide	5	7	7	5
Lombaggine	31	35	13	10
Lombosciatalgia da E.D.	18	23	16	7

Tab. 1 - Distribuzione delle diverse patologie nei 4 sottogruppi:
C1 = credenti trattati con TTS;
C3 = credenti non trattati con TTS;
A2 = agnostici trattati con TTS;
A4 = agnostici non trattati con TTS.

logica (VAS). La scala VAS consiste in un segmento rettilineo L di 10 cm i cui punti iniziale e finale vengono fatti corrispondere alla stima soggettiva del minimo e del massimo dolore percepibile.

Il soggetto evidenziava con un segno su L il livello del dolore percepito (Fig. 1).

Al termine del trattamento, cioè alla fine del decimo giorno di degenza, veniva chiesto ai pazienti se fossero credenti o no, ottenendo così due classi tipologicamente diverse: C (credenti), di 650 soggetti, ed A (agnostici), di 454 soggetti (Fig. 2).

In sintesi i risultati dello studio sono stati i seguenti:

a) i pazienti credenti rispetto agli agnostici presentano una *soglia di percezione iniziale del dolore* più elevata e cioè avvertono meno do-

Fig. 1 - Scala VAS: L è un segmento su cui il paziente segna il livello di dolore percepito. Il tratto compreso tra il punto segnalato ed il punto corrispondente a «nessun dolore» viene misurato in centimetri.

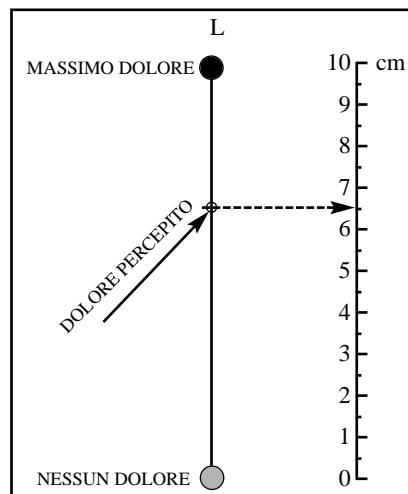
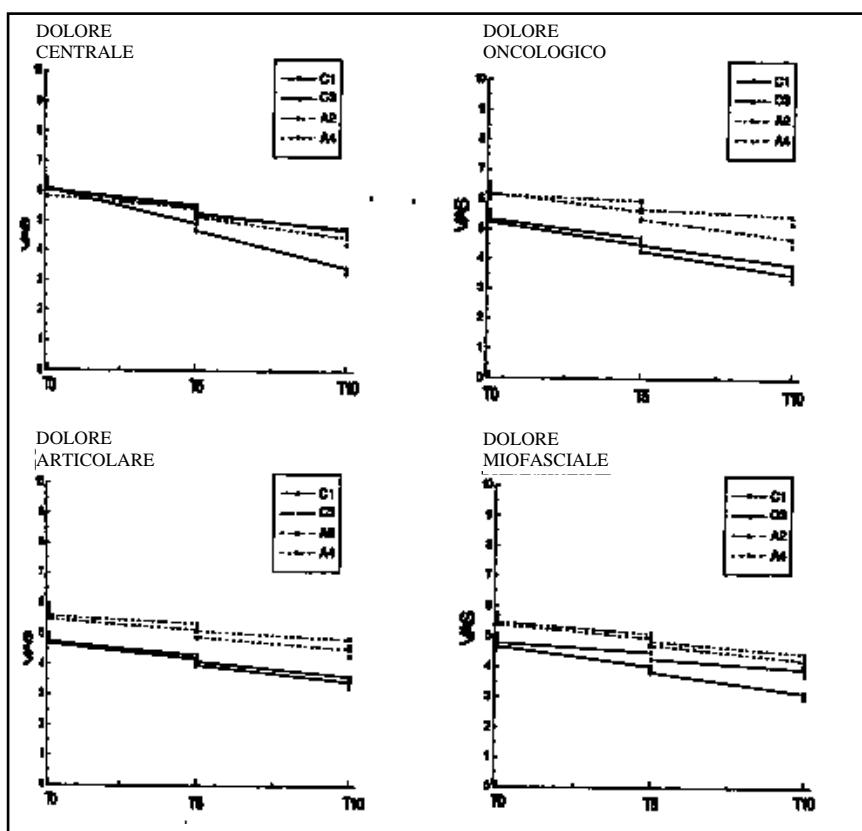


Fig. 2 - Valori medi della VAS in 6 determinazioni effettuate al 1°, al 5° ed al 10° giorno in pazienti con diversa patologia: centrale, oncologica, articolare e miofasciale; delle classi: C1 = credenti con TTS; C3 = credenti senza TTS; A2 = agnostici con TTS; A4 = agnostici senza TTS.



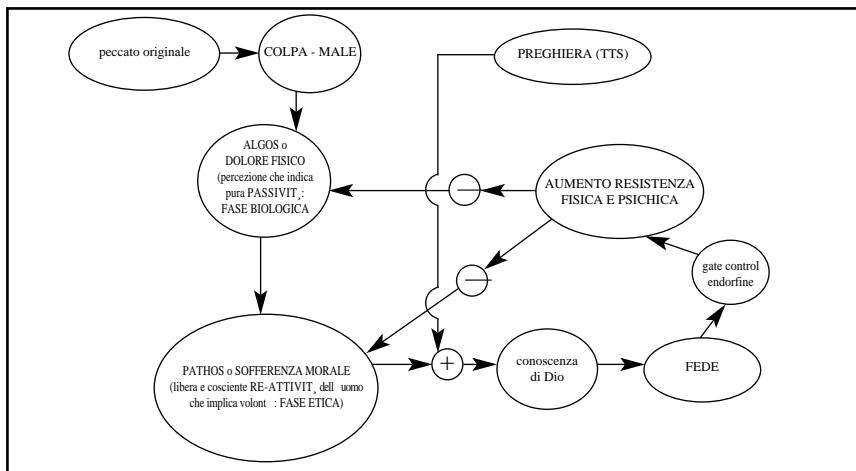


Fig. 3 - Meccanismo fisiopatologico con il quale si evidenzia come la Fede e la Preghiera modulino la percezione dello stimolo doloroso.

lore. Questo fenomeno possiamo indicarlo come *effetto Fede*. I pazienti credenti inoltre hanno una migliore risposta antalgica con i soli farmaci (gruppo di controllo) e in misura maggiore con i farmaci associati con la preghiera (gruppo di studio).

b) i pazienti del gruppo di studio trattati anche con preghiera hanno una migliore risposta al trattamento farmacologico di quelli non trattati *siano essi credenti che agnostici*. Questo fenomeno possiamo indicarlo come *effetto Preghiera*:

Gli effetti fede e preghiera sulla sintomatologia dolorosa variano anche nelle diverse patologie prese in esame:

– nelle *patologie centrali* (cefalee per esempio) l'effetto Fede agisce in minor misura a livello della percezione dolorosa di base, ma se la condizione di fede è abbinata alla preghiera, questa produce un risultato terapeutico migliore (effetto Preghiera). Si ipotizza quindi che lo stimolo preghiera in queste patologie attivi e regoli i meccanismi neurofisiologici e neurochimici prima inibiti da una eccessiva e disordinata attività centrale;

– nelle *patologie oncologiche* è l'effetto Fede che assume l'importanza più rilevante rispetto all'effetto Preghiera. Questo fenomeno si può attribuire alla particolare condizione psicologica di "allarme", in cui si trova il paziente. In questa condizione i meccanismi di inibizione del dolore sono in forte attivazione e, quindi, meno recettivi ad altri stimoli esterni, come può essere quello rappresentato dalla lettura meditata del brano evangelico;

– nelle *patologie articolari e*

miofasciali, fede e preghiera producono effetti equiparabili, per cui si può ipotizzare che i meccanismi di azione di tali condizioni siano equivalenti.

Il meccanismo fisiopatologico con cui la condizione di fede e la preghiera modulano la percezione dello stimolo doloroso può essere così spiegato (Zucchi, Honings, Voegelin, 2001, Fig. 3):

a) *neurofisiologicamente*: con l'attivazione di fasci inibitori discendenti che modulano la condizione dello stimolo nocicettivo determinando una minor percezione del dolore (*gate control theory*, Melzack e Wall, 1965);

b) *neurofarmacologicamente*: con la liberazione di endorfine, sostanze endogene di natura oppiacea ad azione analgesica, che bloccano i recettori algogeni sia a livello centrale che periferico.

Conclusioni

Da questo studio si evidenzia scientificamente come il *Potere Religioso*, tramite l'elemento trascendente della *Fede* e lo strumento della *Preghiera*, possa calarsi in un mondo così delicato come quello della *Salute*, nel quale può *terapeuticamente* incidere influenzando in maniera favorevole i risultati clinici, apendo cuori e menti in circostanze molto particolari come quelle rappresentate dalla malattia, dalla sofferenza e dal dolore.

Prof. PIERLUIGI ZUCCHI, S. O.
Direttore dell'Istituto per lo Studio
e la Terapia del Dolore, Firenze
Docente di Fisiopatologia e Semeiologia
Strumentale del Dolore
Università degli Studi di Firenze

Bibliografia

- ACQUAVIVA, G., *Il dialogo tra appartenenza e scienza*, Vita e Pensiero, 3 (2000) 241-249.
 AGAZZI, E., *Sulla possibilità di una fondazione razionale delle norme*, Miscellanea Filosofica, p.8, 1980.
 BARTOLI, E., SORRENTINO, D., TRAVISI, A., *L'aspetto etico dei trial clinici randomizzati*, Ann. Ital. Med. Int., 12 (1997) 98-102.
 CORRADETTI, R., PEPEU, G., *Le endorfine*, In: C.A. Pagni, P. Procacci, V. Ventafridda (Eds). *Il Dolore: problemi di fisiopatologia e terapia*, Edizioni Libreria Cortina, Verona, 1978, 83-94.
 FERRARI, S., IBAN, I.C., *Diritto e religione in Europa occidentale*, Il Mulino, Bologna 1997, p. 146.
 GIOVANNI PAOLO II, *Esortazione Apostolica "Familiaris Consortio"*, n. 8.
 GIOVANNI PAOLO II, Lettera Enciclica "Redemptor Hominis", n. 16.
 HONINGS, B., *Le ragioni di fondo del "non ucidere"*, Orizzonte Medico, 3 (2001) 13-14.
 HUGHES, J., SMITH, T.W., KOSTERLITZ, H.W., FOTHERGILL, L.A., MORGAIN, B.A., MORRIS, H.R., *Identification of two related pentapeptides from the brain with potent opiate agonist activity*, Nature, 258 (1975) 577-579.
 LAMBERTINO, M., MAX SCHELER., *Fondazione fenomenologica dell'etica dei valori*, La Nuova Italia, Firenze, 1996.
 LOZANO BARRAGÁN, J., *Salute e dolore: la speranza cristiana*, Orizzonte Medico 4 (2000) 63-64.
 LUHMANN, N., *Potere e complessità sociale*, 1975.
 MELZACK, R., AND WALL, P.D., *Pain mechanisms: a new theory*, Science 150 (1965) 971-979.
 MERLEAU-PONTY, M., *Sens et non-sens*, 1967, Paris, p. 363.
 PAGANI, S., *Riconoscere i poveri*, La Rivista del Clero Italiano, 12 (2000) 805-821.
 PAOLO VI, Enciclica *Ecclesiam Suam*, 6 Agosto 1964.
 PASSAMANI, E., *Clinical trials – are they ethical?* N Engl J Med, 324 (1991) 1589-92.
 PETRINI, M., CARETTA, F., *Preghiera cristiana e salute. Spiritualità e medicina in una visione olistica della persona*, Camillianum, 16 (1997) 1-44.
 PITTAU, G., *Culture in dialogo*, Vita e Pensiero, 1 (2000) 44-58.
 POPITZ, H., *Fenomenologia del potere – Autorità, dominio, violenza, tecnica*, 1986.
 PREE, H., *Indipenderter a civili potestate*. (c 1254, p. 1). Zur Legitimität staatlich sanktionierter Kirchen Finanzierungssysteme, VII Congresso Internazionale di diritto canonico, Lublino 13-19 settembre, 1993.
 RATZINGER, J., BERTONE, T., *Istruzione circa la preghiera per ottenere da Dio la guarigione*, Congregazione per la Dottrina della Fede (CDF), Libreria Editrice Vaticana, 2000.
 SCHAFER, A., *The ethics of the randomized clinical trials*. N. Engl J Med, 307 (1982) 719-24.
 SCHINELLA, I., *Ministri della verità che è l'amore*, La rivista del Clero Italiano, 6 (2001) 455-463.
 SCOTT, J., HUSKISSON, E.C., *Graphic representation of pain*, Pain 2 (1976) 175-184.
 SGRECCIA, E., *Manuale di Bioetica*, 1-2 voll., Ed. Vita e Pensiero, Milano 1991.
 TETTAMANZI, D., *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Ed. Piemme, Casale Monferrato, 1990.
 VEGETTI FINZI, S., *Volere un figlio. La nuova maternità tra natura e scienza*, Milano 1997, p. 99.
 ZUCCHI, P.L., HONINGS, B., *La fede elemento trascendente e facilitante il risultato terapeutico nel paziente sofferente*, Dolentium Hominum, 3 (1996) 16-28.
 ZUCCHI, P.L., HONINGS, B., VOEGELIN, M.R., *Pain Faith Prayer. Compendium of Pain Semantics*, published by the Institute for the Study and Therapy of Pain, Florence – Italy, n. 11, pp. 1-384, 2001.



III. ILLUMINAZIONE DELLA REALTÀ

DIEGO GRACIA GUILLÉN

1. Potere e salute nella storia

Introduzione

Il vocabolo potere riveste oggi una connotazione fortemente negativa. Si parla del potere del denaro, del potere dei mezzi di comunicazione o dei poteri mediatici, del potere politico, ecc., sempre con un significato e un tono chiaramente peggiorativi. Ricordiamo la famosa frase di Lord Acton: “il potere corrompe, e il potere assoluto corrompe in modo assoluto”. Tuttavia, il termine potere non può essere ridotto alla sua dimensione puramente negativa. E questo non solo perché ne ha un’altra chiaramente positiva, bensì e soprattutto perché il potere è un ingrediente fondamentale della vita umana. L’esistenza umana non è possibile senza il concorso di un complesso sistema di poteri. Di qui la necessità di analizzare questo termine con una certa precisione.

Le tesi che mi propongo di difendere in questo lavoro sono le seguenti: la prima è che la storia consiste nella consegna di potere agli esseri umani, che li rende in grado di fare cose, di costruire la propria vita e che, pertanto, la storia è un processo di trasmissione di possibilità; la seconda tesi è che la storia, come processo di trasmissione di possibilità, ha sempre un

carattere ambivalente, così che in essa non c’è mai creazione di possibilità positive che non abbia come conseguenza collaterale la comparsa di possibilità negative. In altri termini la storia, mentre possibilità, impossibilità; o anche, mentre possibilità positivamente, possibilità negativamente. La salute è, in questo senso, una possibilità positiva di vita e la malattia una possibilità negativa. La terza tesi è che il risultato del processo di trasmissione storica di possibilità è ciò che chiamiamo cultura umana, che per questo occorre definire come un sistema di poteri degli esseri umani, tanto positivi quanto negativi. Quarta tesi, questi poteri hanno sempre una dimensione morale e pertanto è necessario differenziare chiaramente la dimensione di potere degli atti dalla loro dimensione di dovere. Ci sono cose che si possono fare e che non si debbono fare, e cose che si debbono fare e non si possono fare. La quinta e ultima tesi, è che non c’è mai concordanza perfetta tra l’ordine del potere e quello del dovere e che pertanto nessuno fa completamente ciò che può e che deve fare, motivo per cui ogni vita umana e ogni progetto morale terminano sempre, in qualche misura, in fallimento. Di qui la necessità di un’i-

stanza superiore, di un potere supremo, che tutte le culture hanno identificato sempre con il potere divino.

I. La storia come processo di trasmissione di possibilità e la cultura come sistema di potere

Il termine “potere” ha due funzioni grammaticali distinte, una come verbo e l’altra come sostantivo. Come verbo transitivo, potere è la capacità di fare qualcosa e va sempre necessariamente riferita a un soggetto che può essere rappresentato grammaticalmente da un nome (“Pietro può volare”), o da un pronome, “io”, “tu”, “egli” (“egli può volare”), ecc. Quando, al contrario, funziona come sostantivo, va preceduto dall’articolo maschile “il” (“il potere delle multinazionali”). Una cosa è dire “io posso” o “egli può” e un’altra è dire “il potere”. La differenza tra i due significati della parola “potere” è importante. Quello originario è il primo dei due, che ha carattere concreto, mentre il secondo è un sostantivo astratto, che per questo si considera ulteriore nel tempo e derivato dal precedente. “Il potere” come sostantivo è sempre ri-

sultato dall'attuazione della capacità o potenza dell'essere umano di agire e realizzare cose. Come è ben noto, è questo che portò Aristotele a differenziare la potenza (*dynamis*) dall'atto (*enérgeia*). Una cosa è la potenza o la possibilità e un'altra, molto diversa, il potere. I latini tradussero queste parole greche con *potentia* o *facultas*, nel primo caso, e con *actus*, nel secondo. In altri termini, quando sostantiviamo il potere, lo trasformiamo in una realtà in atto, risultato dell'attuazione di una potenza o facoltà. I poteri esistono, sono realtà e a loro volta diventano fonte di nuove possibilità. Di qui risulta che esiste una dinamica del potere. Il potere inizia come una creazione umana, risultato dell'esercizio di una potenza o possibilità interna. Però questa creazione umana, strettamente soggettiva, finisce per oggettivarsi e trasformarsi in realtà, che a sua volta è fonte di nuove possibilità. È ciò che con terminologia hegeliana si potrebbe denominare la "dialettica del potere". Il potere come potenza appartiene a ciò che Hegel chiamerebbe lo "spirito soggettivo", in quanto il potere come atto o realtà, il sistema di poteri, costituisce la trama dello "spirito oggettivo" hegeliano.

Questa allusione a Hegel è rilevante perché mostra l'importanza del potere nella storia. Di fatto, la storia è il processo di trasformazione delle risorse naturali in possibilità e poteri o, usando altri termini, essa è un processo di trasmissione di possibilità e la cultura, risultato dell'attuazione storica, il sistema di poteri che l'essere umano costruisce a partire dalle risorse naturali. La storia è il processo di trasmissione di possibilità e la cultura il risultato di questo processo, il sistema dei poteri risultanti. Come le possibilità si oggettivano sempre e finiscono per acquistare distanza rispetto all'individuo che le ha create, così dobbiamo dire che la cultura è il sistema di poteri che l'essere umano elabora sulla base delle risorse naturali.

A partire da qui acquistano senso vari termini molto importanti nella vita e nella storia. Il primo è il termine "ricchezza". La ricchezza lo è sempre di possibilità di vita. È più ricco chi ha maggiori possibilità di vita, e meno ricco chi

ne ha meno o manca di alcune. È un errore pensare che la ricchezza si identifichi con le risorse. La ricchezza non sono le risorse, tranne in quei casi, abbastanza rari, in cui le risorse naturali sono di per sé già possibilità di vita. Questo succede poche volte. La cosa normale è che le risorse necessitino di un processo di trasformazione per trasformarsi in possibilità di vita. Il petrolio era una risorsa naturale, ma ha acquistato senso e valore per l'essere umano quando questo inventò il motore a scoppio. Ciò vuol dire che le risorse sono naturali mentre le possibilità di vita sono storiche. Quindi il processo di trasformazione delle risorse in possibilità, cioè il processo di generazione di "ricchezza", è ciò che si conosce come "lavoro". È questo un altro termine che è opportuno recuperare. Non c'è ricchezza senza lavoro. Adam Smith inizia così il suo grande libro *Sulla natura e causa della ricchezza delle nazioni*: "Il lavoro annuale di ogni nazione è il fondo da cui deriva tutta la somministrazione di cose necessarie e convenienti per la vita, che la nazione consuma annualmente e che consiste sempre nel prodotto immediato di questo lavoro, o in ciò che si compra con detto prodotto dalle altre nazioni". Ricchezza, quindi, è uguale a lavoro poiché questo è necessario affinché le risorse naturali si trasformino in possibilità di vita.

Un esempio chiarirà quanto detto finora. A partire dalle risorse della natura, e mediante l'esercizio delle sue potenze o facoltà, cioè mediante il lavoro, l'essere umano è stato capace di costruire, ad esempio, aerei che permettono il trasporto rapido di persone e merci per lunghe distanze in tempi incredibilmente brevi. Una volta inventati e costruiti, gli aerei sono realtà sostantive, in quanto hanno una vita indipendente da chi li ha inventati e costruiti. Sono realtà il cui possesso conferisce potere. Ad esempio, possedere aerei da guerra dà potere militare; per questo diciamo di chi possiede molti aerei che ha un grande potere militare, ecc. A loro volta queste realtà, questi poteri, aumentano le nostre possibilità di vita. Così, ad esempio, ci permettono di trasferirci da un luogo ad un altro, cosa che per un uo-

mo di due secoli fa non era possibile, nemmeno per Leonardo da Vinci, il quale tuttavia sognò di volare. In breve, i poteri ci danno la possibilità di fare cose che gli uomini delle generazioni precedenti non hanno potuto fare.

Da tutto ciò dobbiamo concludere una cosa importante, cioè che la cultura è un sistema di poteri che si trasforma in fonte di possibilità storiche. La storia, pertanto, è il processo di trasmissione di possibilità. Questo è quanto hanno difeso, tra gli altri, Heidegger e Zubiri. La storia è il processo di trasformazione delle risorse naturali in possibilità di vita, ed è ciò che l'essere umano fa sulla terra, sempre con lo stesso obiettivo, quello di condizionare nel migliore dei modi la sua vita sul pianeta. Si tratta sempre di modificare la natura a vantaggio dell'essere umano, con l'obiettivo di rendere la sua vita migliore, più sana, più bella, ecc. Ciò che succede è che l'essere umano non conosce nessun mezzo per trasformare le risorse in possibilità positive di vita che non generi, collateralmente, possibilità negative. Come dice Kant in un noto passaggio, un farmaco e un veleno molte volte si differenziano solo nell'intenzione. Un coltello può servire per mangiare o per ferire, e l'energia atomica cura e uccide allo stesso tempo.

Ciò spiega come la cultura sia un complesso sistema di poteri positivi e negativi: probabilmente non risulta concepibile un incremento dei primi senza che si produca anche un incremento dei secondi. Così, l'aumento del benessere è fonte di nuove malattie come, ad esempio, le cosiddette malattie della civiltà. Non c'è dubbio che le malattie siano possibilità negative di vita, così come la salute è una possibilità di vita. Questi ultimi poteri sono definiti buoni, mentre gli altri cattivi.

Per riassumere, quindi, bisogna dire che la storia è la trasmissione di possibilità e la cultura, che è il risultato dell'azione storica dell'uomo sulla natura, consiste in un sistema di poteri. Abbiamo visto, d'altra parte, che tali poteri possono essere positivi e negativi e che i primi vengono chiamati buoni e i secondi cattivi. Da ciò risulta che tutti sono oggetto sempre e neces-

sariamente di una qualificazione morale. È il secondo punto, la domanda di etica del potere, l'analisi dei poteri come poteri del bene o poteri del male.



2. Potere e dovere: i poteri del bene e i poteri del male

L'essere umano, per la propria condizione biologica, non è una semplice realtà naturale, ma una realtà morale. Il filosofo spagnolo Xavier Zubiri lo ha spiegato paragonando la realtà biologica dell'essere umano a quella dell'animale. L'animale, dice Zubiri, per vivere deve adattarsi all'ambiente oppure scomparire. Quando, nel corso dell'evoluzione biologica, nasce un essere dalle caratteristiche incompatibili con l'ambiente in cui deve sussistere, la sua vita diventa impossibile e, di conseguenza, l'animale scompare. Un animale del deserto africano morirà al Polo Nord e, al contrario, i pinguini dell'Antartide si estinguerebbero nelle selve equatoriali. La scomparsa fisica fa sì che la trasmissione dell'informazione genetica alla discendenza non si produca o che ne sia molto gravemente colpita, per cui questo spazio ecologico viene ad essere occupato da un altro essere con proprietà biologiche più adatte a quel determinato ambiente. È la legge della "soprav-

vivenza del più adatto", stabilita da Charles Darwin.

L'animale si adatta all'ambiente o scompare. Ciò porta Zubiri a dire che l'animale vive in "giustezza" naturale, cioè "aggiustato" naturalmente all'ambiente. Il caso dell'essere umano è completamente diverso. Innanzitutto, l'essere umano non si adatta all'ambiente in cui vive secondo il meccanismo sopra descritto. Già se ne resero conto i primi pensatori presocratici. In epoche più recenti, ciò ha portato a parlare dell'"impotenza" biologica dell'essere umano, o anche del suo carattere "eccentrico" e "deficitario". Se l'adattamento dell'uomo all'ambiente dipendesse soltanto dai meccanismi che abbiamo spiegato finora, senza dubbio egli sarebbe già scomparso dalla faccia della terra. La sua penuria biologica è molto vistosa. L'uomo non ha un grande olfatto, né molta vista, non è molto veloce, né possiede una grande potenza muscolare. La legge darwiniana della sopravvivenza del più adatto lo avrebbe fatto scomparire già da molto tempo.

L'unica superiorità biologica dell'essere umano sta nell'intelligenza. Questa è una qualità nuova nel processo evolutivo, che gli permette di adattarsi a qualsiasi ambiente, mediante un meccanismo completamente diverso da tutti i precedenti. L'intelligenza, infatti, permette all'essere umano di adattare l'ambiente a se stesso, invece di essere lui ad adattarsi all'ambiente, come era accaduto durante tutta l'evoluzione biologica. In altri termini, l'intelligenza consiste non nell'adattamento *all'*ambiente, bensì nell'adattamento *dell'*ambiente all'essere umano. Tale adattamento dell'ambiente è ciò che denominiamo "cultura". Per questo l'essere umano non si adatta naturalmente all'ambiente come l'animale ma, mediante l'intelligenza, deve fare, *facere*, il proprio "aggiustamento", la propria *iustitia*. Deve fare il proprio aggiustamento, *facere iustum*, pertanto "giustificarsi". Tutto ciò porta Zubiri a dire che l'uomo non è un animale naturale, bensì morale; non vive in giustezza naturale ma in giustizia morale.

Ne consegue che tutta l'attività dell'essere umano sulla terra, tutto

quello che chiamiamo "storia" e "cultura", è un processo di giustificazione, cioè un'attività morale. La moralità non è una cosa aggiunta alla realtà umana, o una qualità di cui godono alcune persone, o che esercitiamo in determinati atti della nostra vita. La moralità è la condizione intrinseca ed essenziale dell'essere umano, in modo tale che questo non può non essere morale in tutti i suoi atti. In altri termini, il processo di trasformazione della natura in cultura, che è ciò in cui consiste la storia umana, avviene attraverso la propria indole morale.

Ora, siccome la cultura è, come abbiamo visto, un sistema di poteri e la storia il processo di trasmissione di possibilità, risulta che i poteri saranno positivi o negativi, buoni o cattivi, a seconda che condizionino nel bene o nel male la vita degli esseri umani.

Esiste un primo tipo di potere del male, quello che Zubiri chiama "maleficio". Esso consiste nell'impossibilità fisica di fare qualcosa che corrisponde o appartiene all'essere umano in virtù della propria natura. Si tratta, pertanto, di un difetto fisico che impedisce di "fare" cose e di conseguenza di avere possibilità di vita. Il fare, il *facere*, è alterato, e in questo senso si parla di male. Il maleficio corrisponde a ciò che classicamente è stato inteso per "male fisico", un cattivo adattamento all'ambiente. La malattia è maleficio perché non permette di fare certe cose con la nostra vita e la salute, al contrario, è beneficio, in quanto è fonte di possibilità di vita.

Esiste però un altro tipo di male più profondo e grave, il male morale, la cattiva intenzione. È ciò che costituisce la "malizia". La malizia è fonte e radice di possibili mali o, per dirlo altrimenti, è l'intenzione negativa di possibilizzare, o l'intenzione di possibilizzare negativamente. È un grado più profondo di quello precedente, perché aggiunge la cattiva volontà, il volere il male e il desiderio di fare il male. Se abbiamo definito la storia come processo di trasmissione di possibilità, ora dobbiamo dire che la malizia è la trasmissione di possibilità negative o cattive. La storia si costituisce mediante atti di cattiva intenzione

o malizia o, al contrario, di buona intenzione.

C'è di più. Nella storia non ci sono solo maleficio e malizia ma anche malignità, che è l'induzione al male, cioè il trascinare gli altri verso il male. Chi lo fa non solo è

co. È questo ciò che vuole far intendere la Bibbia quando parla dei poteri del Maligno (*Lc 10, 19; Ap 13, 2*), e *a sensu contrario* dei "Poteri" o "Potesta" come categorie angeliche (Poteri del bene: *Rom 8, 38; 1Co 15, 24; Ef 1, 21; IPt 3, 22*).



cattivo, ma anche maligno. Per questo nella Bibbia il demonio è chiamato "il Maligno", *pōnerós*. Il termine appare con una certa frequenza nel Vangelo di Matteo (5, 37; 6, 13; 13, 19; 13, 38), di Giovanni (17, 15), nelle lettere di Paolo (*Ef 6, 16; 2Ts 3, 3*) e nella prima lettera di Giovanni (2, 13; 2, 14; 3, 12; 5, 18; 5, 19). Nel Padre Nostro si chiede a Dio di liberarci non dal male ma dal "Maligno" (nella traduzione latina, *a Malo*).

Infine c'è la "malvagità". La malvagità è l'oggettivazione del male, la trasformazione del male in spirito oggettivo, cioè in cultura. È, se si vuole, il male trasformato in potere, il potere del male, la cultura del male. La malizia è soggettiva, essa è la cattiva intenzione, però gli atti di cattiva intenzione e gli atti di induzione al male, pertanto gli atti di malizia e malignità, si oggettivano, si trasformano in spirito oggettivo, in cultura. È l'oggettivazione del male, la cultura del male. Il male si sostanziva e acquisisce vita propria. Dalla semplice possibilità cattiva siamo passati al potere del male, il male cioè inteso come potere culturale e stori-

Molti anni fa, nel 1935, Zubiri scrisse: "Insieme al peccato originale e al peccato personale, bisognerebbe introdurre tematicamente, nella teologia, il peccato dei tempi, il *peccato storico*. È il 'potere del peccato' come fattore teologico della storia, e credo sia essenziale dire che questo potere acquisisce forme concrete, storiche, a seconda dei tempi. Il mondo, in ogni epoca, è dotato di grazie e peccati peculiari".

Maleficio, malizia, malignità e malvagità, e i loro contrari, costituiscono la geografia etica del potere. I primi tre coprono l'area del potere come possibilità: come possibilità fisica (il maleficio) e come possibilità morale (l'intenzione moralmente negativa nella malizia e nell'induzione alla malignità). Infine, c'è il potere oggettivato, l'oggettivazione del potere: la malvagità.

Tutto questo può e deve essere applicato al tema che ci riguarda, quello della salute e della malattia. E ovvio che la salute è un valore positivo e la malattia un valore negativo. In quanto caratteristiche fisiche o biologiche, la salute e la

malattia appartengono al primo dei livelli descritti, quello del maleficio o quello del beneficio. Però ogni atto umano, come abbiamo detto, ha una dimensione strettamente morale, e pertanto lo ha anche ciò che facciamo con il nostro corpo, con la nostra vita e con la nostra salute. La salute e la malattia non sono quindi puri fenomeni fisici ma anche, e allo stesso tempo, fatti morali. Soprattutto dipende molto dalle strutture oggettive incorrecte, ingiuste e insane, pertanto dalle strutture storiche e culturali incorrecte, inumane e insalubri. La malattia non è un mero fenomeno individuale, ma anche sociale e pertanto le strutture sociali e storiche condizionano in modo radicale la salute e la malattia degli individui e delle popolazioni. Il problema della salute e della malattia non è quindi solo una questione di potere, ma anche di dovere. Il potere che non si adatta al dovere è, per se stesso, un valore negativo. Questi sono proprio i poteri del male.

3. Il potere del reale: dall'obbligo alla rilegazione

Come abbiamo visto, il potere ha molteplici dimensioni. C'è l'economia del potere, la sociologia del potere, la psicologia del potere, l'etica del potere, ecc. C'è anche una teologia del potere. E c'è, e a questo intendo riferirmi nella conclusione di questo lavoro, una metafisica del potere. Ricordiamo, ad esempio, la "volontà del potere" di Nietzsche.

Questo tema della metafisica del potere è stato molto studiato a partire da Nietzsche e soprattutto nella filosofia dell'ultimo secolo. La ragione è che la filosofia moderna, che iniziò con Cartesio e culminò nell'idealismo tedesco, specialmente nell'opera di Hegel, partì sempre dalla soggettività e dall'autocoscienza come principio e fondamento di tutta la filosofia, fino al punto che l'*io* era quello che necessariamente doveva prendere l'iniziativa filosofica e andare intenzionalmente verso il *non-io*, cioè verso le cose. Il risultato naturale di questo tipo di procedere era, ovviamente, l'idealismo. La filosofia contemporanea ha cercato di

fare metafisica oltre l'idealismo, di superarlo sulla base di una radicalizzazione del punto di partenza. L'esperienza originaria dell'essere umano è precedente a qualsiasi iniziativa dell'io o del soggetto. La cosa meravigliosa, radicale, è che ci troviamo con cose che ci appaiono sorprendentemente nel campo della coscienza e si impongono su di noi, senza nessun intervento attivo da parte nostra. Più che di "posizione" delle cose da parte della coscienza, come diceva l'idealismo, dobbiamo parlare di "imposizione". Le cose si impongono su di noi, esercitano un "potere" su di noi. Ecco nuovamente questa parola. Però ora con un senso che non è storico, culturale o etico, ma strettamente filosofico, metafisico. La realtà si impone su di noi. Per questo Heidegger dice che il primario, l'originario non è tanto la *ousia* o sostanza dei filosofi greci, bensì la *parousia*, termine greco che come ben si sa significa "presenza", "manifestazione", "rivelazione". Non siamo noi a rivelare le cose, ma le cose che si rivelano a noi. Tutto, la vita umana, la storia, sono un processo continuo di rivelazione. La realtà si rivela a noi, e, rivelandosi, si impone su di noi.

Zubiri ha apportato a questo panorama precisazioni molto importanti. La sua tesi è che la realtà non solo si rivela, bensì si impone su di noi. Ciò significa che la realtà ha "potere" su di noi. È quello che egli chiama il "potere del reale", principio e fondamento del fenomeno che egli denomina "rilegazione". Perché la realtà ci può e ci lega, essa ci rilega (è questo il significato del verbo *religare* in latino, rilegare), siamo, che lo vogliamo o no, rilegati o uniti al potere del reale, che si impone su di noi nella sua triplice condizione di potere "ultimo", "possibilitante" e "impellente". Il potere del reale ci fonda, ci possiede e ci impelle. Si tratta, pertanto, di un potere possibilmente. Siamo nuovamente nella dialettica potere-possibilità, che ci ha interessati fin dall'inizio di questo lavoro. Ed è, inoltre, un potere impellente. Ciò significa che ci lancia in avanti, ci obbliga a fare la vita in, per e a partire dalle cose reali, dalla realtà. Per questo Zubiri dice che la "rilegazione" è il fon-

damento di ogni "obbligo". Siamo obbligati perché siamo rilegati. In altre parole, il potere del reale è il fondamento dei nostri obblighi morali, della promozione dei poteri positivi e dell'evitare quelli negativi.

Zubiri dice di più, dice che la rilegazione è il fondamento naturale della religione positiva. San Tommaso diceva che la grazia non distrugge la natura, bensì la perfeziona. Dobbiamo affermare qualcosa di simile a proposito della rilegazione, che non risulta distrutta o annullata dalla religione positiva, ma perfezionata. Quando si passa dalla rilegazione alla religione, il fondamento del potere del reale si identifica con un essere personale, Dio, e le tre caratteristiche del potere del reale che abbiamo prima segnalato, quella di "ultimità", "possibilitanza" e "impellenza" acquistano un nuovo carattere, risolutamente religioso, che Zubiri chiama "adorazione", "supplica" e "rifugio". Chi desiderasse maggiori precisazioni a questo proposito può leggere il libro di Zubiri dal titolo *El hombre y Dios*.

Vorrei terminare facendo allusione a un fatto oltremodo sorprendente, che è alla base delle relazioni tra rilegazione e obbligo. Si tratta del fatto che non c'è vita umana che faccia esattamente tutto ciò che deve fare, e che pertanto non c'è vita morale assolutamente compiuta. Ciò significa che nella storia coesistono necessariamente i poteri del bene e i poteri del male, dato che nessuno fa completamente tutto ciò che deve. Hare lo ha chiamato *The Moral 'Gap'*, la spaccatura morale, o il fallimento morale. Ogni vita morale termina in un modo o nell'altro nel fallimento. Di qui la necessità della guarigione sovrannaturale e transitoria. L'obbligo rimette necessariamente alla rilegazione.

Conclusione

In sintesi, pertanto, occorre dire che la storia è la trasmissione di possibilità e che la cultura è il sistema oggettivo di poteri. Senza di questi la vita umana è impossibile. Ciò vuol dire che il potere non è in sé né buono né cattivo, ma risulta imprescindibile per la vita umana e

che pertanto è la condizione di possibilità dello sviluppo dell'uomo. Il problema è che questi poteri possono essere positivi o negativi. La salute è un potere positivo e la malattia un potere negativo. La salute è un potere positivo perché ci dà la possibilità di fare cose, di realizzare la nostra vita, mentre la malattia ce lo impedisce. Ciò dal punto di vista fisico. Ma c'è una seconda dimensione del potere, che non è fisica bensì morale. Ci sono poteri morali e immorali e pertanto positivi o negativi dal punto di vista morale. Il che significa che il potere non può essere sempre confuso con il dovere. Questo ci ha portato a studiare le dimensioni morali del potere, soprattutto quelle negative, il maleficio, la malizia, la malignità e la malvagità. Tutti, in special modo gli ultimi tre, sono poteri moralmente negativi. L'ultimo, il potere della malvagità, è strutturale e pertanto sovraindividuale: ha carattere sociale e storico. È il potere delle strutture economiche, sociali, culturali, ecc., moralmente negative. Ad esso ci riferiamo quando parliamo dei poteri economici, o mediatici, ecc. Infine, abbiamo visto che non è possibile che nella storia esistano poteri positivi senza i loro corrispondenti negativi. Per questo la vita morale termina in un modo o nell'altro nel fallimento. Nessuno può fare tutto ciò che deve, né deve fare tutto ciò che fa. È il fallimento inherente a ogni vita morale. Ciò spiega perché questa abbia bisogno di una istanza che non può essere storica ma trans-storica, sovrannaturale. Ogni vita necessita di redenzione e salvezza. È l'obiettivo della religione. Questo potere sanante è Dio. Egli è, perciò, il potere ultimo sulla salute e la malattia, sul bene e sul male, sulla vita e sulla morte.

Prof. DIEGO GRACIA GUILLÉN
*Professore di Storia della Medicina
 Università Complutense di Madrid,
 Spagna*

RINO FISICHELLA

2. Riflessione teologica sul potere e la salute

Premessa

“Mi è stato dato ogni potere in cielo e sulla terra” (*Mt 28, 18*). È significativo che tra le ultime parole di Gesù, prima di ritornare al Padre, si trovi questa espressione con il richiamo al potere. Forse, per la nostra sensibilità attuale, tutto ci si potrebbe aspettare tranne che un richiamo a un tema simile; eppure, proprio questo testo permette di verificare più da vicino il senso del potere a cui Cristo fa riferimento e la sua influenza nella storia dell’umanità e nella nostra esistenza personale. Per comprendere a fondo il senso biblico del potere, e più direttamente il significato che è sotteso al nostro testo, è necessario compiere una breve panoramica. Il termine, che esprime il greco *dynamis*, non appare molte volte nella sacra Scrittura; il concetto, tuttavia, sembra tagliare trasversalmente l’intero testo sacro. Il re, il profeta, il messaggero sono investiti del potere che viene donato loro da Dio; Lui rimane come il garante di ogni potere di cui un uomo viene investito e solo Lui permane come giusto giudice per ogni uso che ne viene fatto. Se qualcuno abusa del potere che gli è stato affidato, allora questo gli viene tolto per essere trasmesso ad un altro; il caso di Saul è certamente emblematico in proposito.

Se lo sguardo si posa su Gesù di Nazareth, uno degli elementi più evidenti che balza all’attenzione è la sua autoconsapevolezza di avere ricevuto il potere da Dio, con il quale forma “una cosa sola” (*Gv 10, 30*). Egli, infatti, è inviato per far conoscere la Sua volontà e compie quanto ha visto operare dal Padre, mentre pronuncia le Sue stesse parole. Il primo potere che colpisce i suoi contemporanei è l’autorità con cui insegna (*Mt 7, 29*), con lo stesso perdona i pecca-

ti (*Mc 2, 10*), guarisce i malati, scaccia i demoni e opera ogni sorta di miracoli (*Mt 9, 8; 10, 1*). La Sua risurrezione, comunque, permette di vedere in Lui la pienezza del potere divino. Come dice il testo da cui siamo partiti, “ogni potere” gli è stato conferito; è, quindi, un potere globale, esteso al “cielo e sulla terra”, vale a dire all’intero creato. Per ognuno egli diventa portatore di una salvezza che ha una dimensione cosmica: essa si apre ed estende ad ogni uomo, in ogni terra e in ogni tempo.

L’icona di Icaro

Questa premessa era necessaria per cercare di compiere un’ulteriore riflessione teologica che nel contesto contemporaneo sembra interessare il potere nel suo riferimento alla salute. In un periodo come il nostro, sottoposto a un cambiamento culturale tra i più complessi che la storia dell’umanità abbia conosciuto, la relazione tra potere e salute non è affatto ovvia. Che esista un potere *della* salute appare sempre di più come una conquista che caratterizza il progresso della scienza e della tecnica contemporanea. Che esista un altrettanto potere *sulla* salute, emerge come un oggetto di riflessione e dibattito che investe i diversi ambiti della vita sociale, politica ed ecclesiale. Da qualsiasi parte si cerchi di considerare la nostra problematica, appare chiaro che la relazione con il potere coinvolge l’uomo in prima persona a tal punto da poter affermare, senza pericolo di smentita, che la gestione di questo potere, nel particolare frangente della storia dell’umanità che siamo chiamati a vivere, è determinante per la stessa sussistenza dell’uomo. Il potere sulla vita e sulla morte che, in qualche modo, l’uomo sembra avere conquistato

deve essere gestito con un profondo discernimento, perché non abbia ad accadere che la potenza della conquista si rivolti contro di lui e lo sommerga facendolo soccombere².

Intorno al tema del potere si potrebbe facilmente rileggere la parola della modernità e cercare di descrivere i prodromi della postmodernità. Che nel suo progresso l’uomo abbia raggiunto un insieme di conoscenze che permettono di accedere ai meandri più nascosti del mistero della natura e del creato è un dato di cui doversi rallegrare. La capacità che l’uomo ha acquistato di trasformare la natura, di modificare le condizioni e le relazioni tra diversi elementi, gli ha permesso di verificare in se stesso un’energia tale che, progressivamente, lo ha imposto alla natura stessa. La Scrittura è consapevole della forza del potere e del necessario esercizio che l’uomo è chiamato ad operare. Fin dalle prime pagine della Genesi, l’autore sacro si sforza di far comprendere che è essenziale per l’uomo vivere del potere che gli è stato dato sulla natura; in lui vi è come un’inclinazione a questo esercizio perché è stato creato a “immagine e somiglianza di Dio”. Di questo potere, però, egli ne è responsabile. La condivisione del potere divino gli impone una responsabilità nei confronti del creato che non ha confronti. Il suo “dominio” (cfr *Gen 1, 28*) sulla natura non è e non può essere realizzato in totale autonomia, ma in stretta relazione perché tutto possa essere conservato nell’ordine originario e riportato al fine ultimo a cui è destinato. Insomma, nel vivere del potere che gli è stato affidato, l’uomo comprende sempre di più se stesso.

Forte di questa relazione, l’epoca antica fu caratterizzata maggiormente dal timore per la natura

e dal senso della sua inviolabilità; l'uomo moderno, al contrario, è stato affascinato dalla conquista e dal potere di imprimere nella natura la sua forza. Non è ovvio, quindi, che in questo momento di svolta epocale si ponga la domanda: come si rapporterà l'uomo post-moderno nei confronti della natura? Sarà questa una realtà ancora in grado di lasciarsi trasformare



oppure reagirà in modo da rivoltarsi contro l'uomo e la sua audacia? Esiste ancora, nel sentire comune dell'uomo moderno, qualcosa che sia ritenuto intangibile e che non possa essere sottoposto a sperimentazione? Il richiamo al mito di Icaro, in questo contesto, potrebbe condurre ad un insegnamento non privo di significato. Preso dal gusto di volare, il giovane Icaro si spingeva sempre più in alto senza rendersi conto che le sue ali erano composte di cera. Il suo volo verso il sole, se da una parte gli forniva il fascino per azzardare ciò che era impensabile, dall'altra portava con sé la sua distruzione. A poco serviranno i richiami e le grida del vecchio padre Dedalo che dopo aver provato la gioia per aver liberato il figlio dalla schiavitù del labirinto, doveva sperimentare ben presto la tristezza per la tragedia della sua morte.

La natura non è priva di anima, anch'essa porta impresso in sé un ordine che il Creatore di tutto ha posto perché sia certamente sviluppato, ma non alterato. Il potere

che l'uomo di oggi ha raggiunto sulla natura sembra innalzarlo al rango di creatore. Il fascino per questa conquista, comunque, non può lasciare indenni; essa porta con sé delle conseguenze che modificano il rapporto che finora si è instaurato con la creazione. È per questo che il mito di Icaro si innalza ad icona su cui riflettere. Il potere dell'uomo è un potere partecipato: se da una parte gli permette di vedere la sua supremazia sulla natura, dall'altra gli impone di vedere se stesso all'interno di un processo più ampio della natura che egli non può sovvertire perché non gli appartiene a pieno titolo. Sarà chiamato ad essere garante perché quanto esce dalle sue mani possa riflettere il suo potere ma anche il suo limite.

Senza equilibrio e senza discernimento nei confronti del potere è illusorio pensare che esso possa realmente servire per il progresso e la civiltà dell'umanità. La spinta al bisogno naturale di dare sostegno alla propria vita obbliga l'uomo a scoprire sempre nuovi mezzi con i quali raggiungere la certezza della propria incolumità; la disponibilità degli stessi mezzi, tuttavia, deve portare a considerare il carattere e la natura del bisogno e della sua soddisfazione. Non è giustificabile, infatti, che nella scoperta di sempre nuove tappe si abbia a prescindere dal necessario giudizio etico che ne valuta non solo l'efficacia, ma la stessa necessità e bontà. Ogni forma di conquista può affascinare, ma anche illudere; il potere che viene raggiunto esprime certamente un esercizio di autorità, ma se non è accompagnato da un argine culturale porta alla deriva. Come si nota, il potere e il suo esercizio appartengono allo sviluppo dell'attività creativa dell'uomo, ma per la complessità delle relazioni che si vengono a condensare appaiono problematici e impongono la riserva etica come momento normativo per il vero discernimento.

Questa dimensione permette di cogliere nel potere una duplice connessione: da una parte la scoperta dell'energia propria dell'attività dell'uomo con la quale egli plasma e assoggetta il creato, dall'altra la coscienza del proprio potere e la consapevolezza di un

principio ulteriore che abbia a fissare gli obiettivi del potere stesso e i suoi limiti³. Questa considerazione porta a individuare il potere sempre e solo come un dono consegnato all'umanità. Se non lo si sperimenta come tale, frutto della gratuità e non della pretesa, difficilmente si potrà vivere di esso con la responsabilità dovuta e nell'orizzonte di un servizio. Esso deve essere custodito con attenzione perché conservato in "vasi di creta" (2Cor 4, 7). Siamo posti dinanzi, come si nota, a un processo di autoconsapevolezza che richiede l'assunzione della responsabilità.

Potere come responsabilità

Il principio di responsabilità, in questo contesto, si impone come un elemento fondamentale nella trattazione del potere. È paradossale che la modernità, sorta all'insorgenza della pretesa dell'autonomia del soggetto divenuto ormai maturo e responsabile dei suoi atti, consigli alla post-modernità un soggetto in profonda crisi circa il principio di responsabilità. Per quanto concerne la nostra tematica, è di indubbia importanza cercare di comprendere l'assunzione di responsabilità propria della scienza. Il potere che essa possiede sulla salute, e che si esprime ampiamente nella forza della sperimentazione, sembra assoluto. L'obiettivo circa la salute e il benessere viene posto come un principio la cui inarrestabilità si impone per la peculiarità propria che possiede in quanto espressione del progresso. Richiedere che la scienza, oltre al potere che di fatto possiede in maniera incontrovertibile, acquisti anche la responsabilità dei suoi processi e delle conclusioni a cui giunge è, tuttavia, un atto inderogabile a cui la comunità intera non può sottrarsi. Una sperimentazione selvaggia, che comporta spesso e sempre di più l'impiego di cellule umane feconde, mostra certamente il volto del Giano bifronte a cui la scienza è sottoposta. Ridarle un volto sereno e benevolo è un compito che non può essere ritardato. Se si vuole, è un servizio di potere che viene a porsi dinanzi alla scienza come consapevolezza di disponibilità al servizio nei confronti dell'uomo e questo non po-

trà mai essere contro la natura.

In ogni contesto culturale una genuina riflessione sapienziale permette di scoprire il pericolo del potere. La presenza del male nei nostri atti non è un'invenzione per paralizzare il progresso, ma un'esperienza che quotidianamente si compie. Il potere può giungere alla deriva con la superbia, la tracotanza e il disprezzo per il diritto. Per andare oltre è necessaria la moderazione, la giustizia e, soprattutto, l'umiltà. Una parola fuori moda, eppure l'unica che permette di cogliere il senso reale delle cose, perché capace di collocarle nel loro giusto orizzonte. Se la modernità ha voluto mettere fuori gioco una simile virtù, identificandola con la debolezza, la post-modernità dovrà essere capace di coglierne il significato più profondo e restituirlle il posto sottratto. L'umiltà, infatti, esprime la forza della libertà. Accoglierla equivale a saper scegliere quale direzione dare alla vita, quale senso dare alla morte, quale spessore dare a ciò che ci circonda. È proprio dell'umile percepire l'essenziale e vivere per esso, relativizzando le diverse forme di effimero che tendono a illudere e nascondere il senso profondo della vita. A questo discorso non può essere insensibile il pensiero post-moderno, che ha saputo cogliere un tratto importante del cambiamento epocale riconoscendo la debolezza della ragione. Se la ragione è divenuta debole, comunque, non è dovuto alla sua incapacità nel cogliere la verità, ma alla superbia con la quale ha voluto predisporre tutto. Un recuperato senso di profonda fiducia nella ragione e nelle sue capacità può favorire un rinnovato senso del potere e una disponibilità maggiore a porre le forze verso un bene che sappia essere universale⁴.

È in questo contesto che diventano normative per noi le parole dell'apostolo "Quando sono debole è allora che sono forte" (2Cor 12, 10). La debolezza dell'uomo, sostiene Paolo, diventa quasi il pulpito da cui Dio fa sentire la sua potenza e ne permette di verificare i segni. Ciò che rende l'uomo potente non è il rinchiudersi in se stesso o confidare solo negli strumenti della sua scienza, ma nell'aprirsi all'altro con l'atto del più grande

abbandono fiduciale. Sperimentare nella propria esistenza la debolezza della malattia può permettere di cogliere l'essenza della vita e indicare la forza con cui resistere. Ognuno, in forza della dignità personale, è chiamato a dare senso al dolore per non lasciare spazio nella propria esistenza al non senso e all'assurdo. Il potere della salute è anche la forza con la quale si accoglie la sua assenza e ad essa si dà significato. Il potere che si sviluppa attraverso la degenza in un letto permette di raggiungere ciò che spesso sfugge: la potenza del nostro essere interiore, anche se rivestito dei panni della fragilità. La potenza della salute, tuttavia, è ciò che favorisce il cogliere l'essenziale della vita. Con ragione, Giovanni Paolo II ha scritto nella *Salvifici doloris*: "Coloro che sono partecipi delle sofferenze di Cristo hanno

spogliamento dell'uomo, e di voler proprio in questa debolezza e in questo spogliamento manifestare la sua potenza". Con ciò si può anche spiegare la raccomandazione della prima lettera di Pietro: "Ma se uno soffre come cristiano, non ne arrossisca; glorifichi anzi Dio per questo nome" (n. 23). In questo senso, acquistano maggior significato le parole dell'apostolo: "Tutto posso in colui che mi dà forza" (Fil 4, 13).

La salute segno concreto di redenzione

Portiamo in noi i segni dell'appartenenza alla natura. Il corpo, più di ogni altra realtà, consente di sperimentare noi stessi inscritti nel limite della natura segnata dal peccato. Con ragione, l'apostolo Paolo può dire che "la creazione stessa



davanti agli occhi il mistero pasquale della croce e della risurrezione... ciò significa che le debolezze di tutte le sofferenze umane possono essere permeate dalla stessa potenza di Dio, quale si è manifestata nella croce di Cristo. In questa concezione soffrire significa diventare particolarmente suscettibili, particolarmente aperti all'opera delle forze salvifiche di Dio, offerte all'umanità in Cristo. In lui Dio ha confermato di voler agire specialmente per mezzo della sofferenza, che è la debolezza e lo

nutre la speranza di essere liberata dalla schiavitù della corruzione" (Rm 8, 19); nella luce della risurrezione, infatti, "tutto ciò che è corruttibile deve vestirsi di incorruttibilità" (ICor 15, 53), per rendere evidente la gloria di chi ha creduto nel Signore risorto. La guarigione dalla malattia e l'acquisizione di una certezza di salute che si sperimenta nel proprio corpo può condurre a comprendere quanto fosse privilegiata la condizione dell'uomo prima della rovina del peccato: la bontà e la bellezza dell'uomo e

della creazione (*Gen 1, 3*), dove non esisteva né malattia né lutto né pianto. I cristiani, tuttavia, leggono il valore della corporeità non solo nella luce della creazione, ma soprattutto nell'orizzonte della risurrezione, vero centro e originalità della fede⁵. È in questo spazio che la salute del corpo assume tutto il suo pieno valore, che la creazione non può dare. Con il richiamo alla creazione, infatti, la fede è riportata inevitabilmente al segno del peccato impresso nella carne; con la risurrezione di Cristo, invece, il corpo viene innalzato nella gloria della vita intratrinitaria dove non vi è più peccato né morte, ma solo pienezza di significato e di gloria. La risurrezione dice vita e pienezza di vita senza fine; Cristo ha trasformato nel suo corpo risorto tutto questo come anticipo e caparra per la nostra stessa sorte. La fede vede in questo luogo la provocazione ultima che viene data all'intelligenza per poter pensare di andare oltre il limite impostole dal peccato in forza della libertà della creazione.

Alla luce della risurrezione, la fede cristiana afferma che il corpo è molto di più della sola estensione anatomica; esso rappresenta, invece, una realtà sconfinata che si inserisce certo nella storia, nello spazio e nel tempo, ma non per essere da questi sottomesso quanto, piuttosto, per vivere in essi la propria vocazione a tendere verso l'infinito, esprimendo in sé lo stesso infinito e l'eternità. Nella risurrezione il corpo rimane come agente principale che in nulla viene privato della sua natura, ma riempito della sua pienezza. Ciò che le diverse epoche storiche possono aver oscurato con le loro argomentazioni circa il corpo, non impedisce di affermare che solo il pensiero cristiano ha saputo portare la corporeità ai livelli più alti della sua comprensione, inserendola negli spazi più intimi della vicinanza con Dio. Nessuna religione poteva permettersi di arrivare ad inserire la corporeità trasformata dell'uomo nella vita stessa della Trinità; solo la fede nell'incarnazione poteva consentire di raggiungere le conseguenze più estreme del farsi uomo da parte di Dio. La salute, come condizione che si impone ad ogni creatura per il dovuto rispetto

alla dignità della persona e di ogni persona, permette di comprendere il contenuto centrale della fede cristiana. Essa indica il cammino che è chiamata a percorrere: vivere fin d'ora un'esistenza personale che sia carica di significato e di senso in modo tale da lasciar percepire e sperimentare la promessa del compimento, là dove non vi sarà più malattia, né pianto né morte.

Per concludere

Viviamo con lo sguardo proteso verso il futuro, ma carichi del senso della tradizione e del nostro passato. Nel suo famoso *De la Démocratie en Amérique* A. de Tocqueville scriveva: “Verrà dunque un'epoca in cui si potranno vedere nel Nord America centocinquanta milioni di uomini uguali tra loro, che apparterranno tutti alla stessa famiglia, che avranno lo stesso punto di partenza, la stessa civiltà, la stessa lingua, la stessa religione, le stesse abitudini, gli stessi costumi e attraverso i quali il pensiero circolerà sotto la stessa forma e si tingerà degli stessi colori. Tutto il resto è dubbio, ma questo è certo. Ecco, dunque, un fatto interamente nuovo nel mondo e di cui persino l'immaginazione non riesce ad afferrare la portata”⁶. Le sfide che si raccolgono in questi anni all'interno dell'ambiguo termine “globalizzazione” trovano, come si nota, radici lontane. Viviamo sempre più in città che sono uguali tra di loro. Il mondo sta diventando sempre più piccolo e, forse, anche monotono per l'incapacità a saper coniugare insieme originalità comune e tradizione particolare. Da ogni parte della terra, però, si ritrova l'uomo con la sua forza e la sua debolezza. Un sorriso come una lacrima non hanno una particolare connotazione culturale, ma solo la forza del sentimento e dell'animo che è peculiare dell'uomo.

In questo senso si deve porre il valore della salute e la fragilità della malattia. Nel mondo in cui viviamo non è tollerabile che il potere della salute conosca confini che abbiano a relegare la conquista della scienza solamente nelle mani di pochi beneficiati. Per sua stessa natura, questo potere si apre a una visione universale capace di includere in sé soprattutto quanti hanno

maggiormente bisogno di benessere. Questo potere permette di offrire loro un pizzico di speranza che permetta di guardare con occhi diversi al futuro. Il pericolo per un potere sulla salute che abbia a privilegiare solo pochi fortunati è reale, ma impoverisce chi lo possiede. Di fatto, l'uso limitativo di un simile potere si rivolterebbe contro chi lo possiede perché lo lascerebbe in balia di se stesso. Più la medicina fa progressi e più sembra dare credito al valore dello spirito. Non è raro che il medico riconosca in maniera efficace la salute o la malattia del corpo a partire dalla salute o dalla malattia dell'animo. Non sono forse le malattie più diffuse nell'occidente quelle relative a questa condizione in cui si viene a trovare l'uomo moderno?

La responsabilità propria dei credenti porta con sé l'annuncio della speranza nella risurrezione. Sappiamo che il corpo vive della condizione di essere stato redento e salvato, ma questa certezza proviene in noi dalla forza della conversione. È necessario che il potere si trasformi e accolga in sé la *metanoia* necessaria per ritornare entro i propri confini. È questa la condizione per poter approdare a nuove e positive conquiste che consentano di vivere il potere come un atto partecipato a una chiamata che indica la missione da seguire e non solo un ruolo di cui rivestirsi.

S.E. Mons. RINO FISICHELLA
Vescovo Ausiliare di Roma
Italia

Note

¹ Cfr 1 Sam 15,23; 16,14.

² Cfr GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Re-demptor hominis*, n. 15.

³ Cfr. R. GUARDINI, *Il potere*, Brescia 1963 (or 1951), 13.

⁴ È il tema affrontato dall'enciclica di GIOVANNI PAOLO II, *Fides et ratio*; per un'applicazione al nostro tema cfr. J. L. BARRAGÀN, *Teologia e medicina*, Bologna 2001, 47-58.

⁵ Cfr. C. ROCCHETTA, *Per una teologia della corporeità*, Torino 1990; M. Teani, *Corporeità e risurrezione*, Roma-Brescia 1994.

⁶ A. DE TOQUEVILLE, *De la démocratie en Amérique*, 1835, II, Conclusione.

BRIAN JOHNSTONE

3. Le frontiere morali di Potere e Salute

Come ha detto il Cardinale Angelini nel suo discorso di apertura, chi si occupa di questioni relative all'assistenza sanitaria dall'interno della tradizione cattolica deve comunicare con chi, pur coinvolto nella promozione della salute, non appartiene a questa tradizione. Nella mia presentazione intendo suggerire un modo per farlo. Cercherò, in altre parole, di mostrare come potremmo presentare la posizione cattolica ad altri, appartenenti al regno della "ragione pubblica". Per ragione pubblica intendo quei modi di pensare e giudicare senza i quali le persone non potrebbero vivere insieme in uno stato pluralistico, ma unificato, come l'Italia o gli Stati Uniti. La ragione pubblica esige che la posizione presa nei confronti di questioni importanti riguardanti la tutela e il sostegno dei diritti umani debba essere giustificata. La posizione assunta non solo deve essere motivata da argomentazioni coerenti con le convinzioni di un particolare gruppo, ma deve anche essere comunicabile alla società nella sua interezza. Solo se queste ragioni sono comunicabili ad altri questi ultimi potranno collaborare o criticare; senza collaborazione e critica una società democratica non può esistere.

Il caso che intendo discutere è il seguente: nei termini di questa ragione pubblica, è possibile sviluppare un concetto di giustizia minima che possa essere accettabile per tutti. Tenendo presente questo concetto, se ci troviamo di fronte a due modelli di società, uno dei quali esclude alcuni dalla partecipazione alla società stessa senza alcuna giustificazione ragionata mentre l'altro non esclude nessuno, allora, per motivi di giustizia, si dovrebbe preferire il secondo. Cercherò, in particolare, di dimostrare che il modello di società basato su una visione liberale esclude alcuni,

mentre quello che corrisponde alla posizione cattolica non esclude nessuno.

È innanzitutto necessario definire i termini della questione. In senso generale, il termine potere significa capacità di un soggetto o di un gruppo di controllare altri soggetti o gruppi o entità appartenenti all'ambiente naturale o sociale, agendo su di essi. In ambito sociale, il potere utilizza l'autorità per esigere l'obbedienza di altri e la capacità per influenzare il loro comportamento. Ogni società rappresenta un complesso sistema di rapporti di potere, organizzato in una qualche forma gerarchica e strutturato in modo da incoraggiare la cooperazione o la competizione.

Per la società umana il potere è essenziale: è compito dell'etica individuare i principi che dovrebbero guidarne l'uso. Questi principi saranno fondati sulla giustizia. Nel contesto di questa conferenza, vorrei suggerire che un sistema socio-politico dovrebbe essere considerato giusto quando propugna la partecipazione di tutti i suoi membri al sistema stesso e quando impedisce l'esclusione di alcuni dei suoi membri da parte di altri. Così, il primo punto della mia argomentazione è: l'uso del potere in questioni di assistenza sanitaria dovrebbe essere governato dalla giustizia, intendendo giustizia come partecipazione.

Come enunciato da Papa Giovanni Paolo II, un punto chiave della dottrina sociale della Chiesa è il diritto di tutte le persone a partecipare alla vita economica e politica¹. La partecipazione si basa sulla condivisione della comune umanità. La giustizia, come partecipazione, necessita di una società strutturata in modo tale da rendere possibile e sostenere l'impegno di tutti nelle sue attività come attori

liberi ed intelligenti. La società, perciò, dovrebbe essere dotata di strutture adeguate per salvaguardare questa partecipazione, che è il fondamento dell'ordine democratico². In altre parole, la giustizia come partecipazione richiede che ad ogni membro della società venga fornito il potere necessario per dare il proprio contributo, ed impedisce che, senza una giustificazione ragionata, uno qualsiasi dei suoi membri venga ostacolato nel raggiungere ed esercitare detto potere.

In questa relazione intendo discutere un caso sull'uso del potere nell'ambito dell'assistenza sanitaria. È noto che, quando si sollevano questioni di potere nelle pubblicazioni di bioetica in generale, si discute per lo più in termini di consenso informato del paziente. Questo solleva il problema dello status morale, rispetto ai rapporti di potere, di coloro che non sono in grado di dare il proprio consenso, vuoi a causa di disturbi evolutivi, vuoi a causa della perdita di capacità mentale o perché non hanno ancora raggiunto il grado di sviluppo nel quale il consenso è possibile. Considerate, in modo particolare, la situazione dell'embrione umano. Ci troviamo oggi davanti ad interrogativi quali se è moralmente lecito clonare un embrione umano, a scopo sperimentale o terapeutico, quando questo comporti la distruzione dell'embrione stesso. Simili atti sono esempi dell'uso del potere. È questa la specifica "frontiera del potere" che intendo discutere in questa sede. In che modo, allora, la giustizia come partecipazione si rapporta all'uso del potere nei confronti dell'embrione umano?

Nella prossima fase della discussione, tracerò una correlazione tra uso del potere, giustizia come partecipazione ed un testo pertinente del Magistero sullo stato

dell'embrione umano. Giovanni Paolo II, nell'*Evangelium Vitae*, dice: "Sotto il profilo dell'obbligo morale, basterebbe la sola probabilità di trovarsi di fronte a una persona per giustificare la più netta proibizione di ogni intervento volto a sopprimere l'embrione umano"³. Farò mia questa posizione e la metterò in relazione con le argomentazioni espresse nel pubblico



dibattito su questo problema.

Nell'arena della pubblica ragione esistono due posizioni di grande rilievo. La prima sostiene che essere una persona significa possedere determinati attributi "ontologici" ora, nel momento cruciale in cui l'atto della distruzione dell'embrione umano sta per avvenire. Si sostiene che, poiché l'embrione non possiede queste qualità ontologiche, esso non può essere parte della società e non può *perciò* avere diritto a parteciparvi. Per qualità ontologiche intendo, ad esempio, lo status di essere un individuo ontologico o di possedere la facoltà di essere cosciente. Al contrario, nel presente documento si sosterrà che non è necessario che questa entità possieda questi attributi ontologici adesso, nel momento in cui si sta contemplando la sua soppressione, ad esempio a 2 giorni o a 14 giorni. È sufficiente il fatto che l'embrione raggiunga

in futuro, nel normale corso degli eventi, il livello di sviluppo che per le persone ragionevoli lo/la qualifichi come persona, avente il diritto di partecipare alla società di cui noi godiamo. Non è necessario stabilire esattamente quando quel livello di sviluppo sarà raggiunto. È sufficiente sostenere che l'embrione, dal momento del concepimento e salvo che non accada qualcosa di negativo, raggiungerà quel livello.

Non è, di conseguenza, necessario dimostrare che l'embrione è una persona ontologica e neppure che sia un individuo ontologico. È sufficiente che noi possiamo designarlo come "questa entità" per stabilire il principio su cui sostenere che non deve essere ucciso. Potremmo naturalmente, a condizione che chiariamo il concetto, chiamare l'entità una "persona", ma ciò dovrà allora essere inteso non in senso ontologico ma in senso morale, cioè con il significato di "un'entità che non può essere esclusa dal partecipare alla società" o, in altre parole, uccisa.

Se esaminiamo, come ho suggerito, le varie argomentazioni prodotte a favore e contro il diritto alla vita dell'embrione, scopriamo che esse sono determinate da due interessi. Questi interessi si manifestano in due modi diversi di porre l'onere della prova, che è quello di decidere cosa deve essere dimostrato per far sì che l'argomentazione sia coronata da successo. La struttura dei due tipi di argomentazione può essere presentata nel modo seguente:

1. L'embrione umano non deve essere considerato una persona, salvo che non si possa dimostrare il contrario.

Ma il contrario non può essere dimostrato.

Perciò l'embrione umano *non* deve essere considerato una persona.

L'onere della prova grava su coloro che negano la prima premessa. Ciò che deve essere dimostrato, in questo caso, è che l'embrione è una persona.

2. L'embrione umano deve essere considerato una persona, a meno che non si possa dimostrare il contrario.

Ma il contrario non può essere dimostrato.

Perciò l'embrione umano *deve* essere considerato una persona.

L'onere della prova grava su coloro che negano la prima premessa. Ciò che deve essere dimostrato è che l'embrione *non* è una persona.

Il punto chiave della discussione è, quindi, dove viene a gravare l'onere della prova. Le argomentazioni, sia a favore sia contro il fatto che l'embrione è una persona, non sono conclusive se considerate a sé stanti, indipendentemente dagli assunti di dove grava l'onere della prova. Il motivo per cui nessuna delle due parti in contrasto potrà mai convincere l'altra è che le rispettive argomentazioni non si incontrano mai. Ogni parte sta discutendo, secondo presupposti diversi, su cosa deve essere dimostrato.

Con l'aiuto di questi elementi che mostrano come funzionano le due opposte argomentazioni, analizzerò, ora, prima la posizione liberale e poi la posizione della Chiesa Cattolica. Il significato della parola "liberale", in questo contesto indica un certo modo di argomentare, basato su determinati presupposti che ora illustrerò.

La visione liberale adotta il primo tipo di argomentazione, cioè che l'embrione *non* è una persona. Nei testi sull'argomento, ciò non viene sempre dichiarato esplicitamente ma è implicito, ad esempio, nell'argomentazione del Giudice Blackmun, della Corte Suprema degli Stati Uniti, nel caso Roe v. Wade del 1973, che ha in realtà autorizzato l'aborto negli Stati Uniti. Il quesito che la corte doveva affrontare era se lo stato avesse o no un motivo convincente per vietare l'aborto. Fu deciso che il divieto avrebbe violato il diritto alla privacy della donna⁴. Notate che, nell'interpretare la questione come una faccenda che colpisce esclusivamente la privacy della donna, si esclude sin dall'inizio qualsiasi considerazione sul fatto che l'embrione sia una persona con dei diritti. Si tratta di una questione privata solo della donna; l'embrione non viene preso in considerazione. La struttura della legge italiana 194/1978 sembra essere essenzialmente la stessa: si presuppone implicitamente che l'embrione non sia una persona⁵.

A questo punto mi occuperò

della forma del dibattito. È evidente che si presuppone che la donna abbia dei diritti e l'embrione no. L'onere della prova grava allora su coloro che difendono l'embrione. Ma una volta che questa forma di argomentazione è stata accettata, poiché non è disponibile alcuna argomentazione apodittica e conclusiva che possa dimostrare che l'embrione è una persona, il punto di vista liberale uscirà certamente vincente. Il risultato è decretato dal momento in cui l'onere della prova viene posto su coloro che difendono il diritto alla vita dell'embrione.

Ho dichiarato che questa posizione presuppone che l'embrione non sia una persona. Si potrebbe obiettare che coloro che la pensano in questo modo non soltanto lo presuppongano ma lo dimostrino con le loro argomentazioni. Questo io lo contesterei. Gli argomenti che vengono solitamente portati per suffragare la visione liberale non sono, di per sé, veramente argomenti, ma dichiarazioni sommarie di presupposti non espressi. Cercherò ora di sostenere questa mia affermazione. Le argomentazioni, di solito, si basano su due punti: coscienza e interessi.

Secondo il primo punto, essere una persona significa essere coscienti o almeno possedere la capacità di essere coscienti. Coscienza è un termine tratto dalle opere di John Locke. Gli esperti non sono stati in grado di decidere cosa esattamente Locke intendesse con questo termine, ma è tuttavia ancora in uso in questo tipo di dibattito⁶. L'embrione umano, si dice, non è cosciente. Perciò non è una persona. Notiamo l'assunto: per essere una persona, un'entità deve essere cosciente. Così, in breve, dove non c'è coscienza, non c'è persona e non ci sono diritti.

La seconda argomentazione si basa sul termine "interessi"⁷. Ronald Dworkin argomenta che ciò che dà status morale ad un essere è la sua capacità di avere "interessi". Un interesse viene indicato dalla presenza di una condizione psicologica, ad esempio il sentimento di delusione e frustrazione. È difficile che queste condizioni siano presenti prima della formazione della corteccia cerebrale⁸. Quindi, prima di questo momento, l'embrione

non ha interesse nella propria sopravvivenza. Uccidere l'embrione non è, perciò, contro i suoi interessi. Ci potrebbero essere altri motivi per cui un embrione non dovrebbe essere ucciso, ad esempio, potrebbe essere oggetto di fortissimi sentimenti positivi da parte dei suoi genitori, che soffrirebbero molto se venisse ucciso. Ma, secondo questo punto di vista, non esistono motivi inerenti l'esistenza dell'embrione stesso per cui esso non dovrebbe essere eliminato.

Notate che entrambe le argomentazioni sono studiate per sconfiggere la contro-argomentazione, esse non dimostrano nulla di certo. Di conseguenza, ciò che dobbiamo analizzare è il fondamento dell'assunto di base e precisamente che l'embrione non è una persona e quindi non ha diritti, salvo che non si possa dimostrare il contrario.

Entrambe le argomentazioni, infatti, presuppongono una forma della teoria contrattuale della società umana. Secondo questa teoria, la società umana ha origine a causa di un contratto, come nella teoria di John Locke. Inoltre, per essere in grado di fare un contratto, bisogna ovviamente essere coscienti. Perciò, per essere una persona, è effettivamente necessario possedere coscienza o almeno la capacità di riacquistarla quando è temporaneamente assente. Poiché un embrione non ha coscienza, non conta come persona, e così non ha diritti. Allo stesso modo, la seconda argomentazione sembra presumere che la società e le sue strutture esistano per proteggere gli interessi individuali dei propri membri. Perciò, un'entità che non ha interessi non entra nella sfera protetta dalla società.

Possiamo ora esaminare queste argomentazioni. La loro conclusione, per l'esattezza che l'embrione non è una persona e non ha diritti, non è coerente neppure con la teoria contrattuale. Locke stesso ha ammesso che doveva esistere un qualche tipo di moralità prima del contratto e che, prima del contratto, esistevano diritti naturali innati nello stato stesso della natura⁹. Possiamo aggiungere che, se non ci fosse stata moralità prima del contratto, allora il contratto stesso potrebbe non possedere alcun potere morale vincolante. Anche se

accettiamo che la società umana sia fondata su un contratto, e che questo contratto richieda consapevolezza da parte di chi lo sottoscrive, non ne segue che solo chi è cosciente è protetto dalla moralità che è antecedente al contratto, né dimostra che solo chi è effettivamente cosciente possa essere riconosciuto dal contratto stesso come membro della società, avendo diritto alla vita. Né, ancora, ne segue che solamente coloro che hanno interessi meritino di essere protetti dalla società.

Per dimostrare la tesi liberale sarebbe necessario dimostrare due cose: primo, che la moralità pre-contrattuale non protegge l'embrione pre-cosciente e, secondo, che il tipo di contratto che è stato fatto da esseri coscienti non potrebbe proteggere anche quell'embrione. Non viene offerta nessuna prova di questo genere. Perché dovrebbe essere necessariamente illogico per coloro che sottoscrivono il contratto riconoscere l'embrione pre-cosciente come membro della comunità e concedergli così dei diritti? Questa ipotesi non viene in alcun modo dimostrata.

John Rawls, nella sua ben nota opera *A Theory of Justice*, ha tentato di dimostrare ciò che gli estensori ideali del contratto avrebbero incluso nel contratto stesso¹⁰. In modo particolare, egli ha sottolineato che un sistema sociale e politico giusto dovrebbe essere strutturato in modo tale da proteggere coloro che potrebbero finire ai livelli più bassi della scala gerarchica della società. È questo un aspetto della teoria di Rawls che la rende particolarmente attraente per chi è impegnato per l'egualità sociale. Ma, anche qui, si presuppone semplicemente che l'embrione pre-conscio non sia incluso tra coloro che dovrebbero essere protetti. Obietterei che questo non è coerente con la teoria di Rawls stessa. Tutto ciò che ne segue è che un essere pre-conscio non può sottoscrivere il contratto che forma la comunità. Ciò non dimostra in alcun modo che questo essere pre-conscio non possa essere protetto dai termini del contratto. Presumere che un simile essere non possa essere protetto in questi termini è un assunto e nulla più.

Ciò significa che la posizione li-

berale, che presume che l'embrione non sia tra coloro che devono essere protetti da una società giusta ed esige che sia chi afferma l'egualanza fondamentale dei diritti anche per l'embrione umano a dover dimostrare la propria tesi, sia basata semplicemente su un assunto non dimostrato.

Esaminerò ora la nozione di "ragione" adottata dalla posizione liberale. Possiamo farlo considerando le argomentazioni del punto di vista liberale come sono state presentate da John Rawls. La domanda principale è: qual è la società ideale? Le risposte classiche sono state (1) quella che incontrerebbe l'approvazione di un osservatore ideale neutrale, (2) e/o quella fondata su un contratto cui si è aderito liberamente¹¹. Il problema che entrambe queste risposte cercano di

di valutazione è proprio l'ideale che essi stessi hanno costruito?

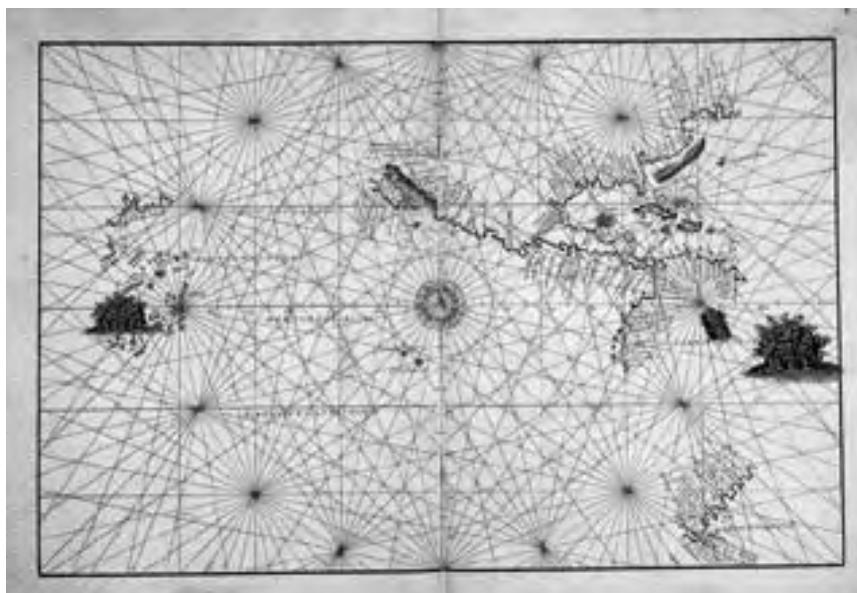
Sosterrebbero, naturalmente, che l'esclusione non è una decisione arbitraria della volontà, ma "ragionevole". Tuttavia, come ho già detto, essi non lo hanno dimostrato. Inoltre, si scopre che la "ragione" alla quale fanno appello non è ragione in quanto tale, o ragione immutabile ed universale, ma una versione della ragione emersa in un particolare periodo storico. Presupporre, come fa la visione liberale, che questo modo di ragionare debba essere quello di tutte le persone ragionevoli è semplicemente un assunto. Potremmo qui ricordare la critica alla posizione liberale fatta da filosofi come Alasdair MacIntyre¹². Nella parte della sua opera *Political Liberalism*, che tratta del problema dell'aborto, Rawls

implica quel particolare modo di porre l'onere della prova che è già stato criticato nella prima parte di questa relazione. Egli presuppone, cioè, semplicemente che l'embrione non sia considerato una persona e così sposta l'onere della prova su coloro che difenderebbero l'embrione. Ho cercato di dimostrare la debolezza di questa posizione.

Sostengo, inoltre, che il modo in cui viene ripartito l'onere della prova è di per se stesso un giudizio morale sull'allocazione del potere. In primo luogo, coloro che adottano una teoria che esclude l'embrione dalla comunità morale umana, hanno avuto a sé il potere di decidere chi deve essere ammesso a quella comunità ed i criteri di ammissione.

Nella seconda teoria, quella sostenuta dalla Chiesa Cattolica, non esiste una tale imposizione di potere sull'embrione, né una simile esclusione di quest'ultimo dalla partecipazione alla comunità umana. L'embrione è piuttosto accettato per quello che è, e può divenire, semplicemente perché è un embrione umano e, pertanto, possiede il potenziale di svilupparsi nel tipo di essere che noi indiscutibilmente accettiamo come persona. Per esprimere questo stesso concetto in modo alquanto diverso: non si sta affermando, naturalmente, che l'embrione ha la capacità di sottoscrivere un contratto e, di conseguenza, entrare a far parte della società. Siamo noi che, avendo la capacità di fare ciò, dovremmo consentire a che l'embrione appartenga a quella comunità. Perché dovremmo?

Uno degli elementi della realtà dell'embrione è che possiede la capacità di svilupparsi, nel tempo, nel tipo di essere che noi certamente chiameremmo una persona. Non possiamo arbitrariamente escludere l'elemento del tempo senza tralasciare un aspetto della realtà. Il motivo per cui viene escluso è che la nozione della ragione utilizzata dall'argomentazione liberale è una nozione che esclude il tempo. Si tratta di una versione del tipo di ragione, apparentemente immutabile nel tempo, che appartiene alla visione liberale¹⁴. La mia argomentazione è che non possiamo pensare in modo morale ad un embrione umano



affrontare è la tendenza inestirpabile degli esseri umani di andare alla ricerca del proprio egoistico vantaggio. Ciò rende necessario l'osservatore ideale neutrale che, libero da ogni egoismo, può giudicare obiettivamente. Guardiamo comunque meglio questo osservatore ideale. Esiste certamente il rischio, o persino la probabilità, che noi creiamo l'osservatore ideale a nostra immagine, facendo sì che rispecchi i nostri desideri e pregiudizi. Come possono coloro che costruiscono l'osservatore ideale neutrale essere sicuri di avere effettivamente concepito un osservatore ideale, quando l'unico criterio

sostiene che qualsiasi equilibrio dei tre valori, e precisamente "...il dovuto rispetto per la vita umana, l'ordinato riprodursi della società politica nel tempo, includendo in qualche modo la famiglia, ed infine la parità delle donne come cittadini uguali, ...darà alla donna il diritto adeguatamente legittimato di decidere se porre termine o no alla propria gravidanza entro il primo trimestre"¹³? Ma, ribatterei io, l'equilibrio si sposterebbe in questo senso solo se si partisse già dall'assunto che i diritti dell'embrione non hanno lo stesso peso dei diritti della donna interessata. Vale a dire che l'argomentazione di Rawls

senza pensare in termini di tempo.

Si discute sul fatto che eliminare l'embrione non è la stessa cosa che eliminare un altro essere umano, poiché questo embrione non è ancora un essere umano. Ma ciò significa ritornare ad un modo particolare di presentare il caso. Escludere tempo e storia dalla nozione di ragione, significa semplicemente accettare incondizionatamente nella nostra argomentazione una particolare nozione di ragione, condizionata dal tempo. Un'argomentazione etica che esclude semplicemente questo concetto, è un'argomentazione etica incompleta. Se l'embrione viene distrutto, non esisterà mai la persona che sarebbe altrimenti esistita. Questo embrione, cioè, non potrà mai esercitare la propria facoltà di partecipare alla società, una facoltà che possiede già in potenza.

A questo punto, coloro che rifiutano di riconoscere un diritto alla vita da parte dell'embrione ribatteranno: ma l'embrione ha solo la potenzialità di essere parte della comunità e di essere una persona, non è effettivamente partecipe, né una persona reale. Ho già fornito i presupposti per rispondere a tale questione. L'obiezione non è una vera argomentazione, è semplicemente una diversa formulazione dell'assunto che presuppone che l'embrione non partecipi alla società, che non sia una persona. Vale a dire che ripropone semplicemente il modo di ripartire l'onere della prova che, come ho precedentemente dimostrato, è senza fondamento. Potremmo, per amor di discussione, concedere che l'embrione umano è solo una persona potenziale, ontologica. Ma anche se fosse possibile stabilire questo, non ne consegue necessariamente che l'embrione non sia una persona in senso morale, come ho spiegato precedentemente.

Considerate ora la posizione adottata dalla dottrina ufficiale cattolica. Notate che le posizioni espresse nei documenti vengono formulate con molta cautela. Viene detto che l'embrione umano *probabilmente* è una persona e che *il contrario non può essere dimostrato*¹⁵. È chiaro che anche questa posizione comporta il far gravare l'onere della prova in modo particolare, e precisamente su coloro che af-

fermano che l'embrione non è una persona, nel senso sopra descritto. Viene loro richiesto di dimostrare il contrario e, sulla base del documento che ho citato, essi non sono in grado di dimostrare la propria tesi. E direi che questo è corretto. Come è stato sopra sostenuto, non esistono argomentazioni apodittiche disponibili che possano dimostrare che l'embrione non è una persona o che è una persona indipendentemente dall'assunto fatto rispetto all'onere della prova.

I documenti ufficiali della dottrina della Chiesa non pretendono di aver fornito prove apodittiche dello status di persona dell'embrione. Le argomentazioni della tesi che l'embrione è probabilmente una persona funzionano sull'assunto fondamentale che l'embrione debba essere considerato una persona salvo che venga dimostrato il contrario. Di conseguenza, la posizione presa da questi documenti della Chiesa si basa su un assunto, proprio come la posizione liberale.

Nella prima parte di questa relazione, ho tentato di dimostrare che l'argomentazione liberale si basa sul modo in cui fa gravare l'onere della prova, ed ho affermato che essa si sostiene su una supposizione non dimostrata. Potrebbero mai, i sostenitori della posizione liberale, non ribattere che anche la tesi cattolica si basa su un assunto che non è stato dimostrato?

In genere, nel pubblico dibattito sulla questione, si presuppone che la posizione della Chiesa sullo status dell'embrione si basi non su considerazioni della ragione ma sulla fede religiosa. Concediamo, ancora una volta per amor di discussione, che, in ultima analisi, la posizione della Chiesa sullo status dell'embrione si basa essenzialmente su convinzioni di fede e non può essere categoricamente dimostrata in termini di ragione pubblica.

Prendiamo ora gli stessi criteri della ragione pubblica ed appliciamoli alla posizione liberale. Secondo questi criteri, bisognerebbe ammettere che la posizione liberale, in quanto basata su un assunto non dimostrato, non avrebbe basi più solide e razionali di quante ne avrebbe la visione cattolica, che si presume sia basata sulla fede. Così, in termini di ragione pub-

blica, non esistono motivi per preferire la posizione liberale a quella cattolica.

Torniamo allora alla tesi morale proposta all'inizio di questa relazione. La posizione cattolica non esclude nessuno dalla partecipazione alla società. La posizione liberale, d'altro canto, esclude alcuni da tale partecipazione e, pertanto, necessita di una giustificazione per farlo. Ma, come è stato dimostrato, non è in grado di fornirla. Ciò pertanto implica l'esclusione di qualcuno dalla società senza alcuna giustificazione razionale che la ragione pubblica esigerebbe. Sulla base morale della giustizia, perciò, la posizione cattolica è da preferirsi.

P. BRIAN JOHNSTONE, C.SS.R.
Docente dell'Istituto Superiore
di Teologia Morale
dell'Accademia Alfonsiana
Pontificia Università Lateranense
Roma, Italia

Note

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Centesimus Annus*, (Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1991), nn. 34, 35, 46.

² *Centesimus Annus*, n. 47.

³ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitæ* (Roma: Libreria Editrice Vaticana, 1995), n. 60.

⁴ Ronald Dworkin, *Life's Dominion* (Londra: HarperCollins, 1993), 7.

⁵ Legge n. 194 del 22 maggio 1978. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

⁶ CHRISTOPHER FOX, *Locke and the Scribblers: Identity and Consciousness in Early Eighteenth Century Britain*, (Berkley: University of California Press, 1988), 32.

⁷ DWORKIN, *Life Dominion*, 18.

⁸ DWORKIN, *Life Dominion*, 18.

⁹ LOUIS DUPRÉ "The Common Good and the Open Society", in *Catholicism and Liberalism*, eds. R. Bruce Douglas and David Hollenbach (Cambridge: Cambridge University Press, 1994), 179.

¹⁰ JOHN RAWLS, *A Theory of Justice* (Cambridge, Mass.: Belknap Press, 1971), 118.

¹¹ JOHN RAWLS, *A Theory of Justice*, 188.

¹² ALASDAIR MACINTYRE, *Whose Justice? Which Rationality?* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1988).

¹³ JOHN RAWLS, *Political Liberalism* (New York: Columbia University Press, 1993), 243.

¹⁴ MacIntyre, *Whose Justice? Which Rationality?* 346.

¹⁵ Congregazione della Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'Aborto*, AAS 66 (1974), 738, Nota 19.

SERGIO PINTOR

4. L'atteggiamento ecclesiale davanti a “potere-salute”

Il presente intervento, all'interno e in stretto collegamento con quelli che lo hanno preceduto, si caratterizza come riflessione teologico-pastorale, cioè come riflessione di fede sugli atteggiamenti concreti che la Chiesa è chiamata a vivere, testimoniare e promuovere nell'esercizio del potere nella cura della salute, attualizzando l'agire evangelizzante e risanante di Gesù Cristo.

1. Attualità e complessità della riflessione

Davanti a “potere-salute” l'agire della Chiesa è chiamato a interrogarsi con un sano realismo, proprio di un atteggiamento autenticamente evangelico teso a educare e a far fruttificare le possibilità di bene; non devono esserci, quindi, demonizzazioni pregiudiziali, ma neanche facili accomodamenti o forme di compromissione.

In questa prospettiva, la riflessione appare di particolare attualità oggi.

Infatti, se da una parte lo sviluppo scientifico-tecnologico ed economico (proprio di una parte del mondo) ha offerto nuove possibilità di crescita umana, d'altra parte – e l'esperienza quotidiana lo dimostra – ha provocato il proliferare di forme nuove di manipolazione, di poteri arroganti, di lotte di potere, di alienazioni. Tutto ciò, se può avere esiti pesanti in tutti i settori della convivenza umana, li ha ancora più drammatici nell'ambito della cura della vita e della salute delle persone¹.

Ciò che viene messo in discussione in questa sede, non è il potere con le molteplici possibilità positive che esso offre all'agire umano ma l'uso e l'esercizio del potere, affidato a persone umane nella loro condizione di limite, in situazioni concrete e nei diversi ruoli.

Il problema serio sul quale riflettere e agire è quello di una “formazione della coscienza” delle persone, denunciato con estrema chiarezza, ancora 50 anni fa, da R. Guardini, quando affermava che mentre nel corso dei tempi il potere su ciò che esiste, uomini e cose, si è accresciuto in misura immensa, la serietà del sentirsi responsabili, la chiarezza della coscienza, la forza del carattere non si sono mantenute al livello di quella crescita. “Si rileva – egli affermava – che l'uomo moderno non è stato educato al corretto uso della potenza e del potere”. E, con particolare vigore, avvertiva che “nella misura in cui la coscienza dell'uomo non assume la responsabilità del potere, di questo prendono possesso forze democrazie”².

Due elementi o aspetti, in ogni caso, mi sembra vadano tenuti presenti per dare concretezza alla riflessione:

a) Il complesso e ambiguo intrecciarsi tra loro delle singole forme di potere, spesso anonime, con la loro ricaduta nell'ambito della cura della salute delle persone.

b) Lo scenario dei bisogni nel mondo, con le sfide della povertà, richiamate da Giovanni Paolo II nella lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*³:

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

Davanti a queste realtà la Chiesa e i cristiani sono chiamati a porsi e a porre delle domande che favoriscono un sapiente discernimento; a denunciare quanto attenti al rispetto della vita e della dignità di ogni persona, quanto non risponda a criteri di giustizia; a portare un afflato etico e di solidarietà; a promuovere concreti atteggiamenti e scelte operative per una utilizzazione di ogni forma di potere più rispettosa del bene di tutti gli uomini.

Come non chiedersi, ad esempio, in quali situazioni e per quali cause il potere che ci è dato di curare e di guarire venga utilizzato, tante volte, per ferire e per altri scopi? Quali conseguenze abbiano sulla salute l'uso strumentale dei poteri massmediatici nel loro frequente intreccio con l'idolatria tentatrice di sempre del denaro, del potere, della ricerca di sé, del piacere? Ma la stessa domanda vale per l'uso del potere politico, economico, professionale... E, tutto questo, a partire dall'esperienza di prossimità di ciascuno di noi.

Oggetto, quindi, della riflessione non possono essere “potere-salute” considerate in un rapporto tra realtà astratte ma gli atteggiamenti che le persone hanno o devono avere nel concreto servizio di un potere (qualsiasi esso sia e a qualunque li-



vello) in rapporto alla cura della salute e della vita di ogni persona nelle proprie singolari condizioni, in ogni momento dell'esistenza, in ogni paese dove essa viva. Atteggiamenti nell'esercizio di un "potere", quindi, che, in una certa misura e in modi diversificati, riguardano non solo coloro che agiscono all'interno dei grandi poteri – e sui quali ricade certamente una grande responsabilità – ma riguardano tutti. Ogni persona è chiamata a esercitare il "potere-possibilità" di prenderci cura della propria e della altrui salute, come ogni istituzione e struttura più direttamente coinvolte nel mondo della salute, ma anche ogni istituzione e struttura di tipo politico, economico, scientifico, educativo, mass-mediatico..., per la ricaduta che esse possono avere sulla cura della salute.

2. Un atteggiamento ecclesiale di fondo

L'atteggiamento di fondo che la Chiesa è chiamata ad assumere davanti al rapporto "potere-salute" si iscrive e si concretizza all'interno di quell'atteggiamento così magistralmente delineato dal Concilio Vaticano II, particolarmente nella costituzione *Gaudium et Spes* e all'interno del magistero sulla dottrina sociale. Esso è un atteggiamento dialogico con la realtà temporale, di cui rispetta la legittima autonomia ma nella quale sa di dover portare la forza e la luce dirompente del Vangelo. In una parola: l'atteggiamento di una Chiesa, inseparabilmente, "serva di Dio" e "serva degli uomini".

Un atteggiamento, quindi, ispirato esclusivamente dalla verità e carità evangelica, a servizio del bene della persona umana, superando i rischi di qualunque atteggiamento ideologico, spiritualistico o temporalistico.

Infatti, "La missione propria che Cristo ha affidato alla sua Chiesa non è di ordine politico, economico e sociale: il fine, infatti, che ha prefisso è di ordine religioso. Eppure da questa missione religiosa scaturiscono dei compiti, della luce e della forza che possono contribuire a costruire e a consolidare la comunità degli uomini secondo la legge divina"⁴.

"La Chiesa è inseparabilmente 'mistero' di comunione e di fede e, insieme, sacramento-segno-strumento di una salvezza integrale, piena e universale per l'uomo. Essa è portatrice di possibilità di 'vita nuova' nello Spirito e, quindi, testimone di una fede cristiana che si traduce in un'etica, frutto e manifestazione dell'amore di Dio. Per questo la Chiesa non può non sentirsi impegnata in concezioni e norme di comportamento umano individuale e sociale, cioè in una determinata realizzazione della persona umana, non solo quanto alla sua interiorità, ma anche quanto alla sua socialità, nella quale la persona umana deve realizzarsi come 'persona umana per gli altri'".

Ecco perché la Chiesa si sente spinta ad assumersi, come espressione della sua fede e della sua carità, la missione di "impregnare e perfezionare tutto l'ordine temporale con lo spirito evangelico"⁵, compreso il rapporto "potere-salute".

3. Alcuni criteri fondamentali per una illuminazione e un discernimento

Una illuminazione e un discernimento sugli atteggiamenti ecclesiastici in riferimento a "potere e salute", possono meglio attuarsi alla luce di alcuni criteri teologico-pastorali fondamentali. Si tratta di "criteri" fortemente unitari, rivolti a pensare, illuminare, interpretare, valutare, rinnovare i concreti modi di agire nell'esercizio del potere, nell'ambito della cura della salute.

3.1. Il criterio cristologico-trinitario (o della gratuità-dono-servizio)

Il primo e fondamentale criterio per definire l'atteggiamento ecclesiastico e per discernere la bontà o meno di un qualsiasi esercizio di potere, in riferimento alla salute, è quello di mettersi in relazione con Dio e il suo agire, così come si è manifestato nella storia e si è pienamente rivelato nel suo mistero attraverso suo Figlio Gesù Cristo e nel dono del suo Spirito.

Credere in Dio, onnipotente e unico Signore, guardare al suo agire nell'esercizio della sua "signoria", proietta una luce decisiva e

suggerisce conseguenze estremamente concrete sugli atteggiamenti da assumere in relazione a "potere-salute".

Anzitutto, questo criterio comporta l'ammettere che ogni potere umano è limitato e deve riconoscere le sue "radici" in Dio, da cui proviene e dalla cui relazione viene costantemente giudicato.

L'esercizio del potere da parte di Dio nella Rivelazione viene presentato come potere per il bene della persona umana, mai come potere dell'uomo sull'uomo. Un potere compartecipato agli uomini: non solo ad alcuni, ma a ciascuno in modo diversificato⁶.

In Gesù Cristo, in particolare, il potere di Dio si manifesta nel beneficare le persone, nel liberarle dal male fisico e morale, dal peccato, nel vincere perfino l'estremo limite umano della morte, per rivelare così pienamente il Dio Signore della vita.

Non si deve dimenticare che il potere di Dio in Cristo è essenzialmente "salvifico", tutto teso a sconfiggere le "potenze del male" destinate a scomparire con l'avvento definitivo del regno di Dio (si pensi alle parabole evangeliche e al racconto dei miracoli nei vangeli).

Il suo è un "potere" che trasforma e libera: una trasformazione che viene da Dio e non dal potere dell'uomo. Soprattutto, nell'agire di Gesù, tale potere si configura come servizio alla persona e per la persona umana. Un "potere-servizio" che nella persona del Cristo viene a identificarsi con tutta la sua esistenza, diventando una vita offerta-donata per la salvezza degli altri.

Tale identificazione tra servizio ed esistenza conduce a percepire un'altra caratteristica dell'agire di Dio dall'aspetto paradossale: l'esercizio di un potere che manifesta tutta la sua natura e la sua forza nell'impotenza, cioè nella scelta della "non-potenza".

È significativo che la manifestazione del potere salvante di Dio nel suo Figlio Gesù Cristo si attui nel "non-potere" della passione e della morte in Croce: la manifestazione suprema del "potere" come amore e vita donata che si fa "non-potere" per il conseguimento della salvezza-salute di tutti gli uomini. Ma, insieme, rivelandosi come il potere più grande, capace di vincere il ma-

le, il peccato, la morte e restituire a una vita pienamente realizzata.

Guardare all'agire di Dio e lasciarsi da esso illuminare diventa criterio fondamentale per valutare e costantemente convertire ogni esercizio di potere umano nei confronti della cura della vita e della salute della persona umana.

Nessuno può pensare di esercitare un potere come se venisse da lui e non da Dio e, quindi, deve tendere a esercitarlo con la consapevolezza di amministrare un "potere-compito" ricevuto, di esercitarlo non da solo ma in collaborazione con tutti gli altri "poteri-compiti" che Dio ha affidato a ciascuno¹⁰.

Se Dio solo è il Signore della vita, nessuno può arrogarsi il potere sulla vita, ma quello di prendersene cura con responsabilità, nel rispetto e in collaborazione con il piano di Dio.

Nessuno, nell'ambito della cura della salute, può pensare di usare legittimamente un qualsiasi potere come potere sulla persona (magari strumentalizzandola per altri fini e non rispettandola nella sua integrale dignità...) ma invece come "potere" per la persona, per il suo bene autentico e integrale, come esercizio di potere che si esprima nell'esercizio di un servizio fortemente unificato con il senso della propria vita e della propria professione.

È un criterio che, pur nella consapevolezza realistica della connaturale ambiguità e limitatezza insite in ogni esercizio di potere umano nei riguardi della cura della salute, può aprire una prospettiva esaltante e illuminante: quella di un esercizio di potere che si traduca in un esercizio al servizio integrale della persona e per la persona, per il suo bene personale e per il bene comune.

3.2. Il criterio ecclesiologico (della comunione-fraternità)

La Chiesa esiste per essere "in Cristo come un sacramento o segno e strumento dell'intima unione con Dio e dell'unità di tutto il genere umano"¹¹ ed è stata da Cristo assunta "ad essere strumento della redenzione di tutti".

È a questa Chiesa tutta intera che, mediante gli Apostoli, viene affidato l'esercizio del potere di Cristo per la salvezza degli uomini: "A me

è stato dato pieno potere in cielo e sulla terra. Andate dunque e fate discipoli tutti i popoli, battezzandoli nel nome del Padre e del Figlio e dello Spirito Santo, insegnando loro ad osservare tutto ciò che vi ho comandato. Ed ecco, io sono con voi tutti i giorni, fino a quando questo tempo sarà compiuto"¹².

Essa è chiamata a esercitare tale potere secondo la consegna ricevuta da Cristo stesso e secondo il suo modello: "Voi sapete che i governanti della nazioni dominano su di esse e i capi esercitano su di esse il potere. Tra voi non deve essere così; ma chi vuole diventare grande tra voi, sarà vostro servitore e chi vuole essere il primo tra voi, sarà

chi esercita un potere gerarchico, sia le persone di vita consacrata, sia i fedeli laici...) ma che si offre insieme come criterio e sapiente modello per qualunque esercizio di potere che voglia essere pienamente umano nel mondo della cura della salute.

In concreto, di conseguenza, la Chiesa e in essa tutti i cristiani, sono chiamati a:

- lasciarsi per primi illuminare e convertire dall'esercizio evangelico di qualsiasi forma di potere;

- portare la luce del messaggio evangelico e l'orientamento di un'etica cristiana, di alto spessore umano, perché l'esercizio di qualsiasi potere nel mondo della salute venga attuato nel segno del servizio alla persona, per il suo bene e il bene comune;

- impegnarsi a promuovere una cultura di servizio, educando le coscenze;

- offrire testimonianza e modelli credibili di esercizio di potere, come autentico ed effettivo servizio alla persona nella cura della vita e della salute (sia a livello di singoli cristiani, religiosi o laici, sia a livello di comunità cristiane, sia a livello di istituzioni e strutture...).

3.3. Il criterio antropologico (o della "funzionalità" per l'uomo)

In realtà, ogni forma di potere e, ancora di più ogni suo esercizio, si ispira, almeno in modo implicito, a una certa visione dell'uomo e del suo destino, da cui deriva criteri di giudizio, gerarchia di valori e modo di comportarsi¹³. Un potere esercitato senza un orizzonte di trascendenza e di riferimento a Dio, senza un criterio oggettivo di bene e di male (cioè senza un criterio etico), si espone immediatamente a forti e spesso drammatici rischi di disumanizzazione¹⁴. La Chiesa interpreta il rapporto potere-salute nella prospettiva di una antropologia cristiana, considerata in tutta la sua originalità, profondità e unitarietà, con la persona umana rivelata nel mistero di Cristo in tutta la sua incomparabile dignità¹⁵.

Per questo l'atteggiamento e l'agire della Chiesa devono sempre muoversi in una duplice e inseparabile fedeltà: fedeltà all'agire di Dio e fedeltà ai reali bisogni e al bene



vostro schiavo; come il Figlio dell'uomo non è venuto per farsi servire, ma per servire e dare la propria vita in riscatto per molti"¹¹.

L'esercizio del potere, nella Chiesa si colloca all'interno di una relazione gerarchica organica e fraterna, dove nessuno può esercitare potere padronale sugli altri ma dove ciascuno con ministeri, compiti e doni diversi e complementari, ha potere-possibilità di servizio agli altri, per gli altri con gli altri. Dove, se un'attenzione particolare deve esistere, questa è per i membri più deboli, piccoli e fragili, poveri e sofferenti¹².

Si tratta certamente, come il precedente e alla luce dello stesso, di un criterio che giudica e illumina direttamente ogni cristiano nell'esercizio pratico di un suo potere nei confronti della cura della salute (sia

integrale della persona, fino a fondersi in un unico atteggiamento di amore e di servizio.

L'agire della Chiesa, come attualizzazione della prassi salvifica di servizio e di cura di Gesù Cristo, "medico del corpo e dello spirito", deve essere sempre rivolta e attenta alla persona umana nella sua integralità e totalità, nella sua concreta condizione esistenziale, culturale e relazionale. Fino a scoprire e riconoscere nel volto delle persone, a cui si rivolge l'esercizio di qualsiasi potere nel mondo della salute, "un altro me stesso/a", "il volto umano di Dio" o, se si vuole, "il volto divino" della persona umana.

A partire da questa visione e centralità della persona umana, molti aspetti potrebbero essere messi in seria discussione e cambiare decisamente in meglio nel rapporto potere-salute.

3.4. Il criterio storico-escatologico (o di concretezza-speranza)

Anche in rapporto al complesso intreccio di problematiche, di fattori, di interessi che si ripercuotono oggi su "potere-salute", come Chiesa siamo chiamati ad assumere questo momento storico, per farne emergere, con un discernimento samente e coraggioso, gli elementi positivi e le nuove possibilità di servizio nella cura della salute ma anche per individuare, contrastare e convertire gli elementi negativi e ogni intreccio di male e peccato che feriscono la dignità e il vero bene della persona.

È un atteggiamento non facile di continua mediazione storica che, mentre interpreta la realtà attuale alla luce della fede e in spirito di comunione ecclesiale, insieme la colloca nell'orizzonte dell'agire misericordioso di Dio e del compimento futuro da lui promesso, in cui il potere di amore salutare e salvante di Dio si rivelerà pienamente per tutti gli uomini e il potere esercitato dagli uomini sarà giudicato solamente dall'amore da cui si è lasciato ispirare e condurre.

Questo criterio escatologico illumina e relativizza ogni esercizio di potere umano, fino a farne riconoscere limiti e impotenza e, insieme, illumina il senso profondo e salutare del potere-servizio spirituale e sacramentale, esercitato dalla Chie-

sa anche nel mondo della cura della salute.

Ma questo orizzonte futuro, che l'agire pastorale della Chiesa nel mondo della salute deve tenere costantemente presente, non distoglie dall'impegno concreto per modificare quanto oggi, in ogni esercizio di potere, non corrisponde al piano di Dio e al rispetto della persona umana, anzi maggiormente lo richiede e lo rafforza.

Infatti, come ben ricorda il Concilio Vaticano II, "l'attesa di una terra nuova non deve indebolire, bensì piuttosto stimolare la sollecitudine nel lavoro relativo alla terra presente, dove cresce quel corpo dell'umanità nuova che già riesce a offrire una certa prefigurazione di quello che sarà il mondo nuovo..."¹⁶.

4. Le mediazioni con le quali la Chiesa esprime e traduce concretamente i suoi atteggiamenti in rapporto a potere-salute

Gli atteggiamenti che la Chiesa è chiamata a vivere nei confronti del rapporto "salute-potere" devono essere espressione, segno-strumento, dello stesso agire risanante-salvifico-salutare di Dio e del "potere" da Cristo trasmesso a lei, attraverso gli Apostoli¹⁷. Un potere che fondamentalmente consiste nel dono e nella partecipazione delle "energie" salvifiche-salutari di Dio, per continuare, attualizzandola, la missione

evangelizzatrice di Cristo, con il suo agire liberante da ogni forma di male e quindi nella possibilità data alla Chiesa di esercitarle anche nell'ambito della cura della salute, per la salvezza integrale delle persone.

Con il suo agire la Chiesa è chiamata a comunicare "la forza risanante" che viene da Cristo nella sua Parola, nei segni sacramentali, nei segni della comunione solidale e fraterna, nei segni della carità e del servizio.

Si tratta di una missione e di un potere spirituale, da non confondere con i poteri di questo mondo, ma non per questo "disincarnato", perché in realtà li giudica, li relativizza, li apre al loro vero senso, li contesta quando sono asserviti al male, li orienta al servizio del bene integrale della persona.

In modo schematico e funzionale, si può dire che la Chiesa è chiamata a esprimere i suoi atteggiamenti su "salute-potere", attraverso il suo agire profetico (con il servizio della Parola), attraverso il suo agire liturgico-sacramentale (celebrando la Pasqua del Signore), attraverso il suo agire nel segno della comunione-fraternità e nel segno della testimonianza, del servizio della carità e della promozione umana.

4.1. Attraverso il suo agire profetico (atteggiamento ispirato dalla profezia)

La Chiesa è chiamata a portare e a vivere essa stessa l'annuncio e la



luce della Rivelazione e del Vangelo nel complesso intreccio dei poteri (grandi e piccoli, istituzionali, di gruppi o personali) che interagiscono nell'ambito della cura della salute. E, di conseguenza, alla luce del messaggio cristiano, denunciare e aiutare a superare quanto non corrisponde al vero bene della persona umana, sia personale che collettivo-comune.

L'atteggiamento profetico della Chiesa, nell'ambito di "salute-potere", deve essere caratterizzato in generale da un costante riferimento alla Parola di Dio, incarnata nelle situazioni concrete per illuminarle, da uno spirito di libertà e di coraggio, da una grande forza di speranza.

In particolare alla Chiesa sembrano richiesti:

- l'esercizio di un sapiente discernimento critico;
- la formazione delle coscenze sul senso e le finalità etiche che sempre devono ispirare qualsiasi esercizio di potere nell'ambito della cura della salute;
- l'educazione al senso della responsabilità e della corresponsabilità diversificata e complementare nell'esercizio dei poteri nella cura della salute;

– un atteggiamento magisteriale e pedagogico che illumini, con i valori della dottrina sociale, il rapporto potere-salute (la dignità della persona, i suoi diritti inviolabili, l'interdipendenza, la giustizia, la carità...);

– la formazione di tutti i battezzati, specialmente dei cristiani laici e di vita consacrata impegnati nell'ambito della salute, perché crescano in una fede più matura, con tutte le implicanze dell'agire evangelico ed etico che ne derivano, anche nell'ambito dell'esercizio del potere nel campo della salute;

– la promozione di una cultura ispirata dai valori evangelici intorno a potere-salute.

4.2. Attraverso il suo agire liturgico-sacramentale (atteggiamenti ispirati e radicati nella celebrazione liturgico-sacramentale)

Gli atteggiamenti radicati nell'agire liturgico-sacramentale della Chiesa non sono certamente "marginali" per interpellare e modificare

positivamente il modo di vivere il rapporto potere-salute. Se tale agire è riconosciuto come fonte e culmine della stessa vita e azione della Chiesa, c'è da domandarsi seriamente come esso possa influire su una più corretta interpretazione del rapporto potere-salute. La prospettiva deve essere quella di una liturgia autenticamente pasquale con tutto il suo spessore misterico, esistenziale e storico, come comunione trasformante, risanante e salvante di Dio con noi e come apertura alla speranza e al futuro.

L'essere battezzati e cresimati con il partecipare a una comunità che celebra l'Eucaristia, in forza della partecipazione alla vita-missione di Cristo, quali conseguenze dovrebbe avere nel modo in cui i cristiani entrano in relazione con gli altri ed esercitano una qualsiasi forma di potere nell'ambito della salute?

La stessa celebrazione dei "sacramenti di guarigione" (la Riconciliazione e l'Unzione degli Infermi), la preghiera e la cura spirituale dei malati e dei sofferenti da parte della Chiesa, non ha nulla da dire sul modo di vivere il rapporto potere-salute, sulla necessità di conversione e di riconciliazione, sui limiti di ogni potere umano, sulla responsabilità di farsi carico gli uni degli altri, sulla "impotenza" umana che si apre nella speranza alla "potenza" di amore che è Dio?

4.3. Attraverso il suo agire nel segno della comunione-fraternità (atteggiamenti nel segno della comunione e della fraternità)

La Chiesa, in forza del dono della Comunione di Dio con noi, è chiamata ad essere segno e strumento di un modo nuovo di vivere insieme e di entrare in relazione gli uni con gli altri in una comunione organica e fraterna, di accogliersi reciprocamente nella diversità dei compiti, nel riconoscimento effettivo di una uguale dignità, di riconciliarsi e di comunicare nel rispetto della libertà di ciascuno e della verità. Ma, questo, richiede un costante impegno per smascherare e per superare logiche spesso dominanti nei comportamenti umani, quali: la logica dello sfruttamento, del potere fine a sé stesso, della strumentalizzazione,

della spersonalizzazione, del primato dell'avere sull'essere, dell'indifferenza per l'altro/a con la propria dignità e diritti, della comunicazione mass-mediatica strumentale a determinati poteri, dell'individualismo, ecc.

Nella luce di questo segno di comunione-fraternità cristiana si impongono alcuni atteggiamenti ecclesiali nell'ambito specifico del rapporto "salute-potere":

– l'attitudine a pensare e a discernere insieme con tutte le persone interessate, i problemi e le soluzioni più adeguate per un più corretto rapporto tra potere e salute;

– l'atteggiamento del volere e sapere condividere quanto si è, e si ha, in vista di un bene comune da promuovere nell'ambito della cura della salute;

– l'atteggiamento di una consapevole responsabilità propria e degli altri da condividere;

– l'atteggiamento di apertura all'interrelazione rispettosa e fraterna;

– la promozione di una spiritualità di comunione¹⁸.

4.4. Attraverso il suo agire testimoniale di carità, di servizio e di promozione umana

La Chiesa è chiamata a esprimere tutto il suo essere e il suo agire, in termini di carità e di servizio.

Per questo i cristiani devono vivere e promuovere ogni forma di potere nella cura della salute, come autentico servizio e dono di vita per gli altri, verificando e purificando costantemente in questa luce il proprio agire.

Tutti nella Chiesa, ai diversi livelli e nei diversi compiti, siamo chiamati, nell'ambito della cura della salute, a offrire la testimonianza della carità cristiana, sia all'interno delle istituzioni e strutture sanitarie religiose sia all'interno della comunità civile.

Davanti alle diverse e ricorrenti forme di ricerca del potere fine a sé stesso (e quindi, alla lotta per i posti di potere), davanti alla preoccupazione esclusiva di propri interessi anche a scapito del rispetto della giustizia e della dignità degli altri, davanti a un esercizio di potere indifferente ai valori etici, la testimonianza di servizio e di carità da par-

te della Chiesa e dei cristiani è chiamata a rendere presenti e operanti i segni e i valori del regno di Dio.

In particolare, sembra oggi urgente promuovere atteggiamenti testimoniali, quali:

- un effettivo spirito di servizio nella carità in tutti coloro che, in nome della Chiesa, operano ed esercitano qualsiasi forma di potere nel mondo della salute;

- un atteggiamento autenticamente evangelico, caratterizzato da libertà profetica e da coerenza etica, nel gestire qualunque forma di potere nel mondo della salute e nel modo di rapportarsi con i diversi centri detentori di tali poteri;

- l'atteggiamento di solidarietà con i più deboli, fragili e poveri;

- la testimonianza, da parte di cristiani preparati, di quei valori evangelici ed umani, capaci di contribuire ad una nuova “cultura” nel mondo della salute, per un potere considerato ed esercitato come servizio, rispettoso della dignità di ogni persona e del bene comune.

5. Atteggiamenti e prospettive concrete da promuovere

Alla luce degli elementi finora evidenziati, quasi a modo di sintesi conclusiva e operativa, si possono richiamare alcuni atteggiamenti e prospettive concrete da promuovere da parte della Chiesa, intorno al rapporto potere-salute. Si tratta di atteggiamenti complementari e interagenti da avere presenti e da promuovere in un costante impegno di formazione a tutti i livelli, sempre da valutare e rinnovare nell'agire concreto.

5.1. Atteggiamenti di umiltà

Il primo atteggiamento richiesto davanti alla complessità dei meccanismi interagenti nel rapporto potere-salute – e all'intreccio di tanti diversi e spesso anonimi poteri al suo interno – sembra essere quello di una profonda e seria “umiltà”. Umiltà nel senso di “coscienza del limite”, di serietà del problema, di disponibile ricerca per comprendere la “verità” nell'esercizio del potere. Il rapporto “potere-salute” pone, infatti, davanti a un affollato crocevia costituito da una parte dall'incontro con una pluralità di espe-

rienze di limite umano (precarietà di persone e situazioni, male fisico e morale, disvalori etici, paure e preoccupazioni, malattia, disabilità, sofferenza, morte), dall'altra da una pluralità di poteri-possibilità di bene ma anche carichi di ambiguità. In altre parole, si è di fronte – in modo quanto mai acuto per le

una parte i limiti, i rischi e i disvalori (non in modo generico e retorico ma evidenziandone dal di dentro le cause) e, dall'altra, per promuoverne il senso, una coscienza responsabile, le possibilità di bene.

5.3. Atteggiamenti di responsabilità e di corresponsabilità

Di particolare importanza è la promozione di atteggiamenti di responsabilità davanti all'esercizio di ogni forma di potere nell'ambito della salute. Una responsabilità che riguarda tutti e in tutti va riconosciuta ed educata. Anche perché ogni persona ha delle possibilità, piccole o grandi che siano, di agire in merito alla propria e all'altrui salute. Si tratta di possibilità-poteri di cui ciascuno deve essere aiutato a prendere coscienza ed educato a usare bene, a partire da coloro che di fatto esercitano maggiori poteri nel mondo della salute e, quindi, hanno più grandi ed evidenti responsabilità. A tutti vengono richiesti atteggiamenti di corresponsabilità a ogni livello.

Il compito di riconoscere, valorizzare e coordinare tutte le diverse energie verso il conseguimento del bene comune nella cura della salute è proprio, anzitutto, della responsabilità di chi esercita funzioni di pubblica autorità e di pubblico servizio ma riguarda in qualche modo ogni persona.

5.4. Atteggiamenti di servizio

Promuovere e formare a un autentico atteggiamento di servizio nell'esercizio di qualsiasi forma di potere nella cura della salute è, probabilmente, l'istanza etica più avvertita e urgente a tutti i livelli. In questo contesto, la comunità cristiana è chiamata per prima a vivere e a testimoniare “la consegna” ricevuta da Gesù Cristo, “venuto non per essere servito, ma per servire” (cf. Mt 20, 28): la consegna cioè, di esercitare ogni forma di potere, non come dominio sugli altri o ricerca di sé, ma come “servizio” ispirato dal comandamento dell'amore, nei confronti di ogni persona nella sua totalità e in qualsiasi condizione. “Una consegna” da vivere dai cristiani ovunque essi operino nel mondo della salute ma che riguarda



situazioni esistenziali (di limite e di possibilità), che vengono toccate – al mistero della persona umana con il senso del suo essere, della sua relazione, del suo agire, della sua stessa vita.

Un atteggiamento di umiltà che deve collocare ogni esercizio di potere davanti a Dio, alla relatività e relazionalità di ogni potere umano e alla sua stessa impotenza.

E senza mai dimenticare che la persona umana, pur potendo avere potere su molte cose, non ha ancora spesso il potere sul proprio potere.

5.2. Atteggiamenti di sapiente discernimento

Strettamente collegato con il precedente è l'atteggiamento di un sapiente discernimento critico che permetta di individuare, nell'esercizio concreto dei diversi poteri nell'ambito della salute, gli aspetti che vanno contro la ricerca del bene comune e della singola persona, per indicare i necessari correttivi e cambiamenti. Si tratta di un discernimento da operare costantemente alla luce del disegno di Dio per denunciare, nell'esercizio dei poteri in rapporto alla cura della salute, da

insieme ogni società e comunità civile, perché sia più autenticamente "umana", soprattutto là dove la persona vive situazioni esistenziali di preoccupazione, di malattia e di sofferenza e, quindi, più bisognose di aiuto e di amore.

5.5. Atteggiamenti di dialogo, di interrelazione, di collaborazione

La Chiesa è e deve sentirsi pienamente compartecipe e in comunione con tutti gli uomini nel loro vivere le problematiche inerenti il rapporto potere-salute. Essa riconosce a ogni persona, con le sue diverse responsabilità e competenze – a partire dai più deboli, malati e sofferenti – concrete possibilità da condividere e da mettere in relazione per migliorare la qualità della cura della salute. Una positiva collaborazione tra le persone con una più organica composizione dei diversi poteri – attorno a precisi valori etici nella comune tensione verso la ricerca del bene comune – può diventare un fattore "correttivo" di certi "pre-poteri" e uno strumento per meglio valorizzare le risorse necessarie nel mondo della salute, a partire dalla risorsa prima che sono le persone.

Una tensione verso la condivisa finalità del bene comune – che metta al centro il vero e integrale bene della persona – può favorire una costruttiva collaborazione tra diversi poteri e competenze nell'ambito della cura della salute, aiutando così a superare il rischio di accumuli e prevalenze di poteri, di sterili parallelismi e dannose contrapposizioni.

In questa prospettiva, assume particolare importanza lo sviluppo di un fraterno dialogo ecumenico e di un costruttivo dialogo interreligioso, con concrete forme di collaborazione e di servizio condiviso.

5.6. Atteggiamenti di solidarietà aperta a tutti, a cominciare dai più deboli, svantaggiati e poveri

Nell'esercizio dei diversi poteri nell'ambito della salute è necessario promuovere un dinamismo di solidarietà, come atteggiamento etico e sociale: una solidarietà intesa come "determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene

comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siano veramente responsabili di tutti"¹⁹. Questo richiede: da una parte un deciso sforzo di superare quanto contrasta con una effettiva solidarietà e, cioè, il desiderio assoluto di profitto e la sete di potere²⁰; dall'altra richiede di fare delle scelte e di esercitare ogni forma di potere nell'ambito della salute, a partire dall'attenzione agli ultimi, ai più deboli e poveri²¹.

Anche perché solo partendo da questi, e non dalle persone e classi per vari motivi privilegiate e maggiormente tutelate, si avrà la garanzia di essere attenti alla dignità di tutti e di tendere realmente al bene comune.

In questa prospettiva, vanno riconosciuti, integrati e valorizzati nella cura della salute, anche i poteri apparentemente deboli dei più piccoli, dei malati e dei sofferenti, ricordando come Dio stesso, nel suo Figlio Gesù, abbia assunto l'esercizio del potere nella stessa impotenza della Croce e, attraverso questo, sia diventato per tutti gli uomini fonte di "salute" e di "salvezza".

5.7. Atteggiamenti di disponibilità e di impegno concreto per un processo formativo, previo e permanente che coinvolga tutti coloro che esercitano qualsiasi funzione e potere nell'ambito della cura della salute

Una formazione che non si esaurisce semplicemente in competenze tecniche, per quanto importanti e fondamentali, ma riguardi la totalità della persona nella sua unitarietà e nella promozione di una sua cresciuta umana integrale, alla luce di un quadro di valori etici valutabili, nel comportamento, con adeguati parametri allo stesso modo in cui sono valutabili competenze tecniche. Del resto, l'esperienza dimostra come le competenze tecniche, pur indispensabili, da sole e senza un afflato etico, non garantiscono una crescita in umanità e, quindi, non garantiscono nell'ambito della salute una migliore e più umana qualità di cura.

Conclusione

In conclusione, si può affermare che, davanti alle problematiche e al-

le sfide che oggi vengono poste dal rapporto potere-salute, la Chiesa, in tutte le realtà e con gli atteggiamenti di tutti i suoi membri, è chiamata a farsi parola evangelica vivente di quel Dio – che non cessa di stupirci – perché da ricco e potente nella sua divinità si è fatto per noi povero e debole, assumendo la condizione di servo²², per prendersi cura di noi come "buon samaritano"²³, e così risanarci. Parola evangelica dell'uomo come "amministratore delegato"²⁴, sveglio e responsabile, chiamato costantemente – e un giorno definitivamente – a render conto dell'esercizio dei doni e dei poteri ricevuti, davanti a Dio – capace ancora di stupirci – nel rivelarsi un Dio "servitore" nella sua potenza: "Beati quei servi che il padrone al suo ritorno troverà ancora svegli; in verità vi dico, si stringerà le vesti ai fianchi, li farà mettere a tavola e passerà a servirli"²⁵.

Mons. SERGIO PINTOR
Direttore dell'Ufficio Nazionale C.E.I.
per la Pastorale della Sanità

Note

¹ Cf. G. MACCACARO, *Medicina e potere*, Dedalo, Bari 1975; AA.VV, *La médecine face aux nouveaux pouvoirs*. Comptes-rendus du 5ème Congrès de la Federation Européenne des Associations Médicales Catholique, Lisbone-Fatima, 1984; cf. A *Saude e o Poder* in "Acção Medicina", n. 1 / 2, 2000, Lisboa.

² Cf. R. GUARDINI, *La fine dell'epoca moderna*, cap. IV, in ID., *Opere*, vol. XII, Ed. Morcelliana, Brescia.

³ N.M.I., 50.

⁴ GS 42 in EV1/1450.

⁵ AA 5.

⁶ Cf. CCC 1884, dove si legge: "Dio non ha voluto riservare a sé l'esercizio di tutti i poteri. Egli assegna a ogni creatura le funzioni che essa è in grado di esercitare, secondo le capacità proprie della sua natura. Questo modo di governare deve essere imitato nella vita sociale...".

⁷ Cf. CCC 1884.

⁸ LG 1.

⁹ LG 9.

¹⁰ Mt 18-20.

¹¹ Mt 20, 25-28.

¹² Cf. ICor 12, 12-26.

¹³ Cf CCC 2244.

¹⁴ Cf GIOVANNI PAOLO II, *Centesimus annus*, 45:46.

¹⁵ Cf. GS 22:14.

¹⁶ GS 39.

¹⁷ Cf. Mt 28, 12-20.

¹⁸ Cf. N.M.I., 43.

¹⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Sollicitudi rei socialis*, 38 in EV10 n. 2650.

²⁰ Cf. ivi.

²¹ Cf. ivi, n. 42.

²² Cf. Fil 2, 3-11.

²³ Cf. Lc 10, 25-37.

²⁴ Cf. Lc 12, 35-48.

²⁵ Lc 12, 37.

5. Il dialogo interreligioso

DALIL BOUBAKEUR

5.1. L'Islam

Nell'Islam, la nozione di salute è indissociabile dallo stato di spiritualità. La salute è il rapporto armonioso che esiste tra l'organismo umano e il suo spirito o la sua anima (*nafs*), e che fa della persona la totalizzazione degli obiettivi della creazione, l'ultima realizzazione della natura umana voluta da Dio.

Corano 95-4:

"Invero creammo l'uomo nella forma migliore".

Nel Corano ci sono una Grazia e una Guarigione.

Corano 82 – 6,7,8 (*Al infitar*)

"O uomo, cosa mai ti ha ingannato circa il tuo Nobile Signore, che ti ha creato, plasmato e t'ha dato armonia e che ti ha formato nel modo che ha voluto?"

Lo stato di salute è dunque la realizzazione di tutto ciò che conferisce un potere all'uomo al fine di mantenere, restaurare o realizzare quella forza intelligente e chiara che è la salute.

Tutto deve normalmente correre alla salute dell'uomo, della nazione e perfino del mondo, affinché l'interazione tra l'uomo e la natura trovi equilibrio tra i bisogni e gli scambi necessari al mantenimento di tutte le potenzialità infinite della creazione.

Se l'etica delle scienze della vita e della salute tende a preservare la persona umana nella sua dignità ma anche nel senso trascendente della sua esistenza, è ancor più indispensabile che essa mantenga viva e costante l'esigenza di relazione – di incontro – con l'altro. Una relazione di vicinanza, interiorità e intimità che si esprime in termini di responsabilità condivisa.

Uscire da se stessi vuol dire occuparsi dell'altro, della sua soffre-

renza e della sua morte, prima di occuparsi della propria morte.

Per l'Islam, ogni malattia viene da Dio e non c'è malattia senza che Dio ne abbia previsto il rimedio. Di qui, il potere di agire sulla salute non è altro che una preghiera a Dio affinché ci permetta di conoscere i mezzi per ristabilire la salute fisica, psichica e sociale.

Nel suo *Kitab ach-chifa*, il grande medico arabo Avicenna scrive che "l'arte del medico è costituita in parte dall'esperienza e dalla scienza, in parte dalla decisione ispirata da Dio al momento dell'atto operatorio".

Medici musulmani, ebrei o cristiani, come Averroez, Razes, Abalcassin Azzahrawi, Maïmonide, Honyan (Johannitus), hanno onorato la medicina arabo-islamica per diversi secoli.

"Signore allontana da me l'idea folle che posso tutto!" dice Maïmonide nella sua celebre preghiera del medico.

Da questa medicina e da questi medici è scaturito un umanesimo che ha trasformato il potere mitologico dei sacerdoti-medici e dei taumaturghi dell'antichità, detentori di un potere misterioso che conferiva alla pratica medica una funzione mistica, in una visione moderna e scientifica del potere medico.

Grazie alla trasformazione del sapere e all'illuminazione della fede religiosa mediante la conoscenza e la scienza, è una visione più totalizzante dell'uomo globale quella che si è imposta al potere del medico e all'arte di guarire.

Rispettare l'uomo vuol dire riconoscerlo e considerarlo in tutta la sua umanità trascendente.

La medicina che ausculta la sa-

lute umana, l'industria farmaceutica che continua a fornire nuove molecole e processi per ripristinare la salute, si fondano su una base etica accettabile per i secoli dei secoli o, al contrario, dimenticando l'umanità dell'uomo, non creano altro che palliativi terapeutici di una salute virtuale?

Dalla prevenzione alla guarigione delle malattie, la medicina ha instaurato il proprio potere, empirico nella notte dei tempi, divenuto oggi scientifico allo scopo di alleviare la sofferenza umana. Questo rispetto dovuto all'uomo si oppone all'abdicazione, all'abbandono, alla morte: prevenire, alleviare, non nuocere! Tre regole fondamentali dell'etica medica classica (*primum non nocere!*).

Se il potere è definito come una capacità operativa al servizio dell'intelligenza, questa deve garantire la propria efficienza d'utilità universale mediante un'etica del bene e del male che si riferisca:

1 – sia alla morale kantiana che concepisce il bene solo in ciò che è universalizzabile in quanto imperativo della ragione;

2 – sia a una visione più attuale di un'etica di responsabilità che preconizzi un rispetto dell'umanità così come essa è e di cui bisogna proteggere tutte le potenzialità presenti e future (genetica, ambiente);

3 – sia, infine, a un'etica spirituale tale che ogni religione possa proporre la propria visione del rispetto, dell'umiltà e della misura nell'affermazione assoluta del senso ultimo dell'esistenza.

Per l'Islam, l'etica religiosa fissa le norme e i valori umani nel legame costitutivo e indissolubile che lega l'uomo a Dio dalla creazione.

L'uomo è vincolato nei confronti di Dio, dall'amore creativo e dalla fede, ad un uso moderato dei suoi poteri al fine di rispettare gli equilibri naturali per concorrere alla salvezza dell'intera umanità.

L'Islam dice che c'è vera forza e vero potere solo in Dio onnipotente.

Come allora dare fiducia al potere degli uomini quando questo priva intere popolazioni africane dei medicinali essenziali per combattere l'AIDS per semplici ragioni d'interesse commerciale, men-



tre la malattia fa strage nel continente?

Dov'è la giustizia? Dov'è l'interesse generale? Affermare il diritto alla salute di ogni uomo vuol dire riconoscere la dignità della persona umana e affermare i suoi diritti, al primo posto dei quali ci sono il diritto alla vita e alla salute.

Potere e salute devono dunque obbedire ad altri impulsi che non alla legge del mercato o al dominio del più forte (economico e politico).

L'etica religiosa deve incessantemente ricordare la primazia dell'uomo e il dovere imperativo della solidarietà, non permettendo che nessuno al mondo resti senza diritto alla salute, alla nutrizione e alla prevenzione.

Se non vi porremo attenzione, la medicina a due velocità che differenzia il ricco e il povero creerà veramente uno scontro dell'umanità, tra la minoranza che trae profitto dai 3/4 delle risorse dell'umanità e l'immensa coorte dei popoli della miseria, della denutrizione e del sottosviluppo e porterà ad una crisi del mondo intero, perché questo non avrà saputo rispondere alla

disperazione e alla morte lenta di miliardi di individui e soprattutto di bambini che muoiono ogni giorno in silenzio.

Potere vuol dire indifferenza?

Di fronte ai cataclismi naturali che sono causa di disgrazia per migliaia di persone, come in Bangladesh, Algeria o in Colombia, l'esercizio del potere in materia di salute non consiste solo nell'inviare generi alimentari e personale delle organizzazioni di soccorso, presto superate dall'ampiezza dei disastri.

In Afghanistan il fatto di accompagnare i bombardamenti con lanci di pacchi di viveri non è in una certa maniera assurdo?

Pertanto, per rivestire di un'etica nuova l'esercizio del potere in materia di salute, c'è urgenza di:

1. un'etica d'interesse generale su scala mondiale

2. un'etica di responsabilità nei confronti dell'umanità di oggi e del futuro

3. un'etica umanistica di rispetto e protezione di ogni essere umano nelle sue opportunità di vita e di sopravvivenza alle quali ha diritto

4. un'etica d'economia della salute, certo, ma basata su una ripartizione più equa delle ricchezze e sulla protezione dell'ambiente terrestre e atmosferico

5. un'etica che faccia della solidarietà con i paesi poveri un'urgenza di prima necessità, affinché le popolazioni possano restare nel loro paese, sulla loro terra resa più produttiva, al fine di evitare queste incontenibili transumanze e immigrazioni Sud-Nord di cui abbiamo visto solo i primi effetti

6. infine, una volontà di sradicare le grandi pandemie come l'AIDS, il paludismo, il *kwasiorok* e tutte le febbri virali legate all'uso smodato di antibiotici.

Dove va il mondo e dove va il nostro pianeta?

Nella "crisi" che stiamo vivendo su scala mondiale, possiamo constatare che all'origine dell'ingiustizia, ci sono la negazione del diritto di vivere e una mancanza di solidarietà che scavano ogni giorno di più il divario tra i paesi ricchi e gli altri.

I poteri si dimostrano ancora impotenti a ristabilire ordine e giustizia per popolazioni che sono vittime della carestia, della mancanza

d'acqua e della morte lenta per AIDS che in Africa si diffonde sempre più.

L'irruzione di un terrorismo intercontinentale dopo l'11 settembre 2001 mostra che la frattura è consumata tra paesi del benessere e paesi del bisogno.

Nessuno è al riparo ormai dalla violenza terroristica più sofisticata e delirante che sia.

Ignoranza, malnutrizione e oscurantismo sono fonti di fanatismo e di violenze nei paesi più poveri e sembrano dover attirare verso Bin Laden coorti di simpatizzanti che, nella loro logica di paria della terra, constatano con soddisfazione che possono fare paura anche loro e far vivere agli altri le angosce della loro stessa disperazione quotidiana.

In conclusione

Non ci sono né conoscenza né potere innocenti. Tutti i progressi portano in germe delle calamità potenziali, rischi d'aggressività crescente, uomini più chiusi nelle loro risorse. Le manipolazioni genetiche, l'alienazione attraverso medicinali psicotropi, la polizia informatica, tutte queste devianze della modernità suscitano riflessioni prudenti.

Alcuni intravedono un mondo di violenza e d'oppressione, al quale la scienza, mal impiegata, avrà contribuito.

Altri, al contrario, riferendosi all'evoluzione dei sistemi regolati, vedono l'universo non come un'entità statica ma come un sistema evolutivo in espansione, ricordando la facoltà dell'uomo di adattare il suo comportamento in funzione dei nuovi mezzi tecnici apportati dal progresso e che ogni nuovo potere potrà agire per il bene dell'umanità a condizione di associare

SAPERE,
POTERE → e SALUTE
MORALE
poiché "la scienza senza coscienza è la rovina dell'anima".

Dott. DALIL BOUBAKEUR
Rettore dell'Istituto Musulmano
della Moschea di Parigi
Francia

A.R.K. PILLAI

5.2. La filosofia indù offre delle soluzioni

Dio Onnipotente ha creato l'universo e tutto ciò che vediamo nel mondo, inclusi gli esseri umani; il sole, la luna, le stelle e le costellazioni, tutto fa parte del Suo grandioso disegno e tutto funziona secondo un piano preciso, secondo il volere di Dio. Egli è l'Altissimo. Egli desidera che gli esseri umani vivano in pace ed armonia, operino per il miglioramento degli altri ed infine raggiungano la divinità attraverso una serie di incarnazioni.

Gli esseri umani sono diversi dagli animali, a loro è stata concessa una mente e l'intelletto per adempiere ai propri doveri fondamentali. La maggior parte dei progressi che vediamo è il contributo fornito dagli esseri umani sotto questo grandioso disegno. Tuttavia, noi abbiamo un ciclo di vita e una durata precisa su questo pianeta. I misteri della creazione e della crescita non ci sono noti e restano ancora nel regno segreto del Grande Maestro.

Secondo l'Induismo, siamo sulla faccia della terra per nostro preciso volere, spinti dalle nostre voglie e dai nostri desideri. La nostra anima è permanente e indistruttibile ma noi, quando nasciamo come incarnazioni, assumiamo nuovi corpi e nuove vite. Portiamo con noi il *Karma*, frutto delle azioni buone e cattive delle nostre vite precedenti. Come risultato di questo *karma* del passato, nasciamo con le *vasana* (tendenze/inclinazioni). Le nostre tendenze, la forza del pensiero e l'intensità delle nostre azioni sono dirette dal *karma*.

Tuttavia, secondo il Saggio Vasishta (grande Santo), il destino può essere modificato attraverso azioni tempestive e ben indirizzate. Egli, nel suo lungo discorso con il Signore Sri Ram, aveva abbracciato alcuni dei segreti della vita e aveva fornito al principe un piano d'azione dettagliato.

Il Dio incarnato Shree Krishna, nel suo consiglio ad Arjuna, ha sottolineato la necessità di adempiere al proprio dovere per tempo e questo è il fulcro del *Bhagwad Gita*.

Il Karma

Il Signore vuole che la gente viva in pace ed armonia, operi altruisticamente per gli altri e prosegua nel cammino spirituale sino a raggiungere lo stato di *moksha*, la fusione con l'Infinito. Ci viene dato il libero arbitrio per pensare ed agire in modo da conformarci al disegno Divino. L'anima, da sola, non può fare le cose ed è per questo che abbiamo forma e corpo umani. Noi non siamo i corpi ma le anime che sono racchiuse nei corpi e questa distinzione è stata chiarita in numerosi testi. Per realizzare i compiti assegnatici, ci dobbiamo assicurare che il nostro corpo e la nostra mente siano in uno stato di perfetta salute.

È volere del Signore che tutto il suo creato e gli esseri viventi vivano in pace ed armonia. Ecco perché Egli ha stabilito un *dharma*, una legge universale per ciascuno di loro. Il *dharma* è la legge che governa il comportamento dell'uomo. *Ishwara* (Dio) ha dotato l'uomo di intelligenza per una severa osservanza. Dobbiamo considerare il mondo come appartenente a Dio ed è nostro dovere comportarci in modo da essere conformi a questo principio. Di fronte al Potere Supremo ed al Creatore dell'universo noi non siamo nulla. La nostra intelligenza ci deve guidare sul cammino del *dharma* e di una vita di rettitudine nel bel mezzo della nostra vita terrena. A questo scopo possiamo considerare Dio come un sostegno.

Amare tutti, vivere una vita di sacrifici, servire l'umanità e fare con-

creti progressi nella spiritualità sono alcuni degli importanti principi della fede Indù. Il *dharma* ci serve nella vita e nell'aldilà. Dobbiamo seguire attentamente ed assiduamente questi principi durante la vita, in modo che essi ci conducano ad uno stato positivo dopo che l'abbiamo lasciata. Il *dharma* è l'assicurazione per l'aldilà. Nel famoso poema epico *Ramayana* si dice che la regina Kausalya diede a suo figlio, il Dio Rama, un valido consiglio. Essa disse che solo il *dharma* lo avrebbe protetto durante i suoi quattordici anni di esilio nella foresta ed aggiunse inoltre che Egli avrebbe dovuto proteggere il *dharma* con coraggio e fermezza. Si trattava di un invito ad osservare il *dharma* con fede incrollabile per raggiungere la beatitudine eterna. Il Dio Rama è noto come il più grande *Purushothama*, il re più virtuoso che sia mai vissuto.

La fede indù pone in evidenza la teoria del *Karma* e sottolinea il fatto che l'uomo ottiene la rinascita attraverso le *vasana* (tendenze) delle incarnazioni passate. Gli effetti delle azioni precedenti avranno rilevanza nella vita presente ed è questo il motivo per cui gli uomini rientrano in tre *guna* (qualità). Esse sono descritte come *Sativa guna*, che denota un grande stato di bontà, chiarezza e serenità; *Rajas guna* che indica rapidità, azione e passione e *Tamas guna* che denota sonnolenza, inerzia ed indolenza. Si ritiene che tutti gli sviluppi negativi siano dovuti ad una mancanza di equilibrio tra le *guna* ed il Signore decreta che l'uomo dovrebbe andar oltre le tre *guna* e vivere nell'*Atman* (Realtà Suprema). Dobbiamo sopravvivere a questa eredità delle vite precedenti e raggiungere la salvezza.

La salute del corpo e della mente è essenziale per gestire con successo il *dharma* e la vita nella sua in-

terezza. L'Induismo offre risposte a tutti i problemi che ci tormentano. La vita non è un letto di rose, ha i suoi alti e bassi anche per i più potenti. La religione indù impone agli uomini di condurre vite virtuose in pace ed armonia, di essere disponibili verso gli altri e di dedicare le proprie energie alla ricerca di Dio. Per raggiungere questo obiettivo sono indispensabili buona salute ed equilibrio. Il Saggio Patanjali, nel suo *Yogasutra* (trattato sullo yoga), aveva sintetizzato i complicati passi della pratica dello *yoga* per conservare una perfetta salute fisica e mentale.

Lo Yoga

Lo *yoga* è una scienza e coloro che lo praticano devono seguire le regole che lo disciplinano. In genere la gente pensa che lo *yoga* sia fatto di posture e tecniche meditative, senza comprendere l'importanza degli esercizi *Pranayama* (*prana* significa respiro e *yama* significa pausa o regolazione).

La parola *yoga*, nel linguaggio semplice, significa unire. Quali sono le due cose che dovrebbero essere unite attraverso la pratica dello *yoga*? Secondo i più alti concetti della filosofia indù, della quale lo *yoga* è parte integrante, l'animo umano, o *jivatma*, è un aspetto o l'espressione parziale della super-anima o *paramatma*, la Realtà Divina che è la fonte del sostrato dell'universo magnificato. Benché i due siano essenzialmente gli stessi e siano indivisibili, lo *jivatma* si è soggettivamente separato dal *paramatma* ed è destinato, dopo aver attraversato un ciclo evolutivo nell'universo manifesto, a diventare nuovamente unito a Lui nella consapevolezza. Questo stato di unificazione dei due nella consapevolezza, come pure il processo mentale e la disciplina attraverso i quali questa unione viene raggiunta, sono entrambi chiamati *yoga*.

Secondo il concetto indù, ci sono quattro suddivisioni principali dello *yoga*. Ciascuna porta con sé la pratica di una disciplina corretta e severa. Lo *Jnanayoga* è l'esplorazione dell'intelletto oltre i normali limiti della mente umana, il *Bhaktiyoga* si riferisce agli aspetti della devozione al Signore, il *Rajayoga*

riguarda la concentrazione interiore, mentre *Karmayoga* significa azione disinteressata ed intrapresa, più o meno direttamente, per conto del Divino.

A parte questi quattro grandi *yoga* e le loro diverse varianti e combinazioni, esistono *yoga* classici, cioè *mantrayoga*, *japayoga*, *layayoga*, e *yoga* tantrici: *agniyoga* e *hathayoga*. L'*Hatha Yoga* è lo *yoga* del corpo fisico e, benché sia incluso nella struttura dell'Induismo, è stato praticato, a volte sotto altro nome, da altri gruppi religiosi come Sikh, Giainisti, Parsi e Maomettani.

L'Hata Yoga

L'*Hatha Yoga* offre diversi vantaggi al genere umano. Può essere praticato da credenti e non credenti in qualsiasi parte del mondo. L'*Hatha Yoga* può essere praticato



con successo da tutti, perché non è una religione e non richiede né presuppone di aderire ad una specifica filosofia, chiesa o fede. Si tratta di una disciplina unica, con impareggiabili effetti benefici.

Swami Sivananda ha chiarito molto bene i principi dell'*Hatha Yoga* sia per i laici che per quanti cercano la verità. La vita e tutte le sue attività dovrebbero essere considerate come parte della sublime azione della natura. Il *sadhak* (il di-

scepolo) è in grado di percepire che attraverso il battito del proprio cuore si manifesta il canto della vita universale. Se ignoriamo le necessità del corpo o le consideriamo empie, allora noi trascuriamo e neghiamo la Vita Suprema di cui esse sono parte e falsifichiamo la dottrina dell'unità e l'identità ultima della materia e dello spirito. Quando anche la più umile delle necessità fisiche viene vista sotto questa luce, assume un significato cosmico. Il corpo è natura, le sue necessità sono quelle della natura, quando l'uomo gioisce in essa, *shakti* (la dea) gioisce attraverso di lui.

Per apprezzare appieno tutto questo, è necessario perfezionare le manifestazioni del corpo. L'uomo che cerca di diventare padrone di sé stesso deve farlo ad ogni livello: fisico, mentale e spirituale, poiché tutti i livelli sono interconnessi, essendo aspetti della stessa consapevolezza universale che esiste in lui. Attraverso le tecniche dell'*Hatha Yoga*, il discepolo cerca di acquisire un corpo perfetto che diventa uno strumento sufficiente al funzionamento armonioso dell'attività mentale.

L'*hatha yogi* desidera acquisire un corpo forte come l'acciaio, saldo, libero da sofferenza e pronto ad una lunga vita. Egli è padrone del proprio corpo e sconfiggerebbe la morte, si compiace della perfezione del proprio corpo con la vitalità della giovinezza. Un obiettivo importante dello *yoga* è di accumulare e conservare ogni oncia di vitalità possibile.

Per praticare l'*Hatha Yoga* non è assolutamente necessario che accettiamo questa dottrina. Al profano le posizioni possono sembrare dolorose ma per il discepolo addestrato esse non producono mai fastidio o dolore. Dall'*Hatha Yoga* abbiamo tutto da guadagnare e nulla da perdere.

Gli antichi saggi hanno suggerito otto stadi di *yoga* per garantire la purezza di corpo, mente ed anima e la comunicazione ultima con l'Infinito. Questi otto stadi sono noti come *Ashtangayoga*.

Essi sono:

1. *Yama* (disciplina sociale) che comprende moderazione ed astensione. I principi morali dello *Yama* sono *Ahimsa* (non violenza), *Satya* (veridicità), *Asteya* (non desiderare

ed appropriarsi dei beni altrui), *Brahmacharya* (castità – moderazione sessuale per le coppie sposate), *Aparigraha* (mancanza del desiderio di acquisire beni – rinuncia alla ricchezza ed ai mezzi di piacere sensuale).

2. *Niyama* (disciplina individuale) che comprende regole di comportamento, sia fisico che mentale, verso noi stessi. La pulizia (*Shaucha*), l'accontentarsi (*Santosha*), l'austerità (*Tapas*), studio del sé (*Swadhyaya*) e l'abbandonarsi a Dio (*Ishwara Pranidhara*) sono gli elementi che costituiscono il *Niyama*.

3. *Asana* (posizioni). Ci sono molte posizioni.

4. *Pranayama* (controllo del respiro) – Lo scopo è quello di stimolare, regolare ed armonizzare l'energia vitale del corpo.

5. *Pratyahara* (disciplina dei sensi) tiene gli organi sensoriali sotto controllo.

6. *Dharana* (concentrazione) aiuta la mente a concentrarsi su un particolare oggetto.

7. *Dhyana* (meditazione). La meditazione profonda distrugge gli elementi più spregevoli e sviluppa virtù più elevate (*satvik guna*).

8. *Samadhi* (auto-realizzazione). Colui che medita, l'atto della meditazione e l'oggetto della meditazione si fondono in una visione singola dell'intero cosmo. Nello *samadhi* si prova grandissima felicità e ci si sente liberi dal dolore o dalle afflizioni.

L'illusione

Il mondo di oggi ha introdotto notevoli progressi nella nostra vita. Guardate la sequela dei successi moderni: trasporto aereo veloce e sicuro, conquiste straordinarie nella scienza, nella tecnologia, nella scienza nucleare, nell'elettronica, nell'informatica e nelle sue applicazioni, nella medicina moderna, nella biotecnologia e, in effetti, in quasi tutti i settori delle idee e della creatività umana. Il mondo occidentale è molto progredito in questi settori, mentre i paesi in via di sviluppo sono in fase di crescita. I redditi nazionali e pro capite hanno registrato incrementi notevoli, la disponibilità alimentare è migliore, l'aspettativa di vita media è salita e

la qualità della vita in genere, grazie allo sviluppo generale, è migliorata.

Ma se il progresso è stato spettacolare, esiste l'altra faccia della medaglia. La popolazione è cresciuta considerevolmente, esercitando pressione sul territorio, sulle riserve d'acqua e sulle altre risorse naturali. Sono proliferate le armi di distruzione di massa, nucleari e non. Il fondamentalismo ed il terrorismo hanno mostrato il loro orribili-

vengano destinati *budget* maggiori alla sanità e all'ambiente e promuovere azioni per migliorare nella gente la conoscenza sanitaria proveniente da antichi testi e da fedi diverse. Alcuni di questi preziosi magazzini di conoscenza sono andati perduti per la comunità, come perduti sono andati i legami, ma possiamo ancora riportare alla luce informazioni importanti ed accertarne la validità e l'utilità per la società moderna.

Le soluzioni

Se da un lato è necessario esaminare la nostra ricerca per il progredire della scienza, della tecnologia, della medicina e dei settori attinenti, potrebbe essere utile portare all'attenzione di tutti i sistemi disponibili nel mondo per aiutare l'umanità. È necessario manovrare la tendenza dell'intuizione pubblica, benché un simile sforzo possa incontrare la resistenza di una società votata al piacere e agli interessi acquisiti.

Ecco alcuni pensieri per migliorare la salute pubblica in modo semplice ma efficace.

Sin dai tempi antichi l'uomo si è reso conto della necessità di mantenere il proprio corpo sano, forte e pulito per seguire il *dharma* e di sentire la divinità dentro di sé. Lo *yoga* si occupa della salute, della forza e della conquista del corpo. Esso solleva anche il velo della differenza tra il corpo e la mente e porta il discepolo alla salute perfetta, all'armonia ed alla pace. Chi pratica lo *yoga* si disfa del corpo esterno a favore del sé interiore. Così il discepolo passa dall'ignoranza alla conoscenza, dall'oscurità alla luce.

Gli scopi della vita

L'uomo ha quattro scopi principali nella vita: *dharma*, *artha*, *karma* e *moksha*. Il *dharma* è la legge universale dell'uomo. La nostra intelligenza ci deve guidare sul cammino del *dharma* e di una vita retta. La mancanza di *dharma* e disciplina etica rende impossibile una buona vita ed il conseguimento della spiritualità. L'*artha* è l'acquisizione della ricchezza per l'autonomia, l'indipendenza e per le più alte aspirazioni nella vita. Non può



le volto ovunque. Sono comparse nuove malattie e patologie resistenti ai farmaci per le quali abbiamo poche risposte. Le gente è diventata avida di denaro, gaudente ed intollerante verso le necessità e le aspirazioni degli altri. Le malattie del benessere e quelle della povertà vivono fianco a fianco. I livelli di inquinamento sono aumentati, così come l'impoverimento dell'ozono, causando preoccupazione. Fatta eccezione per una manciata di nazioni ricche, in molti paesi il *budget* nazionale per l'assistenza sanitaria è tristemente inadeguato e la crescente galoppante della popolazione mondiale potrebbe vanificare tutti gli sforzi programmati per dare inizio alla "salute per tutti".

In conformità con l'argomento principale della sedicesima Conferenza Internazionale, riconosciamo che la salute è una tendenza armonica verso la pienezza della vita e che questa forza donata da Dio è autentica.

Alla luce dei cambiamenti prodotti nella società moderna, è essenziale esercitare pressioni affinché

dare gioia duratura se la salute è in pericolo.

Un corpo debole e malnutrito è terreno fertile per malattie e preoccupazioni. Una persona malata non può raggiungere i propri scopi nella vita a causa del suo handicap.

Il *kama* indica i piaceri della vita che sono totalmente dipendenti da un corpo sano. I deboli e gli ammalati non riescono a raggiungere i piaceri della vita umana. Per queste persone è anche difficile aderire alle discipline spirituali.

Il *moksha* è la liberazione. L'uomo sano e illuminato consegue il potere, i piaceri, la ricchezza e la conoscenza. Una persona tanto elevata si innalza al di sopra delle proprie qualità *sarvik*, *rajasik* e *tamasik*, sfuggendo così alla stretta dei *guna*.

Il corpo è la dimora di *Brahman* (l'Essere Supremo). La luce dentro di noi non è che un'increspatura nel vasto oceano della beatitudine, ciò che noi chiamiamo *Brahman*, l'Assoluto, l'Infinito, l'Altissimo. Noi siamo quell'increspatura, siamo un'onda. Dovremmo avere la certezza che la luce della vita è dentro di noi. Dobbiamo anche sapere che siamo padroni del nostro destino, nessun altro ha creato quel destino per noi, nessun altro può chiedere qualcosa, noi possediamo la luce della nostra lampada.

All'inizio, i turbamenti del mondo esterno, i suoi fascini e la sue tentazioni disturbano l'uomo e gli creano problemi. Ciò avviene perché il desiderio è debole, è solo una minuscola fiamma. Ma quando quella fiamma viene protetta e le viene consentito di crescere, nessuno la potrà fermare. Una volta raggiunto questo stadio, l'uomo non ha più bisogno di proteggere la fiamma, perché essa brucerà tutto ciò che lo turba. Il fuoco e la luce sono veramente con noi. Ecco perché i grandi *Upanishad* dicono "Tu sei quello, tu sei l'Assoluto".

Così, seguendo la pratica dello *yoga*, possiamo raggiungere la completa salute del corpo e della mente. Non costa nulla e può essere fatto in privato, da soli senza rivolgersi ad alcun aiuto esterno. Lo *yoga* è una benedizione per il genere umano e, creando la giusta consapevolezza, un graduale cambiamento verso la sua accettazione è destinato a diffondersi in tutto il mondo.

Pranayama – il controllo della respirazione

Per il cittadino medio può essere difficile seguire tutte le complessità delle diverse pratiche dello *yoga*. Ma, con un'adeguata strutturazione, i cittadini possono apprendere i principi dell'*Hatha Yoga* anche nei ritmi intensi di oggi giorno. Gli esperti nel campo dello *yoga* devono condividere i propri pensieri e studiare una struttura ed un livello adatti che possano essere seguiti dalla gente. Tuttavia, la salute dovrebbe divenire una "necessità sentita" tra le persone. Per "chi cerca" è possibile migliorare, ecco perché nella Sacra Bibbia è scritto "bussate e vi sarà aperto".

Il *Pranayama* è il cosciente prolungamento, apnea ed espirazione. L'inspirazione è l'atto di ricevere l'energia primaria sotto forma di respiro e l'apnea è quando si trattiene il respiro per assaporare quell'energia. Nell'espirazione i pensieri e le emozioni vengono fatti uscire insieme al respiro. Poi, mentre i polmoni sono vuoti, ci si arrende all'energia individuale. "Io" è l'energia primaria, l'*Atman*. La pratica del *Pranayama* sviluppa un'eccellente salute fisica, una mente ferma, una notevole forza di volontà ed un saldo giudizio. Queste qualità non sono tuttavia esaurienti. Esiste molto di più di quanto non sia detto qui. Secondo gli *Upanishad*, il *Pranayama* è il principio della luce e della coscienza e viene equiparato al sé reale. *Prana* è il respiro della vita di tutte le energie dell'universo. *Prana* è il mozzo della ruota della vita. In esso tutto viene stabilito. Tutti gli esseri dell'universo nascono attraverso di esso, attraverso di esso vivono e quando muoiono la loro vita individuale entra nel respiro cosmico. Se il respiro si ferma, altrettanto fa la vita.

I saggi indiani hanno conosciuto tutti questi segreti per generazioni. Come è stato detto più sopra, *Prana* significa respiro, respirazione, vitalità, energia della forza. *Ayama* (*Yama*) significa allungamento, estensione, espansione, lunghezza, respiro, regolazione, prolungamento, contenimento o controllo. Così *Pranayama* indica il prolungamento del respiro ed il suo contenimento. Patanjali, nello *Yogasutra*, descrive il *Pranayama* come l'inspi-

razione e l'espirazione controllata del respiro in una posizione rigidamente prestabilita.

Il *Pranayama* è un'arte e possiede tecniche per far volontariamente muovere ed espandere ritmicamente ed intensamente gli organi respiratori.

Esso consiste in un lungo, sostenuto e tenue flusso di inspirazione *puraka*, espirazione *rechaka* e apnea del respiro *kumbhaka*. Il *puraka* stimola il sistema, il *rechaka* espelle l'aria viziata e le tossine, mentre il *kumbhaka* distribuisce l'energia attraverso il corpo. I movimenti includono espansione orizzontale e verticale, ascensione ed estensione circonferenziale dei polmoni e della cassa toracica. Questa respirazione regolamentata aiuta la mente a concentrarsi e consente al *sadhaka* (praticante) di ottenere una salute vigorosa e la longevità.

Il *Pranayama* non è solo l'abituale respirazione automatica per mantenere uniti corpo ed anima. Attraverso l'abbondante inspirazione di ossigeno con le sue tecniche, nel corpo del *sadhaka* avvengono impercettibili cambiamenti chimici. La pratica delle *asana* (posizioni) rimuove gli ostacoli che impediscono il flusso del *prana* e la pratica del *Pranayama* regola quel flusso di *prana* attraverso il corpo. Esso regola anche tutti i pensieri del *sadhaka*, i suoi desideri e le azioni, gli conferisce padronanza di sé e l'incredibile forza di volontà necessaria per divenire padrone di sé stesso.

L'erosione della fede

Le generazioni precedenti possedevano una salda fede in Dio e questa fede in Dio Onnipotente era incrollabile. Durante gli ultimi cinquant'anni, si è registrato uno spiccato calo della fede. Ciò può essere parzialmente dovuto al fatto che la scienza e la tecnologia offrono prove delle varie scoperte ed in questo processo le cose al di là dei nostri sensi ed al di là della normale comprensione vengono relegate in secondo piano. Dio Onnipotente è eccezionale ed i Suoi poteri avvolgono l'intero universo ma la maggior parte dei misteri della natura si trovano al di là del regno dei semplici mortali, a meno che non se ne fac-

cia l'esperienza attraverso discipline severe e il *sadhana* (pratica). Così la società contemporanea ha assunto un atteggiamento cinico nei confronti della fede, ciò non riguarda una sola fede ma questa tragedia ha colpito tutti. L'ego e l'orgoglio hanno preso il sopravvento, lasciando molto poco spazio al sovrannaturale.

Dio è stato e continua ad essere il fulcro della vita degli uomini ed è sempre possibile trovare riparo sotto la sua ala. Ma per moltissima gente, a causa delle delusioni, questo fulcro non è più al centro dell'attenzione. Gli alti e bassi della vita hanno inflitto duri colpi e l'uomo moderno si trova nella morsa dell'ansia, della depressione e della nevrosi, mentre i fervidi credenti trovano l'equilibrio dopo essersi completamente abbandonati a Dio. Durante i primi anni, l'ansia, la depressione e la nevrosi annullano le opportunità di vivere una vita di qualità. Perciò tutti le fedi dovrebbero fare uno sforzo congiunto per rendere l'accettazione di Dio l'oggetto centrale della vita.

Nella mente di moltissime persone i pensieri negativi, così come quelli passivi, crescono. Questi pensieri hanno un effetto debilitante e invalidante sulla loro vita. Gli antichi saggi dell'India avevano formulato procedure *yoga* per incoraggiare il pensiero positivo e per bloccare sul nascere i pensieri negativi e passivi. Gli *Upanishad* dicono "svegliati", sei nello stato del profondo sonno dell'ignoranza. Puoi liberarti di questa ignoranza e sofferenza, puoi comprendere il vero scopo della vita. Le persone con pensieri negativi generalmente sono noiose, introversi ed ammalate e raramente le medicine possono avere effetto su di loro perché la loro mente rifiuta le cose buone ed anche il potere curativo dei farmaci. Attraverso lo *yoga* e la meditazione è possibile addestrare i sensi e preparare la mente agli alti e bassi della vita. Questo trova risposte nello *yoga*.

I chakra – centri del potere

Nel nostro corpo ci sono sette centri del potere noti come *chakra*. Sono come case del potere nel corpo. La manifestazione della forza

cosmica si esprime attraverso questi centri che danno energia e governano le corrispondenti zone del corpo. In questi centri viene organizzata la forza vitale dello *shakti* (potere) del corpo. Essi non sono centri fisici ma possiedono una corrispondenza fisica con i diversi plessi del corpo. I centri chiamati *chakra* aiutano ad organizzare il corpo fisico, benché non possano essere percepiti per mezzo dei sensi e degli organi corporei.

I *chakra* sono allineati lungo l'asse centrale del corpo in congiunzione con la spina dorsale. L'energia è solitamente concentrata in uno o più di questi centri con l'esclusione di altri.

Il *muladhara chakra* (il *chakra* di base) si trova al perineo. Le principali emozioni ed atteggiamenti associate a questo *chakra* sono la paura e l'insicurezza. Coloro che sono integrati a questo centro hanno sentimenti di stabilità e di sicurezza. Il *muladhara chakra*, *kundalini* (*shakti*) risiede latente alla base della spina dorsale. Coloro che risvegliano questa forza dalla sua forma latente a quella attiva diventano i genii dinamici di ogni epoca e cultura.

Il secondo, lo *svadhishtana chakra* (*hara plexus*) situato all'interno della sezione della colonna vertebrale che corrisponde all'area genitale. Si trova circa a metà tra l'ombelico e gli organi sessuali. Coloro che conseguono la padronanza di questo *chakra* raggiunge l'espressione controllata della sessualità, si libera dei nemici e risplende come il sole. Le sue parole fluiscono come nettare per esprimere la ricchezza della sua saggezza.

Il terzo è il *manipura chakra* (plesso solare), posizionato nell'addome, sopra l'ombelico. L'integrazione con questo *chakra* aiuta l'assimilazione del cibo e porta alla cooperazione ed all'energia dinamica.

Il quarto è l'*anahata chakra* (*chakra* del cuore), posto nella regione del cuore. L'*anahata* è il centro dove risiedono compassione, amore altruista ed empatia. Questo *chakra* fornisce la motivazione per essere attivi e *rajasik*, ma dà al tempo stesso maturità emotiva.

Il quinto è il *vishudha chakra* (*chakra* della gola), posizionato nella colonna vertebrale, nell'inca-

vo della gola. *Vishudha* significa sacro. Questo *chakra* controlla il senso dell'udito ed è la sede della creatività e della ricettività. Ad esso sono associati la devozione, l'abbandonarsi a Dio, la fiducia e la forza di volontà. Si dice che i musicisti e gli artisti abbiano la propria energia concentrata qui.

Il sesto *chakra* è l'*ajna chakra* (terzo occhio), posto nello spazio tra le sopracciglia. *Ajna* significa comando. Colui che ha padroneggiato questo livello possiede una visione interiore, vede tutte le cose chiaramente ed acquisisce una maggiore conoscenza intuitiva. I suoi attributi sono il giudizio logico e l'intuizione al suo massimo.

Il settimo è il *sahasrara chakra* (*chakra* della corona o del loto), posto nel punto molle alla sommità del capo. Chi ha raggiunto questo livello si può trovare in uno stato di *samadhi* – impegno spirituale di alto livello.

Conferire potere ai sette *chakra* attraverso la pratica dello *yoga* può dare al *sadhaka* tutto ciò che si può desiderare. Questo non è affatto un mito ma una certezza. Anche il metodo giapponese di guarigione – il *Reiki* – fornisce energia universale a questi *chakra* dopo debita iniziazione da parte di un maestro e per mezzo di un'efficace *sadhana* (pratica).

Il suono

I *mantra* vengono tramandati da persone sagge e da anime evolute. Ogni *mantra* è presieduto da una divinità che viene invocata nel canto. Tra tutti i *mantra*, il più potente e significativo è quello con la singola sillaba – chiamata *Pranava Mantram* – "OM". Esso pervade la vita ed attraversa il *prana* o respiro. Ogni *mantra* comprende la *Pranava Om*. Senza Om nessun canto sacro ha potere. L'Om rappresenta il manifesto ed il non manifesto.

Il *Gayatri Mantra* è un *Mantra* potente ed è un'invocazione dedicata al Dio Sole; è contenuto nel *Rig Veda* (testo sacro). Cantando questo *mantra*, il devoto cerca l'evoluzione spirituale.

Ci sono molti altri *mantra* adeguati alle necessità e agli usi cui sono destinati; se siamo in grado di comprendere che i *mantra* possie-

dono enormi poteri, lo scopo è raggiunto.

Esiste una pratica speciale chiamata *suryanamaskaram* (esercizio di devozioni per propiziarsi il Dio Sole), che è un mezzo potente per raggiungere un'ottima salute, la felicità terrena e l'evoluzione spirituale.



La dieta è un fattore importante per mantenersi in buona salute. La letteratura indù ed i vecchi saggi hanno tramandato tutti i minimi dettagli riguardanti la dieta. La dieta vegetariana è la più adatta all'uomo sia per la salute fisica sia per l'evoluzione spirituale. Se si assume il giusto tipo di cibo in quantità e ad intervalli adeguati, non si avranno problemi di salute. Si dice "lascia che il cibo sia la tua medicina", intendendo che un'alimentazione corretta evita qualsiasi malattia. Il cibo è preventivo e curativo. La Cura Naturale stabilisce che i cibi alcalini dovrebbero formare il 75% della dieta quotidiana mentre il resto può essere costituito da cibi acidi. Esistono elenchi che mostrano la suddivisione dei cibi vegetali in alcalini ed acidi.

Il codice indù espone anche i *vratas* (osservanza del digiuno) adatti ad ogni età e situazione. Questi digiuni, non solo consentono il dovuto riposo al sistema, ma conservano anche la corretta funzione digestiva. Anche l'utilizzo di acqua pulita, succhi e liquidi è spiegato dettagliatamente. Queste prescrizioni sono state sperimentate nel

tempo e se seguite correttamente possono favorire la buona salute. Si consigliano anche latte e latticini, anche se non strettamente vegetariani, poiché le mucche, fornendo il latte, non subiscono alcun maltrattamento.

Esistono istruzioni chiare e ben precise per conservare in buona salute neonati, bambini e donne ed è stata dedicata particolare attenzione al periodo della gravidanza e dell'allattamento.

Ayurveda

L'Ayurveda è un sistema di cura fornito dagli antichi testi indù. Esso è basato sui principi *Ashtangahridaya* (enfasi sugli otto sistemi) ed i rimedi sono a base di erbe e frutta. In natura essi sono preventivi, curativi e corroboranti e non producono effetti collaterali.

I testi dell'Ayurveda sono stati scritti in *sanskrito* ed erano principalmente a disposizione delle tradizionali *vaidyas* (famiglie di guaritori). Esisteva probabilmente qualche segreto in connessione alla somministrazione dei rimedi e forse questo settore era riservato ad un numero limitato di neofiti. I testi, scritti su foglie di *palmira*, non hanno sopportato i danni del tempo. I lavori di ricerca nell'intento di migliorare le procedure diagnostiche e la materia medica sono stati pochi, con il risultato che l'Ayurveda ha ceduto il passo al moderno sistema allopatico. Tuttavia, un numero esiguo di persone utilizza questa pratica che sta mostrando segni di ripresa. Resta comunque il fatto che l'Ayurveda possiede risposte precise per gli aspetti preventivi e curativi della salute umana.

L'antico Sistema Indù aveva tracciato quattro *Ashrama* (stazioni della vita) basate sul fattore età. Esse sono: *brahmacharyam* (infanzia e gioventù), *Garhasthyam* (vita familiare), *vanaprastham* (oltre la mezza età) e *sanyasam* (lasciare la vita terrena per divenire asceta). I testi indù hanno prescritto attività, *dharma*, programmi alimentari, esercizi, riposo ed attività spirituali adeguati all'età ed alla condizione di ciascuno, adatti alle persone ad ogni livello per conservare salute brillante ed allegria.

Ahimsa

Il fulcro della filosofia indù è sempre stato il *dharma*, la legge della vita retta e dell'adesione all'*Ahimsa* (non violenza) verso tutti gli esseri viventi attraverso pensiero, parole ed azioni. Grazie alla dottrina dell'*Ahimsa*, gli Indù hanno seguito la politica del vivi e lascia vivere e questo spiega le diverse invasioni e il debole sforzo della popolazione per difendere la propria patria.

L'Induismo pone l'accento sulla tolleranza assoluta verso tutte le altre fedi. In India vivono seguaci di quasi tutte le religioni del mondo ed essi hanno convissuto in pace ed armonia attraverso i secoli. La pace e l'armonia, insieme alla dottrina *Ahimsa*, favoriscono una buona salute fisica e mentale; le preghiere quotidiane comprendono il passo "Loka Samastha Sukhino Bhavantu" (che la pace e la felicità siano con ogni essere vivente).

Il fundamentalismo, il terrorismo e le lotte tra varie fazioni e nazioni del mondo stanno minacciando la vita sul pianeta. L'uomo ha perfezionato bombe nucleari ed armi per la distruzione di massa; gli attacchi terroristici sono aumentati su scala mondiale; l'intolleranza religiosa ha creato un baratro tra le varie fedi. Nessuna religione ha mai favorito lotte e conflitti e tuttavia i testi vengono distorti, male interpretati e violati per interessi settari. Conflitti di questa natura hanno ucciso milioni di persone, ne hanno mutilato un grandissimo numero e ne hanno trasformato alcuni milioni in profughi. In una situazione così tempestosa è necessario portare buonsenso e moderazione e garantire a tutti, con la promessa di buona salute, il piacere della propria vita e dei propri beni.

Cambiamenti per il progresso

La smania della ricchezza materiale, la ricerca egoistica ed il godimento dei piaceri sensuali è stato ovunque il modello comune. La bramosia per i piaceri terreni sta crescendo ma essi hanno natura temporanea e fuggevole, anche se l'uomo moderno non è consapevole di questa verità. Noi abbiamo un retaggio e la saggezza provenienti dal

passato ma essi sono fruibili solo da parte di una piccolissima minoranza di ardenti seguaci. Essi cercano la solitudine per far evolvere il proprio cammino. Insito in questo processo esiste però il rischio che, per l'umanità, queste perle di saggezza vadano perdute per sempre. Sarà un vero peccato se si consentirà che un simile fiasco sia causa della nostra rovina.

È necessario che la saggezza prevalga per sfruttare i principi e le procedure contenuti nei testi sacri e nei detti degli antichi saggi della filosofia dell'Induismo. È necessario anche fare sforzi analoghi per recuperare le verità delle altre fedi. Ciò fatto, i grandi leader del mondo devono riunirsi e recuperare principi e criteri adatti alla comprensione dell'uomo moderno. I governi di varie nazioni possono essere consigliati di incoraggiare la divulgazione di questi utili testi.

I media potrebbero dover cambiare il loro attuale concetto di "valore della notizia" per dare maggior copertura ad idee riformatrici e rivedere la tendenza al sensazionalismo usata per aumentare la tiratura. I mezzi di comunicazione visiva, inclusi cinema e televisione, devono portare alla ribalta attività più sane adottando un qualche tipo di autocensura. I media sono molto potenti e possono indirizzare la tendenza della gente verso atteggiamenti più sani e morali. È necessa-

rio avviare azioni determinate e ben programmate, senza perdere tempo prezioso. Facendo questo, i media possono pilotare un cambiamento di tendenza per il bene comune.

Lotta contro la lebbra

La lotta contro la lebbra e lo stigma sociale continua da secoli. Nel 1982, l'India aveva il maggior numero di ammalati: 4 milioni su un totale di 12. La lotta dell'India contro la lebbra ha dato risultati spettacolari ed oggi i pazienti sono circa mezzo milione. L'OMS ed il governo meritano i nostri complimenti. Altrettanto importanti sono la lotta eroica ed i sacrifici fatti da suore, medici, paramedici e da diverse migliaia di volontari.

Sono ora quasi trent'anni che partecipo al lavoro per debellare la lebbra in India. La *Indian Leprosy Foundation* (ILEF), della quale sono Presidente fondatore, è un'organizzazione nazionale di volontari impegnata a favore di un'India senza lebbra. I media hanno dato un notevole contributo a questa lotta. L'ILEF ringrazia Dio Onnipotente di averci dato la forza di servire i lebbrosi poveri, trascurati ed ostracizzati in tutta l'India, con dedizione e spirito di fratellanza. (www.indianleprosy.org)

I cambiamenti non avvengono per semplice desiderio. Una ten-

denza negativa può essere fermata solo da una guida saggia e da uno sforzo programmato. La Conferenza Internazionale convocata dal Vaticano è, assolutamente, un passo enorme in questa direzione e merita il riconoscimento e l'approvazione del mondo.

Possa Dio benedire questa splendida iniziativa mondiale così che la gente possa alfine sublimare ed edificare la propria vita.

Vi ringrazio tutti!

Dott. A.R.K. PILLAI
Presidente
Indian Leprosy Foundation

Bibliografia

Autobiography of a Yogi – Sri Paramahansa Yogananda – Jaico Books

Scientific Healing Affirmations – Sri Paramahansa Yogananda – Yogoda Satsang Society of India

The Vedas – Sri Chandrasekhara Saraswati – Bharatiya Vidya Bhavan

Hindu Dharma – Sri Chandrasekhara Saraswati – Bharatiya Vidya Bhavan

Eight Upanishads Vol. I & II – Swami Gambhirananda – Advaita Ashrama

Ancient Secrets of Kundalini – Gopi Krishna – UBS Publishers Distributors Ltd.

Breath, Mind and Consciousness – Harish Johari – Destiny Books

Meditation and Life – Swami Chinmayananda – Chinmaya Mission Trust

Path of Fire and Light Vol. I & II – Swami Rama – The Himalayan Institute Press

Light on Pranayama – BKS Iyengar – Haper Collins Publishers, India

CHIN-LON LIN

5.3. Il Buddismo

Background

Tutto iniziò 2546 anni fa (545 a.C.), quando ai piedi dell'Himalaya nacque Buddha, "un principe". Buddha trovò il sentiero dell'Illuminazione (Nirvana) all'età di 35 anni. La sua predicazione, che i discepoli raccolsero, durò 45 anni.

Gli insegnamenti fondamentali di Buddha furono:

1. *La Verità della Sofferenza*: il mondo è pieno di sofferenza. Nascita, invecchiamento, malattia e morte rappresentano il corso naturale della vita e sono tutte sofferenze.

2. *La Verità dell'Origine della Sofferenza*: la causa della sofferenza umana risiede certamente nelle bramosie del corpo fisico e nell'illusione della passione terrena che

traggonno origine dai violenti desideri degli impulsi fisici.

3. *La Verità dell'Estinzione della Causa della Sofferenza*: se il desiderio, che sta alla base di tutte le passioni umane, può essere rimosso, allora la passione si estinguerebbe e tutte le sofferenze umane avranno fine.

4. *La Verità del Nobile Sentiero che conduce all'Estinzione della*

Causa della Sofferenza: per entrare in uno stato in cui non ci sia desiderio, né sofferenza, si deve seguire il Nobile Ottuplice Sentiero: Retta Visione, Retto Pensiero, Retta Parola, Retta Azione, Retta Forma di Vita, Retto Sforzo, Retta Consapevolezza e Retta Pratica della Meditazione.

Le cause primarie di tutta l'infelicità umana sono il desiderio e l'ignoranza, e da queste cause primarie derivano avidità, gelosia e stupidità che diventano le tre fiamme che bruciano il mondo. Questi incendi divampanti non solo bruciano l'io, ma causano sofferenza agli altri e li inducono ad atti, parole e pensieri sbagliati. Per estinguere queste tre fiamme bisogna osservare i precetti, praticare la concentrazione dello spirito e possedere la saggezza.



Gli esseri umani tendono a muoversi nella direzione dei propri pensieri. La mente è l'origine di ogni cosa. Le persone devono difendere con forza la propria mente dalla scorrettezza e dalla sventura. Esse devono eliminare i pensieri che stimolano l'avidità, la gelosia e la stupidità ed incoraggiare quelli che stimolano la carità e la bontà.

Le persone si aggrappano ostinatamente alla ricchezza, all'onore, alle comodità, al piacere, all'eccitazione e, cosa più importante, all'"egoismo". Proprio questo è la fonte della sofferenza umana. Ci si dovrebbe liberare di una mente egoista e sostituirla con una mente desiderosa di aiutare gli altri.

Esistono Quattro Stati Illimitati della Mente che colui che cerca l'Illuminazione dovrebbe alimentare: Compassione, Amorevolezza, Letizia ed Imparzialità. È pos-

sibile estirpare l'avidità alimentando la compassione, eliminare l'ira con l'amorevolezza, la sofferenza con la letizia ed è possibile eliminare la cattiva abitudine della discriminazione alimentando una mente imparziale.

Fondazione Tzu-Chi (Assistenza compassionevole)

Il buddismo arrivò in Cina dopo essere giunto a Taiwan. La nostra Maestra di *Dharma*, Cheng-Yen, nata nel 1937, venne a contatto con l'insegnamento del Buddha in giovane età a causa della malattia di un familiare. Nel 1961, all'età di 24 anni, lasciò casa; nel 1963 divenne buddista; studiò sotto il Maestro di *Dharma* In-Shun e fu educata a dedicare la propria esistenza "Al buddismo per tutti gli esseri viventi". Nel 1966 la Maestra Cheng-Yen istituì la *Compassion Relief Foundation* (Fondazione dell'assistenza compassionevole) (*Tzu-Chi*).

La Missione di Carità: Cheng-Yen iniziò la sua opera di carità, su scala ridotta, nella parte orientale di Taiwan, fornendo indumenti, cibo e persino alloggio agli anziani ed ai bambini lasciati soli quando i giovani si erano trasferiti nella parte occidentale dell'isola in cerca di lavoro.

La Missione di Assistenza Sanitaria: la Maestra presto si rese conto che spesso dietro alla povertà c'era la malattia ed a quel tempo, nella parte orientale di Taiwan, non esistevano strutture mediche moderne. Inoltre, prima di ricoverare un paziente, la maggior parte degli ospedali privati chiedeva un deposito che molte persone non potevano permettersi. Così, nell'agosto del 1986, Cheng-Yen aprì un ospedale moderno con 700 posti letto che non chiedeva alcun deposito prima del ricovero.

La Missione Formativa: dopo che l'ospedale ebbe aperto i battenti, la Maestra si rese conto che, in questo remoto paese orientale, il reclutamento di infermieri, dottori ed altro personale medico capace rappresentava un compito molto difficile; quindi, nel 1989, fondò un istituto di studi infermieristici e, nel 1996, una scuola di medicina. Queste scuole hanno

già concluso diversi cicli di studio e fornito la manodopera essenziale. Furono fondate altre facoltà, quali Umanistica e Scienze che, tutte insieme, andarono a costituire la *Tzu-Chi University*. Furono inoltre istituite scuole elementari, medie inferiori e superiori e, nel 2000, abbiamo celebrato il completamento del nostro programma "Educazione completa": dal nido, all'asilo, alla scuola elementare, alla media inferiore, alla media superiore, all'università, tutto il percorso sino ai programmi di dottorato post-laurea.

La Missione Culturale: l'educazione non dovrebbe essere limitata all'interno della classe o della scuola ma dovrebbe poter raggiungere un pubblico più vasto. Il 18 giugno 1990, la Maestra fu invitata dal Ministero degli Interni ad intervenire sul tema "Purificare la mente con lo spirito *Tzu-Chi*" di fronte ad una numerosa assemblea. Questo discorso, trasmesso anche dalla televisione, è stato molto apprezzato dal pubblico e, l'anno successivo, la Maestra fu invitata a tenere un giro di conferenze nell'intera isola. Gli interventi sono stati molto utili per indirizzare la gente a fare del bene e a promuovere l'armonia sociale. Le storie e le buone azioni delle persone rette si diffusero grazie a periodici, libri, trasmissioni radiofoniche o programmi televisivi, la bontà umana venne encomiata e la causa dell'amore (disinteressato) trovò ampio sostegno nel mondo. Tutto ciò culminò con l'inaugurazione della stazione televisiva dedicata a *Tzu-Chi*, nel 1998.

Negli ultimi 35 anni la nostra organizzazione si è dedicata a queste quattro missioni principali. Inoltre, a seguito di necessità pratiche, si è ampliata in: *Assistenza Internazionale Catastrofi*, *Registro Donatori Midollo Osseo*, *Salvaguardia Ambientale* e *Volontariato Comunitario* che, insieme, sono andate a costituire ciò che noi chiamiamo "Un passo, quattro orme".

Come ampliamento della missione di assistenza sanitaria ed in risposta alle crescenti necessità, abbiamo fondato la *Tzu-Chi International Medical Association* (Associazione Medica Internazionale *Tzu-Chi*) (TIMA), abbiamo svolto regolarmente servizio medico gra-

tuito nelle zone più remote del mondo e fornito l'assistenza medica essenziale alle migliaia di persone che non possono permettersi le moderne cure mediche. Stiamo inoltre cercando di creare una rete di strutture mediche all'interno dell'isola di Taiwan per fornire un'assistenza sanitaria di prima qualità, amorevole e premurosa ai suoi abitanti.



La costruzione di un nuovo ospedale moderno

Inizio e costruzione

Più di 10 anni fa, un gruppo di persone premurose, tra le quali l'ex sindaco di Dalin, erano angustiate dalla mancanza di strutture mediche moderne nella regione di Chia-Yi. Si narravano storie terribili di parenti che morivano in incidenti automobilistici sulla superstrada mentre guidavano troppo velocemente perché volevano raggiungere i loro cari che erano stati ricoverati in ospedale a Taipei o a Kaoshiung. Queste persone formarono un comitato per promuovere l'iniziativa di costruire un ospedale moderno a Dalin; cercarono ovunque, invitando tutti i possibili interessati a venire a Dalin ed alla fine giunsero a Hualien. Quando la Maestra Cheng-Yen sentì la loro storia promise che, se avessero trovato un terreno adatto, la Fondazione *Tzu-Chi* avrebbe costruito un ospedale a Dalin.

Per assicurarsi questo pezzo di terra – un ex campo di canna da zucchero appartenente alla *National Taiwan Sugar Company* – essi impiegarono 5 anni ed ebbero più

di 200 incontri con le autorità governative locali, regionali, provinciali e centrali.

La progettazione e la costruzione richiesero altri 5 anni. Migliaia e migliaia di persone in tutto il mondo diedero il proprio contributo al fondo per la costruzione e molte altre aiutarono durante la progettazione e la realizzazione. L'ospedale è la personificazione dell'amore e della sollecitudine di innumerevoli persone.

Migliaia di persone in tutto il mondo fecero donazioni ed aiutarono a costruire questo ospedale a Dalin, una piccola cittadina del Chia-Yi, una regione a sud di Tai-chung.

Il paziente al centro del progetto

Abbiamo progettato l'intero ospedale tenendo il paziente sempre presente; abbiamo un ingresso spazioso ed un grande atrio con alte soffittature. Ad accogliere il paziente c'è un grande murale che raffigura il Buddha ed i suoi discepoli che assistono un altro discepolo, che aveva creduto che il sentiero verso l'illuminazione passasse attraverso la realizzazione dell'io e non si era mai preoccupato di nessun altro ma quando si ammalò nessuno venne ad aiutarlo. Così il Buddha in persona venne ad assistere e, quando il Buddha ed i suoi discepoli gli asciugarono il sudore, egli improvvisamente si rese conto che il sentiero verso l'illuminazione passa attraverso l'aiuto dato agli altri. Questa è, fondamentalmente, la dichiarazione di intenti del nostro ospedale: *Assistere con compassione, donare con gioia*.

I banconi della reception sono bassi, in modo che i pazienti in attesa di registrarsi possano sedere, anziché restare in piedi. Per decorare l'ospedale usiamo pergamene, dipinti e composizioni floreali in modo che i pazienti si sentano a casa propria.

Nel seminterrato, dove si trova il nostro reparto di radioterapia, quando i pazienti sono distesi sul lettino, possono godere non solo dello splendido scenario attorno a loro ma anche di nuvole bianche, cieli azzurri ed uccelli in volo che proiettiamo sul soffitto.

Nel reparto di terapia antidolore, forniamo un soggiorno, un'area ri-

creativa e una sala da pranzo completa di cucinotto, in modo che la famiglia possa preparare il cibo per il nostro paziente. Abbiamo inoltre creato un giardino pensile, completo di cespugli, rampicanti, fiori multicolori ed un gazebo. Il tutto è sistemato in modo tale che il letto d'ospedale possa essere spinto nel giardino, così che i nostri pazienti terminali possano esaudire i loro ultimi desideri che, spesso, sono proprio di godere del chiaro di luna, del cielo e della brezza notturna.

Nei reparti di terapia intensiva abbiamo cercato di fornire, per quanto possibile, luce naturale per ridurre la psicosi derivata dal ricovero in questo tipo di unità. Abbiamo inserito uno spazio riservato al personale infermieristico tra due letti ed installato un *Clinical Information System* (CIS) (sistema di informazione clinica), in modo che tutti i dati monitorati, inclusi i parametri dei respiratori automatici, vengano registrati automaticamente nel computer e gli infermieri possano stare quasi sempre accanto ai pazienti.

Tecnologie avanzate

L'ospedale è dotato delle attrezzi più all'avanguardia e progettato con il concetto di *e-hospital*, per cercare di ottenere un ambiente completamente privo di pellicole e carta.

All'interno dell'ospedale abbiamo creato un percorso elettronico ad alta velocità (1 GB/sec) che funge da struttura portante per la trasmissione di tutti i dati rilevanti da un reparto all'altro. Abbiamo anche integrato il nostro sistema in modo tale da poter visualizzare, con una sola linea ed un solo monitor, le cartelle cliniche dei pazienti, i dati del laboratorio, gli elettrocardiogrammi e le immagini, comprese radiografie, TAC, ultrasuoni e persino artroscopie, endoscopie e vetrini.

Il nostro sistema di radiologia diretta, che inserisce le immagini radiografiche direttamente nel computer, è il primo mai realizzato in Asia. L'acceleratore lineare a tripla energia è tra i primi presenti a Taiwan. La nostra TAC spirale ultraveloce può ottenere e produrre immagini ad altissima velocità

in modo tale che queste immagini, tridimensionali e quasi in tempo reale, possano fornire al chirurgo eccellenti dettagli anatomici altrimenti non disponibili.

Il nostro analizzatore chimico automatizza completamente, non solo la procedura dell'analisi del sangue ma anche i risultati, in modo che il tecnico non debba copiarli ed inserirli manualmente nel computer.

Abbiamo importato dal Giappone una macchina sterilizzatrice a tunnel, che permette che gli strumenti chirurgici possano essere puliti a fondo, scossi elettronicamente, asciugati e sterilizzati.

Assistenza amorevole, premurosa e totale

Cerchiamo di utilizzare la tecnologia più avanzata per fornire un'assistenza medica amorevole e premurosa in modo:

Facilmente accessibile: forniamo il trasporto da e per l'ospedale alle persone anziane che vivono in zone lontane non dotate di mezzi per raggiungerlo.

Accogliente: facciamo sentire a casa propria anche gli analfabeti e gli anziani.

Completo: forniamo una serie completa di servizi in modo che i pazienti possano godere di un'assistenza medica completa in un'unica soluzione.

Costante: non forniamo soltanto servizi ma anche prevenzione e assistenza domiciliare dopo che i pazienti sono stati dimessi.

Totale: riteniamo che curare le malattie non sia sufficiente e sia invece necessario occuparsi del paziente nella sua interezza, includendo corpo, mente e spirito.

Concordiamo pienamente con il motto della Città della Speranza "Non c'è profitto nel curare la malattia se, al tempo stesso, distruggiamo l'anima".

Non nocivo per l'ambiente: avendo anche compreso che le nostre risorse sono limitate, praticchiamo la conservazione limitando l'uso dei materiali di consumo, mentre in tutto l'ospedale i nostri medici, infermieri e tecnici usano ciottoli, bacchette e tazze riutilizzabili e lavano le proprie stoviglie dopo ogni pasto.

Ricicliamo i nostri rifiuti, riuti-

lizziamo l'acqua e forniamo ambienti naturali per ridurre il consumo energetico.

Informatizzato: abbiamo creato un percorso elettronico ad alta velocità all'interno dell'ospedale ed integrato l'*Hospital Information System* (HIS) (sistema di informazione ospedaliera), il *Picture Archiving Communication System* (PACS) (sistema di comunicazione ed archivio immagini), il *Laboratory Information System* (LIS) (sistema di informazione del laboratorio) ed il *Clinical Information System* (CIS) (sistema di informazione clinica) in un sistema unico, in modo che sia possibile accedere con una sola linea ed un solo monitor se non a tutte, alla maggior parte delle informazioni relative al paziente.

Efficiente in termini di costo.

Rivolto alla comunità: riteniamo che l'assistenza medica non dovrebbe essere limitata all'interno delle quattro mura dell'ospedale.

Misericordioso.

Seguire lo spirito dei medici impegnati

In occasione delle celebrazioni per l'inaugurazione, abbiamo organizzato una mostra dedicata ai medici impegnati che, negli ultimi 100 anni, hanno aiutato gli abitanti di Taiwan e le storie sono state veramente commoventi. Ad iniziare dal Dott. Jacob Maxwell che, 135 anni fa, fondò il primo ospedale di tipo occidentale a Taiwan, il *Sin-Lau Hospital* a Tainan. Per oltre 90 anni lui ed il figlio dedicarono la propria vita all'assistenza degli abitanti di Taiwan. Il Dott. Leslie Mackay, il famoso dentista che fondò il *Mackay Memorial Hospital* a Taipei – con una sede anche a Taitong – ha estratto più di ventimila denti. Il Rev. William Campbell rischiò la propria vita ed aiutò i non-vedenti di Taiwan.

Il famoso Dott. David Landsborough, fondatore del *Chang-Hua Christian Hospital*, asportò la pelle dalla coscia della propria moglie per trapiantarla su un bambino con gravissime ustioni che richiedevano innesti cutanei ma non c'erano donatori disponibili. Secondo quel bambino, che divenne poi un grande pastore, "Anche se la pelle innestata non attecchi, essa si im-

pantò profondamente nel mio cuore per sempre".

Il Dott. George Guishue Taylor, che dedicò tutto se stesso ad aiutare i lebbrosi, morì a bordo della nave che lo riportava in Canada. Le sue ultime parole furono "Sepplitemi a Formosa, l'isola che ho amato sopra ogni cosa".

Noi seguiamo lo spirito di tutti questi grandi medici, forniamo assistenza sanitaria di altissima qualità ai nostri compatrioti e siamo il cardine della tutela della vita a Yin-Lin, nella regione Chia-Yi di Taiwan.

Conclusioni

Noi seguiamo i principi degli insegnamenti di Budda e l'impegno della nostra Maestra di fare tutto il possibile "per amore del buddismo, per amore di tutti gli esseri viventi". Oltre ad operare nell'ambito della carità, della formazione e della cultura, lavoriamo intensamente anche nel campo dell'assistenza medica: abbiano istituito la *Tzu-Chi International Medical Association* (Associazione medica internazionale *Tzu-Chi*) per fornire assistenza sanitaria gratuita a tutti coloro che nel mondo ne hanno necessità. Stiamo organizzando un network di strutture mediche nell'isola di Taiwan per fornire cure mediche amorevoli e premurose ai suoi abitanti. Il primo ospedale è stato aperto nel 1986 ed il secondo inaugurato nell'agosto del 2000.

Un ospedale imperniato sul paziente, tecnologie avanzate, edifici spaziosi, unitamente a personale premuroso e cortese forniscono un genere di assistenza sanitaria unico: basato sul paziente, facilmente accessibile, confortevole, completo, costante, totale, misericordioso, non nocivo all'ambiente, rivolto a tutta la comunità, informatizzato ed efficiente in termini di costo. E tutto ciò è basato sul principio buddista di "Assistere con compassione, donare con gioia".

Dott. CHIN-LON LIN
Vice Sovrintendente del
Buddhist Tzu-Chi General Hospital
HUALIEN, Taiwan
Repubblica Cinese

IV. AZIONI CONCRETE DA REALIZZARE

FRANCESCO SILVANO

1. Cosa fare nell'economia e salute

Premessa

Il tema che mi accingo a trattare mi è parso connotato da due fattori caratteristici: il primo espressione della complessità di un problema che coniuga, come vedremo, aspetti difficilmente riconducibili ad unità, il secondo espressione di una concretezza che mette l'accento sul fare. E fare vuol dire che occorre prendere iniziative, modificare le situazioni in atto, introdurre elementi di cambiamento, stabilire come operare e con quali obiettivi; vuol anche dire partire da una situazione ritenuta imperfetta, necessitante di interventi per arrivare ad una meta che assicuri garanzie nuove, visioni corrette, indirizzi mirati a traguardare il contingente verso una dinamica di evoluzione positiva.

Se vi fosse il tempo per svolgere un'analisi approfondita delle cause che hanno portato ad una divaricazione tra l'economia e la gestione della salute, a livello mondiale o anche solo a livello nazionale, dovremmo esaurire l'intervento all'interno di una esposizione necessariamente lacunosa ed incompleta.

È quindi preferibile procedere per rapidi cenni, per far emergere spunti di riflessione, per illuminare zone d'ombra che spesso, in modo fortemente contraddittorio, si tende a trasformare in postulati di base. Accade così che il problema di fondo venga a priori obliterato per

dar spazio a messaggi che possano trovare facili consensi e spontanee adesioni: mi riferisco al concetto fortemente propugnato nelle strategie ospedaliere della centralità del paziente. Questa centralità può assumere significato solo se preventivamente si procede ad una modifica delle strutture gestionali e dei comportamenti degli operatori, investendo nella formazione di una cultura nuova che richiede anni se non decenni prima che divenga *mens*, mentalità recepita affinché ispiri compiti ed azioni nel quotidiano rapporto con la realtà.

Ordine di priorità

Stabilire l'ordine di priorità tra salute ed economia può sembrare del tutto pleonastico, perché gli strumenti sono al servizio dell'uomo e non viceversa; dire che al primo posto viene la salute e che i profili economici debbono essere definiti in funzione della tutela della salute, appare quasi scontato e non meritevole di particolare attenzione.

Tuttavia, se lo sguardo amplia l'orizzonte di riferimento, emerge che al centro dell'attività economica nella sua più ampia accezione non trova posto la tutela della dignità della persona umana, che di fatto viene subordinata e condizionata dalla volontà di tutelare interessi legittimi e non legittimi. La persona viene presa in considera-

zione come fattore produttivo o come fattore decisionale per un processo d'acquisto di beni e di servizi e non come soggetto meritevole della massima tutela possibile.

Ne è una riprova, nel campo della sanità, che solo di recente abbia fatto una timida comparsa il concetto di tutela della salute, che trova espressione nei processi di informazione, di formazione, di prevenzione, mentre prima tutti gli interessi apparivano confluenti nel principio di fornire cure ai pazienti.

La dignità dell'uomo non può essere condizionata da fattori economici; si possono registrare diversi stili di vita, diverse esigenze dettate da fattori storici e/o di costume, ma la persona deve essere tutelata nella sua libertà fatta anche della certezza di vedere soddisfatti i bisogni primari.

Ciò non toglie che si debba tenere conto delle risorse disponibili, verso le quali dovrà essere dedicata tanta maggior attenzione quanto più appaia rilevante il distacco tra bisogni e capacità di soddisfarli. Non v'è spazio per tentazioni idealistiche o per illusorie formule di principio, ma è comunque indispensabile delineare un orientamento che sia il più aderente possibile al principio del cambiamento. Tale orientamento deve anche essere il più coerente possibile con gli appelli lanciati dal Santo Padre in merito all'esigenza di restituire, a tutti gli uomini, la prospettiva di

vivere secondo giustizia, dove per giustizia si intende avere le cure necessarie in caso di malattia o di poter prevenire il diffondersi di patologie distruttive.

Diseguaglianze e sussidiarietà

Quando venne pubblicata l'enciclica *Centesimus Annus* gli uomini di buona volontà furono mossi da un sentimento di viva gratitudine nei confronti del Santo Padre,



non solo per la coraggiosa denuncia dei perduranti squilibri sociali, ma soprattutto per l'aver messo in rilievo come fosse insensato non affrontare il problema di una più equa redistribuzione delle risorse.

Purtroppo, dopo le consuete esercitazioni verbali dei commentatori, molti dei quali neppure leggono i testi di riferimento, scese il silenzio, confortante modalità di ignorare rischi e pericoli e di non subire l'impatto del richiamo a coinvolgersi. Tutto è rimasto come vent'anni fa, altri appelli quali l'insistente richiesta di diminuire il debito dei Paesi in via di sviluppo restarono inascoltati o solo marginalmente accolti ma, a ben vedere, la situazione è ulteriormente peggiorata, generando in un sistema economico globalizzato ricadute negative e creando sempre più una realtà fatta di mondi contrapposti.

La rapida diffusione del virus HIV, in assenza di barriere protettive, fa intravedere forme di sterminio di intere popolazioni e, mentre l'Occidente si fa vanto d'aver ridotto la mortalità infantile a valori

trascurabili, si registrano in alcuni Paesi africani percentuali che toccano il 20% di bimbi che muoiono nei primi anni di vita. In Occidente, in Italia si affrontano costi di centinaia di milioni per salvare la vita di un bambino con deformazioni cardiache congenite, mentre con la stessa cifra in Congo o in Ruanda verrebbero risanati o non esposti a mortalità centinaia di bambini.

Da un lato la cultura "esasperata" della difesa della vita, dall'altro la cultura della rassegnazione e dell'accettazione della morte in assenza di adeguati sostegni, di continuità di aiuti, di strutture idonee. Eppure, al di là della tragedia dell'11 settembre e delle inevitabili conseguenze che si vanno producendo e ancor più si produrranno, il nostro mondo ha scoperto il concetto della globalizzazione, genericamente intesa come modalità di ricezione passiva di influenze generate da chi ha più potere e più risorse. Esso ha dimostrato una preoccupante incapacità di far leva sul positivo per contenere gli effetti negativi generati da situazioni di esasperata miseria e dal dramma di dover morire di fame. Si potrebbe obiettare che in realtà i Paesi industrializzati si sono impegnati ad intervenire, definendo nuove strategie e stanziando fondi per la cooperazione. Ma, a guardare bene, si è assai lontani da un serio affronto del problema se è vero, come è vero, che due anni fa nella Conferenza di Kioto, si arrivò a sostenere che gli aiuti orientati a diffondere la rete Internet ed i servizi Web avrebbero consentito di imprimere una svolta radicale nell'economia dei Paesi poveri, dando vita ad una spirale virtuosa di progresso sociale. Purtroppo i saggi di Kioto non hanno tenuto conto del fatto che Paesi come la R.D. del Congo non dispongono di alcuna infrastruttura di base, a partire dalla fornitura di energia elettrica, restando così esclusi dall'accesso alla rete Internet, così come si è preferito chiudere gli occhi sul fatto che, sempre in Congo, interessi contrastanti di superpotenze generano il non utilizzo delle risorse e la morte per fame di centinaia di migliaia di persone.

Cosa si contrappone allora alla moderna globalizzazione se non la

dimensione di una globalizzazione sorta sulle sponde del Lago di Galilea con l'invito di Gesù agli Apostoli di evangelizzare il mondo? Se non l'azione definita sussidiarietà, che nei secoli è stata in realtà espressione primaria di presenza, dalla difesa della cultura alla cura dei pellegrini e dei malati?

Giovanni Paolo II di recente ha ricordato che quando il Signore disse a Mosè "Io camminerò con te", volle dichiarare di voler essere presente nel mondo, intervenendo con la Sua presenza, poiché Egli si interessa a ciò che l'uomo vive, dialoga con lui, si prende cura di lui.

La sussidiarietà nasce da questa consapevolezza che l'umanità non è un'astrazione né termine di una definizione di sociologi, ma piuttosto una realtà che affonda le radici nell'io che sa raccogliere le esigenze e le aspirazioni che definiscono l'umano.

La sussidiarietà non è la risposta ultima e definitiva alla carenza di un sistema economico, fragile ed esposto all'imprevedibilità degli eventi; è piuttosto un segnale importante della volontà di nutrire speranza valorizzando anche il più piccolo apporto che si traduce in un sostegno del fratello che ha bisogno di vivere con dignità il disegno che Dio ha su di lui.

Legame tra reddito e salute

Il ruolo svolto dalle variabili ambientali e comportamentali può essere indagato con riferimento ad uno dei più generali indicatori delle condizioni di vita della popolazione: ci riferiamo al fattore della crescita del benessere economico che trova l'espressione più sintetica nel parametro del reddito procapite. Recent studi hanno evidenziato come esista una forte correlazione tra mortalità e sviluppo economico: la riduzione della mortalità risulta di fatto associata all'aumento del reddito medio per abitante.

Tuttavia il nesso fra reddito e salute è di non facile interpretazione, poiché l'aumento del reddito influenza un insieme di variabili quali il livello di istruzione e la spesa sanitaria, in grado di interferire a loro volta e in forma autono-

ma sul livello della salute: si tratta di una serie di interrelazioni assai complesse e non ancora sufficientemente indagate.

È verosimile infatti che a parità di reddito, più alti livelli di istruzione siano associati a migliori condizioni di salute, poiché una maggiore educazione induce gli individui ad essere più attenti ai fattori di rischio, più accorti nel riconoscere i sintomi di una malattia, più rapidi nel decidere gli interventi da intraprendere; è al tempo stesso possibile che le migliori condizioni di salute favoriscano lo sviluppo del reddito individuale. Per contro, i meno istruiti soffrono più frequentemente di cattive condizioni di salute e di conseguenza sono esposti al rischio di diventare sempre più poveri, secondo un processo a spirale in cui le diverse variabili sono al tempo stesso causa ed effetto di successivi cambiamenti.

È peraltro possibile che l'aumento del reddito abbia un effetto sulla speranza di vita in parte positivo e in parte negativo; l'effetto positivo è connesso al miglioramento delle condizioni igieniche e dell'alimentazione, mentre quello negativo – e ne siamo testimoni nel quotidiano – è associato ai comportamenti dannosi alla salute.

A parità di ogni altra condizione è possibile ipotizzare che la relazione tra reddito e salute sia dapprima crescente e poi decrescente: a livello di redditi molto bassi la relazione è positiva ed è legata a fattori quali ad esempio l'alimentazione di base, oltre un certo reddito la relazione è negativa a causa della maggiore diffusione di comportamenti e di situazioni dannosi quali lo stress, le diete squilibrate, la vita sedentaria, il fumo, l'alcool e i trasporti veloci.

È altresì interessante il nesso tra reddito e mortalità, raggruppando da un lato i paesi poveri e dall'altro quelli ricchi. I risultati di ricerche condotte sul tema indicano che nei Paesi in via di sviluppo la speranza di vita cresce regolarmente all'aumentare del livello medio del reddito procapite; nei Paesi sviluppati la speranza di vita aumenta al decrescere delle diseguaglianze all'interno della collettività, che è quanto dire che nelle economie occidentali la salute è legata alla mi-

sura della dispersione del reddito, più che al valore medio. Ne discende che nei Paesi ricchi un'ulteriore riduzione della mortalità non può che essere realizzata attraverso l'adozione di politiche attive di redistribuzione del reddito.

Ruolo dei sistemi sanitari

L'analisi del ruolo dei sistemi sanitari nella promozione e nella tutela della salute evidenzia che, poiché la crescita del reddito procapite è normalmente associata ad un aumento della quota di risorse destinate alla salute, anche la spesa sanitaria è statisticamente correlata alla riduzione della mortalità. Questo principio trova particolare conferma per ciò che attiene la



mortalità infantile, strettamente correlata ai diversi livelli di spesa sanitaria.

Esiste poi una stretta correlazione positiva tra il livello del reddito procapite e l'incidenza della spesa sanitaria sul prodotto interno lordo; a mano a mano che aumenta il reddito, la quota di risorse destinate alla salute tende a crescere e tale fenomeno si manifesta nel tempo e nello spazio. L'invecchiamento della popolazione, la diffusione delle tecnologie mediche, la modifica delle condizioni di vita e di lavoro, l'evoluzione della legislazione sociale, costituiscono altrettanti fattori di spinta per un aumento della spesa sanitaria più elevato di quello del reddito prodotto,

secondo una costante continua nel tempo (in Italia si è passati dal 3,6% del 1960 a circa il 12% del 2000).

È poi interessante rilevare come il livello di tutela della salute cresca con la quantità dei servizi erogati ma, a mano a mano che aumenta l'utilizzo dei servizi sanitari, l'incremento di salute assume valori sempre più modesti (in termini economici si parlerebbe di rendimenti marginali decrescenti). Comunque, il continuo aumento della quantità di prestazioni sanitarie fornite alla popolazione produce effetti sulla salute in parte positivi, in parte dubbi (attenuazione delle capacità autonome di difesa dell'organismo umano, crescente medicalizzazione degli stati di disagio), in parte negativi (malattie iatogene, in particolare ospedaliere). Inoltre la mortalità e la morbilità sono oggi riconducibili a fattori di rischio che possono essere rimossi prevalentemente con interventi non sanitari (si pensi al fenomeno della droga, della sovra alimentazione, degli infortuni stradali).

Infine il notevole divario tra efficacia reale dei servizi sanitari – misurata in funzione delle condizioni operative delle strutture sanitarie – ed efficacia teorica misurata in condizioni ideali o ottimali, contribuisce ad interpretare la fragilità della relazione tra la quantità delle prestazioni erogate ed i miglioramenti dei livelli di salute.

In sostanza si giunge ad una conclusione banale e scontata: occorre affrontare i problemi organizzativi ed accettare l'efficienza dei servizi.

Alla luce di queste considerazioni occorre prevedere un ripensamento critico della medicina e del suo attuale modo di operare nella tutela della salute della collettività. Invero le politiche sanitarie dei Paesi evoluti appaiono oggi profondamente obsolete rispetto alle mutate esigenze della popolazione. Notevoli miglioramenti possono sin d'ora essere ottenuti evitando di far crescere i sistemi sanitari di tipo tradizionale, attraverso politiche di riconversione della spesa a favore di quelle attività i cui effetti positivi sono più elevati ed attraverso l'avvio di un processo di collaborazione inter-

settoriale che coinvolga anche settori extra sanitari, in grado di promuovere il mantenimento delle condizioni di salute soprattutto tra le categorie più deboli.

Occorre partire da idee forti capaci di indirizzare la riforma dei sistemi sanitari verso obiettivi che tengano conto correttamente delle priorità e delle attese, evitando il rischio di subordinarli alla tutela di interessi di parte e promuovendo una reale accentuazione dell'attenzione per i ruoli di prevenzione e promozione della salute.

Il servizio sanitario come impresa

Si è già accennato all'incidenza economica del costo della salute in rapporto al prodotto interno lordo e si è già sottolineato come tale incidenza tenda a crescere, nonostante l'impegno più dichiarato che reale a contenere la spesa. Merita in proposito riflettere sul fatto che il sistema sanitario assorbe pressoché il doppio del valore della produzione agricola del nostro Paese e che di fatto costituisce la più grande impresa di servizi, superando di gran lunga i valori del comparto elettrico o di quello telefonico.

Eppure al di là di molti proclami e di dichiarazioni di principio, a differenza di ciò che dovrebbe costituire un primario riferimento per una politica organizzativa, si assiste al singolare fenomeno di una programmazione sanitaria in continua evoluzione normativa, tanto da risultare infine contraddittoria ed incapace non solo di radicare le riforme, ma neppure di avviarle. Ne è causa certamente la farraginosità normativa che contraddistingue la nostra legislazione, ma al di sopra di ogni altro fattore deve porsi l'incapacità a concepire un sistema organizzativo articolato in modo da fornire risposte efficaci ai bisogni. Si potrebbero elencare numerosi esempi di questo aspetto, ma mi limito a citarne uno particolarmente significativo. Il sistema sanitario italiano è articolato su tre livelli, a loro volta strutturati in sub livelli: la medicina del territorio fondata sul medico di base e sugli specialisti non ospedalieri, il distretto sanitario, l'ospedalità de-

dicata alle acuzie. Ebbene il distretto sanitario, che dovrebbe costituire sul territorio un presidio-ponte tra la medicina di base e l'ospedalizzazione, è stato da tempo programmato e definito nelle sue funzioni ma non è mai stato costituito. In termini aziendali ciò equivale a privare una società che distribuisce prodotti del magazzino del prodotto finito o delle scorte produttive o della rete di distribuzione.

Si è dunque in presenza di un assurdo, di una situazione a dir poco paradossale, ma di fatto l'attenzione viene concentrata sul tema del rapporto in esclusiva dei medici o sul progetto dell'Ospedale-tipo del futuro o sulla indiscriminata riduzione dei posti letto.

Governare la complessità non è certo impresa facile; presuppone infatti libertà da condizionamenti, quali ad esempio la difesa di interessi corporativi, dotazione di strumenti idonei per promuovere i necessari cambiamenti, grande equilibrio nella valutazione dei fattori, continuità d'azione nel tempo ed impegno a seguire una strada maestra evitando i rischi delle dispersioni laterali, consenso diffuso in tutti i soggetti coinvolti, strumenti idonei a tenere sotto controllo i processi attuativi.

Peraltro, se si pensa che in un periodo così travagliato di una diversa distribuzione dei poteri che vengono trasferiti dal governo centrale agli esecutivi regionali, la soluzione programmatica individuata si basa sull'impegno delle Regioni a non superare i tetti di spesa collegati alle dotazioni dei fondi, si comprende come non solo non si sia in grado di governare la complessità, ma si giunga all'opposto risultato di accrescerne il gradiente, con inevitabili ricadute negative.

Gli attori del sistema sanitario

Un sistema non è necessariamente un insieme coerente nelle sue componenti, poiché spesso – come avviene per la sanità – i diversi attori seguono normalmente interessi e logiche contrastanti. Il problema è conferire coerenza ad un insieme di parti, riducendo le aree di conflitto ed individuando denominatori comuni.

Nel sistema sanitario sono presenti i consumatori, i produttori, lo stato che provvede al finanziamento pubblico.

I consumatori liberi di orientare le loro scelte, ignorano di che cosa hanno bisogno realmente, aspirando genericamente alla garanzia di star bene; dipendono dalle decisioni di chi è incaricato di gestire i servizi di assistenza, i cui costi fanno capo ad un terzo soggetto; valutano emotivamente la qualità dei servizi resi a seconda delle circostanze e delle tipologie di rapporto instaurate. Ultimamente in virtù dell'estensione della rete Internet i consumatori accedono direttamente alle informazioni, senza saperle filtrare e valutare, con la presunzione di poterne sapere di più dei medici cui tendono a conferire un ruolo marginale.

I produttori hanno l'ovvio interesse ad erogare e a vendere più prestazioni possibili, sovente senza accettare se si tratti di interventi necessari adeguati ed efficaci; possono manipolare a loro vantaggio le informazioni ed indurre domanda aggiuntiva; tendono a ridurre l'impegno in assenza di un forte senso etico, adottando l'alibi del contenimento dei costi.

Peraltro né consumatori né produttori sostengono le conseguenze delle loro scelte, perché i servizi medici sono forniti gratuitamente e un terzo soggetto copre gli oneri relativi; i pazienti non trovano un freno nel prezzo delle prestazioni ed i medici nel potere d'acquisto dei loro clienti. Da ciò scaturisce un eccesso strutturale di domanda e non viene incentivata in alcun modo l'efficienza del sistema.

Il sistema di finanziamento pubblico è sostenuto dal sistema di tassazione dei redditi e distribuisce i fondi secondo bisogni sanitari presunti (non è un caso se ancor oggi non si tiene conto, nell'assegnazione dei fondi, dei fattori differenziali rappresentati dal livello di vita media, dalla morbilità, dalla concentrazione di patologie particolari in determinate aree).

L'illusione che le cure siano comunque dovute, i bisogni sempre soddisfatti anche se impropri, fa sì che venga ignorata la realtà di un sistema reso precario dalla scarsità delle risorse e dal formarsi di forme incentivanti la spesa sanitaria,

perché la ricerca e l'evoluzione tecnologica consentono di curare oggi malattie un tempo neppure diagnosticabili.

Cosa occorre fare?

Non è facile dare risposte concrete alla domanda, anche perché negli ultimi tempi, per spinta diversamente originata, va affermandosi un modello di sanità comparativa basato sull'intervento privatistico, sul principio della conoscenza, sul rischio d'impresa, sul recupero dell'inefficienza del servizio pubblico, sull'offerta di servizi "alberghieri" integranti quelli sanitari, sull'utilizzo di risorse marginali professionali impegnate nel settore pubblico e su molti altri fattori ancora.

Sarebbe improprio parlare di sussidiarietà, così come di reale competitività, se si considera che la sanità privata assorbe una quota pari al 30% di quella pubblica, così come pare improponibile ipotizzare che la sanità scompaia dallo scenario del *welfare*, poiché in nessun Paese occidentale il cittadino può essere privato del diritto alla salute o subordinato ad una garanzia direttamente proporzionale al livello del suo reddito individuale.

Occorre allora esaminare le vie ragionevoli da seguire, vie che sono riconducibili a:

a) opportunità di aumentare gli stanziamenti dedicati alla prevenzione. È questo un capitolo tra i più trascurati anche se spesso forma oggetto di programmi che mirano a colpire l'attenzione dell'opinione pubblica (si pensi alle campagne per la prevenzione del tumore al seno, per la riduzione del fenomeno dell'obesità, per le vaccinazioni, ecc., cui poi fanno seguito interventi sporadici dedicati, dettati da volontarismo, ma non inseriti in una programmazione di azioni rivolte alla totalità dei soggetti a rischio). Di recente il Ministero della Sanità ha pubblicato un opuscolo destinato alle famiglie, pregevole per lo stile della comunicazione, non altrettanto pregevole sotto il profilo dei contenuti; il fascicolo avrebbe dovuto essere inviato a 20 ML di famiglie, convenienze, residenti e non, ma la stam-

pa e la diffusione si è arrestata ad un decimo della tiratura necessaria. Il fenomeno migratorio che ha interessato il nostro Paese, e non solo il nostro, ha posto in evidenza come le nuove presenze portino con sé patologie non più trattate da tempo, una fra tutte la tubercolosi. Inoltre ciò ha reso evidente come sia indispensabile promuovere azioni dedicate a contenere questi fenomeni e ad impedirne la diffusione tra la popolazione sana, con un rapporto costi/benefici quanto mai interessante ai fini della limitazione dei fattori incrementativi della spesa sanitaria.

E poi prevenzione significa capacità di educare, di formare sin dai primi anni scolari una mentalità capace di interpretare i segnali e di operare di conseguenza, di promuovere con continuità la formazione di una coscienza sociale ispirata al principio del *neminem ledere*.

le ricadute sono state del tutto irrilevanti e la causa prima può venir ricondotta al confronto con le componenti sindacali che, a fronte della non violazione degli spazi di inefficienza, assicurano consenso politico.

Un altro palese esempio della reale possibilità di ridurre i costi di struttura è rappresentato dalla ormai dimostrata non volontà di eliminare gli Ospedali marginali che esprimono non un servizio sanitario, ma una *facilities* politica che dà prestigio all'Amministrazione locale. Le risultanze sono ben note perché in questi ospedali operano sanitari che non sono riusciti ad inserirsi nella rete ospedaliera più qualificata, con la risultante di essere o strutture di transito verso ospedali qualificati o ambulatori di primo soccorso o cronicari per anziani. Inutile far rilevare che, accanto al profilo economico negativo (una piccola struttura ha costi



b) Ottimizzazione dell'impiego delle risorse; un'analisi, anche superficiale ed approssimata, delle risorse messe in campo, consente di affermare che l'apparato burocratico del sistema sanitario incide per il 50% sulla spesa complessiva, costituendo un costo di struttura inaccettabile per un sistema che deve produrre tutela della salute ed interventi di assistenza. Peraltra non è mai stato sviluppato alcuno studio, né elaborata alcuna ipotesi sulla possibilità di intervento per valutare la produttività del personale impegnato, i carichi di lavoro, l'efficienza del sistema di gestione.

L'informatizzazione delle procedure, l'automazione dei processi, l'autocertificazione avrebbero dovuto produrre una flessione considerevole dei costi strutturali, ma

fissi sperequati rispetto ai servizi resi) v'è anche quello della qualità delle prestazioni ed il rischio della non efficiente tutela del paziente.

Né si è cercato di porre rimedio a questa pesante negativa situazione con il ricorso sistematico all'impiego delle nuove tecnologie ed in particolare della telemedicina, perché la messa in rete dell'attività di assistenza sanitaria potrebbe tradursi in un boomerang rivelatore delle inefficienze.

Ma molti sono i capitoli di spesa improduttiva che vanno da procedure d'acquisto non controllate, all'investimento di immagine in apparecchiature che poi non vengono utilizzate per imperizia, allo spreco nelle prescrizioni dei farmaci e alla influenza negativa prodotta dal connubio Università-Ospedale.

c) Creazione di un sistema informativo sanitario nazionale e regionale in grado di consentire l'esercizio di un controllo efficace su tutte le variabili di spesa. È parso invero clamoroso che si sia provveduto, per ragioni elettorali, ad abolire l'unico freno esistente nella dinamica dei consumi farmaceutici, senza disporre di strumenti idonei per controllare la fonte originaria di spesa rappresentata dalla prescrizione del medico curante. Così come sembra clamoroso e preoccupante che si intenda, a livello di governo centrale, generare un sistema informativo sanitario nazionale talmente complesso da risultare di impossibile utilizzo: è la classica, dannosa logica del fare per poter sostenere che si è fatto, con l'ulteriore complicanza che il sistema deve saper interagire con 21 diversi sistemi regionali e con centinaia di strutture operative locali, ciascuno dei quali dotato di proprie risorse, di proprie procedure, di specifici software.

L'unica deduzione che si può trarre da queste realtà, che solo apparentemente si ispirano a criteri validi, è quella di poter nutrire scarsa fiducia in un futuro dominato da fattori tradizionali e da bassi livelli di incentivazione a promuovere un cambiamento.

Aspetti etico-economici

Nel mondo da tempo si va sviluppando un dibattito che, muovendo dalla constatazione della scarsità delle risorse disponibili, tende a stabilire a priori i campi di intervento, sostituendo al concetto di tutela dell'individuo quello della salvaguardia degli interessi collettivi.

In altri termini si tende a definire la regola dell'utilità a quella del diritto individuale alla tutela della salute e si vuole privilegiare l'erogazione delle cure a soggetti in grado di operare nel circuito produttivo rispetto a soggetti che rappresentano un fattore di costo improduttivo per la società. E così si stabilisce il principio che il neonato immaturo non abbia titolo a vivere perché, se curato, porterà sempre con sé i riflessi discendenti dalle terapie intensive neonatali, così come si utilizza l'ecografia fe-

tale per bloccare prima della nascita, attraverso pratiche abortive, qualsiasi vita contrassegnata da malformazioni o da patologie croniche.

Alcuni clamorosi esempi hanno richiamato l'attenzione dei media, ma il dato reale è espresso dal fatto che la venuta al mondo di soggetti con sindrome di Down si è progressivamente ridotta sino a tendere ad azzerarsi, privando l'umanità di una sorgente viva fatta di affetti, di tenerezza, di purezza, di gioia di vivere e di intelligenza.

Al lato opposto del ciclo di vita si pone la riflessione sulle conseguenze che l'allungamento della vita media genera sul sistema economico, chiamato ad affrontare l'impegno a provvedere alla sussistenza di anziani improduttivi, capaci solo di assorbire le risorse dei sistemi pensionistici e di richiedere cure onerosissime in funzione della cronicità delle malattie che colpiscono la terza età.

Il rischio di subordinare alle valenze economiche la dignità e l'inviolabilità della persona è quanto mai attuale, con una subdola progressione ad acquistare spazi sempre maggiori di consenso, sollecitando la tendenza all'egoistica valutazione del proprio interesse ed il venire meno della disponibilità nei confronti del prossimo, anche se il prossimo si identifica con i propri genitori.

È il doloroso frutto dell'annullamento dell'etica a presidio dei comportamenti e nel riferimento alle istituzioni statuali, è il frutto del venir meno di una concezione del governo economico ispirata alla difesa del bene di tutti che necessariamente comporta di stabilire, quale fattore prioritario, la difesa dei più deboli.

Avviandomi a concludere ritengo di aver corso il rischio di non essere concreto nelle proposte, avendo privilegiato l'analisi delle situazioni e le cause che stanno alla base di tante forme di disagio e di incertezza, di tante soluzioni precarie nei presupposti e nell'attuazione; pertanto sento il dovere di segnalare un'ultima indicazione, ben nota e al tempo stesso ignorata dalla quasi totalità dei cittadini.

Mi riferisco agli aspetti etici del comportamento individuale: sap-

piamo tutti quale sia l'entità dello sperpero nel richiedere i farmaci e quanta improprietà vi sia nel ricorso alle strutture sanitarie. Sperpare così le risorse, limitate, significa sottrarre risorse a chi ha più bisogno, significa ignorare l'altro più debole, significa assumere un comportamento che per analogia – e non è un paradosso – si identifica con un furto, una sottrazione indebita generatrice di gravi conseguenze. Coscenze ottuse, si dirà, ma non è un alibi l'indifferenza, né la ricerca di un proprio vantaggio: occorre recuperare una ben diversa sensibilità sociale e maturare la consapevolezza che la più efficace forma di tutela è la difesa del bene comune.

Conclusioni

Un sistema sanitario è una macchina organizzativa sociale che deve rispondere ad una pluralità di sollecitazioni, via via variabili nel tempo.

Il fattore economico rappresenta un riferimento naturale del sistema ma non può condizionarlo sino al limite di renderlo inefficiente.

Sistema economico e politica sanitaria devono trovare una base comune che non può non essere l'etica ed in particolare la tutela della dignità della vita umana. La *quality of live* non è dunque l'origine del sistema, né può sostituirsi al valore della persona.

È possibile conciliare i diversi fattori in gioco a condizione di sapere governare la complessità, definendo obiettivi ragionevoli ed operando con continuità nel tempo.

L'appello non si esaurisce nel confronto con le Autorità di governo ma coinvolge tutti gli operatori sanitari e tutti i cittadini che intendono essere uomini di buona volontà ed operatori di pace.

Dott. FRANCESCO SILVANO
Segretario Generale
dell'Ospedale Bambino Gesù
Roma, Italia

JOHN P. FOLEY

2. Il potere nella ricerca sanitaria e i mezzi di comunicazione

Dopo le tragedie della seconda metà del ventesimo secolo, che hanno visto persone condannate per crimini di guerra a causa dei loro esperimenti sugli esseri umani e i mezzi di comunicazione giustamente riportare l'indignazione della pubblica opinione per queste atrocità, sembrerebbe dover esistere una vena di simpatia per coloro che cercano di preservare e proteggere la dignità della vita umana. Purtroppo, però, non sempre è così.

Malgrado siano stati realizzati notevoli progressi tecnici in tutti i campi della ricerca biologica e genetica, essi non sono sempre andati di pari passo con un rispetto incondizionato per la santità della vita umana a tutti i livelli di sviluppo, dal concepimento alla morte naturale.

Infatti, sembrerebbe che a volte i media abbiano visto il criticismo verso alcuni tipi di ricerca e di sperimentazione non come una lodevole difesa dei diritti umani, ma come un'opposizione oscurantista al progresso scientifico.

Consideriamo alcuni esempi.

La ricerca sulle cellule staminali, l'uso di cellule spinali embrionali, ombelicali o di adulti per il possibile trattamento dei morbi di Parkinson e di Alzheimer, ha suscitato grande interesse.

Molti scienziati considerano che il modo ottimale per ottenere tali cellule sia quello di distruggere embrioni concepiti mediante fertilizzazione *in vitro*.

Voi potreste pensare che i media, nei loro servizi, dovrebbero considerare:

- 1) da dove vengono questi embrioni
- 2) cosa sono questi embrioni
- 3) se questi embrioni possono essere legittimamente distrutti, an-

che per il bene apparente di altri.

La risposta al primo interrogativo è che questi embrioni derivano dall'unione di un uovo femminile e di sperma maschile secondo il metodo normale di unione mediante rapporti sessuali all'interno del matrimonio.

Accade mai che i media si chiedano: è giusto questo? Abbiamo il diritto morale di fare ogni cosa che siamo in grado di fare fisicamente? Quali sono le conseguenze di queste azioni per la società, per il matrimonio, per l'amore umano?

La risposta alla seconda domanda è che se l'embrione è il risultato dell'unione di un uovo femminile e di sperma maschile, allora il risultato è un essere umano embrionario. Se questo è vero, la diretta distruzione di una tale entità ad uso delle sue componenti non equivale a un atto di omicidio, di infanticidio e, di conseguenza, a un corpo fatto a pezzi o devastato nelle sue parti?

La risposta al terzo interrogativo è insita nella risposta al secondo. L'eliminazione diretta di una vita innocente è sempre e in ogni caso sbagliata, dal primo momento del concepimento alla morte naturale. Se il suddetto principio non è vero, allora quali sono le conseguenze per la società? Chi è salvo? A quale età? E in quali circostanze?

Invece di porsi loro queste domande, i media spesso ritraggono coloro che le fanno come fanatici ansiosi di condannare quanti soffrono di terribili malattie a vite senza sollievo.

Raramente i mezzi di comunicazione si pongono in primo luogo la domanda del perché dell'esistenza degli embrioni congelati e, poiché lo fanno raramente, non vedono difficoltà alcuna nel pro-

durre deliberatamente nuovi embrioni così che la successiva ricerca scientifica possa andare avanti.

Quindi, da una politica che tende ad usare parti di esseri umani viventi per la ricerca scientifica, essi arrivano a tollerare e perfino a sostenere una politica intesa a produrre deliberatamente esseri umani viventi per supplire ai bisogni dei laboratori.

George Orwell ha scritto un libro dal titolo *1984*, il cui scenario era niente in confronto a quello del 2001; in questo caso, il risultato non è un'odissea nello spazio per esplorare nuove frontiere per lo sviluppo umano ma la produzione deliberata di vite umane al fine di distruggerle e, in questo modo, distruggere ogni confine morale di rispetto per la sacralità della vita umana.

Credo che la questione dell'eutanasia sia strettamente collegata a quella della raccolta e della produzione di embrioni per la ricerca sulle cellule staminali. Quando una nonna non è più considerata utile? Quando la fine della sua sofferenza non sarà più il suo beneficio ma il beneficio di coloro che erediteranno la sua ricchezza o devasteranno il suo corpo perché parti di esso possano essere usate per altri?

I media, che cercano di mettere in risalto la fine del dolore per quanti soffrono, offrono mai una riflessione sul significato della vita umana e sulla sua sacralità?

Temo che, dai mezzi di comunicazione della seconda metà del ventesimo secolo, che hanno visto e condannato una visione meccanicistica e strumentale della persona umana in quanto violazione della dignità umana intrinseca, siamo giunti a una situazione in cui essi non riconoscono i diritti

inviolabili e inalienabili del debole nel grembo materno o prossimo a morire.

Siamo testimoni della canonizzazione di una sopravvivenza darwiniana del più forte, attraverso la distruzione dei senza difesa e i media – che dovrebbero essere il “campanello d’allarme” della società per metterci all’erta contro i pericoli che abbiamo di fronte – sono invece diventati complici nel massacro silenzioso dei più picco-

degli Stati Uniti non hanno sempre fornito questa profonda *leadership* morale e, in verità, alcune politiche di controllo della popolazione nei programmi di aiuto estero degli Stati Uniti continuano ad offendere ed instillare risentimento nelle nazioni riceventi.

Ad esempio, l’ex Presidente delle Filippine, Corazon Aquino, mi disse una volta che il suo governo aveva ricevuto pressioni da quello degli Stati Uniti affinché



li, dei più deboli e dei più vecchi della nostra società.

La scorsa estate mi trovavo negli Stati Uniti quando il Presidente George W. Bush ha pronunciato un discorso sulla sua politica in materia di ricerca delle cellule staminali. Francamente l’ho ritenuto un capolavoro. Egli ha rivisitato la situazione morale e scientifica e ha detto che avrebbe favorito il sostegno governativo per la ricerca su cellule prelevate dal cordone ombelicale e da organi appropriati di adulti consenzienti. Bush ha detto anche che avrebbe finanziato la ricerca di quelle che ha chiamato linee di cellule staminali già sviluppate da embrioni morti. In altre parole, non avrebbe sostenuto il finanziamento governativo di quella ricerca che avesse portato all’eliminazione diretta di vite umane innocenti.

In tutta onestà, i mass media lo hanno lodato e hanno ammesso di essere rimasti sorpresi dalla sofisticazione morale dei suoi ragionamenti; era ovvio che si aspettavano un trattamento molto meno esperto ed intellettuale della questione.

I leader governativi e i giudici

accettasse la distribuzione di contraccettivi come condizione per ricevere assistenza economica. Ella rifiutò su basi morali, ma storie come queste vengono raramente riportate dai media perché vanno contro la linea corrente di “correttezza politica”.

Ho menzionato questo esempio perché le pillole e i dispositivi per la contraccezione vengono spesso presentati dalle nazioni donatrici come assistenza sanitaria; la combinazione del potere economico di queste nazioni e il potere dei media di “correttezza politica” pone una pressione tremenda sui governi delle nazioni riceventi, affinché facciano concessioni morali in cambio di guadagni economici.

Ora, naturalmente, i media hanno altri interessi e le sottigliezze della ricerca sulle cellule staminali e le controversie sulle politiche di controllo della popolazione hanno dato il via a una maggiore copertura grafica del terrorismo e della guerra.

Nei servizi dei media sui trattamenti medici, tuttavia, è sommamente importante ricordare il potere della pubblicità.

Come possiamo aspettarci un servizio critico sulle nuove medicine, i nuovi trattamenti o sulla distribuzione governativa, nel paese e all’estero, di pillole e dispositivi per la contraccezione, quando le industrie farmaceutiche spendono così tanto per la pubblicità su mezzi di comunicazione che lottano per sopravvivere nell’attuale recessione economica mondiale?

So che la pressione – diretta o più sottile e indiretta – può spingere e a volte spinge, a non dare un’impronta negativa a certi argomenti, perché tali servizi andrebbero contro gli interessi di quanti ricorrono alla pubblicità, forse contro gli interessi della pubblicazione o dello stesso *network*. Come editore, a volte sono stato soggetto, ma in maniera molto ridotta, a tali pressioni alle quali, grazie a Dio, credo di aver resistito con successo. In tutta onestà, devo dire che, nel mio caso, tali pressioni non venivano da industrie farmaceutiche.

Quando le obiezioni morali sono dirette contro talune medicine o trattamenti, è interessante notare come esse non portino denaro alle pubblicazioni o al *network*; le nuove medicine e i nuovi trattamenti invece sì. Le obiezioni morali possono essere considerate, tanto dai responsabili delle industrie farmaceutiche quanto da quelli della stampa, come noie trascurabili e non degne di considerazione, in particolare non alla luce degli ampi profitti da trarre dai nuovi farmaci e dalle spese di pubblicità e promozione ad essi collegate.

Lodo i grandi progressi fatti nella tecnologia medica e nello sviluppo di nuovi farmaci. So quanto possa essere costosa questa ricerca e quanto sia necessario proteggere i brevetti per le nuove medicine, affinché le industrie farmaceutiche non si scoraggino nell’investire in una ulteriore ricerca a beneficio della razza umana.

È interessante notare, tuttavia, che non vediamo molte campagne dei mezzi di comunicazione a sostegno dei medicinali generici piuttosto che specifici, anche se questi farmaci generici fanno risparmiare ai consumatori milioni, se non miliardi di dollari. Una delle ragioni per cui questi farmaci



generici costano meno è che non ci sono campagne pubblicitarie costose, per questo sono trascurati dai media che vivono della pubblicità.

Per quanto riguarda i servizi dei media sulla sanità e le questioni legate alla biotecnologia, vorrei raccomandare alcuni principi basilari:

– primo, avere giornalisti preparati non solo in tecnologica medica, ma anche in filosofia morale;

– secondo, mai permettere a considerazioni di interesse finanziario, di pubblicità effettive o potenziali di influenzare decisioni editoriali (al *Time Magazine* di solito ciò era chiamato “separazione della chiesa e dello stato” – del contenuto editoriale dalla pubblicità – una separazione che ho visto sgretolarsi anche in quella pubblicazione);

– terzo, non considerare uguali la capacità tecnologica e l'accettabilità morale; ogni successo tecnologico non è necessariamente un trionfo morale, quindi fate ai lettori il favore di sottoporre i progressi tecnologici a un valido criticismo morale;

– quarto, non diventare prigionieri della correttezza politica pubblicando solo ciò che la gente vuole sentire.

All'inizio di queste riflessioni,

ho detto che i media nella seconda metà del ventesimo secolo non avevano paura di identificare talune forme di sperimentazione medica come atrocità e forse questo era facilitato dal fatto che gli esperimenti erano spesso sponsorizzati da poteri ostili, su prigionieri di guerra senza speranza o su civili innocenti detenuti in campi di concentramento.

Tali esperimenti avvengono ancora, tuttavia, su embrioni che vengono distrutti affinché la ricerca possa aver luogo e, come alcuni media hanno a volte riportato, su cavie umane che a volte possono non rendersi conto che i loro diritti vengono violati e che non sono in grado di dare il loro consenso informato. Penso in particolare alle persone mentalmente ritardate che, in alcune società, sono state sterilizzate, ai malati terminali e agli anziani che corrono il rischio di essere aiutati in una morte prematura.

Il Pontificio Consiglio per le Comunicazioni Sociali, di cui sono Presidente, ha pubblicato uno studio dal titolo “L'etica nelle Comunicazioni”, in cui venivano sottolineati tre principi: verità, diritti della persona umana e bene comune. Nel campo della sanità e della biotecnologia, questi tre principi hanno un'importanza particolare:

– primo, è necessario conoscere la verità – scientifica, economica e morale – sulle scoperte mediche e le politiche sanitarie;

– secondo, i diritti di coloro che soffrono e in particolare il diritto inviolabile alla vita devono essere considerati superiori;

– terzo, devono essere considerate le implicazioni per il bene comune e non semplicemente il profitto economico di alcuni.

Le parole di Gesù: “ero malato e mi avete visitato”, saranno tra i titoli che permetteranno di entrare nella gloria eterna.

Il potere più importante nella sanità non è il potere governativo, quello dei mezzi di comunicazione o il potere dei medici, ma il potere di Dio e il potere morale che viene dal cercare di fare la Sua volontà nel curare i malati, gli afflitti e gli anziani. Abbiamo bisogno di medici, infermieri, tecnici e scienziati che nel volto del sofferente vedano l'immagine di Cristo.

I servizi dei mezzi di comunicazione su quanti sono motivati da questo potere morale può fare molto per stimolare altre persone a prestare cure umane e compassiose. Esse sono tanto necessarie per coloro che non dovrebbero essere oggetto di sperimentazione medica e scientifica, ma soggetti degni del nostro amore e della nostra preoccupazione, nel momento in cui attraversano una crisi personale nel loro pellegrinaggio verso la vita eterna con Gesù, nostro sofferente Salvatore, che ha trionfato non solo sul peccato, ma anche sulla morte.

Così la copertura dei malati e di quanti si occupano di loro non dovrebbe soltanto informare le nostre menti, ma anche toccare i nostri cuori per risolversi nel servizio per i poveri e i malati che Madre Teresa ha giustamente identificato come il potere dell'amore.

S.E. Mons. JOHN P. FOLEY
Arch. tit. di Neapolis in Proconsulari
Presidente del Pontificio Consiglio
per le Comunicazioni Sociali
Santa Sede

IGNACIO CARRASCO DE PAULA

3. Che fare con il potere dei professionisti della medicina?

1. Introduzione

L'espressione potere può apparire fuori posto quando viene applicata alla professione sanitaria. Il potere, in quanto pura e semplice capacità d'imporre di fatto la propria volontà sia sulle cose che sulle persone, sembra collocarsi esattamente all'estremo opposto dello spirito di disinteressata dedizione al prossimo che idealmente anima gli operatori impegnati sul fronte della salute. Nella tradizione ippocratica, l'esercizio della medicina viene concepito come un servizio, nel senso che la scienza e l'esperienza del dottore si assoggettano interamente e senza condizioni al conseguimento degli interessi dei pazienti per quel che riguarda la loro salute e la loro integrità psicofisica. La *Carta degli operatori sanitari*, pubblicata nel 1995 dal Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, non solo definisce la professione medica come *servizio alla vita*, ma addirittura colloca questo concetto come l'asse portante dell'intero documento¹. La Dichiarazione di Ginevra del 1948, punto di riferimento per i medici di tutto il mondo, arriva a dire che il dottore consacra la sua vita al *servizio dell'umanità*².

Non mi risulta che sia stata mai contestata la collocazione della professione medica tra le attività umane che richiedono grande altruismo e abnegazione. Tuttavia, non mi sembra neanche improprio che, almeno per una volta, nel contesto di una conferenza internazionale su Salute e Potere, la nostra attenzione venga catturata – per non dire sfidata – proprio dal potere dei professionisti della medicina, sebbene a qualcuno possa sembrare che in questo modo si

getti quanto meno un'ombra di sospetto sull'operato della classe medica. Il potere, tutti i poteri, a ragione o a torto, non godono in partenza d'illimitata fiducia da parte del normale cittadino.

In ogni caso, nessuno può ignorare che il medico detiene un potere effettivo, sia individualmente che corporativamente, per lo meno sui valori e sui costumi che riguardano la vita e la salute. Spesso il medico è in grado d'imporre il proprio volere (preferenze, interessi, traguardi, ecc.) non solo su certe cose, ma anche sulle persone, almeno nella misura in cui cose e persone ricadono sotto le categorie sano o malato. La medicina, attraverso uno sviluppo biotecnologico fino a poco tempo fa inimmaginabile, ha dato una spettacolare dimostrazione di potere. Non solo ha abbattuto antiche barriere che si ritenevano insuperabili, ma ormai sembra che nessun traguardo possa esserne considerato precluso a priori. E se tali conquiste sono state accolte dall'opinione pubblica in genere con ammirazione e fiduciosa speranza, non sono tuttavia mancate voci preoccupate e persino ostili di fronte ad un tale sfoggio di poten-

za. In questo senso, per esempio, i nostri giornali ogni tanto ci mettono in guardia contro i ricercatori *apprendisti di stregone*, mentre nel mondo anglosassone si denuncia la arrogante tendenza di alcuni scienziati a *play God*, a usurpare il ruolo di Dio. In una linea parallela, in un discorso nel 1985, Giovanni Paolo II ammoniva scienziati e medici contro la tentazione di “considerarsi i padroni della vita”, invece che “suoi esperti e generosi servitori”³.

Tuttavia, vorrei far notare che rilievi di questo tipo non riguardano tanto il potere in sé stesso quanto l'uso distorto che di esso si possa fare. A destare preoccupazione non è infatti la capacità di estendere il proprio dominio sulla natura – peraltro, condizione necessaria di ogni progresso – ma l'eventuale abuso della forza in tutte le sue forme, da quelle palesi a quelle nascoste oppure decisamente subdole: l'arbitrarietà, la frode e l'inganno, la prepotenza, il sopruso, la tirannia, ecc. Per quel che mi riguarda, vorrei per ora lasciare fuori dalla nostra riflessione il fenomeno delle *deviazioni* – su cui ritornerò dopo – per concentrarmi quasi per intero sul potere proprio e specifico dei professionisti della medicina, cioè sull'influsso – voluto o no – che essi, in quanto accreditati servitori della vita e della salute, esercitano sugli individui e sull'intera società.

Si tratta ovviamente di un argomento complesso e in parte sfuggente per cui – tenendo conto del contenuto tempo a disposizione – mi limiterò a tratteggiare alcuni aspetti, sottolineando quelli che ritengo possano essere maggiormente utili per dare risposta alla domanda che ci hanno posto



gli organizzatori di questa Conferenza Internazionale: *che fare con il potere dei professionisti della medicina?*

2. Potere e autorità

Innanzitutto, è bene ricordare una prima distinzione rilevante: quella fra potere e autorità. Potere e autorità hanno in comune la capacità d'imporre ad altri il proprio volere, ma lo fanno in maniera molto diversa. Mentre chi è in una posizione di forza dispone dei mezzi effettivi per costringere gli altri a sottostare alla propria volontà, chi invece è rivestito d'auto-

notato prima, di fronte al potere gli atteggiamenti iniziali più comuni sono la diffidenza, la paura e, quando possibile, la resistenza.

Da sempre, in tutte le culture minimamente progredite, il medico ha goduto e gode di una notevole autorità per quanto riguarda la vita e la salute di tutti. Tale autorità nasce dalla dimostrata attitudine del dottore ad indicare e persino prescrivere cioè che è buono, giusto o conveniente alla salute e a proibire quello che è ad essa contrario o nocivo. Inoltre l'autorità del dottore deriva anche dallo *status al servizio della vita* che la professione medica in quanto tale è riuscita a ritagliarsi nella società

ogni libera professione e che per sé non fanno testo, ritengo che l'autorità del dottore sia pienamente giustificata. Di più, mi sento d'affermare – e cercherò di dimostrarlo più avanti – che essa risulta un bene necessario per la riuscita del suo operato e, di conseguenza, per il bene dello stesso paziente. Da qui non si può concludere che l'autorità del dottore vada mantenuta ad ogni costo: la fiducia non dovrebbe mai essere messa a repentaglio, poiché – ripeto ancora una volta – nel momento in cui venisse a meno il credito accordato dal paziente l'autorità cesserebbe d'esistere. Per questo bisogna guardarsi dalla tentazione di voler sostituire l'autorità con il potere effettivo. Un errore di questo tipo, per esempio, può stare alla base di una certa lettura del principio del *silenzio assenso* nel campo dei trapianti, almeno nella misura in cui tale principio possa essere interpretato come un tentativo di procacciarsi con la forza (con una legge) quegli organi da trapiantare che altrimenti (con l'autorità) non riusciremmo ad ottenere. Non mi si dica che l'autorità può far uso legittimo della coazione, proprio perché nel mondo dei trapianti il ricorso alla forza risulterebbe chiaramente lesivo della dignità del presunto donatore.

3. La crisi del potere medico

Arrivati a questo punto, e riprendendo l'interrogativo posto dagli organizzatori di questa Conferenza, possiamo pure rispondere con una contro-domanda volutamente provocatoria: il potere medico ha oggi davvero dimensioni talmente rilevanti da doverci premunire nei suoi confronti? Il medico va annoverato fra i signori del mondo contemporaneo oppure fra le vittime? È lui il vero padrone del progresso biotecnologico o rappresenta una semplice rotella in un meccanismo che lo sovrasta? La nostra società ipertecnificata riconosce ai professionisti della medicina la medesima autorità che gli riconosceva nei tempi passati? Il dottore può condizionare in modo decisivo le scelte dei singoli e le opzioni della comunità? E così via.

Non sono sicuro di essere in



rità non necessariamente ha bisogno di ricorrere alla coercizione fisica. L'autorità infatti suppone soprattutto una forza morale che, come tale, è riconosciuta e accettata da altri in quanto essi vedono nell'autorità uno strumento idoneo al servizio del bene comune e non del tornaconto di chi comanda. L'autorità poggia sulla fiducia. Il potere invece può farne a meno: non ha bisogno del riconoscimento altrui e non è nemmeno necessariamente ordinato al bene degli altri, anzi di fatto tende a promuovere e a privilegiare interessi di parte. È per questo che, come ho

moderna. È per questo che l'autoravolezza di ogni singolo medico risulta relativamente indipendente dalle qualità intrinseche – personali e professionali – del soggetto. Ogni dottore sa che, in partenza, può contare su un assegno sostanzioso che gli viene accreditato dalla fiducia che i pazienti ripongono nella sua qualificazione professionale. Ugualmente, il dottore sa benissimo che la sua autorità non potrebbe sopravvivere allo smarrimento della fiducia da parte del paziente.

Lasciando da parte le eccezioni che naturalmente non mancano in

grado di fornire risposte attendibili. Anzi, le domande forse sono solo forzature che svaniscono nel momento stesso in cui vengono formulate. Tuttavia servono a richiamare la nostra attenzione su un altro fenomeno di segno contrario molto preoccupante: la doppia e crescente tendenza, in atto da anni, a ridimensionare l'autorità e il potere del medico.

La prima tendenza parte da una posizione critica – e per molti versi giusta – contro il vecchio paternalismo medico, per finire in un atteggiamento – ampiamente diffuso nell'ambito dell'etica medica – che respinge ogni forma d'autorità da parte del dottore, o almeno la subordina e persino la sostituisce con l'autorità – meglio ancora, con l'autonomia – del paziente. L'unico potere riconosciuto all'operatore sanitario è quello di fornire informazioni e – secondo alcuni – di farlo solo su richiesta dei malati.

La seconda tendenza, invece, si presenta sotto i panni di una imprevedibile legge di natura socio-economica che imporrebbbe il dovere di stabilire dei limiti invalicabili a livello di finanziamento delle risorse sanitarie⁴, limiti decisi da altri centri di potere – *in primis*, centri politici e *holdings* commerciali – esterni alla classe medica e che ovviamente ne limitano la loro capacità di scelta.

Il paternalismo – in quanto limitazione del ruolo decisivo del paziente da parte del medico, il quale si sentiva giustificato poiché agiva nel nome del *bene* del paziente stesso – ha meritato tutte le critiche che hanno finito per relegarlo in soffitta. Il malato ha il diritto inalienabile di decidere relativamente a tutto quanto riguarda la sua salute. Tuttavia tale diritto non si preserva con la cancellazione dell'autorità del dottore anzi necessita dell'autorità del medico, altrimenti le informazioni, i suggerimenti e le previsioni del clinico non avrebbero alcun valore, sarebbero dati inattendibili e la scelta finale del paziente non avrebbe alcuna base ragionevole.

Per quanto riguarda la tendenza alla marginalizzazione del medico dalla programmazione e dalla gestione della politica sanitaria, è chiaro che essa cresce quando la

classe medica è vista dai poteri forti come un ostacolo per il raggiungimento di certi traguardi di politica socio-economica. Anche qui è forte il rischio che la perdita d'autorità da parte della professione medica si risolva in un danno alla salute dei cittadini, specialmente di quelli meno abbienti.

4. Le deviazioni del potere

Nel contesto della professione medica compare oggi un altro fenomeno, apparentemente imparentato con la medicina alternativa ma che in realtà si colloca all'estremo opposto. Sto parlando delle *new medicines*, in realtà nuovi tentativi di ampliare l'ambito del potere dei medici a campi che solo in senso largo possono essere considerati inseriti nel servizio alla vita e alla salute. Sono pratiche che indossano il camice bianco, il cui cuore però batte con cadenze e per traguardi lontani dalla tradizione ippocratica.

In primo luogo troviamo la cosiddetta medicina dei desideri: una medicina che si offre come strumento per appagare qualunque voglia, purché non urti troppo la sensibilità della cultura postmoderna e sia tecnologicamente raggiungibile. È una medicina impernata sulla legge dell'offerta e della domanda, pertanto pronta a innescare nuovi desideri e a tentare di soddisfarli con allettanti promesse d'incredibili *performances*, per esempio nel campo della procreazione assistita: il figlio su misura, della chirurgia estetica: la avvenenza al silicone, dello sport: l'*exploit* al nandrolone... Tuttavia si tratta di un potere che non è in grado di preservare né di migliorare la salute, anzi c'è il rischio che la metta a repentaglio. Queste medicine del desiderio offrono solo un surrogato di alcuni beni (paternità / maternità, bellezza, forza fisica, ecc.) negati dalla madre natura.

Esiste anche una medicina dalle pretese smisurate, poiché sembra disposta a costruire un nuovo uomo e, se necessario, a rubare il fuoco degli dei per conferirgli l'allito di vita. È una medicina pomerica, forse la più rappresentativa di una società culturalmente plura-

lista, economicamente globalizzata e fortemente tecnicata. La tentazione del potere è così forte che, per accrescerlo, è ben decisa a mettere da parte la coscienza e a sacrificare quello che si deve sacrificare: persone – embrioni e anziani, in primo luogo –, sentimenti, diritti...

Finalmente, esiste una medicina che scambia un maggiore accesso al potere con la disponibilità ad asservire gli interessi dei potenti: la medicina che collabora nel controllo pubblico delle nascite, nella soppressione dei bambini portatori di handicap o di malattie genetiche prima e dopo la nascita, nei programmi per liberare i costumi sessuali e in futuro forse per allenare il peso di un crescente numero di anziani improduttivi.

Paradossalmente queste forme devianti del potere medico si appellano al servizio alla salute e all'umanità. Tuttavia nel loro linguaggio sono espressioni che hanno perso il loro autentico senso, in primo luogo perché la salute del paziente è subordinata ad un altro interesse, e in secondo luogo perché l'azione clinica – diagnostica / terapeutica – è sostituita da un intervento che di clinico ha solo la strumentazione, i ferri del mestiere ma non l'intenzionalità o il significato di vero servizio alla salute del paziente.

Si potrebbe obiettare che la salute – secondo l'OMS – comprende il completo benessere dell'uomo. Ma proprio questa definizione conferma quanto ho appena detto, poiché la formulazione dell'OMS risponde a scopi politici, cioè rappresenta un tentativo di allargare al massimo possibile il campo di competenza, il potere dell'OMS stessa. Inoltre, recentemente l'OMS, ha ridimensionato la propria posizione puntualizzando che il *new universalism* (nuovo universalismo) o copertura universale dei mezzi per la salute, significa copertura per tutti (gli esseri umani), non per tutto quanto può offrire la tecnologia.

5. Che fare con il potere

A questo punto, penso che sia opportuno passare dal momento critico – riflessivo, alla fase pro-

positiva, in relazione con la domanda più volte ricordata: che cosa fare con il potere dei professionisti della medicina? A mio avviso, per prima cosa, conviene riformulare la questione per renderla più concreta e abbordabile, per esempio in questo modo: che cosa fare per restituire maggiore trasparenza all'autorità dei medici e prevenire che essa si trasformi in un potere al servizio d'interessi di terzi? Tra le tante cose giuste che si potrebbero elencare, mi limiterò solo a quattro:

primo: il progresso scientifico in campo biomedico, da tutti giustamente auspicato per il bene dell'umanità, accresce contemporaneamente il potere del professionista della medicina ma non necessariamente la sua autorità. Pertanto, non ha senso per il medico la promozione del progresso per il progresso, ma solo quando il progresso sia al servizio della vita e della salute dell'uomo.

Secondo: la debolezza, l'infermità e, in ultimo termine, la morte sono connaturali all'esistenza umana. Il medico può limitarne le conseguenze ma non deve spal-

leggiare false promesse di dominio sulla morte o sulla malattia. Con l'autorità di chi con tali cose convive tutti i giorni, il dottore deve invece aiutare il paziente a capire il significato di queste realtà e a fare una lettura corretta dell'esperienza che sta vivendo come malato.

Terzo: sia il medico che il paziente si definiscono per la relazione che la malattia stabilisce fra di loro. Essi sono alleati e quasi compagni di viaggio. Il vincolo che li lega non è propriamente un contratto nel senso tecnico-giuridico del termine, ma un patto di fiducia fondato sull'umanità che hanno in comune. Questo significa che il medico dovrà agire sempre non tanto perché legittimato dalla propria scienza e coscienza, ma perché autorizzato dalla fiducia del paziente.

Quarto: in ogni caso, l'autorità del professionista della medicina è dipendente dal recupero del primato del servizio al malato – ad ogni malato – come *uomo patiens*, tale e quale si sente e si riconosce, bisognoso di rispetto, di assistenza, di aiuto. È quell'uomo che la

medicina ha giurato con orgoglio ed onore non di dominare ma di servire con totale fedeltà.

Mons. IGNACIO CARRASCO
DE PAULA

Professore di Teologia morale
all'Ateneo della Santa Croce,
Roma, Italia

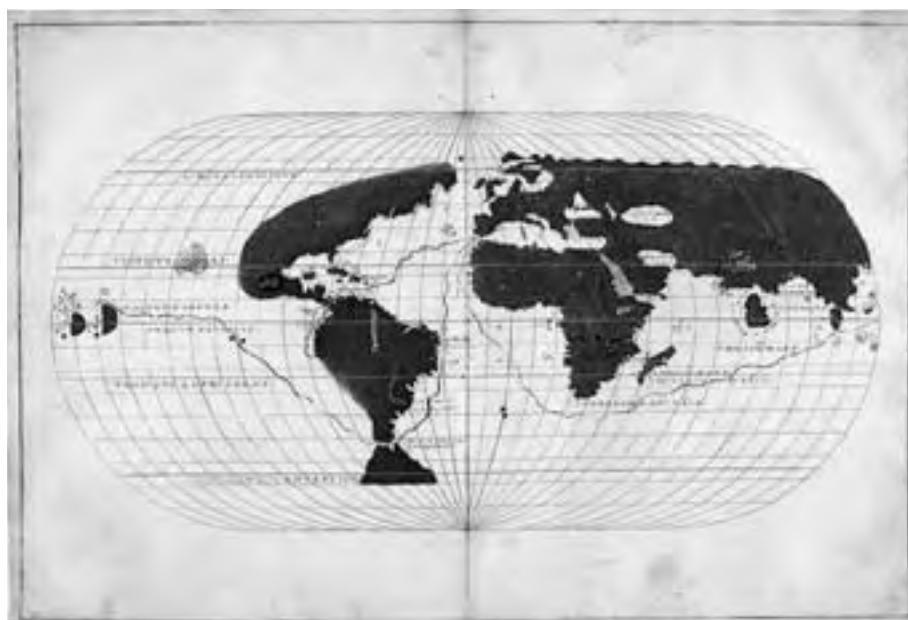
Note

¹ La *Carta degli operatori sanitari* usa ben 20 volte il concetto di servizio alla vita, ai malati, alle persone, all'uomo. La definizione è ripresa dall'enciclica *Evangelium vitae* che chiama i medici *custodi e servitori della vita umana* (n. 89).

² Associazione Medica Mondiale, Dichiarazione di Ginevra del 1948, rivista a Sidney nel 1968.

³ Discorso a due gruppi di lavoro promossi dalla Pontificia Accademia delle Scienze, 21-X-1985, n. 3. Anche l'*Evangelium vitae*, n. 89, ammonisce che i medici "possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazione della vita o addirittura in operatori di morte", il che è contrario "all'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria".

⁴ Il riferimento all'opera *Setting limits* di D. Callahan è palese.





BERND PASTORS

4. Azioni pratiche da promuovere in relazione al potere delle industrie farmaceutiche

Anzitutto, vorrei ringraziare S.E. Mons. Lozano per avermi invitato a partecipare a questo simposio, organizzato dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, per presentare alcuni esempi di azioni pratiche da incoraggiare in relazione al potere delle industrie farmaceutiche.

Come tutti sappiamo, la situazione di molti nostri partner nei paesi dell'emisfero meridionale è caratterizzata, tra l'altro, da una mancanza di medicine; essi cioè non possono accedere in maniera adeguata ai farmaci essenziali.

Secondo l'OMS¹ e molti suoi partner, come *Action Medeor*, quattro sono i fattori e cinque i gruppi di attori che esercitano un'influenza decisiva su questa situazione.

I fattori sono i seguenti:

- *una selezione e un uso razionali*² – ciò richiede che vengano definiti quali sono i farmaci maggiormente necessari e che si assicuri che essi vengano usati nel modo stabilito;

- *un costo accessibile* – ciò dipende, tra l'altro, da un'informazione trasparente sul prezzo per i prestatori e i consumatori dei servizi sanitari, dalla competizione tra i produttori di farmaci generici di qualità, dall'uso delle salvaguardie TRIPS ove necessario³, dalla riduzione degli oneri e delle tasse e dall'aumento della distribuzione;

- *un finanziamento sostenibile* – ciò richiede, tra le altre cose, che si disponga di un meccanismo di finanziamento vitale, di un'assicu-

razione sanitaria sociale, di un miglior uso del denaro proprio e di quello derivante dalle donazioni;

- *sistemi sanitari e di fornitura affidabili* – per assicurare una disponibilità continua e medicine essenziali di qualità. Molti paesi hanno compiuto notevoli progressi attraverso un mix di pubblico, privato e ONG nei sistemi di fornitura farmaceutica.

Gli attori sono:

- *i governi dei paesi in via di sviluppo* – gli amministratori del sistema sanitario delle singole nazioni, responsabili del suo funzionamento e della sua regolamentazione. Sono ugualmente responsabilità governative l'effettiva regolamentazione dell'acquisto e della distribuzione dei medicinali, come pure la politica fiscale relativa alle medicine essenziali;

- *i governi dei paesi industrializzati*⁴ – che possono usare l'assistenza finanziaria per sostenere direttamente la politica nazionale di molti paesi in via di sviluppo. Essi possono anche dare incentivi alle industrie per produrre prodotti appropriati e renderli disponibili a prezzi accessibili;

- *le compagnie farmaceutiche*⁵ – il cui ruolo principale è quello di ricercare, produrre e vendere farmaci efficaci per i maggiori problemi sanitari. Gli incentivi più forti sono quelli relativi ai vasti mercati dei paesi ad alto reddito, come mostra la storia dello sviluppo del prodotto. Così, solo 13 dei 1233 nuovi farmaci che hanno raggiunto il mercato tra il 1975 e il

1997 sono stati specificamente approvati per le malattie tropicali!

- *i gruppi di consumatori e le ONG* – come *Action Medeor*, che sono grossi sostenitori a lungo termine del concetto di medicine essenziali, con un accento sull'equità e l'accesso, tramite la loro attività di sostegno e l'uso del modello di medicine essenziali nei casi di emergenza e nell'opera di sviluppo sanitario;

- *le agenzie e le fondazioni internazionali* – che ricoprono ugualmente un ruolo nel sostenere un migliore accesso ai farmaci essenziali. Questo è parte del mandato dell'OMS come agenzia sanitaria mondiale, e parte del lavoro dell'UNICEF e dell'UNFPA come en-



ti mondiali per l'acquisto dei vaccini e, ad esempio, dell'UNAIDS, che rappresenta i diritti e i bisogni dei malati di HIV/AIDS in tutto il mondo.

Soffermiamoci ora su uno di questi attori, le compagnie farmaceutiche. Il loro compito è la ricerca, la fabbricazione e la vendita di medicine per la salute umana aumentando al massimo, nel contempo, il loro profitto. Queste industrie sono ora entità generalmente internazionali, che devono operare secondo le regole capitalistiche del mercato internazionale e mostrare un profitto ai loro azionisti. Con queste condizioni, i requisiti essenziali di centinaia di milioni di persone che vivono in estrema povertà non vengono presi in considerazione:

- esse non hanno accesso a medicine essenziali semplici ed economiche;

- non hanno accesso a medicine accessibili e nuove, come i nuovi farmaci contro l'AIDS;

- non hanno accesso a nuovi farmaci, di cui c'è urgente bisogno, per combattere la malaria e la tubercolosi, perché non si ritiene che lo sviluppo di queste nuove medicine possa produrre un profitto sufficiente – in stridente contrasto con le cosiddette *medicine lifestyle*, per combattere l'obesità, la calvizie o l'impotenza e per le quali esiste un enorme mercato.

Quali sono le azioni pratiche che possiamo intraprendere insieme all'industria farmaceutica in questa situazione?

Ecco alcuni esempi.

Migliorare l'accesso ai medicinali essenziali mediante la *creazione e il mantenimento* di un network mondiale per la fornitura di medicinali essenziali accessibili e di alta qualità, in cooperazione con le industrie farmaceutiche, secondo le indicazioni dell'organizzazione tedesca per l'Aiuto Medico, *Action Medeor*.

Per oltre 37 anni, *Action Medeor*⁶ ha fornito medicinali essenziali a circa 11.000 partner di 130 Paesi; ogni anno vengono inviati ai nostri partner all'estero 4.000 pacchi di farmaci del valore di circa 18 milioni di marchi; il 50% di tutte le consegne ha un valore di soli 1000 marchi, l'85% di loro ha un valore al di sotto dei 5000 mar-

chi. *Action Medeor*, pertanto, è impegnato principalmente in piccoli progetti sanitari del mondo.

Questo lavoro è finanziato da donazioni private, da contributi pubblici o dal rimborso del prezzo di costo effettuato da terzi in Europa. Rifornendo permanentemente un magazzino di medicinali del valore di 700.000 marchi, *Action Medeor* può fornire anche una rapida assistenza nei casi di emergenza, come ad esempio durante la crisi dei rifugiati afgani.

Action Medeor acquista direttamente in blocco le medicine essenziali dalle compagnie farmaceutiche europee e può quindi spedirle, rapidamente e a basso costo, ai suoi partner.

Un miglioramento all'accesso può essere realizzato anche mediante la *creazione e il mantenimento di agenzie locali e centrali di approvvigionamento nei paesi*



riceventi. Tale regionalizzazione può portare a un più rapido ed effettivo accesso alle medicine essenziali, rafforzare le strutture locali e condurre a un'assistenza a lungo termine; ad esempio, *Action Medeor* sostiene la messa in atto di uffici centrali di approvvigionamento in Uganda, Camerun e Kosovo.

L'accesso viene migliorato attraverso l'uso di farmaci secondo gli effettivi requisiti essenziali del-

le popolazioni; sono utili qui la compilazione e lo sviluppo di liste nazionali di farmaci essenziali, la pubblicazione di indicazioni per il trattamento, la formazione e il sostegno di professionisti sanitari nell'uso razionale delle medicine e la creazione e il mantenimento di strutture che assicurino la qualità.

Esempi del lavoro di *Action Medeor*:

- *Medeor Manual* (linee guida per il trattamento)

- *Medeor forum* (formazione e sostegno dei professionisti sanitari)

- Donazioni di farmaci

- Disposizione di farmaci non voluti/sorpassati.

L'accesso può essere migliorato mediante la *creazione e il mantenimento di strutture per la produzione di farmaci nei paesi in via di sviluppo*⁷, ove ciò sia tecnicamente fattibile. Le conoscenze possono essere trasferite dai paesi industrializzati ai paesi in via di sviluppo, tenendo presente che in Africa, Asia e Sudamerica esiste una diversa situazione di mercato.

L'accesso alle medicine essenziali può essere migliorato anche attraverso lo sviluppo di modelli sostenibili per il finanziamento dei sistemi sanitari, come la creazione di sistemi locali di assicurazione sanitaria che possano anche finanziare i requisiti per i farmaci. Ad esempio, fondi da *Misereor* e *Action Medeor* sono stati usati a Damongo, nel Ghana del nord, per aiutare a creare un sistema di assicurazione sanitaria. I costi per i ricoverati come pure le medicine essenziali vengono finanziati mediante contributi annuali di assicurazione finanziaria. Attualmente, circa 30.000 persone sono membri di questo schema assicurativo, che è stato sviluppato da un ospedale ecclesiastico a Damongo e che ha operato con successo negli scorsi quattro anni.

È importante che ci sia uno scambio internazionale di esperienze delle ONG che operano in questi campi con i loro partner nei paesi in via di sviluppo.

Action Medeor è membro di *Medicus Mundi International*, un'organizzazione internazionale che raggruppa 9 organizzazioni nazionali di *Medicus Mundi* e altre ONG, come CUAMM in Italia, le quali hanno tutte una lunga e vali-

da esperienza nel campo della cooperazione dello sviluppo medico.

Cooperazione invece di confronto

Ugualmente importante è un programma nazionale di dialogo con l'industria farmaceutica nei paesi industrializzati.

Un esempio dalla Germania.

Fin dall'inizio degli anni '90, c'è stato un intenso dialogo tra le due chiese cristiane che lavorano a livello ecumenico nella *Joint Conference on Church and Development* (GKKE) e i leader delle compagnie farmaceutiche, che attualmente partecipano come rappresentanti dell'*Association and Research-Based Pharmaceutical Manufacturers* (VFA). Sono coinvolti anche *Action Medeor*, assieme al *Medical Mission Institute*, Wurzburg, al *German Institute for Medical Missions*, Tübingen e ad altre organizzazioni. L'obiettivo di questo dialogo internazionale è quello di raggiungere una visione e posizioni comuni sulla prestazione delle cure e dei servizi sanitari nei paesi poveri del mondo, e realizzare progetti congiunti⁸.

Con lo slogan "Cooperazione invece di confronto", i rappresentanti del GKKE e del VFA intendono affermare che i vari gruppi che lavorano a livello individuale possono offrire soluzioni solo a parti del sistema sanitario. Molti problemi relativi al campo della salute, come l'accesso alle medicine essenziali, possono essere risolti soltanto mediante una collaborazione costruttiva di tutte le parti interessate.

Il dialogo tra queste diverse organizzazioni riguarda argomenti correnti, che vengono discussi in modo obiettivo e rispondente ai fatti, mentre le campagne internazionali di *lobby* iniziate da MSF, Oxfam e la ONG tedesca BUKO denunciano sui mass media in maniera provocatoria serie mancanze nei regolamenti dei TRIPS all'interno degli accordi dell'OMS.

Il dialogo nazionale cerca di raggiungere il massimo accordo possibile sulla responsabilità, i doveri e i ruoli delle chiese e dell'industria farmaceutica nei sistemi



sanitari dei paesi in via di sviluppo e di evitare il più rapidamente possibile sviluppi suscettibili di fallimento. In questo processo, le controversie dovrebbero essere affrontate in modo aperto e serio e risolte là dove possibile. Allo stesso tempo, le discussioni dovrebbero riempire i vuoti nella conoscenza e chiarire le incomprensioni.

Ad esempio, nel 1992 è stato pubblicato e nel 1999 riveduto, un foglio di posizione congiunta sulla fornitura di farmaci nei paesi in via di sviluppo che include proposte di soluzioni per il marketing, l'imballaggio e la gamma di prodotti, tanto per il cosiddetto mercato privato quanto per quello generico pubblico.

Vengono proposti e intrapresi progetti di collaborazione ma bisogna chiaramente ammettere che alcune questioni rimangono ancora irrisolte, come

- il ruolo del rappresentante farmaceutico

- una gamma sensibile di prodotti e l'uso razionale di medicine

- le priorità della ricerca che includono la ricerca di nuovi farmaci per combattere le malattie tropicali.

Le esperienze più produttive sono state quelle che hanno riguardato progetti comuni. Tra queste:

- *lo sviluppo di un minilab*¹⁰, per il controllo della qualità delle medi-

cine sul campo. Mentre l'industria farmaceutica è primariamente interessata nel *minilab* per il suo potenziale di individuare le contraffazioni dei propri prodotti, il principio di questo esame può essere usato anche per controllare gli ingredienti delle medicine essenziali, scoprendo così una quantità di contraffazioni nei progetti dei nostri partner.

*Lo sviluppo di un manuale*¹¹ che mostri come l'industria possa fornire un aiuto efficace in caso di disastri, ad esempio seguendo le Linee Guida per le Donazioni di Farmaci, la compilazione di elenchi in cui le compagnie farmaceutiche forniscono informazioni ad esempio sulla qualità dei farmaci donati, il loro tempo di conservazione e possibili registrazioni. A loro volta, coloro che ricevono tale aiuto forniscono al donatore informazioni sui progetti per i quali si cerca assistenza allo scopo di giustificare la richiesta di aiuto.

Il paragone e l'adattamento di informazioni differenti sul prodotto per le stesse medicine vendute in Europa, Africa, Asia o Sudamerica.

Spesso l'informazione del prodotto copre più indicazioni quando è venduto nei paesi in via di sviluppo che non in Europa. Dopo lunghe discussioni, molte di queste discrepanze sono state eliminate.

Le discussioni più difficili sono state quelle relative alla valutazione dei bisogni effettivi dei prodotti individuali, fino a quale misura cioè essi possono essere classificati come irrazionali. Benché ci fosse un interesse commerciale nel continuare a vendere questi prodotti, un gran numero di loro è stato ritirato dal mercato da alcune compagnie farmaceutiche e, attraverso lunghe e difficili negoziazioni, è stato raggiunto almeno un successo parziale¹².

Futuri progetti riguardano il sostegno della ricerca nella medicina tropicale o la stesura di speciali accordi mediante prezzi differenti dei farmaci contro l'HIV/AIDS.

Negli ultimi anni il nostro dialogo con il VFA è stato reso più difficile dalle frequenti fusioni avvenute tra le compagnie dell'industria farmaceutica e dai continui cambiamenti nei nostri contatti. Inoltre, come risultato delle fusioni, alcune compagnie farmaceutiche tedesche ora hanno sede in altre città europee e hanno pertanto lasciato il programma nazionale di

dialogo. Sarebbe auspicabile che simili dialoghi potessero aver luogo in altri paesi industrializzati da parte di specialisti delle ONG e dell'industria farmaceutica.

Un *network* internazionale di tali dialoghi e lo scambio risultante da queste esperienze sarebbe certamente prezioso.

Dr. BERND PASTORS
Managing Director di Action Medeor
Board Member di Medicus Mundi
International
Germania

Bibliografia

¹ Background paper for the WHO-WTO secretariat workshops on differential pricing and financing of essential drugs, Hosbjørn, Noway, 8-11 April 2001: MORE EQUITABLE PRICING FOR ESSENTIAL DRUGS: WHAT DO WE MEAN AND WHAT ARE THE ISSUES?

² WHO medicines strategy: framework for action in Essential Drugs and Medicine Policy 2000-2003. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2000.

³ Deutsche Kommission Justitia et Pax: Das TRIPS-Abkommen bedroht die Menschenrechte der Armen, Juni 2001.

⁴ JACOBZONE, S. Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. Labour market and social policy – occasional papers number 40. OECD, Paris, 2000.

⁵ PECOUL, B ET AL, JAMA 281, 361 (1999), cited in Reich, M: The global drug gap, Science, 287, March 2000.

⁶ Annual Report 2000, Helping with Medicine all over the world, German Medical Aid Organization Action medeor e.V., Germany

⁷ MSF-Symposium Berlin 2000, Arzte ohne Grenzen-Symposium, Gesundheit – Opfer fortschreitender Globalisierung?

⁸ Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt, Positionspapier (ISBN 3-932535-27-8) der Gemeinsamen Konferenz Kirche und Entwicklung (GKKE) und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), Bonn 1999.

⁹ Médecins Sans Frontières International Homepage (www.msf.org), Fatal Imbalance: The Crisis in Research and Development for Drugs for Neglected Diseases, 2001.

¹⁰ Brochure German Pharma Health Fund (GPHF), The GPHF-Minilab®, Protection against counterfeited and substandard pharmaceuticals, 2001.

¹¹ Pressekonferenz Bonn 2001, The GPHG and Drug Donations in Emergency Situations

¹² Auswertung und Beurteilung der Firmenstellungsnahme zur Studie der BUKO-Pharmakampagne, DIFAM Tubingem 2001.

FERNANDO S. ANTEZANA ARANÍBAR

5. Il potere e la salute nelle strutture nazionali e internazionali

Come dice il titolo, questo intervento si propone di discutere i meccanismi d'azione che tendono a sensibilizzare e orientare i vari poteri che convergono nel mondo della salute, al fine di migliorare la situazione della salute nel mondo, in particolare tra le popolazioni più povere.

In questa linea si discute brevemente l'interrelazione e l'influen-

za dei diversi poteri, come già espresso in questa sede negli anni scorsi, per quanto riguarda la loro natura, obiettivi, interessi generali e particolari, ma anche le responsabilità di fronte alla società che è quella che, in diversi modi, genera l'esistenza di questi poteri. Il potere non può esistere nel vago, per questo la coscienza sociale è tanto importante per l'esistenza stessa

del potere, se si vuole che questo sia durevole e vitale.

Quando si parla di poteri, si devono anche distinguere i principi su cui essi si basano per quanto riguarda il campo della salute. In questo senso crediamo che i principi proclamati nella costituzione dell'OMS e che coincidono con molti dei principi cristiani, dovrebbero essere la base universale

per stabilire equità, giustizia sociale, cooperazione e solidarietà, morale ed etica nel mondo della salute e dei servizi sanitari.

Salute e potere, quale argomento più opportuno da dibattere trat-

sciando esempi notevoli del potere della fede cristiana nei processi di mantenimento e soprattutto di recupero della salute.

È qui che i sopra riferiti principi universali sulla salute dovrebbero

su necessità e non su desideri o privilegi, come pure al loro uso etico e deontologico.

Bisognerebbe aggiungere una quarta dimensione per completare il panorama e cioè la relazione tra settore pubblico e privato, includendo il fecondo lavoro delle ONG senza scopo di lucro nel campo della salute.

Le tre dimensioni su menzionate dipendono dall'interrelazione di forze e influenze dei vari poteri (interessi) che convergono nel settore sanitario. È indubbio, tuttavia, che le politiche sanitarie di paesi o regioni determinano il quadro generale per l'interazione dei poteri citati. Questo fatto riconosce la trascendenza della funzione normativa dello Stato, che è l'unico potere che possa e debba assolvere a queste funzioni, riflettendo così la politica sanitaria nazionale, le sue priorità e i parametri da seguire, quando entra in azione l'inter-gioco di interessi degli altri protagonisti. Altrimenti chi veglierà sulla sicurezza e la garanzia dei pazienti? Chi potrebbe altrimenti adempiere al ruolo di custode dell'equità e della morale? Tenuto conto di questo fattore basilare (il ruolo normativo dello Stato) si fanno più evidenti gli interessi degli altri poteri, siano questi accademico-scientifici, economici, tecnologici o altri.

All'interno di questo panorama, dobbiamo fare una considerazione speciale per quanto riguarda il ruolo dei prestatori dei servizi sanitari, tanto come istituzioni quanto come persone. Anche il ruolo e le funzioni di queste istituzioni e persone hanno espressioni di potere e, in molti casi, il loro potere ha un grande peso. In varie occasioni la privatizzazione dei servizi sanitari ha portato come conseguenza sicuramente una maggiore efficienza ma anche una maggiore iniquità, giacché essa è direttamente legata alla capacità di pagamento da parte dei malati o delle loro famiglie. Come tutti sappiamo, la persona ammalata è molto vulnerabile, desidera avere una dose logica di speranza ed è assolutamente disposta a fare qualunque sacrificio per se stessa o per i suoi familiari, in funzione di ciò che percepisce come problema di salute. Per questa circostan-



tandosi di un rapporto tanto complesso, importante e indispensabile e per queste stesse ragioni conflittuale, nel mondo globalizzato ed economicista di oggi. Ciò considerato, spero che siamo tutti d'accordo sul fatto che così come la salute dipende dai poteri che la riguardano e dalla loro interrelazione, essa stessa e i servizi sanitari possono essere, e in molteplici contesti lo sono, fonti di potere. Se è evidente che la salute è il dono materiale più apprezzato dall'essere umano, i servizi sanitari diventano, per logica conseguenza, la giusta speranza di ottenere prevenzione, cura e riabilitazione, quando la salute è compromessa. Allo stesso tempo, per conservare la salute, sono altresì fondamentali l'educazione, la promozione e l'informazione su uno stile di vita salutare.

Ma tutto ciò non può dipendere solamente dalla scienza pura. Esiste una notevole influenza di elementi sociali, spirituali e morali che fa sì che l'importante apporto medico-scientifico e culturale sia più efficace ed efficiente. Cono-

guidare un'azione coordinata e sistematica, tanto a livello delle strutture nazionali quanto, e ancor più, di quelle internazionali. Vorrei sottolineare a questo punto che la portata universale della Chiesa nella sua totalità fa di essa uno strumento imponente di promozione e applicazioni di questi principi.

Livello nazionale

Tre dimensioni sono utili per visualizzare la grandezza del tema e le possibili azioni da seguire per migliorarne l'efficacia e la portata.

Dimensione umana di giustizia sociale, equità, etica e morale, diritti umani.

Dimensione economica, in particolare per quanto si riferisce al finanziamento e al suo modo di operare, ai costi, alle forme di accesso, ai meccanismi di assicurazione sociale, ecc.

Dimensione tecnologica, che si riferisce all'uso razionale ed equo delle tecnologie sanitarie, basate

za è dovere dello Stato e della comunità proteggere e guidare i malati o le popolazioni a rischio.

Nel contesto nazionale deve essere stabilito il potere dello Stato così come la sua responsabilità. In questo senso, cosa fare per vigilare affinché queste funzioni nell'esercizio del potere riflettano le necessità reali della popolazione? È questa la ragione per cui credo che la partecipazione diretta e/o indiretta della comunità sia di cruciale importanza. A questo scopo è fondamentale identificare i meccanismi, i livelli e le forme in cui si realizza la determinazione delle decisioni del potere centrale statale. La diffusione dei fattori che influiscono sulla salute e la malattia, soprattutto in relazione a stili di vita, può essere un elemento primordiale nell'organizzazione sociale di un determinato contesto

mo già avuto occasione di ascoltare importanti e utili contributi in sessioni precedenti. Credo che ciò si relazioni con la necessità di realizzare un'azione coordinata e un'armonizzazione indispensabile degli sforzi dispiegati dai diversi protagonisti. Sarebbe utile chiedersi in questa riflessione se tali protagonisti hanno interessi e azioni ben più contrastanti e pertanto se operano guidati da questi interessi e non necessariamente dal bene comune e dai principi fondamentali a cui ci riferiamo, che sono espressi anche nell'ultimo documento di Missione e Principi dell'Associazione Internazionale delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche.

È in questa situazione che le funzioni normative e regolatrici del potere-Stato sono uniche e inalienabili per concedere la ga-

ferenza. Il pensare che siano altri a doversi incaricare di dinamizzare le azioni è un atteggiamento passivo, se non addirittura negativo. Per questo è importante agire con tutti i mezzi di cui disponiamo. Prima con l'esempio e poi con la diffusione e la promozione di principi, azioni e strategie. Esistono molteplici gruppi di persone ansiose di partecipare al tipo di azioni su menzionate e che aspettano solo un strada che permetta loro di svilupparsi, senza distinzioni di classe, guidati solo da quei principi e orientati ai fini perseguiti dalla comunità e dalle sue priorità.

Se conveniamo che la salute non conosce frontiere di razza, colore, religione, politica, economia, ecc., saremo d'accordo anche sul principio universale di accesso per tutti ad una migliore salute e a migliori servizi sanitari. Desidero sottolineare questo punto nell'importante ruolo che le ONG svolgono a livello nazionale, riferendomi più avanti al livello internazionale di queste organizzazioni che ogni giorno acquisiscono maggiore influenza nel settore sanitario in particolare e nel settore sociale in generale. È opportuno ricordare ancora una volta la distinzione tra ONG senza e con scopo di lucro. In salute questa distinzione è importantissima.

Livello internazionale

La salute e il controllo delle malattie, in particolare quelle trasmissibili, sono stati sempre un tema importante e di costante preoccupazione. È facilmente accettabile il fatto che le malattie non hanno frontiere, ancor meno nel mondo globalizzato in cui viviamo. Le malattie conosciute come non trasmissibili ancora oggi sono malattie comuni a tutta la popolazione del mondo, giacché le malattie croniche e collegate allo stile di vita sono diventate anche loro globalizzate come i mezzi di comunicazione, la televisione, il trasporto rapido. In dimensioni impensabili solo alcuni anni fa, la digitalizzazione, la comunicazione elettronica, l'e-mail, ecc., hanno promosso abitudini di culture diverse, soprattutto di quelle do-



umano. Si dimostra così la natura plurisetoriale della salute, come pure il suo profilo plurifattoriale. Riconoscendo questi fatti, potremo comprendere meglio come i diversi poteri influenzano la salute. L'educazione in generale e, in particolare, l'educazione sanitaria, sono condizioni importanti per migliorare il livello sanitario di una popolazione, mettendo in pratica forme di vita e condotte atte a conservare la buona salute e prevenire la malattia.

Rispetto agli altri poteri che influiscono sulla salute e sui servizi sanitari a livello nazionale, abbia-

ranzia che la comunità merita e domanda. Pertanto, l'influenza che la comunità può e deve esercitare nell'elaborazione e nell'applicazione di queste norme e regolamentazioni, è la base per lo sviluppo equo ed efficiente di qualsiasi sistema sanitario. È diritto dei cittadini eleggere coloro che amministreranno le risorse disponibili in un quadro di equità, solidarietà, etica e morale che inoltre siano compatibili con gli insegnamenti di Cristo e della Chiesa. Quale deve essere quindi il nostro lavoro nella comunità cristiana? Anzitutto mettere da parte l'indif-

minanti, che non sempre sono le più sane e compatibili con la salute pubblica né con il controllo adeguato delle malattie. Ad esempio: prima i problemi di nutrizione erano collegati quasi sempre alla fame e alla denutrizione con disastrose conseguenze nei paesi poveri. Oggi preoccupa oltremodo l'obesità, la supernutrizione per eccesso di grassi, la sicurezza alimentare quantitativa e qualitativa, la presenza di fertilizzanti e di pesticidi in prodotti alimentari che prima erano coltivati in modo del tutto naturale e in consonanza con l'ecologia e le caratteristiche proprie dell'ambiente.

Se a tutto questo aggiungiamo certi costumi e abitudini di vita cosiddetti "moderni" che promuovono pratiche incompatibili con la buona salute, come il tabagismo, il consumo esagerato di alcol, la mancanza di esercizio fisico, la concentrazione in centri commerciali in grandi superfici, i rifiuti solidi, il trattamento dell'acqua, ecc., l'immagine del mondo in cui viviamo sembra quella di un soggetto portatore di tutti quei fattori atti a renderlo presto un malato cronico a volte incurabile.

In questo scenario che sembra catastrofico, si evidenzia la natura internazionale della salute e della malattia, imponendo così la necessità di un'azione internazionale congiunta, coordinata e coerente di tutti i protagonisti internazionali della salute, rispettando sempre i principi di equità, solidarietà, etica e la pluriculturalità.

Sembra difficile, nel mondo di oggi, distinguere i protagonisti nazionali da quelli internazionali per ciò che si riferisce alla salute. I governi sono gli stessi e sono le stesse anche le ONG, specialmente quelle più influenti e che dispongono di maggiori risorse, le istituzioni accademiche e scientifiche vanno compenetrandosi e alcune aprono la strada che devono seguire le altre, che come sempre sono quelle che dispongono di minori risorse. Qual è quindi la differenza tra l'operato a livello nazionale e quello a livello internazionale in materia di salute? Le differenze sono varie, tanto per quanto riguarda la quantità quanto, e soprattutto, la qualità. Ne citero alcune per illustrare questa

affermazione. Ci sono almeno tre categorie di distinzione:

- ci sono i paesi ricchi, più sviluppati, all'avanguardia, il cui potere a livello internazionale si può apprezzare in tutti i fronti che abbiamo menzionato in relazione alla salute, ad esempio vaccinazioni sistematiche e accessibili.

- ci sono i paesi poveri, che sono la maggioranza anche come popolazione, che sono sempre i perdenti e che spesso devono optare per alleanze che non sempre sono quelle più convenienti e fattibili per loro.

- ci sono alcuni paesi che si trovano tra questi, non sono molti e, malgrado alcuni non lo pensino, sono quelli che presentano gli svantaggi di entrambi e solo alcuni dei vantaggi dei ricchi, a volte pretendendo ciò che non possono e mettendo da parte ciò che potrebbero. Presentano una serie di contrasti che è molto difficile superare e potenzialmente hanno grandi problemi sociali, per quanto riguarda la salute dei loro cittadini.

Con questo scenario mondiale, quale dovrebbe essere la strada da seguire?

Non c'è dubbio che esiste una grande componente politica per quanto riguarda l'azione internazionale in materia di salute. Questo fatto viene negato in molti forum però la realtà dimostra che la politica nella salute non è necessariamente politica sanitaria o per la salute.

Tutti sappiamo che è necessario condividere ideali, principi e obiettivi per un'azione coordinata, efficiente e basata, come abbiamo detto rapidamente, su equità, solidarietà e giustizia sociale. Per queste ragioni occorre chiedersi se in realtà queste tre categorie (arbitrarie) di paesi siano capaci di armonizzare i loro interessi in funzione di questi principi e ideali. La salute potrebbe servire da collante per ridurre le differenze esistenti nel mondo, in modo tale che ci siano migliori condizioni sanitarie per una migliore produzione umana, un migliore livello di vita per i meno favoriti e per rafforzare la pace?

Chiaramente la risposta teorica ed accademica è positiva, però la prassi e l'esperienza ci dimostra-

no che è molto difficile, se non impossibile. Devono avvenire grandi tragedie per convincerci che siamo tutti sulla stessa barca? Francamente spero di no. Cosa fare quindi?

Per raggiungere un livello di consenso internazionale sono sempre più evidenti l'urgenza e la necessità della partecipazione e dell'azione comunitaria. Questa partecipazione può avvenire in diversi modi, occasioni e livelli. Tuttavia esistono alcuni aspetti comuni e di cui vale la pena tener conto se si desidera realmente influire sulle strutture sanitarie nazionali e internazionali e sul loro cammino. Alcuni suggerimenti:

- conoscere le strutture governative e intergovernative in questione, come si sono formate, come sono strutturate e, soprattutto, come funzionano tanto a livello nazionale quanto internazionale (Organismi Internazionali).

- Conoscere il funzionamento delle ONG, non solo la loro struttura e funzionamento ma anche l'origine dei loro fondi e i loro meccanismi operativi nei paesi e/o comunità (oggi si sa che buona parte dei fondi delle principali ONG internazionali senza scopo di lucro provengono dai governi, il che rende *sui generis* la loro situazione in termini di cooperazione internazionale).

- evidenziare in modo tangibile le inquietudini esistenti in materia di salute, a volte come riflesso di iniquità maggiori e conflitti di interesse.

- Discussione aperta e trasparente dei fattori che determinano la salute e la malattia, che in gran numero sono fuori del controllo e dell'influenza del settore sanitario, es. contaminazione ambientale.

- Coscientizzazione di tutta la comunità sulla responsabilità di ognuno in relazione alla propria salute, come pure dell'ambiente che lo circonda e della comunità in generale (prestatori e beneficiari).

- Informazione e conoscenza dettagliate delle strategie nazionali e internazionali, includendo le priorità d'azione (*lobbying?*).

- Rispetto degli spazi socio-culturali delle comunità, includendo i concetti e le pratiche della medicina autoctona o tradizionale.

– Maggiore demedicalizzazione della salute, incorporando opportunamente la nozione della dimensione spirituale della salute.

Queste riflessioni possono essere utili per iniziare un dibattito allo scopo di giungere a determinate azioni che influiscano realmente nel fare della salute e dei servizi sanitari un bene per tutta la popolazione, cioè un bene universale. Per questo la nostra conferenza è molto importante.

È stata presentata, discussa e analizzata la relazione del potere (nelle sue diverse forme ed espressioni) con la salute e i servizi sanitari. Ritengo che questa conferenza e l'invito che abbiamo ricevuto dall'Ecc.mo Presidente

del Pontificio Consiglio della Pastorale per la Salute, Mons. Javier Lozano Barragán, non siano stati voluti per esprimere ancora una volta i nostri desideri o le nostre convinzioni, bensì per giungere a conclusioni e raccomandazioni pratiche su come agire in questo campo. Credo altresì che l'iniziativa del Pontificio Consiglio e del suo Presidente di riattivare e aggiornare l'AISAC (*Catholic Federation of Health Care Institutions*) è una dimostrazione di come rafforzare l'azione coordinata, sistematica ed efficiente nel campo della salute, per il più grande sistema di servizi sanitari esistente al mondo, cioè le istituzioni legate alla Chiesa cattolica e, an-

dando oltre, per l'azione ecumenica nel campo della salute.

Nel futuro incerto in cui viviamo agli albori del secolo XXI, ritengo una necessità l'azione decisa, coordinata, impegnata e partecipativa nel campo della salute e la prevenzione della malattia come un elemento in più verso la costruzione di un migliore intendimento tra gli esseri umani e il dialogo interculturale, la pratica della giustizia sociale e la solidarietà per un pace duratura ispirata agli insegnamenti cristiani.

Dott. FERNANDO S.
ANTEZANA ARANÍBAR
Già vice Direttore Generale dell'OMS

EDUARDO R. MONDINO

6. Cosa fare in relazione alla politica degli Stati

Desidero anzitutto esprimere il mio ringraziamento per l'opportunità offertami di presentare, in questa prestigiosa Conferenza Internazionale, l'opinione del Difensore Civico della Nazione Argentina sul tema di questo incontro, per contribuire all'analisi del diritto alla salute e dei rapporti di potere costituiti attorno al suo esercizio, alla luce del Magistero ecclesiale.

Allo stesso tempo, vorrei presentare la visione dell'America Latina sulla validità di questo diritto umano primario, consacrato da tutte le convenzioni internazionali e dalle Costituzioni nazionali dei nostri paesi ma reso altamente vulnerabile nella sua realtà e danneggiato nella sua validità.

In tal senso, secondo il Difensore Civico della Repubblica Argentina, per mandato costituzionale, per esercizio dello stesso e per

convincione personale, il *diritto alla salute è un diritto umano essenziale e primario*.

Per diritto umano intendiamo "...un diritto morale, integrale e universale che tutti gli uomini, di ogni luogo e qualsiasi epoca, devono avere e del quale nessuno dovrebbe essere privato ...In definitiva, un diritto che appartiene a ogni essere umano semplicemente per il fatto di essere uomo...".

È in questo contesto interpretativo e con questa stessa portata e profondità che intendiamo il concetto di "diritto alla salute".

In termini più specifici, il preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Salute dichiara:

primo, che il godimento del livello più alto possibile di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano e

secondo, che i governi sono responsabili della salute dei loro popoli e che questa responsabilità può essere adempiuta soltanto mediante l'adozione di misure sanitarie e sociali adeguate.

È qui che, in primo luogo, stabiliamo l'inseparabile legame tra "diritti umani" e "diritto alla salute" e interpretiamo che questo legame è di una tale profondità che non si può concepire la realizzazione dell'uno senza l'altro.

Per questo non accettiamo di equiparare i cittadini a "consumatori o utenti" dei servizi sanitari, perché essi hanno diritto alla protezione della salute come bene sociale e come diritto umano primario.

In secondo luogo, intimamente correlato al precedente e nell'ambito della responsabilità dello Stato, il cosiddetto "accesso alla salute" si costituisce in diritto sociale e

in "bene sociale" il cui conseguimento deve essere garantito dallo Stato.

Tale garanzia da parte dello Stato, nell'esercizio delle sue funzioni indeclinabili, trascende gli aspetti giurisdizionali, perché "un diritto umano non ha frontiere" e anche gli aspetti settoriali, perché questa stessa garanzia va oltre il settore (quasi esso sia: pubblico, privato o della previdenza sociale) che presta i diversi servizi sanitari.

La nostra realtà

L'analisi della realtà latino-americana in questa materia, che sicuramente coincide con quella di altri paesi detti "emergenti", "marginali" o in "via di sviluppo", ci permetterà di valutare il ruolo dello Stato nell'esercizio di questa garanzia e di individuarne i fallimenti.

In generale possiamo affermare che, negli ultimi decenni, i paesi latino-americani hanno conosciuto profonde riforme strutturali in campo economico e sociale, come conseguenza dei cosiddetti processi di "riforma dello Stato", di privatizzazione dei servizi tradizionalmente considerati "pubblici" e di concentrazione della ricchezza, con la logica e prevedibile iniquità nella distribuzione delle entrate generate.

Questi processi non sono stati accompagnati da adeguate politiche sociali di contenimento.

Questo fallimento e questa imprecisione, sicuramente variabili implicite nella stessa concezione di quei processi, hanno generato effetti negativi su una popolazione che non era stata debitamente assistita per sopportare tali conseguenze.

L'esito dei citati processi globali sono state le politiche particolari e congiunturali applicate in ogni paese. Per questo non si può dimenticare la considerazione dei cosiddetti "piani di adeguamento", consigliati dagli organismi multilaterali di credito come condizione per l'accesso a nuove risorse di finanziamento.

Tali piani di contingenza, eminentemente di carattere fiscalista, hanno colpito in generale l'esecu-

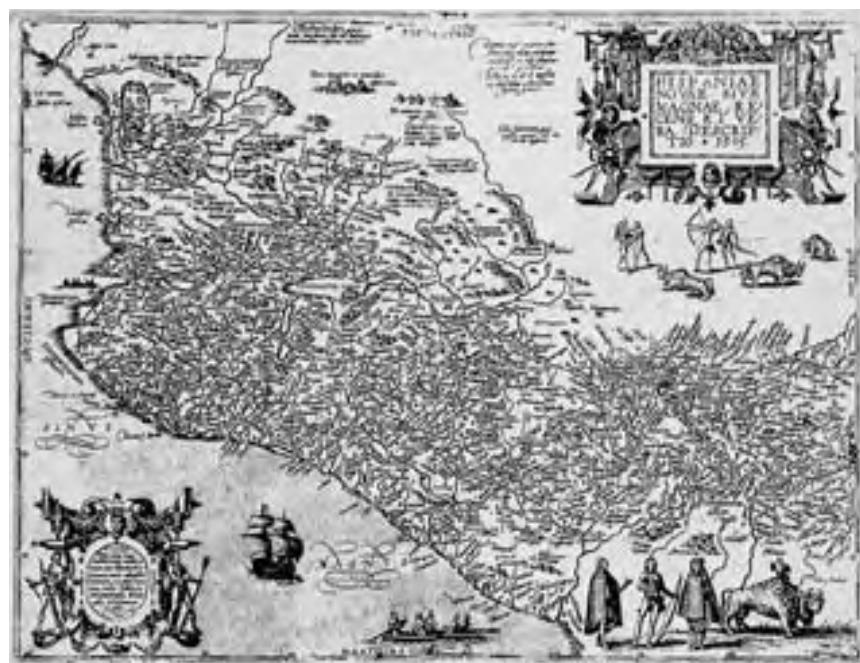
zione di programmi sociali e sanitari, in particolare in adempimento dei criteri di tipo economico i cui obiettivi non sempre coincidono con le necessità della popolazione e che, come sempre, pregiudicano quanti dispongono di minori risorse.

I diversi programmi di riforma dello Stato e i loro conseguenti "piani di adeguamento fiscale", hanno dato come risultato un'enorme paradosso, poiché l'obiettivo enunciato da quelle politiche pubbliche è sempre stato lo sviluppo di un modello in cui le prestazioni sociali e sanitarie fossero attività principali del nuovo Stato.

Questa dottrina, convertita in "politica di Stato", in materia di salute ha un'aggravante giacché ha significato, inoltre, la trasformazione di un *bene sociale* in una merce, soggetta pertanto alle regole dell'offerta e della domanda ed estranea a ogni questione vincolata alle finalità dello Stato.

Stando così le cose, gli Stati restano esclusi da quel ruolo protettore in materia di salute, lasciando la popolazione alla mercé degli andamenti del mercato.

Non porre riparo alle ingiustizie così provocate rende ancor più profonde le attuali differenze sociali, come conseguenza dell'ab-



Si supponeva che, a partire dalle privatizzazioni e dall'adeguamento delle strutture statali, fosse possibile raggiungere l'"ideale di uno Stato neoliberale" dedito, quasi esclusivamente, all'attenzione dei servizi di sicurezza, salute, educazione e giustizia.

Tuttavia, senza discutere il ruolo che si assegnava allo Stato, gli obiettivi enunciati erano lontani dall'essere raggiunti.

Una cruda concezione di redditività ha ispirato e accompagnato l'esecuzione di tali riforme, le sue conseguenze negative non si sono fatte attendere e, in materia di attenzione alla salute, oggi è facile constatare un reale "stato di indigenza della salute pubblica".

bandono o di una maniera inadeguata di trattare i pilastri tradizionali di ogni sistema sanitario quali "la prevenzione" e l'"attenzione primaria", situazione che si aggrava per la carenza di sufficienti e degne fonti di lavoro per quanti ne sono coinvolti.

Per riassumere, i risultati evidenti sono: esclusione sociale aggravata dalla disoccupazione strutturale.

Per questo è improrogabile fare gli sforzi necessari per capovolgere questi squilibri sociali, senza ignorare i reclami delle sue vittime e creare le condizioni per invertire la marginalità già installata nel tessuto sociale dei nostri popoli.

Per completare questa breve diagnosi, desidero esporre solo alcuni dati del settore sanitario della Repubblica Argentina.

Secondo il rapporto 2000 dell'Organizzazione Panamericana della Salute, l'Argentina ha fatto un forte investimento in materia di salute: tra 600 e 800 dollari per abitante l'anno, il che rappresenta tra l'8 e il 9% del PIL, occupando i primi posti nella graduatoria dei paesi dell'America Latina che più spendono nel campo della salute.

Dal rapporto si nota l'abbon-

ca della popolazione gode soltanto di una copertura da parte del sistema sanitario pubblico, percentuale che sicuramente crescerà se continueranno gli alti indici di disoccupazione, in quanto questa implica l'automatica migrazione della popolazione colpita dal sistema solidale delle opere sociali a quello del settore pubblico.

Tale realtà non è propria dell'Argentina ma riflesso e conseguenza delle condizioni descritte e, sicuramente, è simile in molti altri paesi.

Nuovo ruolo dello Stato

In questo contesto, è evidente che la società aspira a uno Stato presente, che intervenga in funzione della sua responsabilità di preservare l'insieme sociale che lo configura.

Nessun abitante di una qualsiasi nazione si aspetta né pretende che lo Stato sia assente. Al contrario, si aspetta e pretende uno Stato che concentri i propri sforzi nella realizzazione dei principi su cui si fondano le necessità della propria esistenza.

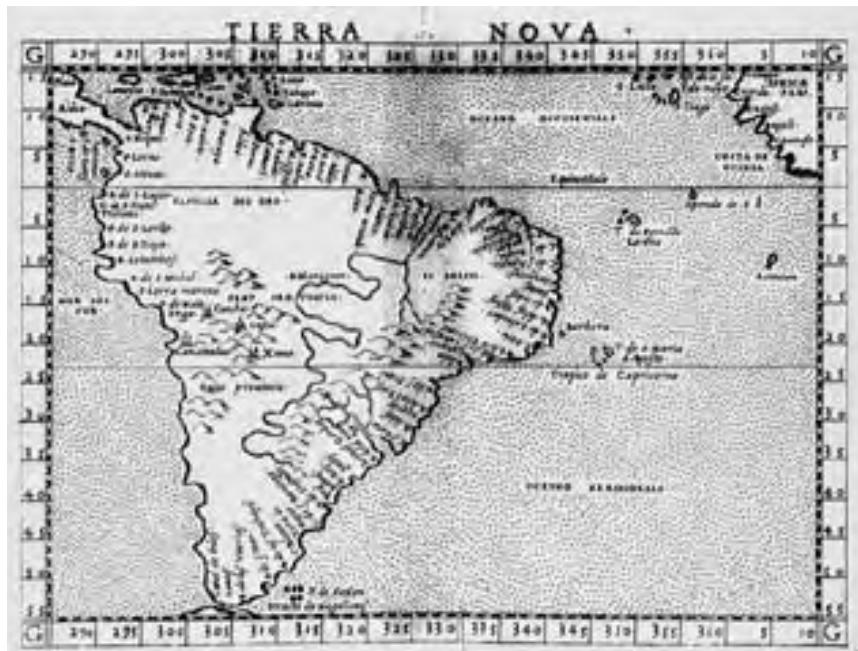
Per questo, nell'attuale contesto storico e con nuove sfide per la difesa della dignità dell'uomo, oggi dobbiamo parlare ancora dei ruoli dello Stato, per quanto riguarda le sue finalità essenziali e i suoi conseguenti obiettivi d'azione politica.

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito al passaggio da uno "Stato di benessere", con funzioni in eccesso che soffocano la libertà e lo sviluppo individuale, a uno "Stato neoliberale", con delega di funzioni al mercato che attenta alla sicurezza e all'equità sociale.

È l'analisi di questo processo di cambiamento che ci permette di rivalutare la dottrina sociale della Chiesa, in materia di validità del principio di sussidiarietà come criterio di definizione del ruolo dello Stato. Principio che deve essere inteso senza cattive abitudini totalitarie, per quanto riguarda l'assegnazione allo Stato di funzioni che possono essere assolte dai singoli, né andamenti liberali o neoliberali, che lasciano l'ordinamento sociale nelle mani del mercato, dimenticano l'uomo e logorano ogni funzione regolatrice e di controllo.

Recuperiamo dalle Encicliche pontificie il principio di sussidiarietà dello Stato come colui che coniuga armoniosamente, nell'esercizio delle sue funzioni, libertà, sicurezza e giustizia sociale.

Nell'interpretazione integrale del principio, lo Stato non deve realizzare quelle funzioni che possono essere assolte dai singoli individui o da unità sociali gerarchicamente minori; però, quando queste unità minori non sono in condizioni di realizzarle o non sono di loro interesse (ad esempio



danza e la qualificazione delle risorse umane in Argentina, l'adeguata offerta educativa, la capacità esistente in materia di edifici e numero di posti letto. Ma si osserva anche che "con queste valide risorse i risultati del sistema sanitario non sono soddisfacenti, né al pari con esse...".

Viene segnalata la presenza di differenze regionali notevoli e indicatori di iniquità, per quanto riguarda le possibilità di accesso e di uso delle risorse, giacché queste variano notoriamente secondo il settore sociale o la regione del paese di cui si tratta.

Inoltre il rapporto precisa che il 45% della spesa totale in campo sanitario è sostenuto dalle famiglie, con un divario crescente di accesso al sistema tra i settori ad alto e basso reddito.

Infine, si calcola che il 38% cir-

vi sono un grande sforzo di investimento annuale nel sistema e adeguati indicatori globali in materia di risorse umane e materiali applicati al settore sanitario. Però, come risultato finale si ottiene: disuguaglianza nel trattamento tra gruppi sociali e anche all'interno dello stesso gruppo, diseguale copertura geografica, assenza del servizio pubblico per coprire le necessità degli esclusi dalla privatizzazione di servizi e prestazioni e dalla corruzione strutturale dei sistemi di previdenza sociale.

In definitiva, l'inefficiente applicazione di risorse pubbliche scarse e la primazia dei criteri di redditività nell'attenzione del servizio implicano una mancanza di protezione e l'esclusione sociale di crescenti frange della popolazione.

per loro scarsa redditività), lo Stato si deve assumere il compito di difendere le sue finalità essenziali.

Agendo così, lo Stato non dimenticherà che l'insieme sociale aspira ad essere trattato come *cittadino* e non come *cliente o utente* di un sistema dispensatore di servizi. E ciò è particolarmente vero quando si tratta dell'attenzione alla salute della popolazione.

Quando espongo quest'ultimo requisito essenziale sono cosciente che mi sto addentrando nel tema della *crisi dei concetti di cittadino e cittadinanza*.

“Il concetto di cittadino non si esaurisce nella sua definizione giuridico-politica, bensì acquista significato nel suo esercizio quotidiano, nella sua realtà e nella sua idealità”, come dicevo nell’ultimo Congresso dell’Istituto Internazionale dell’“Ombudsman”, realizzato a Durban, in Sudafrica, nel novembre del 2000. E aggiungevo che “la mancanza di connessione tra le basi teoriche della cittadinanza e le vie pratiche della sua concretezza è stata evidenziata nelle realtà delle democrazie latino-americane, quando si paragona il differente accesso dei cittadini allo sfruttamento dei beni e ai diritti oggettivi e soggettivi”. “Cittadini impossibilitati ad accedere a un lavoro, che rimangono socialmente e culturalmente al di sotto dei limiti della sopravvivenza economica, sanitaria e educativa e mancano perfino di una rappresentazione propria, evidentemente mettono in questione non solo la loro condizione di cittadini bensì il senso dei loro diritti umani”.

Con questo voglio solo segnalare quale è la sfida a cui ci troviamo di fronte quando parliamo del nuovo ruolo dello Stato e di questo come agente di iniquità, per assicurare l’accesso ai cosiddetti “beni sociali” e la piena validità dei diritti umani.

Ruolo del Difensore

In questo quadro della realtà, per mandato della Costituzione Nazionale, riformata nel 1994, al Difensore Civico spetta “la difesa e la protezione dei diritti umani e degli altri diritti, garanzie e interessi tutelati dalla costituzione e

dalle leggi, per quanto riguarda fatti, atti o omissioni dell’Amministrazione e il controllo dell’esercizio delle funzioni amministrative pubbliche”.

Questa missione del Difensore, nell’ambito dei diritti umani e in quello della realtà del suo esercizio, implica il compito permanente di *evitare ogni forma di discriminazione e non permettere nuove forme di esclusione umana e sociale*. Se così non facesse, egli comprometterebbe il suo prestigio e la sua credibilità, giuridicamente, politicamente e moralmente.

In questo compito gioca un ruolo fondamentale il reclamo del cittadino che giunge alla nostra Istituzione, giacché la sua voce mantiene desta la coscienza collettiva e impedisce che le necessità restino nell’oblio.

In questo senso, intendiamo che l’Istituzione del Difensore Civico, come ricevente il reclamo, è nelle condizioni di mostrare le conseguenze di quei modelli di sviluppo che non hanno come primo riferimento l'uomo e, allo stesso tempo, apportare dati della realtà al potere amministrativo, responsabile finale nel disegno delle politiche pubbliche.

Ciò avviene perché il Difensore Civico, da un lato costituisce una porta aperta al contratto quotidiano e permanente con il singolo individuo, destinatario finale di ogni politica dello Stato. Dall’altro lato, egli realizza il controllo delle funzioni amministrative pubbliche partendo dalla sua finalità ultima, cioè la difesa e la protezione dei diritti umani, di tutti i diritti umani e per tutti. Come risultato di questo compito, il Difensore Civico disporrà di una diagnosi permanente e attuale dei risultati finali dell’azione dello Stato.

Il Difensore Civico risulterà quindi, in quanto tutore e promotore dei diritti umani, un valutatore efficace dell’adempimento delle finalità dello Stato.

La congiunzione di questi compiti si traduce in raccomandazioni e rapporti che il Difensore presenta annualmente al Potere Legislativo della Nazione.

Dalla lettura e dall’analisi di tali raccomandazioni realizzate dal Potere amministrativo dello Stato, dipenderà l’impatto dell’apporto



del Difensore Civico al processo di disegno delle politiche pubbliche.

Ma nulla, *neanche il totale disconoscimento delle stesse*, invaderà questi compiti perché la loro validità si fonda nella reclamo del cittadino reale che ricorre all’“Ombudsman” perché sente vulnerati i suoi diritti.

Un contributo

Nel quadro del ruolo del Difensore come colui che contribuisce al disegno delle politiche pubbliche per il settore sanitario, desidero sottoporre alla considerazione di questa Conferenza alcuni concetti contenuti nella “Carta di Ljubljana” del 1996 dell’Organizzazione Mondiale della Salute che, insieme all’apporto della nostra modesta esperienza in materia, possono costituire principi che orientano un necessario processo di cambiamento in questo campo.

Semplificando, riassumo tali concetti come raccomandazioni al potere amministrativo dello Stato:

primo, investire nelle capacità del servizio sanitario, assicurando il rispetto del principio di universalità dell’accesso e della copertura geografica in ogni territorio nazionale;

secondo, vigilare affinché la riforma del sistema sanitario si realizzi partendo da una riflessione profonda dei fattori che ne condizionano l’evoluzione e da un’ana-

lisi rigorosa degli scenari del suo futuro sviluppo;

terzo, andare al di là dei modi meccanici, unidimensionali e volontaristici di disegnare politiche e comprendere il cambiamento dei sistemi sociali adottando una concezione dinamica e interattiva;

quarto, sostenere l'idea che un cambiamento del sistema deve fondarsi sul cittadino e garantire una vera assunzione di responsabilità da parte dei diversi attori impegnati nella sua realizzazione;

quinto, adottare forme di sviluppo equilibrato del sistema, approfittando al massimo degli sforzi di concertazione e creando le condizioni per un'evoluzione graduale a medio e lungo termine, senza trascurare il rigore e l'opportunità dell'azione a breve termine.

In questo modo possiamo lavorare per instaurare principi di equità nel disegno delle politiche pubbliche: equità geografica, al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie tra paesi e regioni, equità socio-economica, per evitare disuguaglianze tra uguali ed equità sanitaria nel trattamento dei diversi gruppi a rischio.

Conclusione

Al fine di essere preciso riguardo alla mia partecipazione come istituzione che si occupa delle di-

fese del popolo universalmente racchiuse nell'"Ombudsman", desidero concludere incorporando, come proposta epistemologica, una breve teoria di articolazione tra Stato, Potere e Salute, oggetto centrale di questa Conferenza Internazionale.

– Lo Stato come organizzazione soggetta al bene comune e generatrice dello stesso.

– Il Potere come strumento di facoltà concesse legittimamente, ma che si legittima solo se garantisce un equilibrio di uguaglianza nella società, senza coazioni né omissioni, in funzione del bene comune.

– Salute come diritto naturale alla natura umana, senza necessità di classificazioni o aggettivazioni, proprio per il fatto di essere natura. Filosoficamente Sant'Agostino diceva: Dio perdonava, perché è Padre misericordioso; gli uomini perdonano a volte, la natura non perdonava per il fatto di essere natura.

C'è qui, perciò, la misura del Diritto Umano alla Salute e di conseguenza la ragione di articolazione tra Stato-Potere-Salute, allo stesso tempo, c'è il riferimento condizionante del tutore di questo Diritto, il Difensore Civico, che in primo luogo e prima di qualsiasi dialettica o legislazione imprecisa o forzata, è per antonomasia il Difensore Civico di esseri umani, *nella loro natura umana*.

Noi, nella nostra Istituzione, abbiamo voluto che il tema-oggettivo fosse: *rendiamo credibili tutti i diritti umani*, primo fra tutti, quello della natura umana, di tutti gli uomini e di tutto l'uomo.

Affinché la teoria di cui sopra funzioni, l'articolazione a cui faccio riferimento si trova di fronte a un bivio, il più conflittuale nella relazione degli uomini tra di loro: *il senso del potere*. Perché il potere, frequentemente svilito, come rivelato da Max Weber nel suo libro "Sulla teoria delle scienze sociali", "è la capacità di forzare o coartare qualcuno, affinché questi, benché preferisca non farlo, faccia la tua volontà a motivo della tua posizione di forza".

Tutti sappiamo cos'è il potere. Il mondo è pieno di potenti che lo hanno distorto, violentando i diritti umani. Ciò avviene anche nelle politiche, negli atteggiamenti e nelle omissioni nei riguardi della salute.

Di conseguenza il potere, per essere valido, deve basarsi sull'esercizio dell'autorità, in funzione del bene comune nei rapporti sociali e collettivi significativi per la vita, dal concepimento fino alla morte.

Per questo l'universalità di autorità che proviene da Dio, come autore della vita totale di tutto e totale per tutto, è il principio e la fine della salute: fisica, psichica, spirituale, morale e intellettuale.

Così quindi la salute è una totalità, al di là della definizione dell'Organizzazione Mondiale della Salute e di qualsiasi puntualizzazione superficiale delle costituzioni umane imperfette o fallibili.

Ciò presuppone, di conseguenza, nell'ambito della teoria che ho voluto apportare a questo incontro, la definizione per i Difensori Civici come quadro-contesto verso l'equità nell'uguaglianza degli uguali: il loro ruolo di tutori dei Diritti Umani e nell'articolazione tra Stato, Potere e Salute in funzione della natura umana.

Dott. EDUARDO R. MONDINO,
Difensore Civico della Nazione.
Repubblica Argentina.
Direttore dell'Istituto Internazionale
dell'"Ombudsman" (IOI)



LUCIANO SANDRIN

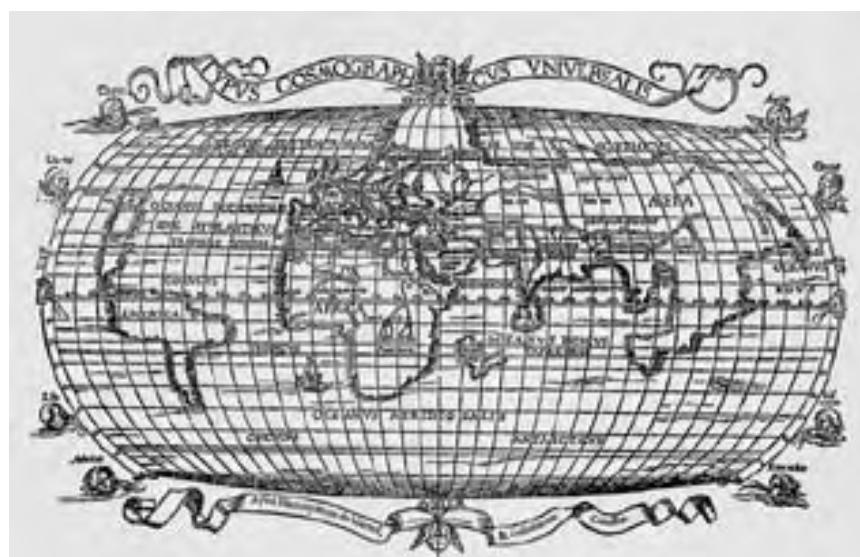
7. Educare alla relazione tra tutti i soggetti della cura

1. Una formazione che continua

Uno dei motivi dell'attuale disagio (e conseguente *burnout*) che interessa in modo particolare chi lavora nel mondo sanitario sta nello scarto, percepito e vissuto, tra le richieste alle quali è quotidianamente sottoposto e le risorse (tecniche e relazionali) di cui può disporre. Le "attese" sulle capacità professionali di chi lavora in ambito sanitario superano, spesso, le sue *competenze reali*¹.

Nell'analizzare le richieste cui è chiamato a rispondere, valutarne il senso e la portata, vedere se debbano e possano essere realmente soddisfatte e fissare delle priorità, il professionista sanitario può accorgersi che è inadeguata la sua formazione sia a livello di *contenuti* sia di *abilità* ma anche, e soprattutto, di *atteggiamenti* con i quali entrare nel lavoro e gestirlo in modo "salutare", per se stesso e per i malati che si vogliono curare. Se l'apprendimento di tutto ciò avviene in primo luogo nel *curriculum formativo*, cioè nel momento in cui si va a scuola e ci si prepara ad una specifica professione, deve però continuare attraverso una formazione che accompagni l'attività terapeutica e sia adeguata alle esigenze che man mano, proprio nel mondo sanitario, possono (anche velocemente) cambiare.

Obiettare che "val più la pratica che la grammatica" può portare fuori strada: il rapporto con il malato e con chi soffre è troppo delicato per essere lasciato al caso e imparato attraverso "prove ed errori". La qualità di vita e la salute delle persone ne guadagnano certamente di più se l'*agire* è illuminato e continuamente indirizzato da un *sapere* aggiornato, sia in ambito tecnico sia relazionale. La for-



mazione, per essere adeguata alle nuove esigenze, deve continuare perché è il luogo dove l'esperienza viene confrontata, i problemi focalizzati, le crisi elaborate, nuove modalità di intervento progettate e conseguenti strategie programmate. Se il sapere illumina e rinnova il nostro fare, è l'operare che interroga, provoca, vitalizza, rende "storico" il nostro sapere, specialmente nelle professioni che, come quelle sanitarie, implicano una relazione di aiuto e di cura mai completamente prevedibile e "catalogabile".

Ma il tipo di formazione che si sceglie, cioè il *sapere* che deve guidare in modi adeguati il nostro *saper fare* nel mondo sanitario, non può eludere alcune domande "antropologiche" fondamentali: chi è il partner della nostra relazione? Che cosa chiede domandando di essere curato e guarito? Quale tipo di relazione dobbiamo intendersi con lui per rispondere, in modo efficace, alla sua domanda di salute? Quale modello antropolo-

gico sottostà e dirige la nostra relazione di cura?

A quali modelli, ad esempio, ci rifacciamo nel modulare la nostra relazione di cura? A modelli militari (combattiamo una malattia e il malato è il campo di battaglia), sportivi (non si può che vincere o perdere la partita e il malato è il trofeo della vittoria o il segno della sconfitta), tecnologici (legati all'efficienza dei mezzi a disposizione, non sempre nostri preziosi aiuti ma troppo spesso nostri sostituti e padroni), economici (c'è chi fornisce una prestazione e chi la deve pagare e i conti devono sempre tornare) o politici (è un luogo dove esprimiamo un servizio alla comunità o dove ci istalliamo per gestire un potere)? O, pur non demonizzando tutto ciò, la nostra relazione di cura ha un più ricco modello antropologico che la fonda e che, nel riconoscimento non solo teorico ma pratico di una reciprocità relazionale, ci invita ad essere rispettosi della ricchezza di chi fa la domanda di cura e ad essere

“critici” sulla nostra (a volte riduttiva e povera) modalità di porci in relazione.

Una formazione che non sia semplice *lifting* per meglio vendere il prodotto-salute non può sfuggire a queste domande e non leggere con attenzione i cambiamenti in atto nel mondo sanitario. Non è mia intenzione fare un’analisi esaustiva di tutto ciò ma solo proporre alcune riflessioni utili per il nostro tema.

2. La riscoperta del soggetto

Non c’è contraddizione tra la critica di una “ideologia della tecnica” (della sua egemonia anche in ambito sanitario e insensibilità dinanzi alle angosce e alle sofferenze del malato e di chi gli sta accanto) e il riconoscimento della sua importanza per un miglioramento della cura. “Non c’è contraddizione nella misura in cui ogni forma tecnica di intervento sia immersa nel contesto di una intersoggettività radicale e di un’atmosfera psicologica e umana: che consentano ai pazienti di sentire intorno a sé, non fredde applicazioni di categorie tecniche, ma presenze umane capaci di ascoltare e di fare, contemporaneamente assistenza e terapia”, capaci di *ad-sistere* (stare accanto) e *therapeuein* (servire e curare)².

La terapia e l’assistenza non possono essere tali se non all’interno di rapporti in cui la dignità umana della persona malata è pienamente riconosciuta in tutti i momenti e contesti del percorso di cura. L’ambiente sanitario ed il rapporto di cura sono spesso criticati per la mancanza di “umanità”. Un discorso che vale, però, non solo per i casi di “malasanità” ma anche per un certo modo di relazionarsi con chi soffre e che chiama in causa la *visione di persona* che sta a fondamento di *una formazione che “si rivela” poi nel processo di cura*. In questo processo, ad esempio, l’uso del farmaco e della tecnologia, sia a livello di indagine che di intervento, finisce molto spesso per far ritenere “non funzionale” (se non proprio disturbante) il riconoscimento del malato come soggetto e l’attenzione relazionale a lui come persona.

Nel nuovo contesto socio-sani-

tario “in cui da una parte la persona vive il fascino della moderna tecnologia applicata alla medicina e dall’altra avverte il disagio, sia per l’impersonalità delle procedure, specialmente a livello ospedaliero e della medicina specialistica, sia di fronte al vissuto di disorientamento legato alla settorializzazione degli interventi conseguente il predominio del concetto di competenza che al massimo giunge a preoccuparsi del dolore fisico ma molto raramente delle condizioni soggettive di benessere-malessere e quindi della sofferenza, è riemerso anche qui in modo evidente *il bisogno di soggettività*”³.

Il malato vive spesso sulla sua pelle un sentimento di *frantumazione*, di essere guardato e curato da vari operatori sanitari, ognuno dal suo punto di vista, senza il dovuto rispetto della sua interezza. Gli viene rimandata nella relazione di cura, come in uno specchio, un’immagine frantumata e parziale. Perché la *risposta curante* ridia unitarietà al soggetto che la chiede e continuità narrativa ad una biografia che la malattia interrompe, c’è bisogno, anche nella relazione terapeutica, di riscoprire il modello di *alleanza*. C’è quindi la necessità di un patto in cui i due partner si prendano sul serio nell’interezza della loro personalità e dell’implicito esperienziale cui sia la domanda di cura sia la risposta ad essa rimandano: non solo *l’interezza del malato ma anche di chi lo cura*.

Alleanza terapeutica è il nome che si può dare alla relazione tra un malato e chi lo prende in cura quando tale relazione è intesa nella sua dimensione più radicalmente esistenziale: all’interno di un’esperienza di malattia si solleva una domanda di cura, cui un soggetto competente promette di prestare aiuto. La malattia non è però semplicemente alterazione di una parte dell’organismo e l’impegno terapeutico non si esaurisce in un organo da far funzionare, in un virus-nemico da combattere, in qualcosa che possa venir totalmente oggettivato. La *domanda di cura*, la richiesta di aiuto che il sofferente fa a chi gli sta intorno, è carica di un’attesa più ampia della semplice prestazione tecnica, “è ricerca cioè, da parte del sofferente, della propria vera identità, di che cosa

sia venuto realmente meno nel dramma della malattia, di che cosa dunque egli ultimamente cerchi, domandando salute e infine quale nome meriti il Dio che ha consentito il male”. Rispondere alle attese del malato non può dunque ridursi alla sola offerta di servizi tecnici. La domanda di cura è la richiesta da parte di chi soffre di un suo riconoscimento come persona, di una salute che gli interventi tecnici, da soli, non possono mai pienamente soddisfare⁴.

Ma questa *attenzione al malato come soggetto* deve andare oltre le “dichiarazioni di intenti” e può trovare luogo espressivo nella relazione terapeutica solo se è stata imparata, e fatta propria, lungo tutto il curriculum formativo.

Nel *motu proprio Dolentium hominum*, Giovanni Paolo II ci ricorda che nel suo servizio ai malati e nel suo approccio al mistero della sofferenza “la Chiesa è guidata da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio” e, considerando la malattia e la sofferenza, aggiunge che queste “non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell’uomo, ma l’uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale”. La persona umana deve quindi essere compresa come *unità globale*. Questo è del resto il modello antropologico che la Bibbia ci propone. L’uomo è una realtà integrale, complessa e articolata espressione di più dimensioni distinguibili ma non separabili: la dimensione somatica, quella psichica, quella relazionale e quella spirituale. Tutto ciò ha profonde implicazioni nel rapporto con il malato (a livello medico, infermieristico, psicologico, tecnico e pastorale) e nel tipo di formazione che deve rendere capaci di riconoscere l’unità globale del malato, pur attraverso un approccio specialistico (e quindi dovutamente parziale) che si concentra su qualcuna di queste dimensioni.

Nell’esperienza di *crisi* della malattia la persona che soffre viene chiamata a riscoprire la sua *unità globale* pur nell’emergere differenziato delle sue dimensioni, a cogliere la sua *autotrascendenza*, ossia la sua incessante ricerca di senso che la porta ad uscire da sé stessa per andare oltre l’attuale condi-

zione. Egli è portato a concepire la sua esistenza come *dialogicità* e relazionalità all'interno di un progetto di alleanza con Dio e con coloro che, prendendosi cura non solo della sua malattia ma di lui come malato, colgano le voci della speranza nella sua invocazione di cura e gestiscono con competenza e discrezione il suo affidarsi a loro⁵. Non poche volte questo affidamento dà luogo ad una relazione paternalistica (e quindi infantilizzante) se non proprio ad una *rapporto di potere*. Se nel parlare di alleanza terapeutica il riferimento è al modello biblico di alleanza, c'è bisogno di qual-

ficietà, vivendolo come *temporaneo e limitato* anche quando, per vari motivi, tende a durare nel tempo. Ciò vuol dire anche difendere la vita del paziente, soprattutto la *dignità e qualità della sua vita*, attenti a non mascherare dietro "il bene del paziente" la soddisfazione di qualcosa che si radica altrove, come ad esempio motivazioni, spesso inconsce, di controllo e di potere.

Nella malattia e nella disabilità la situazione di dipendenza e la capacità di essere autonomi subisce continue fluttuazioni, ma anche il bisogno di essere protetti non è

sollevare gli altri dalla "cura", sostituendosi loro nel prendersi cura, *intromettendosi* al loro posto. Questo aver cura assume, per conto dell'altro, il prendersi cura che gli appartiene in proprio. Gli altri risultano allora espulsi dal loro posto, retrocessi, per ricevere, a cose fatte o da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui si prendevano cura, risultandone del tutto sgravati. In questa forma di aver cura, gli altri possono essere trasformati in dipendenti e in dominati, anche se il predominio è tacito e dissimulato. Questo aver cura, come sostituzione degli altri nel prendersi "cura", condiziona largamente l'essere assieme e riguarda per lo più il prendersi cura degli utilizzabili. Opposta a questa è quella possibilità di aver cura che, anziché porsi al posto degli altri, li *presuppone* nel loro poter essere esistentivo, non già per sottrarre loro la "Cura", ma per inserirli autenticamente in essa. Questa forma di aver cura, che riguarda essenzialmente la cura autentica, cioè l'esistenza degli altri e non *qualcosa* di cui essi si prendono cura, aiuta gli altri a divenire consapevoli e *liberi per la propria cura*⁹.

3. Soggetti in relazione

Interessanti, a questo proposito, sono anche le riflessioni sull'immagine del "guaritore ferito": non esiste uno speciale archetipo del guaritore e del paziente ma essi sono aspetti dello stesso archetipo riesprimibili da ambedue i partner della relazione. La relazione di cura è salutare solo quando l'operatore sanitario non si identifica rigidamente nel "guaritore" ma si riconosce ferito ed è, per questo, capace di "vibrare alle sofferenze altri", senza indebite identificazioni, risvegliando nel paziente la sua forza di guarigione¹⁰.

Nel rapporto terapeutico è importante però essere attenti a non "oggettivare" nessuno dei due partner della relazione. Nella ricerca di ricostruzione di un'identità che la malattia mette in crisi la persona chiede aiuto a chi lo cura. Ma se questi "riduce" (ed impoverisce) la sua identità dentro un ruolo, o si fa rappresentare o sostituire dalla tecnica, non può cogliere (o non può



che attenzione, non ultima quella di non identificare l'operatore sanitario, in qualche modo, con Dio e il malato con il popolo al quale Dio offre la sua alleanza. Nell'*alleanza terapeutica operatore sanitario-malato*, ognuno dei due partner è immagine, in modi diversi, di Dio e del suo popolo, del Cristo-samartiano e del Cristo-malato.

Quando la persona si ammala ed entra in una istituzione di cura, affida se stesso agli altri, mettendo nelle loro mani la sua vita ed anche la sua autonomia. Il rischio è che i vari operatori sanitari si facciano "padroni della sua vita" azzerando la sua autonomia e rendendola sempre più dipendente anche sul piano psicologico e funzionale. Aiutare, guarire o anche solo curare e riabilitare significa accettare l'*affidamento* della persona in dif-

sempre assoluto e definito una volta per sempre⁶. Se la relazione terapeutica deve essere rispettosa della "soggettività" del paziente ed attenta al mantenimento di una buona qualità di vita, il principio fondamentale è il riconoscimento della sua *autonomia* che resta sempre possibile anche in presenza di una dipendenza che rimane⁷.

Il malato è estremamente "vulnerabile", già ferito dalla malattia e dal dolore ma reso ancor più fragile da inadeguate modalità relazionali: le "ferite" di chi cura il malato, le sue *in-consistenze* non riconosciute, le sue ansie, i suoi conflitti non risolti e le sue *in-competenze* relazionali rischiano di debordare anche in forme, più o meno celate, di controllo, di violenza e di potere⁸. "L'aver cura – scrive Heidegger – può in certo modo

che negare) questo bisogno di identificazione del malato obbligandolo a stare dentro un ruolo – il *ruolo di malato* – con il quale (soltanto) sa porsi in relazione. La relazione dell’operatore sanitario con il malato non è allora che una relazione tra personaggi (tra maschere), tra ruoli funzionali al loro interno, ma non tra persone. Solo accettando la domanda di identificazione che il malato fa, l’operatore sanitario può scoprire, o riscoprire, la ricchezza della sua stessa identità e solo così la sua risposta di cura può esprimere il ricco modello antropologico di curante che, nella persona del Cristo, buon Samaritano, il Vangelo ci affida.

Un’articolata formazione umanistica non deve ridursi, però, a far apprendere *tecniche relazionali* per convincere il malato ad accettare la cura eaderirvi (*compliance*). Essa deve aiutare a *saper stare nella relazione*, ad essere attenti all’integralità esperienziale e comunicativa del malato (preziosa anche per una diagnosi più accurata perché attenta ai lati simbolici e comunicativi del sintomo) senza fughe ma anche senza illusioni. È la persona-curante il farmaco principale ed è un farmaco che sviluppa la sua forza terapeutica attraverso la relazione.

La guarigione della persona attraverso i percorsi della malattia “richiede che si ascolti non soltanto quello che preme per essere ascoltato (spesso si tratta di un’organizzazione di sintomi che fa da paravento alla vera causa del malessere, impedendo alla persona di modificarsi in profondità), ma anche e soprattutto quello che è stato “scomunicato”, cioè sottratto alla comunicazione. Si può, in altre parole, usare la propria competenza nel guarire per “tenere a distanza” ciò che è veramente importante”¹¹ ma che può risvegliare nell’operatore sanitario il *difficilmente gestibile*, e quindi rimosso, il *mondo interiore*.

Anche l’uso della tecnica può rispondere nei curanti a questo bisogno di difesa. Ne deriva un regime terapeutico caratterizzato dal trascurare tutto ciò che può riportare al centro il malato, la sua storia, i suoi problemi, le sue emozioni e cioè tutti gli aspetti esperienziali nel rapporto di cura.

Questo è raramente intenzionale ma porta automaticamente al risultato che, più ancora degli stress-indotti-dalla malattia, siano gli *stress-indotti-dall’ospedale-e-dal-rapporto-di-cura* ad inserirsi come fattore patogeno nell’esperienza di malattia.

C’è bisogno, se si vuole migliorare la relazione di cura, di rivedere (già a livello di curriculum formativo) il modello terapeutico di

e al quale si risponde troppo spesso in maniera puramente tecnica, senza averne prima decifrato *il senso* che ha per quella persona, il posto che tiene nella sua vita e in quella della sua famiglia¹³.

Una visione antropologica integrale della persona (ed una formazione che ne tenga conto) ci aiuta a leggere la sua malattia come rottura di un equilibrio che, se pur ha la sua matrice a livello somatico, in-



riferimento, passando da un modello *centrato sulla malattia* che diviene facilmente *centrato sul medico, sull’infermiere o sull’istituzione* ad un modello *centrato sul malato*. Nella medicina centrata sul paziente la relazione diventa un momento del processo di cura che ha come protagonista il malato, attenta a cogliere quali siano i significati che egli dà alla malattia, i *sentimenti* da essa generati, le *aspettative* e i *desideri* con cui si rivolge al medico e all’istituzione sanitaria, il contesto familiare, sociale e culturale in cui è inserito¹².

Questo avviene solo all’interno di una relazione *empathica* in cui l’operatore sanitario è capace di *decentralizzare* il fuoco dell’attenzione da sé stesso (dalle proprie categorie mentali e dalle proprie emozioni) al malato e al suo vissuto. Egli deve saper cogliere anche l’implicito delle comunicazioni del malato, della sua domanda di cura e del suo dolore: un messaggio in codice che non sempre viene decifrato

teressa la persona nella sua globalità e nelle varie dimensioni in cui essa si esprime. La riflessione etica ed il tipo di formazione che essa motiva, deve quindi sempre più interessarsi della difesa e promozione della vita e della salute della persona in tutto il suo percorso vitale e, quando debole e malata, in tutto il percorso terapeutico. Ciò deve avvenire perché *tutta la cura sia rispettosa del malato*, della sua dignità, della sua soggettività, dei suoi diritti e doveri, primo fra tutti quello di essere partner attivo nel processo di cura e perché, soprattutto, la relazione terapeutica non deborda in forme più o meno “nascoste” di controllo e di potere.

Se l’uso della tecnica e del farmaco diventa sostitutivo della relazione impoverisce non solo il malato ma anche chi lo cura. La *ri-scoperta del soggetto* non vale solo per il malato ma anche per chi lo cura e non può non influenzare i modelli formativi che vengono proposti.

4. Relazioni condivise

Nonostante nuove definizioni e dichiarazioni, riguardo alla salute non è ancora avvenuto, sia in ambiti sanitari sia nel più largo mondo sociale, un vero cambiamento culturale. Troppo spesso le varie dimensioni che la costituiscono vengono viste come separate, al massimo confinanti, forse solo sommabili, ma non tra loro interagenti in un dinamico equilibrio in cui il soggetto è chiamato (e aiutato se occorre) a trovare via via *un suo baricentro*. E questo non solo nella pratica terapeutica ma soprattutto nella formazione che la deve preparare¹⁴.

Eppure dovrebbe essere chiaro che non è possibile per un singolo operatore sanitario rispondere alle profonde ed esigenti domande di guarigione del malato, fare con lui un'alleanza terapeutica che non lo deluda o che non debordi in una relazione paternalistica o di potere, se non facendo obbligatoriamente alleanza con tutti quelli che hanno in cura il malato (e ne hanno a cuore la sua salute integrale). Vanno condivise competenze e sensibilità, accettando di essere tutti insieme *tasselli di un unico mosaico terapeutico*, senza la pretesa che siano la propria visione e forma di intervento professionale a gestire o dominare il processo di cura. La malattia come la salute interessano la persona nella sua interezza e perciò rimandano ad una *grande alleanza* di fattori. Anche la terapia deve essere frutto di un riuscito mosaico di conoscenze e competenze professionali. Solo insieme i vari operatori sanitari realizzano un'adeguata terapia. Solo insieme diventano comunità terapeutica e salutare in cui il malato, al centro di differenti sguardi conoscitivi e di varie relazioni professionali, viene curato nella sua interezza, in tutte le dimensioni in cui la sua salute entra in crisi¹⁵.

In un nuovo modello antropologico di salute e di cura, la *collaborazione* tra i vari operatori sanitari non può essere frutto di "benevolenza" o semplice amicizia ma preciso dovere etico (e quindi trovare adeguati spazi formativi) se si vuol rispondere all'integralità della domanda del malato e alle profondità del suo bisogno di cura, di guarir-

zione e di salute. Per rimanere attenti ai vari aspetti della domanda di cura da parte del malato (e di chi gli sta accanto) ed essere capaci, per rispondere ad essa, di "*con-laborare*", c'è bisogno di una formazione, per molti aspetti *nuova*, che renda capaci di cogliere l'interezza della persona malata dietro alle sue espressioni parziali e di dialogare rispettosamente con tutte le altre professioni sanitarie, "*con-dividendo*" con i vari protagonisti della cura conoscenze e relazioni.

La cura del malato presuppone la capacità di cogliere la ricchezza della sua domanda, saper leggere il suo dolore, i suoi vissuti emotivi, le sue relazioni, la sua sete di significati e la sua tensione verso la trascendenza e attuare (perché formati a farlo) un tipo di cura che risponda integralmente, pur da diversi cammini specialistici, al suo bisogno di guarigione. C'è bisogno, quindi, di "*deprivatizzare*" l'alleanza terapeutica, senza nulla togliere all'importanza (diversa a seconda del tipo e dei contesti di cura) di alcune figure professionali.

La *relazione operatore sanitario-malato*, per essere *sanante*, non può che essere dentro ad una più ampia *relazione comunità terapeutica-malato* nella quale il rapporto con il malato è anche relazione con la sua famiglia e con il contesto socio-culturale in cui vive. Scrive Edmund Pellegrino: "L'era in cui le etiche dei vari operatori sanitari potevano essere concepite solo in termini di transazioni individuali con i singoli pazienti è passata. Le obbligazioni morali diadiche sono importanti come sempre ma ora esse sono inserite dentro contesti istituzionali e collettivi"¹⁶. La risposta al bene del paziente non può essere "monopolio" di un singolo professionista. E, di questo, anche la formazione deve farsi carico. L'alleanza terapeutica deve diventare, quindi, anche alleanza tra tutti coloro che del malato si prendono cura.

Già Ippocrate aveva capito quanto l'ambiente – fisico e culturale – incida sulla salute ed aveva affermato che una società democratica è più salutare in quanto garantisce dignità alla persona¹⁷. Un discorso, il suo, ancora attuale. Il presupposto di una società aperta è innanzitutto la consapevolezza che

nessuno, nel cammino dell'umano conoscere, può possedere tutta la verità. Questa consapevolezza della parzialità del nostro sapere ci rende aperti all'ascolto e alla discussione delle nostre posizioni. La *consapevolezza della nostra umana fallibilità* è il motore del progresso scientifico e tecnico perché ci impone il confronto nel tentativo di risolvere sempre nuovi problemi e sono la *libertà* e la *responsabilità* che garantiscono una società aperta. Se la democrazia si basa sulla fallibilità, sulla libertà e responsabilità, condivide i suoi presupposti con la salute che ci impone di prendere le redini della nostra contingenza, nella consapevolezza che siamo finiti ma che abbiamo la responsabilità del nostro limite.

La salute non è uno "stato", un equilibrio dato, ma è un equilibrio continuamente riconquistato in un confronto interno ed esterno. Educare alla salute significa quindi educare all'umiltà intellettuale e alla libertà e responsabilità. Non bisogna cercare la salvezza sulla terra, il farmaco in grado di curare tutto perché questo sarebbe illusorio: *la nostra visione*, proprio perché umana, è necessariamente prospettica e dobbiamo affrontare i vari problemi "dialogando" con chi si pone da altre prospettive, proprio perché non siamo Dio e non possiamo avere il suo occhio. La dignità della medicina olistica sta nella sua esigenza nobile di cu-



rare tutto l'uomo ma nella coscienza che ciò è un'utopia, una speranza e non una certezza, che la salute è un *già di salvezza* di un *non ancora* che mai potrà essere espresso completamente su questa terra.

Educare alla salute e alla sua cura è anche educare all'inevitabilità della malattia, segno di debolezza ma anche luogo di responsabilità, terreno di sfida personale ma anche comunitaria, perché la lotta contro la malattia va affrontata con spirito autenticamente competitivo (nel senso di *cum-petere*, e cioè di cercare insieme). Per questo il sapere che sta alla base di una cura *salutare* non può essere cen-

piegare la vita alla loro nobile, ma ansiosa, necessità di pianificazione. E rischiano spesso di fabbricare idoli. Più realisticamente è importante formare *ingegneri gradualisti* che impegnano la loro forza e la loro responsabilità nella cura e nell'attenzione verso il malato e di chi soffre, nella consapevolezza che dovranno affrontare nuovi problemi ogni giorno: professionisti che cercano la guarigione ma che sanno che non potrà mai essere definitiva. E sanno che non possono agire da soli.

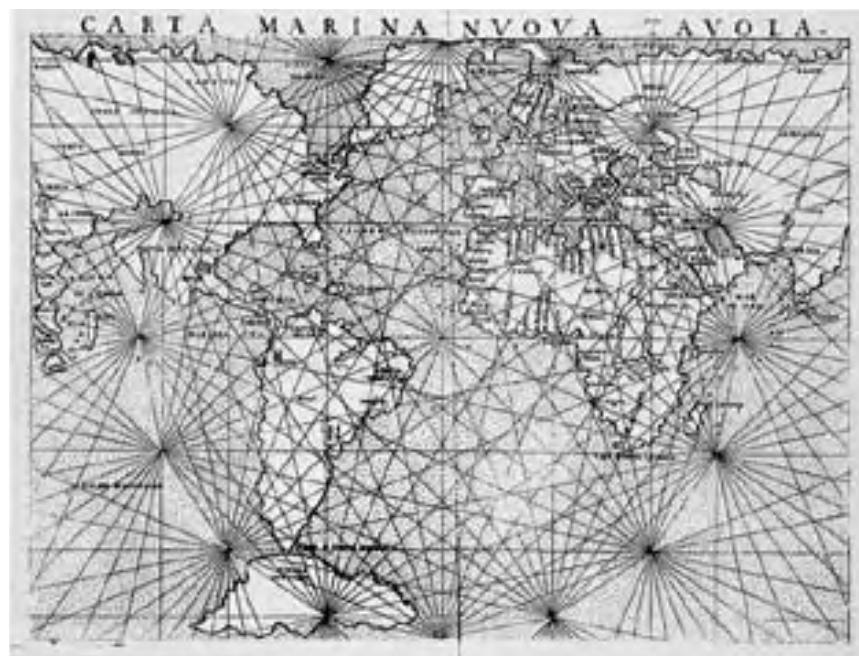
Formare *buoni operatori sanitari* significa allora formare *maestri della contingenza*, esperti nel cura-

specifico dell'uomo. E "ragionando insieme" si possono discutere e stabilire compiti e competenze, diritti e doveri.

L'educazione alla comunità, alla *con-responsabilità*, al *con-vivere* e al *con-dividere*, al dialogo e alla reciprocità delle relazioni, è fondamentale perché significa educare ad essere *uomini liberi* e responsabili, ad essere un *io maturo* in rapporto con un *tu che ci interpellà* e di cui, in alcuni casi, occorre farsene carico per non tradire la nostra umanità. Tale educazione ci rende disponibili a camminare perché coscienti che la *patria* non è ancora stata raggiunta e che le approssimazioni sono tutte contingenti. Ma questa *patria*, per quanto non oggettivabile, è il motore, la *condicio sine qua non* del nostro pensare e del nostro agire, lontana e paradossalmente vicina. È l'*intimior intimo meo* agostiniano, lo spirito trascendente che ci abita e ci rende autentici perché ci libera dall'empirico e dal banale richiamandoci continuamente a finalità ultraterrene, è l'*amore* che ci fa comprendere le differenze e ce le fa valorizzare.

I professionisti della salute, nel loro cammino formativo, sono chiamati oggi a "ri-scoprire insieme" i valori e i significati della propria relazione di cura¹⁸ e soprattutto a far propria, attraverso una formazione iniziale e continua, una "cultura dell'intersoggettività" che non è, anche nelle sue fondazioni umane, se non "cultura dell'umiltà"¹⁹.

P. LUCIANO SANDRIN, M.I.
Preside dell'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
"Camilianum"
Roma, Italia



tralizzato e, a volte, può essere trovato anche in luoghi insospettabili e in voci poco autorevoli, nel malato e in chi gli sta amorevolmente accanto.

L'*umiltà intellettuale*, la *capacità di interagire* e la *responsabilità*, che sono a fondamento sia della dinamica della democrazia che della dinamica della salute e della cura, sono presupposti di carattere intellettuale e morale che forniscono i criteri per la formazione, la collaborazione e la condivisione delle specifiche competenze a servizio di chi soffre.

Certamente gli *ingegneri utopici della sanità* che pretendono sempre di anticipare ogni problema, anzi di sconfiggere la possibilità della sua insorgenza, pensano di

re "insieme" le ferite ma anche nel saperne fare buon uso, mettendo in comunione valori e progetti come membri di una *comunità morale* che non si limita semplicemente a condividere delle abitudini (una forma di vita acquisita con l'educazione e non rivalutata in senso critico) ma fa appello alla *responsabilità* di ciascuno: una comunità che condivide *modalità simili d'azione* perché si pone dei *fini comuni* e cerca di attualizzare gli stessi *valori*.

La comunità ha continuamente bisogno di essere *salvata* dal rischio di relazioni *non-sane*, dalla strumentalizzazione dell'altro e dal dominio e il farmaco universale per questo è il *dialogo*, dato che la comunicazione razionale è lo

Note

¹ Sul tema del *burnout* cfr. la mia voce *Burnout e lavoro sanitario* (e la bibliografia segnalata) in CINÀ G., LOCCI E., ROCCETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane Torino 1997, pp. 157-161. Questo dizionario sarà citato in seguito come *DTPS*.

² BORGNA E., *Noi siamo un colloquio. Gli orizzonti di conoscenza e di cura in psichiatria*, Feltrinelli, Milano 2000², pp. 188-202 (la citazione è a p. 199).

³ PINKUS L., *Senza radici? Identità e processi di trasformazione nell'era tecnologica*, Borla, Roma 1998, p. 147. Il corsivo è mio. Cfr. anche MARHABA S., (a cura di), *Salute, ben-essere e soggettività. Nuovi orizzonti di significato*, McGraw-Hill, Milano 1999.

⁴ CATTORINI P., *Alleanza terapeutica*, in *DTPS*, pp. 30-37 (la citazione è a p. 31).

⁵ CINÀ G., *Antropologia nel mondo della salute*, in *DTPS*, pp. 64-78.

⁶ VERSPIEREN P., *Respecter et promouvoir l'autonomie du malade*, in *Revue d'éthique et de théologie morale "Le Supplément"* 1 (1995), pp. 47-60.

⁷ Cfr. DAVEGGIA L., SANDRIN L., *L'autonomia possibile. Attenzioni psicologiche nella riabilitazione del disabile*, Camilliane, Torino 1996 e SANDRIN L., *Autonomia e dipendenza della persona anziana in una prospettiva psicologica*, in CARETTA F., PETRINI M., BERNAEVI R. (EDS), *La cura della persona anziana. Manuale per gli operatori sanitari*, Vol. II, CEPSAG Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma 2001, pp. 121-133.

⁸ Cfr. SANDRIN L., *Etica del contenimento*, in CESTER A. (a cura di), *Legare i vecchi*, Edup, Roma 1995, pp. 57-63 e CARETTA F., *L'uso dei mezzi di contenzione: aspetti clinici ed etici*, in CARETTA ed Altri, *op. cit.*, pp. 145-165 e l'ampia bibliografia riportata.

⁹ HEIDEGGER M., *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 1976 (or. ted. 1927), pp. 157-158.

¹⁰ Cfr. BRUSCO A., *Guaritore ferito*, in *DTPS*, pp. 565-568 e GUGGENBÜL-CRAIG A., *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere 'assoluto' del terapeuta*, Raffaello Cortina, Milano 1987 (or. ted. 1983).

¹¹ SPINSANTI S., *L'ascolto nella pratica sanitaria. Gli interrogativi fondamentali*, in AA.VV., *L'ascolto che guarisce*, Cittadella, Assisi 1989, p. 21.

¹² Cfr. MOJA E.A., VEGNI E., *La comunicazione e la relazione fra medico e paziente nella medicina patient centered. The patient centered model in medicine*, in BOSIO A.C., CESABIANCHI M. (a cura di), *Contributi per la medicina*, Numero speciale di "Ricerche di psicologia", 4 (1996)-1 (1997), pp. 444-445 e MOJA E.A., VEGNI E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000. Sulla psicologia del malato vedi SANDRIN L., *Psicologia della salute e della malattia*, in *DTPS*, e SANDRIN L., *Compagni di viaggio. Il malato e chi lo cura*, Paoline, Milano 2000.

¹³ Cfr. SANDRIN L., *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza*, Paoline, Milano 1995. Cfr. anche NIELSEN N. P., *Pillole o parole? Relazione verbale e rapporto psicofarmacologico*, Cortina, Milano 1998.

¹⁴ Cfr. BRESCIANI C., *Salute. Approccio storico-culturale*, in *DTPS*, pp. 1073-1079 e una

lettura critica della definizione dell'OMS in LOZANO BARRAGÁN J., *Teologia e medicina*, Dehoniane, Bologna 2001, pp. 11-20.

¹⁵ CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il mosaico terapeutico*, Camilliane, Torino 1997. Per un approfondimento teologico-pastorale cfr. SANDRIN L., *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2001.

¹⁶ PELLEGRINO E. citato in KHUSHI G., *Organizational ethics and the medical professional: reappraising roles and responsibilities*, in THOMASMA D.C., KISSEL J.L. (editors), *The health care professional as friend and healer. Building on the work of Edmund D. Pellegrino*, Georgetown University, Washington D.C., 2000, p. 158.

¹⁷ Queste ultime riflessioni sono il risultato di una conversazione con Palma Sgrecia.

¹⁸ Gli specialisti del settore stanno riscoprendo i significati e i valori anche come antidoto allo specifico stress lavorativo chiamato *burnout*. Cfr. CHERNISS C., *Beyond burnout. Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment*, Routledge, New York and London 1995, in modo particolare, il cap. 14: *What's missing? The quest of meaning* e MASLACH C., LEITER M., *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erikson, Trento 2000 (or. ingl. 1997), specialmente il cap. 7: *promuovere i valori umani*, pp. 121-137.

¹⁹ Cfr. BORGNA E., *op. cit.*, pp. 200-201.

EDGAR WIDMER

8. Azioni pratiche da promuovere per gli Ospedali e gli altri Centri Sanitari

Parlando di salute, potere ed azioni da promuovere nei confronti di ospedali ed altri centri sanitari, prenderemo in considerazione come referente primario le Istituzioni all'interno del cosiddetto *District Health System* (Sistema Sanitario Locale) (DHS). Il DHS è un'organizzazione di assistenza sanitaria decentralizzata, funzionale e coerente, il cui scopo è quello di implementare l'assistenza sanitaria di base per una determinata fascia di popolazione attraverso la partecipazione delle comunità, e garantirne l'attenzione alle necessità locali. Il sistema

si rivolge alla comunità, ha in prima linea la salute e come referente principale l'ospedale. L'assistenza sanitaria di base racchiude i servizi di assistenza – sia terapeutica che preventiva e di promozione – disponibili, raggiungibili, economicamente accessibili ed accettabili per tutti¹. Il DHS è il fulcro del Sistema Sanitario Nazionale, così come la famiglia è la cellula della società. Attualmente, le riforme in corso nella politica sanitaria favoriscono la decentralizzazione, concentrando le maggiori responsabilità sugli enti di assistenza sanitaria locali. A que-

sto livello troviamo principalmente Istituzioni sanitarie appartenenti alla Chiesa. La sfida è di integrare meglio queste Istituzioni nel DHS, intensificando le *partnership* tra governo e servizi dipendenti dalla Chiesa.

Considerando che circa il 40% dei servizi sanitari nell'Africa sub-sahariana appartiene alle Chiese, ci si rende conto di quale sia l'enorme potenziale di integrazione di queste Istituzioni non-governative nel DHS, in vista dell'ottimizzazione del servizio sanitario globale. La responsabilità dell'integrazione è in mano a co-

loro che detengono il potere. Noi del *Medicus Mundi* collaboriamo da più di trent'anni con oltre 250 ospedali ecclesiastici. Nel condividere questa nostra esperienza con voi, siamo testimoni di importanti cambiamenti che riguardano “salute e potere a livello locale”.

1. Cosa intendiamo per potere?

Leggiamo nel testo introduttivo di questa conferenza che potere significa *forza unita ad intelligentia*. Vorrei proporre di aggiungere a questa definizione che *potere dovrebbe essere la capacità di generare consenso*. Il consenso legittima il potere.

2. Chi ha potere?

Secondo la legge, il potere è nelle mani del proprietario dell’Istituzione. Il potere è legato alla responsabilità e viceversa.

Ma, chi è la *persona giuridica* dell’Istituzione? Chi è il proprietario? È il Vescovo, la Diocesi, la Parrocchia, una congregazione, una fondazione ecclesiastica o un’associazione? L’Istituzione appartiene alla persona giuridica della Diocesi, o possiede uno *status giuridico separato*?

La maggior parte degli ospedali appartenenti alla Chiesa manca di uno status giuridico separato. Ciò potrebbe ostacolare la trasparenza ed essere causa di un difficile rapporto sia con i governi, sia con le Istituzioni benefatrici. Un ospedale ecclesiastico dovrebbe avere il proprio organo direttivo, responsabile verso il proprietario, ma non soggetto alla sua arbitraria interferenza. Esiste la necessità di maggior autonomia ed autogestione all’interno delle diverse strutture ed entità di una diocesi ed è inoltre necessario stabilire chiaramente quale tipo di responsabilità e competenze vengono loro delegate.

Un proprietario intelligente sa che, malgrado egli detenga potere e responsabilità, non è l’unico a decidere degli affari. Egli dovrà affidarsi a tutti coloro che svolgono i diversi servizi. I responsabili

devono essere competenti nel proprio settore, siano essi i medici, i diversi addetti sanitari o l’amministratore. Tutti loro hanno autorità e potere decisionale, mantenendosi sempre nell’ambito degli interessi globali dell’Istituzione come stabilito nella dichiarazione degli intenti e della politica dell’Istituzione stessa. Un proprietario saprà anche che coloro che procurano il denaro, sia che si tratti del governo, dei pazienti o dei donatori, lo fanno di solito a determinate condizioni.

3. Quali norme e quali fattori determinano il potere?

a. la visione della Chiesa del proprio impegno per la salute

A livello globale, il concetto del ministero terapeutico² trae origine da Cristo stesso come descritto nel Vangelo, dalla tradizione della Chiesa attraverso i secoli e dal suo Magistero.

Tutti riconosciamo a questo Pontificato il merito di avere, per la prima volta nella storia, creato uno specifico Dicastero mediante il *Motu Proprio Dolentium Hominum*. Questo Dicastero per la Pastorale della Salute coordina, tra l’altro, l’opera delle Associazioni Internazionali Sanitarie Cattoliche come la Federazione Internazionale delle Istituzioni Cattoliche di Assistenza Sanitaria. Lo scorso anno, questa Federazione ha fornito nuove direttive per il lavoro futuro. In esse viene fortemente raccomandato di opporsi fermamente alle nuove tendenze di mercantilismo nel mondo sanitario, di difendere la politica del non-profit a beneficio di tutte le fasce della società, di rafforzare la posizione delle Istituzioni della Chiesa ottimizzandone il coordinamento, e di sostenere le iniziative tese a migliorare le *partnership* con i governi.

Il Vaticano ha dato pieno appoggio ad un’iniziativa lanciata dalla *Medicus Mundi International* (MMI) che, in occasione dell’Assemblea Mondiale sulla Salute, ha promosso una risoluzione per “Impegnare le ONG per la salute” o, in altre parole, “Rafforzare la fornitura del servizio sanita-

rio migliorando il partenariato tra strutture di assistenza sanitaria pubbliche e private”³.

A livello locale, alcune Conferenze Episcopali, unitamente a professionisti sanitari laici cattolici, hanno elaborato *Dichiarazioni di Intenti e di Politica*. Esempi eccezionali sono le dichiarazioni recentemente approvate in Uganda⁴, alle quali hanno contribuito tutti i vescovi del paese, il *Catholic Medical Bureau* di Kampala, il Nunzio apostolico e molti esperti. In esse sono descritte le diverse strutture del potere, quali l’autorità e le competenze del proprietario, il ruolo del consiglio di amministrazione, dell’amministrazione e dello staff medico. Queste dichiarazioni sono in linea con le specifiche realtà del paese, tengono conto delle riforme in corso nel settore sanitario e sono attente alle conseguenze determinate nel mondo sanitario dal paradigma/cambiamento di Alma Ata. La Dichiarazione di Alma Ata sull’Assistenza Sanitaria Di Base nel 1978 e la Conferenza di Harare nel 1987, che definiva il Sistema Sanitario Locale, hanno modificato l’impegno tradizionale della Chiesa verso gli infermi. Questo impegno si è ora ampliato verso il miglioramento della salute, la difesa della vita e la tutela della dignità umana. Strategie come l’assistenza sanitaria di base e la prevenzione sono diventate essenziali. Lo slogan “Salute per tutti e salute per l’uomo nella sua totalità” è diventato un nuovo concetto che risponde ampiamente alle strategie dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, come è stato confermato nell’incontro di Roma del 1997, quando si discusse su “Chiesa e salute nel mondo, attese e speranze alle soglie dell’anno 2000”⁵.

Secondo la summenzionata visione complessiva e nazionale del ruolo delle Chiese nei confronti della salute, un vescovo dovrebbe essere incoraggiato ad elaborare un *concetto diocesano per la salute* e ad istituire una Commissione Sanitaria Diocesana, dalla quale egli potrà delegare dei rappresentanti presso le Commissioni Sanitarie Pubbliche a livello locale. I rappresentanti del Governo, d’altro canto, dovrebbero essere invi-

tati a partecipare alle commissioni della Chiesa, istituzionalizzando una *partnership* ben strutturata.

b. La politica degli organismi nazionali di coordinamento dei servizi sanitari della Chiesa

A livello nazionale, la Chiesa dovrebbe avere un'unica voce. Il potere dei diversi proprietari di ospedali dovrebbe essere convegliato attraverso gli enti nazionali, ed i servizi sanitari della Chiesa dovrebbero essere coordinati con incarichi chiari nei *centri medici cattolici o cristiani* già esistenti.

Questi organismi di coordinamento dovrebbero incoraggiare la cooperazione ecumenica ed inter-religiosa al fine di incrementare il potere di negoziazione nelle trattative con il governo. Una posizione forte potrebbe persino essere utile nel fornire contributi alla formulazione della politica sanitaria nazionale.

Le Istituzioni sanitarie dovrebbero essere identificate come *appartenenti alla Chiesa* esclusivamente sulla base della propria fedeltà alle Dichiarazioni di Intenti e di Politica, e non semplicemente sulla base della proprietà legale da parte della Chiesa⁶.

c. L'Istituzione necessita di un concetto di pastorale sanitaria che sia attento al paradigma/modifica dalla precedente pastorale per gli infermi verso una pastorale più ampia a favore della salute e del suo sviluppo, diretta anche agli operatori sanitari, una pastorale che educi in modo fattivo il singolo e la comunità, che incoraggi il loro senso di responsabilità nei confronti della salute e che si opponga al mero consumismo⁷.

d. Le Istituzioni collegate alla Chiesa si devono ispirare ad uno specifico carisma cristiano. Ogni uomo dovrebbe essere chiamato con il proprio nome, così come Cristo ci chiama con il nostro nome. Il carisma non è una questione di cordialità stereotipata, esso è soprattutto amore, compassione e rispetto, poiché l'amore, unito alla speranza ed alla fede, è il più importante fattore terapeutico. La dignità di ciascun uomo deve essere al centro del nostro interesse, l'umanitarismo deve ergersi al di so-

pra di tecnologia e scienza⁸. Coloro che detengono il potere stabiliscono dei modelli con i loro stessi atteggiamenti.

e. L'Istituzione è vincolata a standard etici. Essa dovrebbe avere un proprio Comitato Etico per affrontare questioni come le scelte per i poveri, la non-discriminazione, la giustizia, l'accessibilità, il sostegno della solidarietà, la pietà e l'empatia verso i bisognosi.

f. L'Istituzione è vincolata ai Diritti Umani

La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani è stata elaborata nel 1948. La dichiarazione di Alma Ata, trent'anni dopo, indica il

rispetto della propria dignità, alla salute, dobbiamo riconoscere che ciascuno di questi elementi dipende dalla solidarietà umana e perciò è necessario salvaguardare gli interessi economici, culturali e politici della società⁹.

Ogni paese si trova a dover affrontare il dilemma della ripartizione del denaro, con il problema di quanto spendere per la salute e quanto a ciascun livello.

Un'Istituzione può trovarsi a dover affrontare l'inquietante domanda: chi deve morire quando i mezzi non consentono la sopravvivenza di tutti e nessuno vuole morire? Come è possibile decidere le priorità all'interno di un particolare sistema di assistenza sani-



conetto di assistenza sanitaria di base come una strategia importante per raggiungere il diritto alla salute. Tuttavia, nella dichiarazione dei diritti umani sono connaturati alcuni conflitti:

- richieste ed esigenze possono essere controverse,
- dirigenti scientificamente validi possono essere socialmente non accettabili,
- interessi individuali e necessità della comunità possono essere contrastanti.

I diritti della società possono venire prima dei diritti dell'individuo. Esiste una gerarchia di valori. Pur sapendo che ogni essere umano ha diritto alla sicurezza, al

taria? Il diritto alla salute e la volontà di curare, ci consentono di trascurare il nostro obbligo verso ciò che Dio ha creato? I progressi nella ricerca medica suscitano molte domande bio-etiche. I diritti umani sono strettamente legati ai valori etici e la fede deve affrontare la realtà quotidiana. Anche cercando di assumere le decisioni attraverso discussioni interdisciplinari, stabilire degli standard etici non significa ottenere l'accettazione di ogni nuova tendenza praticabile. Sono in corso dibattiti molto delicati ed è necessario stabilire dei limiti, specialmente nel campo della medicina riproduttiva¹⁰.

g. La maggior parte delle Istituzioni private senza scopo di lucro ha funzione pubblica e dovrebbe essere parte integrante della *politica sanitaria nazionale*. Tali Istituzioni devono adeguare la propria politica alla legislazione sta-

h. L'Istituzione si deve attenere a direttive mediche professionali, come ad esempio le decisioni che riguardano l'individuazione delle priorità, o la definizione del tipo di assistenza. Le discussioni relative all'ottimizzazione dell'assi-

spese, una gestione ed un'amministrazione ottimali¹².

L'Istituzione necessita di denaro per gli investimenti, la manutenzione ed i costi gestionali, ivi inclusi i costi di formazione professionale e di ristrutturazione. I contributi statali possono variare da paese a paese. Il fatto è che il Governo ha la responsabilità di garantire la fornitura dei servizi sanitari. A causa delle riforme strutturali imposte dalla Banca Mondiale e dal Fondo Monetario Internazionale, molti sussidi sono stati drammaticamente ridotti. Per amor di giustizia nei confronti della ripartizione del denaro, questi devono essere ridiscussi per le Istituzioni private riconosciute ed accreditate come "senza scopo di lucro" e "di pubblico interesse".

I pazienti contribuiscono attraverso le loro parcelle che sono stabilitate dalle autorità politiche o da accordi tra le Istituzioni e la popolazione. A volte le tariffe sono stabilite solo dall'Istituzione.

Far quadrare il bilancio incrementando i prezzi, spesso produce una riduzione dell'utilizzo dei servizi e può portare al punto critico del collasso finanziario.

Perciò, prima di aumentare i prezzi, è necessario definire il pacchetto medio dell'assistenza sanitaria da offrire ed analizzare poi i fattori di costo reali. Senza informazioni basate su verifiche reali, è impossibile stabilire tariffe realistiche. In molti posti, alla fine dell'anno, si conosce il costo complessivo dell'assistenza. Ciò, tuttavia, ha un utilizzo limitato. Uno studio fatto nello Zimbabwe dal *Medicus Mundi* del Belgio, insieme al Ministero della Sanità e dell'Assistenza Infantile e all'Istituto di Medicina Tropicale di Anversa¹³, ha dimostrato come è possibile fornire ulteriori dati: quali sono i dati dei costi per livello di struttura? Quale percentuale del costo globale è destinato all'ospedale circoscrizionale e quanto ai dispensari? Quanto si spende nei vari reparti di un ospedale? Quanto si spende per i diversi compartimenti di un ospedale? Quanto si spende per i diversi componenti di specifici gruppi di malattie (malaria o pazienti affetti da HIV)? I beni di consumo vengono utilizzati al meglio? Chi viene assunto e



tale, ai suoi standard ed ai suoi criteri di base per quanto riguarda l'assunzione di personale. È necessario stabilire anche i criteri relativi ad attrezzature, obiettivi dell'insegnamento, somministrazione dei servizi, trasporti, supervisione, monitoraggio e ripartizione del denaro.

Trasparenza e responsabilità sono le principali prerogative per la fiducia reciproca. È necessario un dialogo istituzionalizzato tra Governo e privati. Il perfezionamento della *partnership* tra le due parti necessita di un processo in cui, passo dopo passo, si giunga ad accordi comuni, compromessi d'intesa ed infine a contratti legali. Una volta che l'OMS si dichiara d'accordo sulla risoluzione più sopra menzionata "Rafforzare la fornitura del servizio sanitario attraverso il partenariato con ONG di assistenza sanitaria" o "Impegnare le ONG per la salute", questo processo sarà accelerato a beneficio di una migliore integrazione dei servizi sanitari forniti dalle Organizzazioni non Governative nell'ambito del Sistema Sanitario Locale³.

stenza, alla garanzia della qualità o alla razionalizzazione del servizio sono questioni professionali, bisognerebbe quindi evitare interferenze ecclesiastiche. Un Gesuita una volta parlò del pericolo dell'incompetenza consacrata.

i. L'Istituzione è vincolata da *obblighi sociali* verso tutti coloro che lavorano nell'ospedale. Oltre agli aspetti economici, i lavoratori sanitari si aspettano: pianificazione della carriera, etica professionale e soddisfazioni derivanti da un lavoro ben fatto. Ciò aiuta ad evitare fughe di cervelli, corruzione e demotivazione¹¹.

l. Restrizioni finanziarie

Innanzitutto, è necessario definire il concetto di "senza scopo di lucro". Esso significa che, benché un'Istituzione di assistenza sanitaria non-governativa miri ad un *bilancio in pareggio*, non viene perseguito alcun ulteriore guadagno. Coloro che contribuiscono al bilancio in pareggio sono, da un lato il governo, gli utenti ed i beneficiari, dall'altro, e altrettanto importanti, un severo controllo delle

qual è il salario medio per un'ora di lavoro? È anche possibile calcolare e confrontare il tempo necessario al personale per gestire un'unità di servizio. Il personale viene utilizzato in modo efficiente, ed è sufficientemente motivato? L'Istituzione, se posta a confronto con servizi sanitari simili, pubblici o privati, è competitiva? A questo scopo, la MMI ha pubblicato, insieme alle linee-guida dell'OMS per i resoconti ospedalieri¹⁴, uno strumento che consente di confrontare l'efficienza delle diverse Istituzioni e che aiuta ad analizzare quanto gli ospedali incidano sul miglioramento dello stato di salute di una determinata popolazione. Questi sono solamente alcuni esempi pratici di come sia possibile calcolare i costi corretti in modo differenziato e, di conseguenza, stabilire le tariffe o correggere eventuali errori dovuti ad una cattiva gestione. Sono indispensabili una contabilità efficiente, resoconti finanziari trasparenti e piani delle operazioni gestionali chiari, nonché la consulenza di economisti sanitari.

Una maggior quantità di denaro non sempre dà risultati migliori. Alcuni anni fa, le ricerche hanno dimostrato che le Istituzioni povere potrebbero addirittura fornire prestazioni migliori di quelle ricche¹⁵. Kerala, con un reddito pro capite molto basso, presenta un tasso di mortalità infantile solo del 31 per mille delle nascite. Questa cifra è del 40% inferiore al tasso del Punjab, che ha un reddito doppio rispetto a Kerala.

Un'altra possibilità è di *portare il bilancio in pareggio* creando reparti per pazienti privati. Esistono esempi che mostrano come le tariffe per un servizio di tipo alberghiero consentano di trarre un profitto, e la combinazione "privato a scopo di lucro" e "privato senza scopo di lucro" potrebbe sanare il deficit.

Far quadrare il bilancio attraverso la solidarietà collettiva, introducendo piani assicurativi, come è accaduto nei paesi più sviluppati, potrebbe aiutare a ridurre le difficoltà individuali. I piani assicurativi possono essere avviati su scala ridotta da iniziative locali e su scala nazionale dal governo¹⁶.

m. Le Istituzioni dovrebbero garantire la *partecipazione dei rappresentanti delle comunità* alle strutture direttive ed ai programmi. Poiché le donne rivestono un ruolo chiave nella promozione della salute, sarebbe opportuno dedicare particolare attenzione ad un'equilibrata partecipazione di uomini e donne nelle strutture direttive delle Istituzioni sanitarie della Chiesa al fine di garantire la formulazione di politiche non discriminatorie nei confronti dei sessi.

n. Sino ad ora molti *governi donatori* hanno investito i propri contributi attraverso le ONG. Molti *enti donatori* ed *organizzazioni internazionali*, oltre che dalle loro campagne per la raccolta di fondi, dipendono dal denaro che amministrano per conto del proprio governo. Stiamo ora assistendo ad una modifica di questa politica. Il cosiddetto approccio per-settore dirotta gli aiuti dei governi stranieri direttamente in un paniere globale amministrato dal governo centrale, a meno che l'Istituzione privata e le autorità locali non siano giunte ad un contratto definito. Le Istituzioni devono sapere che questi contratti possono rappresentare la condizione per ulteriori pagamenti diretti da parte dei paesi donatori attraverso le ONG.

Gli aiuti degli *enti donatori* e delle *organizzazioni internazionali* dipenderanno molto dall'esistenza o meno di un'amministrazione efficiente e dall'affidabilità dell'Istituzione. In molti casi sarebbe più facile raggiungere la sostenibilità offrendo aiuto in termini di assistenza amministrativa, anziché di denaro. Pertanto, la Federazione Internazionale delle Istituzioni Cattoliche di Assistenza Sanitaria, nel suo programma di lavoro per l'anno 2000, ha deciso di offrire strutture di formazione professionale per amministratori ed economisti sanitari al fine di consolidare queste capacità. Gli economisti sanitari dovrebbero essere inseriti nell'ambito delle agenzie di coordinamento nazionali ed operare come esperti per i singoli ospedali ONG. Gli *enti benefattori* e le *organizzazioni internazionali* non

offrono soltanto *partnership* e patrocinio; a causa del loro lavoro di sviluppo e partenariato con altre Istituzioni private, siano esse all'interno dello stesso paese o in altre regioni geografiche, essi possono condividere le proprie esperienze ed offrire consigli su come evitare gli errori, nonché indicare strategie vincenti.

4. Strumenti di potere

L'autorità, la forza, la lotta, le punizioni e le sanzioni sono stati spesso associati al potere. Dobbiamo pensare che rafforzando la verità con l'autorità si favoriscono i più forti e non i più intelligenti. Usare il potere attraverso il comando e la forza è disgregativo e distruttivo. Un altro approccio può essere costituito dal dibattito, un dibattito la cui prerogativa è convincere l'altro. Si tratta di quello che Jürgen Habermas descrive come: *Herrschaftsfreier Diskurs, un dibattito senza autorità*. Si tratta di una discussione in cui *l'informazione* deve scorrere nei due sensi. *Il libero dialogo* deve sostituire la cieca obbedienza. *Le decisioni* devono essere prese dal basso verso l'alto e dall'alto verso il basso e necessitano di *consenso*. *Le dinamiche di gruppo* assicurano la creatività. I metodi *partecipativi* ottimizzano la motivazione e migliorano l'efficienza. Qualsiasi tipo di formazione dovrebbe includere l'insegnamento di come ottenere consenso. Una chiara descrizione delle mansioni e l'attribuzione di responsabilità stimolano l'iniziativa. Gli obiettivi ben definiti facilitano l'introduzione di un sistema di monitoraggio che consente di correggere e migliorare le prestazioni. Gli incentivi per i buoni risultati mantengono vivo l'impegno.

È necessario evitare che l'Istituzione diventi un laboratorio per un qualsiasi azionista. Vorrei citare una suora della *Medical Mission* che 25 anni fa, in un *workshop* del *Cor Unum*, disse: "Se vogliamo che l'Istituzione sanitaria si dedichi alla salute di molti, è innanzitutto essenziale un *cambiamento dell'atteggiamento mentale* da parte de:

1. i medici che vedono l'ospe-

dale come il "proprio" laboratorio;

2. infermieri/e che vogliono usare la propria formazione solo per profitto personale;

3. gli ammalati ed i loro parenti che pretendono l'attenzione personale del medico per qualsiasi piccolo disturbo;

4. la gerarchia ed i religiosi, che insistono su servizi "più moderni e migliori" indipendentemente dai costi, invece di essere soddisfatti di offrire un servizio semplice ma buono;

5. l'amministrazione dell'ospedale che vuole stare al passo con i vicini nella corsa alle attrezzature ed ai farmaci più recenti.

Il cambiamento di atteggiamento potrebbe essere necessario ancor oggi.

Assumersi la responsabilità ed usare il potere rispettando le norme qui sopra menzionate è uno sforzo non da poco. Solo in questo modo un proprietario diverrà un vero e proprio *servitore* del benessere degli individui e della società. Comprendere il potere in modo corretto, condividerlo e convogliarlo in modo intelligente sono parte di un processo moderno che include anche il controllo democratico (da parte della comunità ecclesiastica, dei consigli sanitari diocesani o delle autorità locali) sull'uso del potere. Ci sono forti speranze che, in questo

modo, sia possibile ottenere servizi di assistenza sanitaria ottimali ed un efficiente Sistema Sanitario Locale.

Mai come oggi la comunità mondiale è stata consapevole della portata apocalittica della crisi nel settore sanitario. Perciò, sin dall'inizio del nuovo millennio, l'Unione Europea, le agenzie delle Nazioni Unite ed i G-8 stanno discutendo una dozzina di iniziative internazionali, come la lotta delle Nazioni Unite contro la povertà, e la battaglia dell'OMS contro AIDS, TBC e malaria ed a favore di farmaci meno costosi. Ma l'impegno principale è di garantire l'accesso ad un'assistenza sanitaria adeguata come diritto umano basilare e quale elemento cruciale nella lotta contro la povertà ed il sottosviluppo. Persino con i farmaci gratuiti, il trattamento antiretrovirale (ART) per l'AIDS non è possibile senza solide strutture mediche. La strategia universale per il controllo della tubercolosi, il cosiddetto *Directly Observed Treatment Short-Course* (ciclo breve di trattamento ad osservazione diretta) (DOTS) necessita di "osservatori". Il programma dell'OMS *Roll Back Malaria* (fare arretrare la malaria) (RBM) richiede innanzi tutto il rafforzamento dei servizi di assistenza sanitaria¹⁷.

Ancora una volta, perciò, dob-

biamo affermare che la Chiesa, usando il proprio potere in modo corretto e adoperandosi per perfezionare le sue Istituzioni sanitarie all'interno del Sistema Sanitario Locale, può rivestire un ruolo cruciale nel miglioramento della salute. Questo è quanto volevo dividere qui con voi.

Dott. EDGAR WIDMER
*Membro del C.d.A. della Medicus Mundi
International e Svizzera*

Bibliografia:

¹ "Updating Health care Development Co-operation, Report on the Partner Consultation in Dar es Salaam" MMI/MEMISA, 1999.

² "Heil und Heilung", MM Svizzera, Bollettino N° 80.

³ "Contracting NGO's for Health", intervento della MMI all'Assemblea Mondiale sulla Salute, 1999, Ginevra, Newsletter della MMI N° 63/64, 1999.

⁴ "Mission Statement and Policy of the Catholic Health Services in Uganda", testo approvato dalla Conferenza episcopale dell'Uganda, Giugno 1999.

⁵ Dolentium Hominum, N° 37, 1998.

⁶ "Catholic Health Services in Uganda, Faithfulness to the Mission in the Third Millennium", Resoconto del Workshop, Cordaid, Olanda, 2000.

⁷ "Is our Health Work Part of the Socio-Pastoral Work?", Workshop COR UNUM, 1983.

⁸ Dolentium Hominum, N° 46, p. 13/21, 2001.

⁹ "La Tutela della Dignità della Persona", MM Italia, Atti del Convegno, Caserta, 1999.

¹⁰ "Concepts of Health and Ethical Choices", resoconto del Workshop della MMI, Trieste, Lichtenstein, 1981.

Triesen, Liechtenstein, 1981.
"Dolentium Hominum" N° 46 S. Adams:

¹¹ Dolentium Hominum, N° 46, S. Adams:
“The new health care worker”.

¹² “Financing Health” Workshop della
MMI 2001 – Newsletter della MMI N° 67
“Financing Health Care in Africa” Health
and Development, N° 2/2000, CUAMM, Pa-
dova.

¹³ "Cost and Revenue Study, the district health services management project", Ministero della Sanità dello Zimbabwe, MM Belgio, Istituto di Medicina Tropicale di Anversa, 2001.

¹⁴ "Guidelines for Hospital Reports", Kok e Hamel, MMI/WHO, 1983.

¹⁵ "Health Policy in Poor Countries", D. Filmer, J. Hammer, L. Pritchett, 1997.

¹⁶ "Local Health Insurance System in Developing Countries", B. Crielaard, MM Belgio/Istituto di Medicina Tropicale, Anversa, 2001.

¹⁷ Dichiarazione su “Health Care for All”, Anversa, 2001.

