



**DOLENTIUM HOMINUM**

N. 52 – anno XVIII – N. 1, 2003

RIVISTA DEL PONTIFICIO CONSIGLIO  
PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

---

# **Atti della XVII Conferenza Internazionale**

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

***L'identità delle  
Istituzioni Sanitarie  
Cattoliche***

**7-8-9 novembre 2002**

**Nuova Aula del Sinodo  
Città del Vaticano**

## DIREZIONE

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

## COMITATO DI REDAZIONE

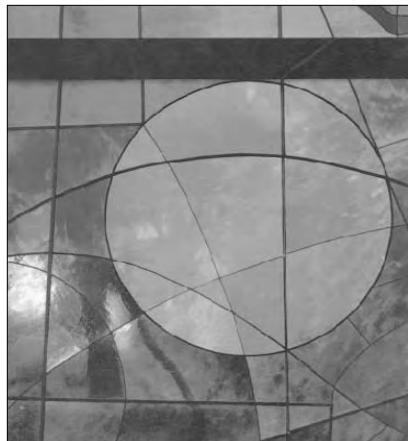
BENEDETTINI P. CIRO  
BOLIS DR.A LILIANA  
CUADRON SR. AURELIA  
D'ERCOLE DON GIOVANNI  
EL-HACHEM DR.A MAYA  
GRIECO P. GIANFRANCO  
HONINGS P. BONIFACIO  
IRIGOYEN MONS. JESÚS  
JOBLIN P. JOSEPH  
MAGNO DON VITO  
NEROZZI-FRAJESE DR.A DINA  
PLACIDI ING. FRANCO  
SANDRIN P. LUCIANO  
TADDEI MONS. ITALO

## CORRISPONDENTI

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

## TRADUTTORI

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



Direzione, Redazione, Amministrazione: PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE  
CITTÀ DEL VATICANO; Tel. 06.698.83138, 06.698.84720, 06.698.84799,  
Fax: 06.698.83139 - [www.healthpastoral.org](http://www.healthpastoral.org) - E-MAIL: [opersanit@hlthwork.va](mailto:opersanit@hlthwork.va)

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

Realizzazione a cura della Editrice VELAR, Gorle (BG)

In copertina: Vetrata di P. Costantino Ruggeri

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

# *Sommario*

- 6 **Indirizzo d'omaggio  
al Santo Padre**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 7 **Discorso del Santo Padre  
Giovanni Paolo II**

## L'IDENTITÀ DELLE ISTITUZIONI SANITARIE CATTOLICHE

giovedì  
7  
novembre

- 10 **Discorso di inaugurazione**  
*S.E. Mons. Javier Lozano Barragán*
- 11 **Primo approccio  
agli ospedali cattolici oggi**  
*S.E.m.za Card. Fiorenzo Angelini*

## PROLUSIONE

- 17 **L'essenza dell'identità:  
le istituzioni sanitarie cattoliche  
nel mondo contemporaneo**  
*S.E.m.za Card. Karl Lehmann*

## PRIMA SESSIONE

### STATO ATTUALE DEGLI OSPEDALI CATTOLICI

I. IDENTIFICARE LE SFIDE ECONOMICHE,  
SOCIALI, POLITICHE CULTURALI  
E SOPRATTUTTO RELIGIOSE  
SECONDO LE AREE GEOGRAFICHE

- 25 **1. Africa francofona**  
*P. Jacques Simporé, M.I.*

- 27 **2. Africa anglofona**  
*P. Edward Phillips, M.M.*
- 30 **3. America del Nord**  
*Dott. Richard M. Haughian*
- 33 **4. America del Sud**  
*S.E. Mons. Carlos Aguiar Retes*
- 35 **5. Asia**  
*P. Yvon Ambroise*
- 41 **6. Europa**  
*Suor Maria del Camino Agós*
- 47 **7. Australia**  
*Dott. Francis Sullivan*
- 52 **Indagine su “realità federative,  
associative e di gruppo e istituzioni  
sanitarie cattoliche:  
quale sostenibilità per il futuro?”**  
*Dott.ssa Fiorenza Deriu*

II. RIFLESSIONE DI ESPERTI  
SULLE SFIDE ECONOMICHE, POLITICHE,  
SOCIALI E RELIGIOSE  
PER IL SOSTEGNO DELL'IDENTITÀ  
CATTOLICA DELLE  
ISTITUZIONI SANITARIE

- 58 **1. In politica**  
*S.E. Mons. Diarmuid Martin*
- 61 **2. In economia**  
*Prof. Uwe E. Reinhardt,  
Dott.ssa May T.M. Cheng*
- 72 **3. In una prospettiva sociale**  
*S.E. Mons. Giampaolo Crepaldi*
- 76 **4. Nel mondo religioso**  
*Fra Pascual Piles Ferrando, O.H.*

venerdì  
8  
novembre

**SECONDA SESSIONE**  
ILLUMINAZIONE DALLA FEDE  
DELLA REALTÀ ATTUALE  
DEGLI OSPEDALI CATTOLICI

- 80 **1. Storia degli ospedali cattolici**  
*P. Rosario Messina, M.I.*
- 86 **2. L'identità nella fede  
degli ospedali cattolici**  
*S.E. Mons. Oswald Gracias*
- 92 **3. Principi di soluzione alla  
problematica morale contemporanea  
dell'ospedale cattolico.  
Linee di metodo**  
*S.E. Mons. Angelo Scola*
- 98 **4. Principi della pratica pastorale  
per gli ospedali cattolici oggi**  
*P. Jesus Etayo Arrondo, O.H.*
- 108 **5. Dialogo interreligioso:  
L'identità dell'istituto sanitario**
- 108 **5.1. L'identità dell'istituzione  
sanitaria ebraica**  
*Prof. Abramo Alberto Piattelli*
- 109 **5.2. L'identità del sistema sanitario  
islamico**  
*Prof. Kamel Ajlouni*

- 112 **5.3. La prospettiva induista**  
*Prof. Vitthaladas S. Bhat*
- 116 **5.4. L'identità delle istituzioni  
sanitarie buddiste**  
*Dott. Masahiro Tanaka*

**TERZA SESSIONE**  
COSA FARE PER MIGLIORARE L'IDENTITÀ  
DEGLI OSPEDALI CATTOLICI

- 120 **1. Migliorare la missione  
dell'ospedale cattolico**  
*Suor Mary Ann Lou*
- 124 **2. Migliorare la formazione iniziale  
e permanente**  
*P. Leonhard Gregotsch, M.I.*
- 128 **3. Migliorare gli aspetti strutturali**  
*P. Francis G. Morrissey, OMI*
- 135 **4. Come migliorare l'associazione  
internazionale delle istituzioni  
sanitarie cattoliche (AISAC)**  
*P. Michael D. Place, Std*

sabato  
9  
novembre

- 139 **5. Migliorare l'aspetto religioso  
cattolico dell'ospedale**  
*P. Angelo Brusco, M.I.*

*Le illustrazioni di questo numero sono tratte dal libro:  
“Dieci secoli di storia degli edifici ospedalieri in Europa”  
di Dankwart Leistikow,  
Editrice C.H. Boehringer Sohn, 1967, Ingelheim am Rhein, Germania*

*25° anno del Pontificato*



*25<sup>th</sup> year of the Pontificate*

## INDIRIZZO D'OMAGGIO AL SANTO PADRE

Beatissimo Padre,

siamo veramente molto felici e ringraziamo di cuore Vostra Santità per averci voluto ricevere all'inizio della nostra XVII Conferenza Internazionale. Quest'anno il tema che abbiamo scelto, d'intesa con Vostra Santità, è stato: "L'identità delle istituzioni cattoliche di sanità". Dopo una riflessione sulla parola di Dio, studieremo la situazione attuale degli ospedali cattolici, la illumineremo con la teologia e il dialogo interreligioso, e finiremo studiando le linee più adeguate alla pratica pastorale.

Santo Padre, vorrei presentarLe tutti gli studiosi qui presenti, venuti dai cinque Continenti e che partecipano così intensamente a questa XVII Conferenza Internazionale; ma prima di tutto vorrei segnalarle i 34 relatori e moderatori che illustreranno con le loro profonde riflessioni ed interventi il tema della Conferenza.

Uno dei programmi del Dicastero che Vostra Santità ci ha affidato è precisamente l'unione mondiale degli ospedali cattolici, per favorire il loro aiuto reciproco. Le circostanze nelle quali operano i 6.038 ospedali cattolici nel mondo sono molto diverse; essi sono una prova palpabile della

carità nella Chiesa, che adempie il mandato ricevuto da Cristo, il medico divino, che ci ha detto: "Curate infirmos". Questa Conferenza Internazionale rifletterà anche sui nuovi problemi, sulle risposte e sulle prospettive dei centri cattolici di sanità. Immediatamente dopo la nostra Conferenza, avremo la riunione con i rappresentanti continentali degli Ospedali Cattolici di tutta la Chiesa, affinché si possano tradurre in pratica le nostre conclusioni.

Vostra Santità, come radice dell'unità e fermezza della Chiesa, è l'unica possibilità che abbiamo per realizzare un'autentica comunione nel mondo delle istituzioni cattoliche di sanità, affinché risplenda in esse la carità del buon samaritano, mediante una fede più profonda e come testimoni di una ferma speranza di risurrezione. Per questo, Santo Padre, tutti noi desideriamo ascoltare adesso la Sua venerata Parola, perché fin dall'inizio guidi il nostro studio e ci conduca a renderlo vita e comunione nelle 108.000 istituzioni della salute nella quale la Chiesa esercita il suo Ministero pastorale.

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



# Le istituzioni sanitarie cattoliche e le istituzioni pubbliche possano efficacemente collaborare, unite dal comune desiderio di servire l'uomo, specialmente il più debole o di fatto non socialmente garantito

*Venerati Fratelli nell'Episcopato e nel Sacerdozio,  
carissimi Fratelli e Sorelle!*

1. Sono lieto di incontrarvi in occasione della XVII Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Rivolgo a ciascuno di voi il mio cordiale saluto. Il mio pensiero va, in particolare, all'Arcivescovo Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, che ringrazio per le cortesi parole con cui si è fatto interprete dei sentimenti di tutti ed ha illustrato le finalità del Convegno. Sono lieto che il vostro Dicastero porti avanti questa annuale iniziativa, che costituisce un importante momento di approfondimento e confronto, come pure di dialogo tra l'ambito ecclesiale e quello civile per una finalità prioritaria qual è quella della salute.

Il tema della presente Conferenza – *L'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche* – è di grande rilevanza per la vita e la missione della Chiesa. Essa, infatti, nel compiere l'opera di evangelizzazione, ha sempre associato l'assistenza e la cura dei malati, nel corso dei secoli, alla predicazione della Buona Novella (cfr. Motu proprio *Dolentium hominum*, 1).

2. Seguendo da vicino gli insegnamenti di Cristo, *Medico Divino*, alcuni tra i santi della carità e dell'ospitalità, quali san Camillo de Lellis, san Giovanni di Dio, san Vincenzo de Paoli, hanno dato vita ad ospizi di ricovero e cura, anticipando quelli che sarebbero diventati gli ospedali moderni. La rete delle istituzioni socio-sanitarie cattoliche si è venuta così costituendo come risposta di solidarietà e di carità della Chiesa al mandato del Signore, il quale inviò i Dodici *ad annunziare il regno di Dio e a guarire gli infermi* (cfr. Lc 9, 6).

In questa prospettiva, vi ringrazio per gli sforzi

che state compiendo per dare un nuovo slancio alla *Confederatio internationalis catholicorum hospitalium*, valido organismo per rispondere sempre meglio alle numerose questioni che interpellano quanti operano nel mondo della salute su vari fronti. Incoraggio, perciò, il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute a sostenere gli sforzi posti in atto dalla *Confederazione*, affinché il servizio di carità dispiegato dagli ospedali cattolici si ispiri constantemente al Vangelo.

3. Per comprendere fino in fondo l'*identità di tali istituzioni sanitarie*, occorre andare al cuore



di ciò che costituisce la Chiesa, ove la legge suprema è l'amore. Le istituzioni cattoliche della sanità diventano così testimonianza privilegiata della carità del Buon Samaritano poiché, nel curare i malati, compiamo la volontà del Signore e contribuiamo alla realizzazione del Regno di Dio. In tal modo esse esprimono la loro vera identità ecclesiale.

È pertanto doveroso riconsiderare da questo punto di vista “il ruolo degli ospedali, delle cliniche e delle case di cura: la loro vera identità non è solo quella di strutture nelle quali ci si prende cura dei malati e dei morenti, ma anzitutto quella di ambienti nei quali la sofferenza, il dolore e la morte vengono riconosciuti ed interpretati nel loro significato umano e specificamente cristiano. In modo speciale, tale identità deve mostrarsi chiara ed efficace negli istituti dipendenti da religiosi o, comunque, legati alla Chiesa” (Lett. enc. *Evangelium vitae*, 88).

4. Nella Lettera apostolica *Novo millennio ineunte*, riferendomi ai tanti bisogni che, nel nostro tempo, interpellano la sensibilità cristiana, ho ricordato anche *quanti mancano delle cure mediche più elementari* (cfr. n. 50). A questi fratelli e sorelle la Chiesa guarda con particolare sollecitudine, lasciandosi ispirare da una rinnovata “fantasia della carità” (cfr. *ibid.*).

Auspico che le Istituzioni Sanitarie cattoliche e le Istituzioni pubbliche possano efficacemente collaborare, unite dal comune desiderio di servire l'uomo, specialmente il più debole o di fatto non socialmente garantito.

Carissimi, con tali auspici affido tutti voi alla materna protezione della Vergine Santa, *Salus Infirmorum*, mentre, augurando ogni bene per il vostro servizio ecclesiale e per la vostra attività professionale, imparo di cuore a voi, come pure ai vostri familiari e a quanti vi sono cari, una speciale Benedizione Apostolica.



*L'identità  
delle Istituzioni  
Sanitarie  
Cattoliche*



JAVIER LOZANO BARRAGÁN

giovedì  
7  
novembre

## Discorso di inaugurazione

Inauguriamo adesso la XVII Conferenza internazionale, il cui tema è: l'identità delle istituzioni cattoliche di sanità. È un tema che viene trattato spesso, e del quale ci sono molti documenti delle Conferenze Episcopali. Dobbiamo allora approfondire quanto è stato detto e magari cercare nuovi aspetti che finora non sono stati presi in considerazione.

Sappiamo che un'istituzione cattolica di sanità si basa sul messaggio evangelico della carità cristiana, come si pratica, si insegna e si vive nella Chiesa cattolica. Di fatto, l'istituzione cattolica di sanità basa la propria identità sulla missione ricevuta da Cristo nella Chiesa, ossia curare i malati (*Lc 9, 12*). E la Chiesa ha fondato e fonda istituzioni cattoliche di sanità, non solo per il semplice umanitarismo nei confronti del malato, ma in virtù della carità verso di lui. La Chiesa ha motivato e motiva il servizio ai malati con l'amore di Dio che le è stato infuso dallo Spirito Santo. È naturale che questo amore porti con sé quello al prossimo, ma solo in un secondo momento; anzitutto vi è sempre l'amore verso Dio, lo stesso Spirito Santo. Lo Spirito Santo ha ispirato la Chiesa nel passato e la ispira nel presente nel fondare e mantenere le istituzioni cattoliche di sanità. Orbene, l'azione di carità poggia sulla stessa essenza della Chiesa. Infatti, la sua motivazione si inscrive nella chiamata ecclesiale che raccoglie la Chiesa e la fa essere tale. Lo Spirito Santo fa intendere alla Chiesa che Cristo si trova specialmente nei malati e, fra questi, tra i più poveri e i più abbandonati, e chiama la comunità ecclesiale a estendere il suo raggio di azione e ad accrescere i legami di comunione con gli stessi malati. In tal modo la missione ecclesiale si realizza particolarmente tra i poveri, ai quali giunge con forza la

parola di Dio che li riunisce e li salva, offrendo loro la salute integrale del corpo e dell'anima, che include tutta la persona. La parola di Dio che raccoglie è l'essenza della Chiesa. La fondazione e il mantenimento delle istituzioni cattoliche di sanità sono inscritti nella costituzione permanente della Chiesa, specialmente se viene delineata dal sacramento dell'Eucaristia, fondamento a sua volta della Chiesa.

L'istituzione cattolica di sanità è compresa in ciò che costituisce la Chiesa. Essa si realizza nella chiamata che la fonda; poiché questa chiamata oggi è compiuta in pienezza dal vescovo nell'Eucaristia, non è possibile comprendere un'istituzione cattolica di sanità senza la sua connessione con il vescovo e in concreto con la celebrazione eucaristica, poiché è qui che lo Spirito proietta al presente l'azione irripetibile di Cristo di curare i malati, un presente dove i malati sono curati come segno della venuta del regno di Dio. Vescovo, Eucaristia ed istituzione

cattolica di sanità formano una unità fondamentale.

Per questo, nell'antichità presso la cattedrale si trovava l'ospedale del vescovo. Esso ha la funzione di cassa di risonanza dell'invito che il vescovo fa con l'Eucaristia per convocare in Cristo continuamente gli uomini di tutti i tempi e quindi costituire la Chiesa.

Il vescovo come pastore si trova in una posizione unica per animare i fedeli circa la grande responsabilità del ministero sanante della Chiesa: come maestro assicura l'identità morale e religiosa della sua azione apostolica, e come sacerdote la realizza nello stesso mistero che celebra. In questo modo il vescovo s'inserisce nella tradizione apostolica del ministero di cura dei malati, con la sua personalità viva realizza la successione apostolica, rende presente Cristo (unica chiamata di salvezza) nel malato e costituisce l'istituzione cattolica di sanità.

Le forme e i modi nei quali si realizza questa tradizione hanno



molte varianti, che fluiscono dal mistero eucaristico reso attuale dallo Spirito e dai suoi doni. Tra questi doni emerge ora la meraviglia dei progressi delle scienze e delle tecniche mediche e l'efficacia dell'organizzazione e dell'amministrazione.

Questo studio teologico pastorale che iniziamo lo abbiamo strutturato in tre parti; partendo dunque dalla Parola di Dio sull'istituzione cattolica di sanità, la prima si interroga sulla situazione attuale degli ospedali cattolici in tutti i Continenti, esaminandola anche nell'aspetto economico, sociale, politico, culturale e religioso; la seconda illumina con la fede

teologicamente questa realtà d'accordo con la storia, con la riflessione teologica, morale e pastorale e anche nel dialogo interreligioso con l'Ebraismo, l'Islamismo, l'Induismo e il Buddismo; nella terza parte la nostra Conferenza si conclude rispondendo alla domanda su come migliorare gli ospedali cattolici nella loro identità, nella loro missione, nella formazione, nell'economia, nell'amministrazione, nella loro Associazione internazionale e nel loro carattere religioso. Interverranno tra relatori e moderatori 34 persone, altamente qualificate, provenienti dai cinque continenti. Tutti avranno la possibilità di offrire i loro contributi nei

dialoghi previsti. Voglio esprimere a tutti loro il mio più grande ringraziamento e la mia riconoscenza. Veramente queste persone ci onorano per i loro contributi così accurati e la loro presenza è la più sicura garanzia dell'alto livello della nostra Conferenza Internazionale. Al culmine, concluderemo il nostro lavoro con la venerata Parola del Santo Padre, che ci guiderà effettivamente nel difficile mondo della Pastorale della Salute.

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

**FIORENZO ANGELINI**

## Primo approccio agli ospedali cattolici oggi

L'argomento richiestomi di trattare può essere considerato da un duplice punto di vista, perché duplice può essere l'*approccio* agli ospedali cattolici oggi.

Tale approccio può essere considerato in senso, per così dire, *soggettivo*, e risponde al quesito di come viene visto l'ospedale cattolico da parte di chi si avvicina ad esso e di esso si serve o in esso lavora; in senso, invece, *oggettivo*, e risponde al quesito di come deve presentarsi di fronte alla società e ai pazienti in particolare un ospedale che si fregia dell'attributo o della qualifica di cattolico.

La distinzione non è marginale, poiché mentre il significato soggettivo può dare motivo a valutazioni personali e discutibili, dietro al significato oggettivo stanno secoli, anzi millenni di storia della pastorale sanitaria, espressione saliente della evangelizzazione. Non solo, ma trattandosi del *primo* approccio è assolutamente pregiudiziale che l'ospedale cattolico, oggettivamente considerato, sia chiamato ad offrire un'immagine ido-

nea e adeguata alla sua qualifica.

Vorrei, comunque, liberare subito il campo da un equivoco. Come sempre ho sostenuto, un ospedale, in quanto cattolico, non ha il dovere di essere diverso dagli altri ospedali o strutture sanitarie analoghe; è semplicemente chiamato ad essere, o almeno a sforzarsi di essere migliore degli altri, perché seguire Cristo nell'assistenza a chi soffre è mettere al servizio dell'infermo il massimo della propria professionalità con generosa dedizione, fermo restando tuttavia – come ha scritto Giovanni Paolo II – che, per quanto importante e indispensabile, “nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratta di andare incontro alla sofferenza degli altri”<sup>1</sup>.

Né è mio compito soffermarmi sulle caratteristiche tecniche dell'ospedale cattolico, sulla sua struttura e ripartizione dei reparti, sulla gerarchia dei compiti, sulle durerose attrezature e quant'altro può – come sovente accade – fare di

molti ospedali cattolici delle strutture sanitarie di avanguardia. Su questo esiste una sufficiente letteratura e la Chiesa può senza dubbio andare fiera della maggior parte delle sue istituzioni o strutture sanitarie.

Vorrei piuttosto soffermarmi su alcuni presupposti, che considero irrinunciabili per un ospedale cattolico. Si tratta di presupposti, diciamo così, ideali, in quanto rappresentano i fondamenti di un vero ed esemplare ospedale cattolico. Tali presupposti sono numerosi, ma penso sia sufficiente limitarsi ad una breve riflessione su tre di essi.

Essi sono: 1) considerare l'ospedale come luogo privilegiato di evangelizzazione, aperto alle diverse culture e situazioni; 2) la necessità che il personale sanitario si distingua per una solida formazione morale; 3) primo per importanza, il dovere di adoperarsi perché il bilancio umano e spirituale della gestione di un ospedale cattolico sia prioritario rispetto al bilancio economico e amministrativo.

## 1. L'ospedale come luogo privilegiato di evangelizzazione, aperto alle diverse culture e situazioni

Non esiste l'ospedale cattolico-tipo, come pure non si può parlare di una tipologia identica. Delle istituzioni proprie della Chiesa cattolica, l'ospedale o il luogo di ricovero e di cura è quella più diffusa in ogni parte del mondo dove la Chiesa è presente. Il primo censimento nella storia della Chiesa delle istituzioni sanitarie cattoliche condotto subito dopo l'istituzione della Pontificia Commissione poi Pontificio Consiglio della Pastorale degli Operatori sanitari quasi colse di sorpresa anche ambienti cattolici solitamente bene informati. Non ci si attendeva una presenza così massiccia e diretta della Chiesa nel campo della sanità e della salute in ogni parte del mondo.

Tuttavia, affinché l'ospedale cattolico sia luogo privilegiato di evangelizzazione, occorre che, ove esso sorge, sappia inserirsi nella cultura e nelle situazioni proprie locali. È questo un punto fondamentale, noto anche come necessità di inculturazione del Vangelo<sup>2</sup>.

Il motivo di fondo per cui, non appena fu istituito il Dicastero della Pastorale per gli Operatori Sanitari, ci si preoccupò che ogni Conferenza episcopale avesse un vescovo Delegato per la pastorale sanitaria era proprio questo. Bisognava che le direttive del magistero della Chiesa in materia trovassero applicazione calandosi adeguatamente nelle realtà culturali, sociali, politiche, economiche e religiose diverse.

Le assemblee speciali del Sinodo dei vescovi che hanno caratterizzato gli anni Novanta e che sono state dedicate al tema della Chiesa nei vari continenti hanno messo in luce quale importanza abbia una presentazione dei valori evangelici entro la cornice delle idee-guida caratteristiche della cultura dei singoli continenti.

La Chiesa in Africa è preferibilmente guardata come *famiglia di Dio*; perciò non stupisce che proprio in Africa, dove i cattolici rappresentano il 14% della popolazione, le strutture sanitarie cattoliche rappresentino il 17% di tutte le strutture sanitarie del continente<sup>3</sup>; ciò si deve

al bisogno delle popolazioni africane di trovare, specie nei luoghi di assistenza, il clima della famiglia. Un esempio per tutti. Oggi che in molti Paesi africani imperversa l'epidemia dell'Aids, il dramma sociale più acuto e doloroso è costituito dal numero crescente di bambini e ragazzi che rimangono privi dei genitori e senza famiglia e dal numero crescente di malati terminali di Aids che, dimessi perché inguaribili, dagli ospedali, si trovano privi di qualsiasi congiunto che li assista. L'ospedale cattolico in Africa, perciò, deve avere il volto cristiano della famiglia.

In Asia, che è la culla delle maggiori religioni del mondo, il Cristianesimo e la Chiesa sono considerati come *stranieri*; ne deriva che la costante dedizione ed efficienza di quanti operano nel campo non propriamente confessionale della sanità e della salute siano il tramite più efficace dei valori cristiani<sup>4</sup>; in questi luoghi il Vangelo, anziché predicato, viene testimoniato e, in questa testimonianza, trova la sua credibilità in contesti culturali lontanissimi da quelli occidentali. L'esempio dell'attività di Madre Teresa di Calcutta in questo campo è un esempio altissimo e inconfondibile.

Nelle Americhe, e particolarmente in America Latina, una Chiesa che si avvicina ai deboli, ai poveri e ai malati si è confermata come la più credibile<sup>5</sup>, data la condizione di oppressione conosciuta, con la colonizzazione, dalle popolazioni dell'America Latina.

Diversa, ovviamente, la situazione in Europa e nei Paesi ad antica e solida tradizione cristiana, dove è cessata ogni funzione di supplenza della Chiesa nel campo della sanità e della salute. In questi Paesi, infatti, in maniera più chiara e diretta, negli ospedali cosiddetti cattolici deve realizzarsi una comunità ecclesiale completa. In questo ambito, la pastorale sanitaria diventa il più convincente sinonimo di evangelizzazione, proprio perché l'appoggio a chi soffre è il medesimo che ispirò la pedagogia di Gesù e soprattutto perché nel capire il dolore, nell'adoperarsi per sanarlo, nello sforzo di dare ad esso un significato costruttivo e redentore, si diventa testimoni di unità nella speranza e si gettano le basi perché il

messaggio di Cristo e la sua grazia raggiungano tutti gli uomini.

Sono personalmente convinto che i cattolici europei, a tutti i livelli, non valorizzino sufficientemente il fattore unificante dell'impegno della Chiesa in campo sanitario nei rispettivi Paesi. Muovendo da esso si può preparare il cammino verso l'auspicata unità europea, la quale sarà tale soltanto se sarà unità nel servizio all'uomo e alla sua dignità.

In altre parole, una evangelizzazione che privilegi l'attenzione ai problemi – e alla loro soluzione – nel campo della sanità e della salute si incontra quasi inevitabilmente con il concetto compiuto di civiltà e di una globalizzazione che sia globalizzazione dell'amore e del servizio.

Lo straordinario progresso scientifico e tecnico, del quale siamo testimoni ed anche protagonisti, nel



suo impulso originario, è figlio della civiltà. Soltanto l'uomo, dotato di intelligenza, volontà e libertà, è in grado di progredire, poiché sente irresistibilmente dentro di sé il bisogno, l'esigenza di ampliare la propria conoscenza e, attraverso di essa, di rendere sempre più nobile e degna la qualità della propria e dell'altrui vita.

La medicina, forse, più di ogni altra branca della scienza, è speculare dello strettissimo rapporto esistente tra progresso e civiltà, poiché non può avversi miglioramento della qualità della vita senza la salvaguardia, la promozione e il ricupero della salute. E persino là dove

la medicina è impotente di fronte alla gravità del male, essa è in grado di alleviarne il peso, senza dire del contributo che la medicina preventiva può dare alla vittoria dell'uomo su tante infermità che ne insidiano l'esistenza.

È sufficiente, tuttavia, dare uno sguardo al mondo e alla civiltà nella quale viviamo, per renderci conto che, sebbene figlio e frutto della civiltà, il progresso scientifico e tecnologico rischia quotidianamente, e in maniera sempre più minacciosa, di dirigersi *contro* la civiltà.

Questa dolorosa verità, purtroppo, è davanti agli occhi di tutti.

La scoperta dell'energia nucleare ha creato prima potentissime armi di distruzione che non servizio all'umanità. Si è giunti alla produzione su larghissima scala di bombe "intelligenti", attribuendo ad un concetto di distruzione e di morte un attributo che offende la vera intelligenza, il cui bersaglio non può essere la distruzione e la morte, ma la crescita e la vita. E questo è accaduto perché a spingere la ricerca in questo campo fu il bisogno di migliorare gli strumenti di guerra che, indipendentemente da considerazioni di ordine politico e storico, sono strumenti di morte.

I passi avanti giganti compiuti dalla telematica rischiano di trasformare il sogno della globalizzazione o del cosiddetto "villaggio globale" in una tirannia di pochi contro il resto dell'umanità. Basti una semplice constatazione: mentre il progresso tecnologico rende possibile, in ogni parte del mondo, conoscere ed operare in tempo reale qualsivoglia intervento, cresce la frammentazione dei territori e la divisione e contrapposizione tra i popoli.

La ricchezza, tradizionalmente frutto del lavoro, grazie ai prodigi dell'informatica, è quotidianamente tentata di giocare su risorse accumulate a fatica dai più deboli, allargando il divario tra poveri e ricchi, sia sul piano dei rapporti individuali che dei rapporti tra i popoli.

La stessa medicina che ha raggiunto i traguardi altissimi dei trapianti di organi, dell'ingegneria genetica, di una farmacologia in grado di cancellare antichissime e devastanti epidemie endemiche, viene spesso trasformata in arbitro della vita degli altri, introducendo concetti e tecniche selettive che so-

no il volto mascherato di un nuovo razzismo. E questo accade in misura sorprendentemente crescente proprio in Paesi ad antica e consolidata tradizione cristiana.

La mappa degli ospedali cattolici in questi Paesi è impressionante. Essi sono chiamati ad essere l'avanguardia, la frontiera avanzata della evangelizzazione.

Mi è perciò grato, in questa sede, ricordare il vescovo esemplare Mons. Javier Osés, vescovo di Huesca, spentosi il 22 ottobre 2001, che dal 1978 fino alla morte fu il Vescovo Delegato per la pastorale sanitaria in Spagna. Egli ebbe una visione compiuta dello strettissimo rapporto tra pastorale sanitaria ed evangelizzazione. Incontrando nel 1994 a Madrid i responsabili diocesani dell'Associazione Operatori Sanitari Cristiani (PROSAC), Mons. Osés dettò un decalogo che si può considerare come uno dei migliori commenti all'espressione che si legge nell'Esortazione apostolica *Christifideles Laici*, secondo la quale "nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole o malata, la Chiesa vive oggi un momento fondamentale della sua missione".<sup>6</sup>

Fu per me una grazia avere l'opportunità di conoscerlo personalmente, e penso che la sua figura meriti di essere proposta come esempio da imitare nell'ambito della pastorale sanitaria.

E vengo al secondo aspetto che deve caratterizzare l'approccio, oggi, all'ospedale cattolico.

## 2. Necessità che il personale sanitario si distingua per una solida formazione morale

Quando, nel 1969, diedi inizio a Roma, presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche, al Corso annuale di *Medicina e Morale*, mi spinse alla creazione di questa iniziativa la convinzione, quotidianamente sperimentata, dello scarto sempre più forte tra preparazione scientifica e tecnica degli operatori sanitari e loro preparazione o formazione morale.

In campo medico, infatti, la civiltà si chiama servizio alla vita, e questo servizio alla vita interpella quotidianamente la coscienza morale, poiché nulla di quanto attiene

alla vita e alla sua sacralità e inviolabilità, sfugge all'ambito della coscienza e della legge morale<sup>7</sup>.

Lo stesso giuramento di Ippocrate presuppone una visione morale della vita umana: una visione di servizio ad essa e alla sua sacralità e inviolabilità<sup>8</sup>.

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 della persona; di fronte alla salvaguardia del diritto a morire in pace contro l'eutanasia; di fronte alla umanizzazione della medicina contro ogni forma burocratica e spersonalizzante; di fronte al diritto di tutti alla salute, senza discriminazione alcuna.

Quale formazione morale sottende a questi compiti irrinunciabili? E non mi riferisco certamente soltanto ai medici, ma a tutti gli operatori sanitari secondo la compiuta definizione datane da Giovanni Paolo II che li identifica nei medici, nei farmacisti, negli infermieri, nei cappellani, nei religiosi, nelle religiose, negli amministratori e nei volontari<sup>9</sup>.

Per la verità, come già dicevo, da tempo, tra gli operatori di pastorale e di assistenza sanitaria, era avvertita la necessità di un documento autorevole, chiaro e conciso che "offrisse una sintesi organica ed esauriente della posizione della Chiesa su tutto quanto attiene all'affermazione, in campo sanitario, del valore primario e assoluto della vita: di tutta la vita e della vita di tutti"<sup>10</sup>.

Si giunse, così, grazie all'apporto di tanti validissimi collaboratori, alla stesura della *Carta per gli Operatori Sanitari*, pubblicata nella sua prima edizione nel 1994.

Nel titolo della *Carta* fu volutamente tralasciata accanto all'espressione *operatori sanitari* la qualifica di *cattolici*, proprio perché – come ho detto all'inizio – l'essere un operatore sanitario o un ospedale cattolici non significa che l'uno e gli altri debbano essere diversi da quelli non-cattolici, bensì che quelli cattolici devono avere qualità che tutti, indipendentemen-

te dalla loro fede e impostazione religiosa, dovrebbero avere.

La *Carta*, infatti, si compone di 150 articoli o paragrafi distribuiti – dopo una Introduzione (paragrafi 1-10) sulla figura e i compiti dell'operatore sanitario – in tre parti che hanno per titolo: *il generare* (prima parte, paragrafi 11-34); *il vivere* (seconda parte, paragrafi 35-113); *il morire* (terza parte, paragrafi 114-150)<sup>11</sup>.

È, perciò, sufficiente uno sguardo al solo indice delle materie tratte dalla *Carta* per rilevare che, particolarmente nel nostro tempo, è ancor più evidente che in passato lo stretto rapporto tra medicina e morale, nel senso che la gran parte dei problemi riguardanti la teoria e la prassi mediche hanno un loro chiaro versante morale o etico.

Ne deriva, a mio modo di vedere, che ferma restando la distinzione tra assistenza sanitaria e pastorale sanitaria, esiste tra i due aspetti una rigorosa interdipendenza.

Come il medico e il paramedico cattolici non possono ignorare i risvolti morali delle decisioni che sono chiamati a prendere di fronte al malato, così l'operatore di pastorale sanitaria deve possedere una conoscenza non approssimativa dei problemi strettamente medici. Il sacerdote o l'operatore di pastorale, nei luoghi di ricovero e di cura o nell'assistenza domiciliare agli infermi, non subentrano all'operatore sanitario, ma sono chiamati ad operare al suo fianco, anche se con grande delicatezza e discrezione.

La mancanza della doverosa consapevolezza della integrazione dei compiti dell'operatore sanitario e dell'operatore di pastorale sanitaria è all'origine della difficoltà dell'intervento di quest'ultimo, scambiato come colui cui spetta di prendere atto del fallimento della medicina, quando persino scienziati non credenti riconoscono il valore persino terapeutico, ad esempio, della preghiera.

La presenza dei Comitati etici nelle strutture ospedaliere richiede componenti preparati intorno agli aspetti morali dei problemi da affrontare, senza dire che questa preparazione può presentarsi indispensabile in situazioni che non lasciano tempo per la consultazione di esperti.

La formazione morale dell'operatore sanitario cattolico non può essere delegata, essendo parte integrante della sua formazione professionale.

Ecco perché è fondamentale che le grandi strutture sanitarie cattoliche, singolarmente, ma soprattutto associativamente, siano dotate degli strumenti idonei alla formazione morale del personale che opera in esse. Occorre una formazione etica iniziale, sempre integrata da una formazione permanente, data la complessità dei sempre più delicati problemi che si presentano oggi in campo sanitario. Formazione morale strettamente legata alla professione medica, ma anche in grado di fare dell'operatore sanitario cattolico un cittadino osservante delle leggi, alieno da strumentalizzazioni e forme di carrierismo lesive dei diritti degli assistiti e del tranquillo svolgersi dell'assistenza sanitaria.

E vengo al terzo presupposto, che deve considerarsi primo per importanza.

### **3. Adoperarsi perché il bilancio umano e spirituale della gestione ospedaliera sia prioritario rispetto a quello economico e amministrativo**

Non è inconsueto, anche da parte di responsabili cattolici – e persino appartenenti a istituti religiosi – di un ospedale o di un luogo di ricovero e di cura sentir dire che tutto va bene perché in un tempo difficile e complesso come il nostro i bilanci quadrano.

Dove la società è progredita e organizzata nelle sue molteplici articolazioni, l'ospedale e il luogo di ricovero e di cura è certamente anche un'azienda che deve essere amministrata con onestà, trasparenza, correttezza in ossequio alle leggi, ma anche con la necessaria abilità amministrativa. Non è sempre facile muoversi all'interno di una legislazione spesso farraginosa che espone anche a rischi economici seri l'amministrazione di una struttura ospedaliera. Ciò premesso, tuttavia, deve essere chiaro che un'istituzione sanitaria cattolica va del tutto e veramente bene soltanto se anche il suo consuntivo spirituale è attivo: consuntivo spirituale che attiene all'assistenza agli infermi, al coinvol-

gimento delle famiglie dei pazienti, alla professionalità degli operatori sanitari nell'essere autentici Buoni Samaritani verso le infermità fisiche da curare, ma anche verso le necessità spirituali da coltivare.

L'ospedale cattolico non solo deve impegnarsi, ma anche distinguersi nella ricerca scientifica, nel miglioramento delle tecniche terapeutiche ed assistenziali, ma non può trascurare i malati anziani, i malati cronici, i malati terminali, quanti si ribellano alla sofferenza e abbisognano di una terapia spirituale che li educhi a valorizzare la stessa condizione di dolore.

L'ospedale cattolico può diventare un centro di ricostruzione spirituale dell'uomo e la nostra esperienza ci insegna come la terapia e la guarigione possano e debbano investire anche l'uomo interiore.

Tramite dell'efficacia dell'azione spirituale ed anche soprannaturale che deve caratterizzare un ospedale cattolico è l'*umanizzazione* dell'assistenza.

Forse perché viviamo in un tempo che la disattende, si parla molto di umanizzazione della medicina e di umanizzazione dell'assistenza. Eppure è proprio l'umanizzazione a preparare il terreno dell'azione spirituale e pastorale, perché i valori cristiani disattesi sono innanzitutto valori umani disattesi.

L'umanità alla quale la Chiesa presta il proprio servizio soprattutto nei luoghi di ricovero e di cura è l'umanità nella sua interezza: la stessa comunità ecclesiale, germinalmente presente nell'ospedale cattolico, si esprime in comunione con l'uomo, con tutto l'uomo. Non comunione tra soli cristiani, neppure come comunione che privilegia i cristiani, poiché l'uomo, proprio se cristiano, è in grado di recepire i valori che sono comuni a tutti, indipendentemente dalla loro fede, dalla loro razza, dalla loro cultura, dalla loro estrazione sociale.

Maestro e profeta della umanizzazione della medicina fu il carissimo e compianto fra Pierluigi Marchesi, già Superiore generale dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

I suoi scritti *Per umanizzare l'ospedale* e *L'Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*, avrebbero subito meritato ben più ampia diffusione<sup>12</sup>. Mi limiterò comunque a

ricordare un episodio, del quale fui testimone e che fu anche occasione per me di apprezzare in modo particolare la visione che fra Pierluigi Marchesi aveva della umanizzazione dell'assistenza sanitaria.

Nel 1983 si tenne a Roma l'Assemblea ordinaria del Sinodo dei Vescovi sul tema "La riconciliazione e la penitenza nella missione della Chiesa". Fra Pierluigi Marchesi vi partecipava come semplice "auditore invitato a parlare". Egli era allora Superiore generale del suo Ordine, incarico che ricoprì per due sessenni, dal 1976 al 1988.

Quando intervenne al Sinodo, dovette tener conto che dei 197 Padri sinodali, nessuno, dico nessuno aveva fatto anche un semplice cenno al malato e al mondo della sofferenza con i suoi grandissimi e urgenti problemi che chiamano in causa autentici gesti di riconciliazione anche da parte della Chiesa.

L'intervento di Fra Pierluigi Marchesi fu insieme umanissimo e autentico testo magistrale sulla umanizzazione.

Dopo essersi chiesto dove si sarebbe collocato Cristo se l'Assemblea sinodale fosse stata celebrata nel suo tempo, affermò che Gesù – come sempre aveva fatto – non poteva non collocarsi con e tra i malati, vero luogo biblico nel quale riflettere sulla riconciliazione umana, poiché non si riconcilia l'uomo né con se stesso né con gli altri senza rispondere alla sua domanda di salute fisica e spirituale. E andando al cuore del problema della riconciliazione, aggiunse: "Questa domanda di sanazione e di salvazione rivolta a Gesù è diretta poco dopo alla Chiesa di Gesù. Si domanda alla medicina di guarire i mali del corpo, alla psicoterapia di guarire i disturbi mentali ed emotivi e magari alle religioni orientali di riempire il vuoto dello spirito. La domanda è diventata così frazionata. L'offerta del perdono dei peccati da parte della Chiesa non sembra più toccare l'uomo nella sua interezza. Possiamo domandarci: la Chiesa, oggi, nel mondo della salute, difende ed ascolta lo spirito dell'uomo intero? Si accusa molte volte la medicina moderna, con le sue molteplici infraspecialità, di procedere quasi a 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"<sup>13</sup>.

Fra Pierluigi Marchesi aveva un convincimento che attraversò tutta la sua attività e che ricorre come un motivo costante nei suoi scritti. Scrisse: "Al popolo dei malati e dei



morenti apparterremo un giorno tutti quanti, anche noi: sarà il modo inevitabile di incontrare il Cristo che ci riconcilia e ci invita alla sua Pasqua"<sup>14</sup>. In altre parole: "Al modo inevitabile di incontrare Cristo deve corrispondere una pastorale dall'identico modo inevitabile, anzi obbligato"<sup>15</sup>.

Quando due anni più tardi dalla ricordata Assemblea dei Vescovi venne istituito il Dicastero pontificio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, avrei veramente voluto che egli ne facesse parte a livello direttivo.

Le cose andarono diversamente. Ho voluto soffermarmi sulla sua figura perché la considero emblematica di un dato storico di fondo. La vera e storica rivoluzione operata dal Cristianesimo fu l'assunzione in Cristo – e solo Dio poteva compiere tale "operazione" – di tutto l'uomo, inteso orizzontalmente, cioè come somma contestuale di valori, e verticalmente, vale a dire

come essere proteso ad una realtà superiore nella quale realizzarsi.

Come cristiani, quindi, siamo chiamati a difendere, a propugnare, a salvare tutti i valori supremi della condizione umana: la fede ci offre la garanzia di riuscire nel compito.

Purtroppo pesa nella complessa organizzazione ospedaliera di oggi il condizionamento di una mentalità ed anche di una esigenza irrinunciabile del nostro tempo: quella di operare settorialmente, di esasperare la suddivisione dei compiti. Oggi più che mai gli uni ignorano quello che fanno gli altri e il pretesto della necessaria professionalità accentua l'incomunicabilità.

L'azione spirituale all'interno dell'ospedale cattolico comporta una comunione che è assai più che il semplice coordinamento, una comunione che è condivisione e partecipazione di tutti.

Umanizzare l'ospedale comporta disponibilità e partecipazione, e perciò nessuna preclusione di fronte ad alcun valore, qualunque e in qualsiasi situazione venga proposto e difeso; disponibilità come capacità di cooperare, di capire, di entrare in comunione e, quindi, di condividere e di partecipare, per affermare nel concreto del mondo sanitario i valori della cultura cristiana, che è sempre una cultura profondamente umana.

In quanto comunità, la Chiesa non ha barriere che impediscono l'approccio ad essa: esprimendosi, nella realtà ospedaliera, come comunione, essa è presente ovunque è l'uomo, poiché è comunione di uomini e con l'uomo.

Questa particolare visione dell'uomo "pone anche questioni delicate e non eludibili che investono non solo l'aspetto sociale e organizzativo, ma anche quello squisitamente etico e religioso, perché vi sono implicati eventi *umani* fondamentali, quali la sofferenza, la malattia e la morte con i connessi interrogativi circa la funzione della medicina e la missione del medico nei confronti dell'ammalato"<sup>16</sup>.

Ne deriva che l'attività spirituale all'interno dell'ospedale cattolico deve ritrovare, senza pseudo-pudori, il coraggio della preghiera personale e comunitaria, del contatto con la Parola di Dio; il coraggio di avvalersi di quelle guide spirituali che veramente facciano dell'ospe-

dale cattolico una realtà ecclesiale compiuta.

È a questa realtà umana e spirituale, scientifica e soprannaturale, che il primo approccio all'ospedale cattolico deve lasciar intravedere, affinché l'ospedale sia veramente, secondo una terminologia che gli fu propria, la casa dell'uomo, perché *Casa di Dio*.

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

## Note

<sup>1</sup> GIOVANNI PAOLO II, Lettera apost. ca *Salvifici doloris*, 29.

<sup>2</sup> Riferendosi all'inculturazione, Giovanni Paolo II dice che essa "significa l'intima trasformazione degli autentici valori culturali mediante l'integrazione nel Cristianesimo e il radicamento del Cristianesimo nelle varie culture. È un processo profondo e globale che investe sia il messaggio cristiano, sia la riflessione e la prassi della Chiesa. È anche un processo difficile, perché non deve in alcun modo compromettere la specificità e l'integrità della fede cristiana". Lett. enc. *Redemptoris missio*, 20.

<sup>3</sup> "Anche se i cattolici costituiscono solo il quattordici per cento della popolazione africana, le istituzioni cattoliche nel campo della sanità rappresentano il diciassette per cento dell'insieme delle strutture sanitarie di tutto il continente". GIOVANNI PAOLO II, Esort. apostolica post-sinodale *Ecclesia in Africa*, 14.09.1995, n. 38.

<sup>4</sup> "Molte istituzioni mediche cattoliche in Asia si trovano a dover fronteggiare politiche della sanità pubblica non basate su principi cristiani, e diverse di loro si trovano appesantite da difficoltà economiche sempre maggiori. Nonostante questi problemi, l'amore disinteressato e la sollecita professionalità degli operatori fanno di queste istituzioni un ammirabile ed apprezzato servizio alla comunità, come pure un segno particolarmente visibile ed efficace dell'inesauribile amore di Dio. Questi operatori sanitari devono essere incoraggiati e sostenuti per il bene che compiono. La loro perseverante dedizione ed efficienza sono il modo migliore per far sì che i valori cristiani ed etici entrino profondamente nei sistemi della sanità in Asia, trasformandoli dall'interno". Esort. apostolica post-sinodale *Ecclesia in Asia*, 6.11.1999, n. 36.

<sup>5</sup> "Il miracolo di cui parlava Bartolomé de Las Casas – che gli Indios dell'America Latina giungessero ad accettare e a credere nel Dio dei loro oppressori – si alimentò all'attenzione di tanti uomini di Chiesa e missionari verso i sofferenti. Un miracolo, d'altronde, che si è perpetuato fino ai nostri giorni, in cui la Chiesa è chiamata proprio nel campo della sanità e della salute in America Latina, a dare forza e credibilità alla nuova evangelizzazione". F. ANGELINI, *La prima evangelizzazione in America Latina e l'attenzione della Chiesa per gli infermi*. Roma 1992, p. 39.

<sup>6</sup> *Christifideles Laici*, 38. Cfr. Boletín PROSAC (Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos), n. 21 Octubre-Diciembre 2001, p. 3.

<sup>7</sup> "È manifesto che la persona del medico, come tutta la sua attività, si muovono costantemente nell'ambito dell'ordine morale, e sotto l'impero delle sue leggi. In nessuna dichiarazione, in nessun consiglio, in nessun provvedimento, in nessun intervento, il medico può trovarsi al di fuori del terreno della morale, svincolato e indipendente dai principi fondamentali dell'etica e della religione; né vi è alcun atto o parola, di cui non sia responsabile dinanzi a Dio e alla propria coscienza". PIO XII, in *Discorsi ai Medici*, a cura di F. Angelini, Roma 1961, p. 49.

<sup>8</sup> "Ciò che più stupisce e che fa grande il giuramento di Ippocrate è lo stretto rapporto tra etica personale e etica professionale, tra onestà ed esercizio dell'arte medica. Tale rapporto, in Ippocrate, non ha la forza di un semplice principio filosofico, ma si richiama a una visione religiosa della vita". F. ANGELINI, *Quel soffio sulla creta*, Roma 1990, p. 378.

<sup>9</sup> Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera encycl. *Evangelium vitae*, 25.03.1995, n. 89.

<sup>10</sup> PONTIFICIO CONSIGLI DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Roma 1994, Prefazione, p. 5.

<sup>11</sup> La prima parte (*Il generare*) affronta i temi e i problemi della manipolazione genetica, della regolazione della fertilità e della procreazione artificiale; la seconda parte (*Il vivere*) tratta dell'origine e nascita della vita e del suo valore; della indisponibilità e inviolabilità della vita; del diritto alla vita; della prevenzione, della malattia e della diagnosi; della diagnosi prenatale; della terapia e della riabilitazione; dell'analgésia e anestesia; del consenso informato del paziente; della ricerca e sperimentazione; della donazione e del trapianto di organi; delle dipendenze (droga, alcoolismo, tabagismo e psicofarmaci), della psicologia e della psicoterapia; della cura pastorale e del sacramento degli infermi; la terza parte (*Il morire*) illustra temi e problemi attinenti ai malati terminali; al morire con dignità; all'uso degli analgesici nei malati terminali; alla verità al morente; al momento della morte e alla soppressione della vita (aborto e eutanasia).

<sup>12</sup> P. MARCHESI, O.H., *Per umanizzare l'ospedale*. Centro Stampa Fatebenefratelli, Roma 1983; Id., *Ospitalità dei Fatebenefratelli verso il 2000*. Roma, Curia generalizia dei Fatebenefratelli, 1987.

<sup>13</sup> P. MARCHESI, O.H., *La riconciliazione nel mondo della Sanità*. Intervento al Sinodo dei Vescovi, Roma, 29 settembre-29 ottobre 1983.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 21.

<sup>15</sup> Id., *Per umanizzare l'ospedale*, op. cit., p. 84.

<sup>16</sup> GIOVANNI PAOLO II, Motu proprio *Dolentium hominum*, 11.02.1985, n. 3.



# PROLUSIONE

*KARL LEHMANN*

## L'essenza dell'identità: le istituzioni sanitarie cattoliche nel mondo contemporaneo

Il forte mutamento della società odierna ha coinvolto anche le istituzioni sanitarie, anche se in questo si tratta di fenomeni umani al quanto costanti. È bene, quindi, chiedersi quale sia in mezzo a questo preoccupante e velocissimo processo di trasformazione la sostanza duratura e l'essenza inalienabile di queste istituzioni. Vorrei svolgere questo mio compito considerando prima di tutto l'impatto, il danno che la condizione di malato ha sulla vita dell'uomo, illustrando poi le basi bibliche per la sua valutazione e in ultimo considerare soprattutto con l'esempio dell'ospedale i motivi della sua nascita, i criteri per operare al suo interno ed alcuni problemi particolari di oggi. Con questo è già stato detto che vorrei concretizzare la formula molto generale che appare nel titolo "le istituzioni sanitarie cattoliche" facendo riferimento soprattutto all'istituzione dell'ospedale ed in particolare di un ospedale di proprietà cattolica. Cercherò di parlare in modo generale per quanto più possibile, tantopiù che il lavoro dei prossimi tre giorni vale per un'analisi nei diversi Paesi e continenti. Vorrei tuttavia non far passare sotto silenzio il fatto che nell'illustrazione concreta che farò si avverrà la mia provenienza dalla Repubblica Federale Tedesca, anche se vorrei evitare queste prospettive specifiche<sup>1</sup>.

Gli ospedali a conduzione ecclesiastica si trovano per molti versi di fronte agli stessi problemi delle

istituzioni secolari, ed anche per loro la situazione non è più facile. Una medicina appropriata, efficiente e competente, incluso l'accompagnamento del paziente nei molti servizi, che appartengono all'ospedale, è per tutti sempre metro di misura e criterio. Ma proprio nella donazione al malato non si deve dimenticare negli ospedali religiosi con quale spirito i cristiani e la Chiesa si prendono cura delle persone malate. Per la sopravvivenza anche degli ospedali religiosi ci sono oggi enormi sfide, di cui da ultimo dovremo parlare.

### Salute e malattia come situazione antropologica

La salute ci appare generalmente cosa molto ovvia, anche se non dovrebbe mai essere considerata tale. Ma nella nostra coscienza ordinaria la salute è piuttosto nascosta e non direttamente accessibile. La scopriamo veramente solo quando è pregiudicata, cioè quando non ci sentiamo bene o quando siamo veramente malati. Allora tutto sta nel ritrovare la salute. In questo sta il miracolo della convalescenza ed il mistero della salute.

Il malato si trova in una situazione particolare<sup>2</sup>. Egli dipende da diversi tipi di aiuto. Questo non vale solo nel senso che ha bisogno di aiuto esterno, ad esempio per camminare o per alzarsi. In molti casi egli dipende da un appoggio in tutti i sensi, cioè con il corpo e con

l'animo. Questa proprio oggi non è una situazione facile. Spesso abbiamo un concetto esagerato o addirittura sbagliato dell'autonomia umana, veniamo educati in tutto all'autodeterminazione e non raramente ci vergogniamo quando abbiamo bisogno degli altri per mantenere le nostre condizioni di vita. Colleghiamo facilmente la malattia con una estraneità regressiva ed una sorta di infantilismo. Temiamo soprattutto che il malato possa perdere in grande misura la sua libertà, la sua dignità e la sua intimità. Questa sensazione di paura, aggressione e impotenza fa parte per molte persone dell'esperienza della malattia. Chi è malato è limitato nella sua autonomia e nella libertà di decisione. Sarebbe espressione di un'immagine umana sbagliata se noi contro di ciò non facessimo nient'altro che protestare, forse addirittura delusi e amareggiati. È proprio dell'uomo in quanto creatura il fatto di trovarsi di fronte a molti limiti, anche a barriere della sua esistenza fisica.

Noi uomini, in questo nostro essere finiti, dipendiamo fondamentalmente gli uni dagli altri e abbiamo bisogno gli uni degli altri. Ciò significa anche che bisogniamo e dobbiamo intervenire gli uni per gli altri, quando siamo in difficoltà. Siamo sempre ed in ogni momento provocati dagli altri che con parole o tacitamente aspettano un aiuto da noi. Questo dimostra che la solidarietà fra gli uomini è profondamente radicata nella natu-

ra umana. Da ciò deve scaturire un essere simili in doppio senso: noi apparteniamo allo stesso genere umano; a causa della dignità di ogni uomo è necessario il rispetto e il sostegno dell'altro. Questo essere simili nel senso di umanità concreta e amore cristiano per il prossimo dovrebbe, per sua natura ma anche soprattutto nella sua etica, unire gli uomini fra di loro.

Per tutti gli interessati questa situazione non è semplicemente una sfida in senso generale, ma deve essere concretamente accettata e fronteggiata con lo spirito del simile. Il malato deve capire e accettare i suoi limiti e la sua impotenza, anche se sono passeggeri. Non è per niente facile lasciarsi veramente aiutare. All'inizio non vogliamo assolutamente ammettere di avere bisogno di aiuto. Per questo molti si ribellano anche all'aiuto e all'assistenza medica, almeno fino ad un certo punto. L'accettazione della malattia pone noi uomini in una posizione di debolezza e di impotenza, che dobbiamo accettare con un atteggiamento di umiltà. Per l'uomo moderno abituato all'autonomia ciò può essere molto doloroso e portarlo proprio alla ribellione contro la sua finitezza e mortalità.

Ma è anche una sfida per colui che aiuta, e con questo non solamente per il medico. Quando un altro si trova in una situazione di impotenza è facile avere il sopravvento. Si instaura quasi automaticamente una sorta di potere discrezionale sull'altro. Per questo si ha presto l'impressione che colui che aiuta possa sottobanco diventare rapidamente dominante. In effetti, nel rapporto fra medico e personale curante i pazienti malati c'è spesso il pericolo di questo rapporto di dominio. Nell'ordinaria routine, dove certamente sono necessarie direttiva e autorità proprio anche per una cura ed un'assistenza adeguata, questo pericolo può facilmente essere sottovalutato. È bene quindi che tutti gli operatori considerino i malati come loro pari e tengano sempre a mente che essi stessi possono un giorno aver bisogno di aiuto. Per questo, tutti devono tendere per quanto possibile ad accettare pienamente i malati nella loro dignità e renderli partecipi alle decisioni per quanto sia possibile.

Una situazione come quella del malato può facilmente portare all'isolamento e alla solitudine. Per questo visitare i malati è un imperativo elementare di umanità. Essi non devono essere esclusi dalla comunità umana e devono vivere "normalmente" per quanto è possibile. Il movimento del ricovero cerca questo rapporto col malato fino al processo terminale: è sorprendente come i lavori più recenti sul rapporto con i portatori di handicap abbiano sfondare un determinato isolamento e in molti casi siano arrivati a qualcosa di simile alla "normalità". In ogni caso la persona malata ha bisogno in un modo molto elementare di comunicazione e accompagnamento. Ciò è particolarmente necessario in un'epoca che ha pronta per il malato un'alta capacità e conoscenza tecnica. Il malato, proprio nelle condizioni di una medicina di alto livello tecnico, non deve essere considerato solo come un "oggetto" della cura, ma ci dobbiamo mettere a fianco del malato, accompagnarlo in un tratto della sua vita e rimanergli vicino soprattutto quando c'è un momento buio nella sua vita. L'accompagnamento è un elemento di assistenza durevole e continua che deve essere pronto ad accompagnare tutti gli stadi e le crisi. "L'accompagnamento" garantisce anche una certa distanza che tutela l'integrità e la personalità del malato e protegge l'operatore da una identificazione troppo stressante: la distanza professionale può quindi essere salutare anche per il paziente. Quando tuttavia la distanza professionale è eccessiva, si perde facilmente ogni sensibilità.

La cura esperta anche nel semplice aiuto umano, che può sembrare molto ordinario e modesto, è realizzazione di amore. In un vero "accompagnamento" consiste un regalo insostituibile alla persona malata. Per questo molti malati sono riconoscenti di cuore quando fanno l'esperienza di una donazione umana del genere. È decisivo che fra i molti apparecchi e i trattamenti tecnici appaia e rimanga visibile un aspetto umano concreto, che si tratti di un medico, di una suora o di un infermiere.

Talvolta possono farlo anche servizi e lavoratori onorifici negli ospedali. *Le Dame verdi*, cioè don-

ne che a titolo onorifico visitano i malati e rendono piccoli servigi, e tutti i Servizi di visita svolgono un compito particolarmente importante perché non sono direttamente coinvolti dallo stress dell'assistenza professionale: hanno la chance particolare di accompagnare ugualmente i malati senza una mira. Questo si esprime nel fatto che qualcuno ha tempo per qualcun altro. In forma molto concentrata questo vale per l'assistenza spirituale di malati e ospedaliera<sup>3</sup>.

Sarebbe un peccato se fosse diversamente.

### Le basi bibliche per il rapporto con la malattia

Queste sono delle premesse umane molto generali per il rapporto fra pazienti e tutto il personale medico. La cura biblica dell'uomo ci rende tuttavia attenti in modo più acuto e profondo. Vorrei illustrare brevemente il concetto con l'esempio del Buon Samaritano (*Lc 10, 25-37*)<sup>4</sup>.

All'inizio viene descritto chiaramente e quasi come in un semplice verbale, come un uomo sulla via da Gerusalemme a Gerico s'imbatté nei ladri: "i quali lo spogliarono, lo caricarono di percosse, poi se n'andarono lasciandolo mezzo morto". Un sacerdote ed un levita passarono di lì per caso ma non fecero attenzione al ferito. Questo va letto certamente anche come un'indicazione al fatto che l'appartenenza ad una religione ed anche l'avere una carica o un ufficio di per sé non garantisce una donazione all'uomo bisognoso: anche l'ospedale cristiano in quanto tale non è una garanzia di umanitarismo: certo sono importanti a tal fine anche le condizioni quadro, ma l'umanitarismo concreto scaturisce soprattutto dalle persone che operano nelle istituzioni.

Di fronte al malato è particolarmente importante la capacità percettiva. Proprio oggi, però, questa capacità può intorpidirsi molto rapidamente. Sono molte le cause, non ultima l'inondazione di stimoli nei media, che in questo caso ha un effetto negativo. È necessaria, infatti, una certa sensibilità solo per percepire la sofferenza. Volentieri guardiamo oltre all'impoten-

za e alla debolezza. Il Padre della Chiesa Origene disse una volta che il peccato originale dell'uomo consiste nell'“anestesia”, cioè nell'insensibilità dell'uomo nei confronti del dolore e della sofferenza. Ci comportiamo allora come persone nell'insensibilità della narcosi. Abbatte veramente sentire come il racconto biblico descrive laconicamente con le stesse parole il comportamento del sacerdote prima e del levita poi nei confronti del ferito: “lo vide e passò oltre” (10, 31-32).



È completamente diverso col Samaritano, che, prima di tutto, non appartiene al popolo eletto e da cui si pensa quindi non potersi aspettare alcun aiuto particolare. Invece proprio costui ha un “figlio” finissimo, cioè vede veramente l’altro nella sua necessità di aiuto e impotenza. Questo è possibile solo quando si vede con gli occhi del cuore. Chi vede in questo modo, non arriva ad una distanza fondamentale che presto rasenta l’indifferenza, ma rimane vicino al ferito. La presa di conoscenza della sofferenza diventa compassione, partecipazione alla sofferenza. Per questo la parola dice: “Nel vederlo si mosse a pietà” (10, 33). Il fatto che una persona sia malata deve sempre spingerci a farci sentire anche sul nostro corpo feriti e bisognosi di aiuto. Allora dalla compassione nasce la vera pietà.

Ma il racconto del Samaritano non si ferma qui. Perché si tratta di aiuto e rimedio. Dalla vista e dalla compassione deve scaturire qualcosa di concreto: il Vangelo è molto preciso nella descrizione di quanto succede in seguito: “Quando [il Samaritano] lo vide si mosse a pietà, gli si accostò, fasciò le sue ferite, versandovi olio e vino” (10, 34a). Con insuperabile semplicità questa persona che vede con gli occhi della compassione passa all’aiuto. Egli non passa oltre nel senso che va dietro ai propri affari,

devono essere riconsiderati i modelli di vita esistenti. Si aprono possibilità decisionali per riorganizzare la vita. Nel caso singolo la malattia può essere integrata in un’intera biografia come momento marcante e che dà un “senso” – spesso percepito solo più tardi – da cui si può riorientare la propria vita. Ma è necessario procedere con la massima cautela, perché questa “elaborazione” della malattia non è automatica, resta sempre un dono e difficilmente si riesce a darle forme generalmente valide. Essa rimane innanzitutto dolore e sofferenza. Questo non si deve mai dimenticare.

L’immagine cristiana dell’uomo sa che l’uomo deve vivere con i suoi limiti, ma anche col suo destino. Questo certamente implica che noi tutti dobbiamo curare quanto è curabile. Dovremmo eliminare il male. Laddove ciò non sia possibile, dovremmo almeno alleviare la sofferenza<sup>5</sup>. La sofferenza evitabile è una brutta cosa. Ci sarà tuttavia dolore che non potremo evitare completamente in questo modo. Non a caso parliamo di malattie incurabili. Il Cristo prende anche atto semplicemente del fatto che esistono sofferenze e malattie nelle quali egli non può scorgere alcun “senso”. In questi casi è necessaria innanzitutto la pazienza per sopportare queste situazioni. Non si deve per tranquillizzare dare un senso a quello che senso non ha. Prima di tutto la Croce di Gesù Cristo ci ricorda che nella nostra vita c’è una costante assurdità e un controsenso che spesso non può essere chiarito. Ma proprio in tali situazioni il Cristo non deve lasciare solo colui che soffre e colui che è malato, ma deve accompagnarlo anche nell’ultimo cammino e gli è particolarmente vicino in questa impotenza, addirittura sorreggendo veramente il malato.

La comprensione del Nuovo Testamento per la malattia e il dolore arriva nel discorso di Gesù sul Giudizio Universale ad un determinato culmine (*Mt* 25, 31-46). Gesù Cristo dice: “Ero infermo e mi visitaste” (25, 36). Quando gli uomini si stupiscono e chiedono: “Quando ti vedemmo infermo o carcerato e siamo venuti a visitarti?” (25, 39), ottengono l’inaudita

ma si ferma, e interrompe la propria attività perché si fa toccare dalla indigenza del fratello. È molto importante osservare questa serie e successione di momenti che domina tutta la storia senza alcuna retorica e senza massime religiose: egli lo vede, egli ha pietà di lui, lo fascia e lo conduce – postassistenza, potremmo chiamarla – all’albergo più vicino, dove può essere curato. La vista, quando veramente vuole percepire e fa scaturire la pietà, provoca l’intervento, come in medicina in base alla diagnosi si arriva all’intervento che può salvare la vita al malato.

Il concetto biblico dell’aiutare va però oltre. Ricorda a tutti noi innanzitutto la fragilità e il limite della vita e solleva anche questioni di colpa e senso. Spesso l’essere malati mette in evidenza o comporta una crisi nella vita umana. In una tale situazione spesso

risposta: "Ogni volta che voi avete fatto questa cosa a uno dei più piccoli di questi miei fratelli, l'avete fatta a me" (25,40). Gesù si identifica quindi direttamente con i malati. Egli istituisce perciò un criterio particolare e un motivo per la cura dei malati, e non per ultima anche la visita ai malati. Questo appartiene profondamente al vangelo di Gesù Cristo. Già nelle promesse del Vecchio Testamento del Messia che verrà si dice che Egli restituisce la vista ai ciechi e rende liberi gli oppressi (*Lc 4, 18 e Gv 61, 1 segg.*). Per questo Gesù si rivolge dall'inizio del suo operato ai malati. Le sue guarigioni rafforzano fondamentalmente questo tratto. In queste guarigioni Gesù rompe le dimensioni distruttive. Ci sono guarigioni in cui i malati si aprono al medico Gesù (*Mc 6, 54*). Infine Gesù stesso diventa un "malato" e prende le infermità risanando (*Mt 8, 17*). Così la sofferenza sostitutiva diventa un mezzo di redenzione del mondo. Il superamento e soprattutto la guarigione della malattia fa parte dei segni con cui è annunciato l'avvento del Regno di Dio, anche se la morte non è ancora sconfitta.

La comunità cristiana ha visto questo comportamento di Gesù come il proprio compito e ha posto i primi passi per la cura spirituale del malato. Così si dice nella lettera di Giacomo: "Qualcuno di voi è triste? Preghi. Uno è contento? Canti dei cantici. Qualcuno di voi è infermo? Chiami gli Anziani della Chiesa e gli Anziani preghino per lui, ungendolo con l'olio nel nome del Signore: la preghiera della fede salverà il malato e il Signore lo solleverà e se ha commesso dei peccati sarà perdonato" (5, 13 e segg.). Qui vediamo molto chiaramente come la cristianità primitiva reagisce al comportamento di Cristo e inizia con la formazione di una "terapia" generale per il malato; qui si tratta molto chiaramente della cura per gli uomini con anima e corpo, si tratta quindi della preghiera che include una guarigione totale. La benedizione (*Mc 5, 23; Lc 4, 40; Mc 16, 18*) è anch'essa un segno di questa donazione e fa parte della visita al malato. Dopo il Concilio Vaticano II anche i laici possono dare questa benedizione<sup>6</sup>.

### La nascita degli ospedali dallo spirito della cristianità

Non possiamo qui illustrare esaurientemente come, in conseguenza di questa attività guaritrice di Gesù e della cura della Chiesa per i malati si forma relativamente presto qualcosa di simile agli ospedali<sup>7</sup>. È comprensibile che questi esordi si muovano ancora nell'ambito di un'assistenza generale ai malati, poveri e vecchi. Solo in tempi successivi ci saranno determinate differenziazioni nelle diverse istituzioni. Non dobbiamo neppure collocare gli ospedali solo nell'età moderna, anche se è vero che è in questo periodo che, rispetto alle altre istituzioni, si specializzano, si delimitano e vengono ampliati. Fino all'età moderna gli Spedali erano luoghi di rifugio per bisognosi di tutti i tipi, fra cui i malati erano solo un gruppo fra i tanti. Ma c'era naturalmente anche una vasta assistenza ai malati, che non va trascurata.

Verso il 140 il filosofo cristiano Aristide di Atene scrive: "Essi [i cristiani] si amano l'un l'altro. Non trascurano le vedove, liberano gli orfani da chi li maltratta. Chi ha dà senza invidia a chi non ha. Quando vedono uno straniero, lo portano sotto il loro tetto e si rallegrano su di lui come su un fratello"<sup>8</sup>. Soprattutto le vedove e le diaconesse, di cui noi possiamo seguire l'operato in Oriente fino all'inizio del secolo, si sono prese cura dei malati. Non di rado donne ricche hanno trasformato le loro case in spedali per potervi curare i malati.

Soprattutto l'evoluzione del XVIII secolo porta a una differenziazione delle istituzioni nella direzione dell'ospedale in senso stretto: le persone vengono accolte per il tempo limitato della malattia; c'è un'assistenza medica e infermieristica pratica dei pazienti; gli ospedali diventano anche edifici costruiti appositamente per l'assistenza stazionaria dei malati; c'è un controllo medico dell'assistenza generale al malato. Presto ci sono anche reparti maternità, per le infezioni, lazzaretti militari e reparti di medicina interna e chirurgica. Un'importante differenziazione avviene per l'area di lingua tedesca ad opera dell'imperatore

austriaco Giuseppe II, che divide in quattro categorie gli istituti assistenziali: ospedali per malati, istituti di maternità, istituti per infermi di mente e case per anziani. Contemporaneamente avviene un passo in avanti decisivo verso la secolarizzazione dell'assistenza ospedaliera nella Mitteleuropa.



In Germania sorsero soprattutto nel XIX secolo molti ospedali religiosi, soprattutto in concomitanza con la nascita di numerosi ordini femminili. Spesso all'inizio c'erano solo i poveri negli ospedali. In ospedale non c'erano più attrezzature tecniche e possibilità di assistenza rispetto a una casa privata, in cui veniva chiamato il medico. Dopo i movimenti rivoluzionari del 1848, che coinvolsero molti Paesi d'Europa, aumentarono in modo quasi esplosivo le iniziative di federazioni e associazioni, fondazioni civili-religiose e le congregazioni e sorsero numerosi ospedali nella libertà riconquistata della Chiesa. Un impulso molto forte in tal senso lo ha dato il noto vescovo sociale Wilhelm Emmanuel von Ketteler nella diocesi di Maguncia dopo la sua entrata in carica nel 1850. Non è quindi un caso che anche una parte degli ospedali religiosi debba la loro nascita ad iniziative di questo periodo.

Esistono molte fondazioni religiose che si occupano in modo nuovo delle necessità sociali e delle difficili condizioni di vita di molte persone a seguito di malattia. La grande misura con cui proprio gli ordini e le comunità fem-

minili attivi si sono presi cura di poveri e bisognosi, fa parte degli atti gloriosi della storia sociale. Molte professioni sociali, che oggi incontriamo naturalmente nella nostra società furono create e sviluppate dalle comunità religiose. Le religiose offrivano in numero sufficiente lavoratrici qualificate, lavoravano senza remunerazione e rendevano possibile in questo modo un ospedale specializzato. Dobbiamo pensare in modo particolare alle suore dei malati ma anche alle educatrici, alle religiose al servizio dei malati nelle parrocchie e all'assistenza a determinati gruppi di popolazione, come ad esempio domestici, garzoni, cameriere, lavoranti, salariati. Collette, donazioni e fondazioni mantenevano queste case.

È stato fatto molto anche dal punto di vista pastorale e sociopedagogico, almeno a grandi linee. È particolarmente importante vedere come soprattutto le suore si sono avviate ad aiutare quei malati che spesso non potevano muoversi sufficientemente. Già a quel tempo esiste una "struttura che va" e non solo che aspetta che gli interessati vengano. Così si dice in modo esemplare nella Fondazione delle Suore del Divino Redentore in Alsazia e da noi nella diocesi di Maganza a Giessen 100 anni fa: "La prima intenzione della comunità di religiose va ai poveri, che sono diventati indigenti per malattia. Essa andrà da loro, li cercherà nelle loro povere stamberghe, nei villaggi sperduti o nei sottotetti delle periferie industriali. Da questo originario rivolgersi agli altri, nascono la forza motrice, la disponibilità e l'ingegnosità per combattere tutte le forme possibili di miseria che ostacolano la vera felicità dell'uomo ed il suo incontro con Gesù Cristo, il Redentore".

È un'evoluzione tragicamente impressionante il fatto che proprio gli ordini femminili sorti nel XIX secolo, che si sono dedicati alle necessità della gente, non per ultimo gli ospedali, ed hanno contribuito a formare molte professioni sociali e caritative, abbiano subito negli ultimi decenni una notevole diminuzione di vocazioni, cosicché non hanno potuto più fornire nella misura consueta alle loro istituzioni suore della loro comunità. È tutta-

via notevole che in molti casi sia stato possibile mantenere in vita questi ospedali e, col sostegno delle comunità di religiose, mandarli avanti in modo convincente con personale laico e ampliarli.

Questi ospedali condividono oggi ampiamente i problemi di fronte ai quali si trovano molte istituzioni del nostro sistema sanitario. Di questo parleremo ampiamente nell'ultimo capitolo.

### **La sfida dell'"ospedale cristiano" oggi**

Vorrei innanzitutto fare alcune considerazioni sul concetto di ospedale cristiano. Questo concetto si definisce innanzitutto completamente dalla vocazione di ospedale. È quindi ovvio e ci si aspetta in partenza che tutto quello che forma un ospedale lo ritroviamo anche in un cosiddetto ospedale cristiano. In nessun caso ci può essere per così dire un puro ospedale cristiano. La differenza specifica "cristiano" non elimina la comunanza che esiste con l'essenza di un ospedale. Per questo in molte parti non possono esserci grandi differenze. Lo stesso vale in fondo per il concetto di "ospedale cattolico". Questo lo vedremo nelle prossime considerazioni.

"Ospedale cristiano" può significare molte cose. La parola rimanda a molte origini della comprensione cristiana della fede, che sono confluite nella nascita, la storia e lo sviluppo dell'ospedale. Ma non è solo un concetto storico. Il titolare di un ospedale determina anche oggi per molti versi l'orientamento ed il carattere di una casa. Per garantire questo orientamento sono sorti negli ultimi tempi molte "linee guida" e "creatori di modelli". Queste esposizioni programmatiche sono spesso sorte anche con la collaborazione di medici, suore, infermieri e personale ospedaliero ed hanno per questo anche un proprio carattere vincolante. La comunità di lavoro degli ospedali cristiani o cattolici ha in parte riasunto per conto proprio questi creatori di modelli e linee guida e li ha rielaborati a livello proprio.

L'immagine dell'uomo ha in questo un ruolo costitutivo. Generalmente in un determinato ospedale

si riversa anche l'intenzione e la storia di un titolare concreto. Per esempio, nel caso di comunità religiose questo si ricollega a un compito costitutivo che deve essere attuato. Proprio nel XIX secolo sono state fondate molte comunità religiose proprio con la missione di occuparsi dei malati. Grandi santi svolgono un ruolo importante di orientamento e di esempio, come Vincenzo da Paola, Camillo de Lellis, Elisabetta di Turingia, Rocco.

Naturalmente l'immagine concreta di un ospedale dipende dalla disposizione e dal tipo di operato di tutte le collaboratrici e collaboratori: ciò vale naturalmente non solo nell'ambito degli ospedali nell'ambito delle Chiese. Anche molte strutture comunali ed altre hanno una storia marcata, con cui si identificano molti suoi collaboratori. Anche un ospedale cristiano ha bisogno in prima linea di persone che si impegnano per portare a termine un compito in una struttura. Il titolare deve quindi preoccuparsi che un ospedale cristiano sia riconoscibile anche nella sua immagine concreta e nel suo orientamento. Parliamo in questo contesto della "evoluzione di una comunità di servizi per il bene di tutti" come obiettivo. Ciò vale anche per la formazione e un costante perfezionamento e specializzazione delle collaboratrici e dei collaboratori. In questo compito ha un posto importante proprio la cura spirituale in ospedale, perché essa non è stata istituita solo per i pazienti, ma deve essere intesa anche come partner dei diversi servizi nell'ospedale.

Nella realizzazione di questa "comunità cristiana di servizi per il bene di tutti" ha un ruolo importante il collegamento dell'ospedale al contesto. Nelle già citate direttive dell'Assia si dice in modo breve e pregnante: "Nella nostra quotidianità professionale ci sentiamo come una comunità di personale formato da pazienti, collaboratori, amici e vicini della Casa. Siamo legati ai luoghi circostanti della vita religiosa, in particolare alla comunità parrocchiale e come questa ci sentiamo come un segno di orientamento di vita cristiana volto all'azione. Non viviamo il nostro legame alla fede cattolica e alla Chiesa cattolica come emarginan-

te, ma come invito agli altri e suggerimento a collaborare". In questo senso anche la cooperazione di collaboratori principali e onorifici è considerata come una opportunità particolare "di trasmettere ai pazienti nell'ambiente a loro estraneo dell'ospedale l'esperienza che essi vengono accettati nello spirito dell'amore cristiano per il prossimo<sup>12</sup>.

Senza dubbio un tale comune orientamento e sforzo da parte di tutti i gruppi rappresenta un van-

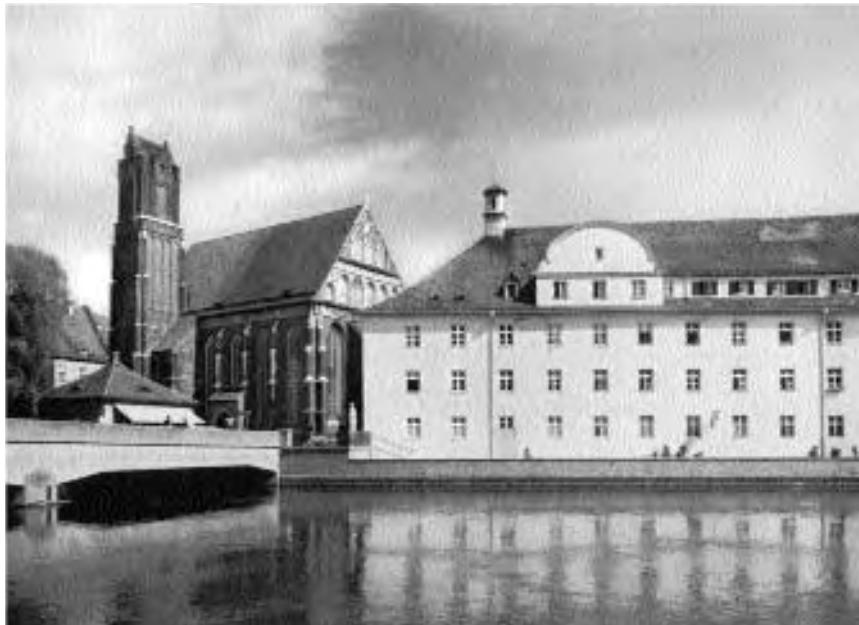
La meta portante è rappresentata tuttavia dall'immagine cristiana dell'uomo<sup>13</sup>. Oltre a quanto già detto potremmo motivarlo su tre dimensioni.

Il fondamento è la nostra convinzione che la dignità di ogni uomo indipendentemente dalla sua costituzione fisica o psichica, dalla sua religione o concezione del mondo, dalla sua razza o estrazione sociale, è determinata da Dio stesso. Il convincimento che ogni

punto dovremmo parlare più a lungo del fatto che questa dignità vale in modo particolare per l'inizio e per la fine della vita. Per questo il Santo Padre ha giustamente fissato un punto chiave della sua missione quale successore di Pietro nell'enciclica *Evangelium vitae* del 25 marzo 1995. Anche la discussione sull'aborto e sull'eutanasia ha qui la sua giusta collocazione. Un ospedale cristiano non deve mai e poi mai aprirsi a questi modi di pensare, a queste pratiche<sup>15</sup>.

Un terzo elemento è la cura umana completa dei malati. Il singolo è più della somma dei suoi dati e risultati medici. Egli porta con sé la sua storia e le sue convinzioni, il suo destino e la sua vita. Noi dovremmo cercare di tener conto di tutti questi fattori umani ai sensi di un aiuto per il risanamento e la guarigione. Sappiamo però che anche con una salute limitata è possibile fare una vita dignitosa e piena di senso e che dovremmo accompagnare e offrire aiuto a quelle persone che devono vivere con queste limitazioni e forse anche impedimenti. Vogliamo anche non lasciare sole quelle persone che devono terminare il loro cammino terreno, ma star loro vicino fino a una morte dignitosa e rafforzare in loro la speranza della fede o comunicare loro che con la morte non è tutto finito.

Un ospedale cristiano lo si può riconoscere anche per il fatto che questo servizio completo all'uomo per il corpo e l'anima occupa un posto particolare e che questi convincimenti vengono trasmessi nella formazione, che è un bene particolarmente prezioso, nel perfezionamento e nella specializzazione in modo competente e attendibile. Spesso ho dovuto convincermi che ancora sfruttiamo e utilizziamo troppo poco queste opportunità. Non dobbiamo lamentarci di questo, ma dobbiamo mobilitare attivamente le nostre forze per svolgere proprio oggi il nostro compito. Solo così è possibile mantenere e tutelare il profilo nei molteplici mutamenti e nelle sfide: questa immagine umana dà la sua direzione all'operato svolto nell'ospedale cristiano. Comprendiamo la sofferenza del paziente non solo come "difetto" ma come il bisogno legato alla sofferenza. Non si tratta di



taggio non trascurabile. Se questo orientamento comune viene continuamente motivato ed attivato, l'ospedale cristiano è in grado di affrontare i molti mutamenti esterni del sistema sanitario e ospedaliero e rimanere altamente efficiente. Il cosiddetto capitale umano rimane la forza costante degli ospedali cristiani se viene curato e sviluppato. Questo è oggi necessario più che mai. Se questi riesce, dovremmo essere anche molto più coraggiosi e fiduciosi di risolvere i problemi attuali che gli ospedali hanno. Non dovremmo contare troppo su altri vantaggi, che non desidero trascurare e neppure sottovalutare, come la solidarietà di molte famiglie da generazioni per un determinato ospedale. Ci sono anche in questo grossi cambiamenti, non per ultimo per competenza ed efficienza, vicinanza del paziente e forse anche unità ristrette hanno senza dubbio grandissima importanza.

uomo è creazione e immagine di Dio, gli conferisce a priori una dignità umana inattaccabile, come è sancita quale principio supremo in molte costituzioni e in alcune Carte dei Diritti dell'uomo. Nessun uomo può disporre di questa dignità umana, poiché essa non dipende dal riconoscimento da parte di altri uomini ma è data da Dio stesso prima di tutte le nostre differenze tra povero e ricco, sano e malato, razza e classe. Non è commerciabile e non è alienabile.

Questo fondamento viene rispettato e sviluppato nel modo in cui noi vediamo il malato. Nelle già citate linee guida si dice quanto segue: "La promessa e amorevole vicinanza di Dio ci fa vedere nel malato il prossimo bisognoso e in lui scopriamo il volto di Dio. Così possiamo avvicinare le persone per cui lavoriamo in modo adeguato e fiducioso". Dobbiamo constantemente cercare e tutelare questa dignità dell'uomo. A questo

una semplice riparazione ma di una guarigione in un senso che comprende tutto l'uomo, come è stato detto ripetutamente. Anche se esistono modelli di calcolo che schematizzano e quantificano ("trattamento forfettario dei casi") e altri sistemi di rilevamento medico e burocratico delle malattie e delle persone ammalate, nessuno deve rimanere un caso. Nel letto non c'è solo un "appendicite" ma un uomo intero. In questo mi sembra consista il pericolo maggiore per il futuro. I diversi sistemi di remunerazione non devono cancellare il volto concreto del singolo uomo con la sua provenienza e la sua storia.

Anche se abbiamo grande comprensione per gli aspetti economici, cerchiamo di non piegarci al diktat di soli criteri economici. Non deve succedere che il trattamento si limiti solo a quanto "medicalmente necessario". Nutro qui una certa preoccupazione per una concorrenza che non temo in quanto tale, ma perché potrebbe affermarsi colui che non vede l'uomo al completo, ma lo classifica come un "caso" con determinati "difetti". Qui scorre una strettissima linea di demarcazione che può portare a mutamenti di prospettiva: le limitazioni economiche necessarie ("coperture di bilancio", riduzioni di personale, tempi di permanenza ecc.) non dovrebbero oltrepassare il limite umano. Le esigenze burocratiche devono continuamente essere controllate circa la loro necessità. Non devono aumentare in modo tale che gli incontri umani, il tempo per una conversazione, ecc. diventino troppo brevi o provochino addirittura la coscienza sporca.

La sanità in ospedale è altamente vulnerabile e cagionale. Sono molte le componenti e i fattori che devono essere armonizzati fra loro. A tal fine sono necessarie intelligenza ed esperienza, pazienza e misura. Non è impossibile, anzi del tutto auspicabile che i servizi sociali offerti e l'operato medico negli ospedali vengano controllati e riconosciuti come criterio di qualità, in modo che anche in questo campo ci sia più concorrenza. Ma il mercato non regola tutto, come taluni vogliono credere anche nel campo sanitario. Non è ragionevole per me che si voglia da una par-

te ampliare questo segmento di mercato nell'ospedale e che dall'altra nel bel mezzo di un'economia di mercato cosiddetta sociale si prescriva una rigorosa pianificazione e limitazione per esempio delle prestazioni, che in fondo rovinano la vera concorrenza e assomigliano piuttosto a un'economia pianificata prescritta.

Esistono conflitti di obiettivi, le cui ripercussioni non possono oggi non essere prese in considerazione dagli ospedali cristiani. La quota di disoccupati è molto difficile da ridurre. Le conseguenze dello sviluppo demografico comportano molti problemi per la sicurezza dei sistemi di assicurazione sociale, ed anche delle casse malattie. Il contributo di molte persone al sistema sociale e sanitario scompare o diminuisce. Questo è in contrasto con la crescente aspettativa di vita, il progresso medico e la tecnica costosa. Dobbiamo sempre più riconoscere che i nostri mezzi sono limitati riguardo alle possibilità esistenti. Non abbiamo semplicemente una esplosione di costi, ma ancor più una esplosione di prestazioni. È molto difficile riformare questo fenomeno e "sistema" nell'insieme ambivalente, quasi contraddittorio. Molte riforme degli ultimi anni non hanno risolto questi conflitti di obiettivo che nessuno può discutere fino in fondo, ma talvolta ne hanno creati di nuovi. Penso alle limitazioni del bilancio (copertura), la separazione delle forme di trattamento, la divisione delle competenze, lo spostamento di settori di responsabilità e a molte singole disposizioni.

Sono quasi due decenni che – come presidente del Consiglio di amministrazione dell'ospedale di San Vincenzo ed Elisabetta di Maganza – vedo quali siano le conseguenze di tutto questo negli ospedali. Mi irrita dover vedere continuamente che questi conflitti di obiettivi tra persone e gruppi professionali, che già portano in gran parte un grosso impegno, generano tensioni e scontri che influenzano negativamente il clima di una Casa e molte altre cose. Tuttavia sono fermamente convinto che proprio gli ospedali religiosi, che in linea di massima in questa situazione non vanno né meglio né peggio di altri, dispongono di molte

forze interne che possono impiegare per trasformare produttivamente questi conflitti.

Dobbiamo lamentarci meno, cercando invece di sforzarci insieme di mobilitare riserve creative che certamente esistono.

A dire il vero, qualcosa mi tormenta sempre più: gli scontri quotidiani e le strategie che cambiano costantemente nella politica sanitaria ci tolgo il respiro per cercare e trovare vie innovative, che eliminino da una parte le lacune effettivamente presenti e dall'altra affrontino in modo creativo anche in modo convincente i nuovi bisogni delle persone malate. Per questo sono contento se proprio nell'ambito della collaborazione con le case è possibile fare esperimenti mirati, come l'assistenza integrata di persone anziane attraverso più istituzioni.

Di molte cose che fanno parte dell'argomento non ho potuto parlare – come già accennato – anche se sarebbe necessario. Penso in particolare a talune misure nel campo sanitario che sono in contrasto con la nostra immagine dell'uomo, ad esempio l'interruzione della gravidanza e l'aiuto attivo alla morte. Ma in merito ci esprimiamo più sovente dal magistero papale, attraverso le congregazioni e i consigli romani, fino alle conferenze episcopali, mentre noi forse teniamo meno sotto gli occhi questo compito comune di servizio ai malati. In ogni caso mi rallegro per ogni forma di collaborazione e unione, sia nelle comunità di lavoro che in altre diverse forme di cooperazione.

Vorrei a questo punto, e certamente in vostro nome, ringraziare tutti coloro che si dedicano numerosi e con grande impegno a questo compito e per ultimo ai malati. Questo anche per la Chiesa non è un compito qualsiasi accanto a molti altri, ma essa si trova nella posizione centrale del servizio per la fede e per imitazione di Gesù Cristo. Il servizio ai malati e l'ospedale sono e rimangono per i cristiani anche nel nostro tempo e forse ancora in futuro luoghi eccellenti e insostituibili di solidarietà, di diaconato e quindi anche di amore per il prossimo, anche se oggi non di rado viene dato in modo più nascosto.

La riforma della politica sanitaria sarà nei prossimi anni in molti Paesi uno dei progetti più importanti e difficili. Le Chiese nella loro responsabilità in questo settore non dovranno mettersi da parte<sup>17</sup>. Anche qui vale una parola cambiata della lettera a Diogneto che risale a poco prima del 200 d.C. per i cristiani: "Ad un posto così elevato li ha posti il Signore, lasciarlo non spetta a loro"<sup>18</sup>.

S. Em.za Card. KARL LEHMANN  
Presidente della Conferenza  
Episcopale Tedesca

## Note

<sup>1</sup> Userò solo parte della ricca letteratura esistente in materia. Mi limiterò, infatti, a confermare le testimonianze presentate. Uno sviluppo dell'abbondante produzione letteraria potrà essere aggiunto nella presentazione scritta.

<sup>2</sup> Cfr. H.G. GADAMER, *Über der Verborgenheit der Gesundheit*, Francfort 1993, 133-149; *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, presentazione di H. Schipperger e altri, Fribourg 1978; CL HERZLICH/J. PIERRET, *Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden*, Munich 1991; cfr. Sulla questione sa-

lute: *Lexicon für Theologie und Kirche*, 3ème éd. Vol. VI, Fribourg en Br. 1997, 426-430 (Lit).

<sup>3</sup> Cfr. E. WEIHER, *Mehr als begleiten: ein neues Profil für die Seelsorge im Raum der Medizin und Pflege*, Mayence, 1999; anche: *Die Religion, die Trauer und der Trost: Seelsorge an den Grenzen des Lebens*, Mayence, 1999.

<sup>4</sup> Oltre ai commentari specializzati di Lc 10, 25-37, si veda soprattutto W. JENGS, *Der barmherzige Samariter*, Stuttgart 1973 (apparso anche con il titolo "Vom Nächsten", in libretto tascabile 10338, Stuttgart, 1984).

<sup>5</sup> Cfr. K. LEHMANN, *Glauben bezeugen – Gesellschaft gestalten*, Fribourg-en Brisgau, 1993, 281-291.

<sup>6</sup> Cfr. Costituzione sulla liturgia "Sacrosanctum Concilium", art. 79; *Benedictionale*, Fribourg-en Brisgau 1978, n. 19, 53, 56; *Die Feier der Kankensakramente*, 2<sup>a</sup> ed., Fribourg-en Brisgau 1994; si veda anche l'introduzione pastorale, 23s, 33ss e soprattutto 28 (*Krankenbesuch und Krenkensegen*), 245 ss (preghiere di benedizione); si vedano anche tutte le pubblicazioni popolari a questo riguardo.

<sup>7</sup> Vedi E. SEIDLER, *Krankenpflege und Krankenhaus aus dem Geist des Christentums*, dans: *Zwischen Profit und Profil: Herausforderungen und Perspektiven für das christliche Krankenhaus - Mainzer Perspektiven. Orientierung 5*, Mayence 2002, (Cfr. Lit.: 32 ss); H.W. GAERTNER, *Zwischen Management und Nächstenliebe. Zur Identität des kirchlichen Krankenhauses*, Mayence 1994.

<sup>8</sup> Die ältesten Apologeten, ed. E.J. GOOD-SPEED, riedizione Göttingen 1984, 21 (15,7); traduzione tedesca: *Bibliothek des Kirchenväter: Frühchristliche Apologeten und Märtyrerakten I*, Munich 1913, 50. Per quanto riguarda lo sviluppo e l'unzione dei malati cf. R. KACZINSKI, *Die Feier des Krankenheilung dans Gottesdienst der Kirche VII*, 2, Ra-

tisbonne 1992, 241-343 (altra letteratura abbondante).

<sup>9</sup> Aux sources du Rédempteur, Paris 1991, 22.

<sup>10</sup> Direttive dell'associazione degli impiegati degli ospedali cattolici di Hesse: *Leitlinien der Hessische Arbeitsgemeinschaft der katholischen Kankenhäuser vom 5.11.2001*, 6 (edizione speciale). D'ora in poi, citerò spesso questo testo che, benché abbia un'origine regionale, è dimostrativo per molte altre questioni identiche.

<sup>11</sup> Ibid. 10.

<sup>12</sup> Ibid. 8.

<sup>13</sup> Cfr. M. PROBST – KL. RICHTER, *Heilsorge für die Kranken*, Fribourg 1975; H. SAPE-MANN, *Stärker als Not, Krankheit und Tod*, 3<sup>a</sup> ed. Fribourg, 1984; A. HELLER – H.M. SENGER, *Den Kranken verpflichtet*, Innsbruck, 1997; B. HÄRING, *Ich habe deine Tränen gesehen*, Fribourg, 1998. Per gli studi teologici, si veda il mio ampio contributo: "Aus Gottes Hand in Gottes Hand". *Kreatürlichkeit als Grundpfeiler des christlichen Menschenbildes, dans Was ist der Mensch?* In "Akademie der Wissenschaften su Göttingen", ed. da N. ELSNER et H.-L. SCHREIBER, Göttingen 2002, 249-269 (bibliografia a p. 269).

<sup>14</sup> Direttive... 3.

<sup>15</sup> Cfr. R. SCHOLZ, *Die Diskussion um die Euthanasie*. Per i problemi annessi di questione etica cfr. *Studien der Moraltheologie* 26, Munster 2002 (bibliografia abbondante).

<sup>16</sup> Vedi LEHMANN, *Notwendiger Wandel der sozialen Marktwirtschaft*, Ludwig Erhard Lectures, Berlin 2002.

<sup>17</sup> Cfr. A questo riguardo l'importante documento del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute: *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, edizioni in più lingue.

<sup>18</sup> Lettera a Diogneto, n. 22 nella versione tedesca presentata da B. LORENZ, 1982, Einsiedeln.



## Prima Sessione

# Stato attuale degli ospedali cattolici

## I. Identificare le sfide economiche, sociali, politiche, culturali e soprattutto religiose secondo le aree geografiche

JACQUES SIMPORÉ

### 1. Africa francofona

#### Introduzione

L'Africa francofona è un'immensa zona di oltre 12 milioni di km<sup>2</sup>; pertanto, ha una superficie più estesa di quella dell'Europa, che è di 10 milioni di km<sup>2</sup>. I problemi sanitari variano da Paese a Paese, da una costellazione geografica ad un'altra all'interno di questo vecchio continente, culla dell'umanità. Il mio intervento si intitola: *Identificare le sfide economiche, socio-politiche, culturali e religiose delle strutture sanitarie cattoliche nell'Africa francofona*. Nel nostro cammino per identificare queste molteplici sfide cui l'Africa francofona si trova di fronte, affronteremo sommariamente i seguenti sottotemi:

1. il background socio-sanitario dei Paesi dell'Africa francofona;
2. le sfide economiche, socio-politiche, culturali e religiose delle strutture sanitarie cattoliche nell'Africa francofona;
3. in conclusione, qual è l'identità delle opere sanitarie cattoliche nell'Africa francofona?

#### 1. Il background socio-sanitario dei Paesi dell'Africa francofona

Alle soglie del terzo millennio, sussiste una serie di sfide che gli Stati dell'Africa francofona devono affrontare. Specifichiamo anzitutto che la maggior parte di questi Stati si trova nella zona dell'Africa subsahariana. La povertà è un denominatore comune a tutti questi Paesi. La maggior parte delle persone che vi vivono dispone di meno di un dollaro al giorno<sup>1</sup>. La crescita galoppante della sua popolazione è del 2,3% contro lo 0,1% dei Paesi occidentali<sup>2</sup>. In Africa, la malnutrizione falciata oltre 5.000.000 di bambini<sup>3</sup> l'anno e la malaria uccide oltre un milione di persone l'anno. In Occidente c'è un medico per ogni 400 malati mentre, in queste zone, ce n'è uno solo per 3.125 pazienti<sup>4</sup>. Nel corso degli anni '80 del secolo appena conclusosi, nell'Africa subsahariana, secondo i dati dell'OMS, c'erano 8,5 milioni di persone colpite dal virus dell'HIV/AIDS, cioè il 59% di tutti i sieropositivi del mondo. In un lasso di tempo molto breve, nel 2001, l'Africa sub-saha-

riana si è ritrovata con il 71% dei sieropositivi del mondo (cioè 28,5 milioni). L'AIDS colpisce ciecamente e ovunque in questa parte dell'Africa, producendo numerose difficoltà: il problema delle vedove, degli orfani, dei matrimoni, della sessualità, dello sviluppo umano. È all'interno di questa problematica propria dell'Africa francofona che le strutture sanitarie cattoliche operano, come dei buoni samaritani, per dare più salute, più vita e più speranza a questi popoli toccati da mille e una patologia.

#### 2. Le sfide economiche, socio-politiche, culturali e religiose delle strutture sanitarie cattoliche nell'Africa francofona

##### a. Le sfide economiche sono immense

– La povertà degli Stati dell'Africa Sahariana: come possono vestirsi, nutrirsi, trovare alloggio e curarsi adeguatamente con un solo dollaro al giorno?

– Difficoltà di mantenimento del-

le strutture sanitarie costruite dai primi missionari: dispensari, maternità, ospedali, SMI.

– Difficoltà di pagamento del personale, di approvvigionamento di medicinali, e di rinnovamento degli apparecchi diagnostici ormai obsoleti.

– I benefattori occidentali, zelanti alla partenza della fondazione delle strutture sanitarie nelle missioni, oggi intervengono sempre meno. Ciò è dovuto a diversi fattori: la comparsa di numerosi problemi socio-culturali, la crisi economica, la de-cristianizzazione e la secularizzazione dell'Occidente, l'invecchiamento e la morte di alcuni benefattori che sostenevano anima e cuore le opere dei missionari. Così, la gestione di certe strutture sanitarie cattoliche in Africa diventa sempre più difficile. Per fortuna alcune Organizzazioni come la CEI, Missio, Secours Catholique, i cristiani del Sahel, la Fondazione Giovanni Paolo II, Cafod, Sainte Enfance, Caritas, ecc., continuano a sostenere dei progetti sanitari e alcune opere iniziate dai primi missionari.

#### *b. Sfide sociali*

In tutti i Paesi dell'Africa francofona, i pionieri nella cura dei malati sono stati i missionari i quali hanno costruito delle strutture sanitarie. Oggi queste strutture accolgono soprattutto i settori poveri della società, mentre i ricchi vanno a farsi curare nelle cliniche private.

La filosofia che governa l'opera delle strutture sanitarie cattoliche è questa: offrire cure di qualità ai poveri chiedendo loro solo un modesto contributo finanziario. Si pone però un grande interrogativo: cosa fare con i poveri, i miserabili, gli orfani, le vedove che non possono pagare la modesta somma della visita e quella degli esami biomedici?

In numerosi centri, esistono tariffe speciali per coloro che sono poveri mentre, per i sofferenti, le consultazioni e le analisi biomediche sono gratuite. La sfida economica viene interpretata da questi due interrogativi: come mantenere un budget equilibrato, senza rischiare il fallimento, mantenendo servizi gratuiti per i poveri? E come possono le strutture sanitarie cattoliche avere un'autonomia finanziaria?

#### *c. Sfide politiche*

– Politica sanitaria a volte contrastante nell'ottica delle strutture sanitarie cattoliche e quelle dei governi degli Stati laici francofoni. In questi Paesi vivono persone di religioni tradizionali, musulmani, cristiani. Ogni religione ha la sua visione sulla sessualità, la fecondazione umana, l'aborto. Per questi motivi, i governi degli Stati dell'Africa francofona propongono una pianificazione familiare mediante l'uso delle pillole antifecondative, i preservativi, la spirale, mentre la Chiesa cattolica parla della regolazione delle nascite con metodi naturali. Per quanto riguarda la prevenzione dell'AIDS, la Chiesa cattolica predica nelle sue strutture sanitarie la fedeltà e l'astinenza, mentre i ministeri sanitari dei Paesi francofoni propongono l'uso di preservativi come mezzi efficaci per lottare contro l'infezione e la diffusione del virus HIV.

– Rapporti tesi tra Direttore Regionale sanitario, Direttore sanitario, medici capo di distretto e religiose-religiosi che operano nelle strutture sanitarie cattoliche, per questioni di organizzazione, supervisione, servizio o personale statale impiegato nelle strutture.

– Difficoltà di gestione dei numerosi malati e delle nascite durante gli scioperi politici o le guerre civili.

#### *d. Sfide culturali*

– Costruzione di strutture sanitarie che non tengano conto della mentalità e della cultura della zona. Costruzione, ad esempio, di centri sanitari a più piani in una zona di capanne, con ascensori che non funzionano mai.

– Secondo l'OMS/AFRO, per mancanza di mezzi economici per acquistare i medicinali moderni, circa l'80% degli africani utilizzano in un modo o nell'altro la fisioterapia durante le loro malattie. Due sfide da assumere:

1) come fare per elaborare un'armonizzazione pratica tra le cure moderne nelle nostre strutture sanitarie e il ricorso alla farmacopea tradizionale?

2) come sviluppare nelle nostre strutture sanitarie cattoliche i principi di Alma Acta sulla medicina

preventiva, la salute comunitaria che è più accessibile alle popolazioni povere?

#### *e. Problemi religiosi*

Da una parte, esistono difficoltà di collaborazione, di convenzione tra religiosi che lavorano in una struttura sanitaria diocesana e l'Ordinario locale. Spesso mancano firme di convenzioni chiare tra diocesi e religiosi che lavorano nelle strutture sanitarie diocesane. Dal-



l'altra, si possono presentare problemi di cooperazione tra i religiosi che hanno strutture sanitarie, e la gerarchia ecclesiastica locale: nascono spesso conflitti a causa della costruzione di opere sanitarie appartenenti a congregazioni religiose, situate sui terreni della diocesi e dei malintesi a causa di molteplici organizzazioni pastorali.

Le convenzioni verbali, non scritte nero su bianco, tra un vescovo e un superiore maggiore, riguardanti un'opera sanitaria o altra, possono rafforzare la loro amicizia attuale ma riserva, nel futuro, grandi polemiche tra i loro successori. Oramai, per evitare inutili diatribe prima di erigere un'opera sanitaria cattolica in una diocesi, è opportuno firmare convenzioni chiare e rinnovabili tra i partner.

#### **Conclusione**

Abbiamo identificato le varie sfide che si presentano alle strutture sanitarie cattoliche nell'Africa di

lingua francese; ma resta la grande questione di fondo. Quale identità per le opere sanitarie cattoliche nell'Africa francofona? Qual è il livello di testimonianza cristiana nelle nostre strutture sanitarie cattoliche? Quali sono i criteri e i principi richiesti per affermare che un'istituzione sanitaria appartenente a una diocesi o a dei religiosi è una struttura sanitaria cattolica? In altri termini, come rendere le nostre strutture sanitarie cattoliche dei luoghi privilegiati di evangelizzazione? Le istituzioni sanitarie cattoliche si ispirano al messaggio e all'esempio di Gesù Cristo misericordioso e aderiscono al suo mandato di missione: andare in tutto il mondo, annunciare la Buona Novella della salvezza<sup>5</sup>; i suoi discepoli partirono, predicarono la buona novella, scacciaroni i demoni, e, facendo unzioni ai malati, li guarivano<sup>6</sup>. Il punto

centrale di ogni struttura sanitaria che voglia essere cattolica è Cristo, buon samaritano<sup>7</sup>, che versa l'olio d'amore e di compassione per curare e che protegge la vita umana dal suo concepimento alla sua fine.

P. JACQUES SIMPORÉ, M.I.  
Consultore Generale dei Camilliani

### Riferimenti bibliografici

DI MENNA R., *Problemi della salute nel Burkina Faso*, in Dolentium Hominum, n. 48, anno XVI 2001, n. 3, p. 44.

PIGNATELLI S., SIMPORE J., MUSUMECI S., *Effectiveness of forced rehydration and early re-feeding in the treatment of acute diarrhoea in a tropical area*, Minerva Pediatr., 2000 Jul-Aug; 52 (7-8): 357-66.

*Rapport mondial sur le développement humain, Droits de l'homme et développement humain*, PNUD, De Boeck & Lancier, Bruxelles, 2000.

SIMPORE J., *La via consacrée face aux défis*

*du troisième millénaire, Atelier d'impression et de maintenance technique*, Ouagadougou 2000.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Human development report*, 1997, New York, Oxford University Press, 1997.

ZOUNGRANA PAUL, *Salute ed organizzazione sanitaria nei paesi in via di sviluppo*, in Dolentium Hominum, n. 14, anno V 1990, n. 2, p. 2.

### Note

<sup>1</sup> UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Human development report*, 1997, New York, Oxford University Press, 1997.

<sup>2</sup> *Rapport mondial sur le développement humain, Droits de l'homme et développement humain*, PNUD, De Boeck & Lancier, Bruxelles, 2000.

<sup>3</sup> PIGNATELLI S., SIMPORE J., MUSUMECI S., *Effectiveness of forced rehydration and early re-feeding in the treatment of acute diarrhoea in a tropical area*, Minerva Pediatr. 2000 Jul-Aug.; 52 (7-8): 357-66.

<sup>4</sup> *Rapport mondial sur le développement humain, Droits de l'homme et développement humain*, PNUD, De Boeck & Lancier, Bruxelles, 2000.

<sup>5</sup> Mt 28, 19.

<sup>6</sup> Mc 6, 12.

<sup>7</sup> Lc 10, 25-37.

EDWARD PHILLIPS

## 2. Africa anglofona

Per inquadrare la realtà del sistema sanitario nei Paesi dell'Africa anglofona, dobbiamo prima capire il modello di sviluppo realizzato nel continente. Analizzeremo quindi le componenti dello sviluppo della sanità durante il governo coloniale, il periodo dell'indipendenza, quello successivo all'indipendenza e nella realtà attuale.

Durante il governo coloniale, la popolazione indigena di colore disponeva di un'assistenza sanitaria di base e altri servizi sociali. C'erano ospedali e dispensari gestiti dai colonizzatori, ma le Chiese si spingevano nell'interno per offrire cure sanitarie alla popolazione nera che non poteva accedere ai servizi sanitari. Così i maggiori dispensatori di salute per la popolazione furono ospedali, unità sanitarie, cliniche mobili, ecc., gestiti dalla Chiesa. Queste strutture, per poter funzionare, dipendevano fondamentalmente da fonti esterne. I pazienti pa-

gavano qualcosa per i servizi che ricevevano, ma le operazioni godevano principalmente di tre fonti:

1. raccolta di fondi da parte dei religiosi;
2. destinazione, da parte delle Congregazioni religiose, dei propri fondi alla sanità;
3. ricerca di benefattori esterni.

Tutti i programmi dei leader politici, quali Nkrumah, Nyerere, Kaunda e Kenyatta, che lottavano per ottenere l'indipendenza dei loro Paesi dal regime coloniale, prevedevano cure sanitarie gratuite per la popolazione. Così, mentre Paesi come il Ghana, Tanzania, Zambia e Kenya ottenevano l'indipendenza, secondo i desideri dei cittadini, allo stesso modo, secondo le filosofie politiche dei padri fondatori, le cure sanitarie dovevano essere gratuite.

Così, dopo l'indipendenza, operarono parallelamente due sistemi sanitari altamente sovvenzionati:

un sistema statale in via di sviluppo che prevedeva cure sanitarie gratuite, finanziate dalle tasse e da aiuti esteri, e i servizi sanitari gestiti dalla Chiesa che chiedevano un piccolo contributo ai fruitori delle prestazioni ma che dipendevano anche dalle proprie risorse personali e dall'abilità delle Congregazioni ad ottenere finanziamenti.

Sia le iniziative governative sia quelle ecclesiali prevedevano che ci sarebbe stato uno sviluppo economico dei Paesi, che avrebbe favorito la crescita dei sistemi sanitari pubblici e privati. Purtroppo, però, ciò non è avvenuto. Le ragioni di questo fallimento dello sviluppo dei sistemi economici sono da ricercare tanto all'interno quanto all'esterno. Per la maggior parte dei Paesi dell'Africa anglofona, eccetto il Sudafrica, l'economia era ed è ancora oggi essenzialmente agricola, con un settore industriale molto limitato. La vendita di prodotti

agricoli quali il caffè, il tè e il cotone ha dovuto fronteggiare le realtà del mercato globale, dove i prodotti agricoli sono venduti a basso prezzo mentre i prodotti finiti sono acquistati ad alto prezzo. Il principale imprenditore in quei Paesi non era il settore privato ma il governo, e dove era l'imponibile di base per venire incontro a tutte le richieste?

Per reagire al problema economico di molti Paesi, la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale misero in atto l'infame politica chiamata SAP (*Structural Adjustment Programs*), secondo la quale i governi dovevano ridurre i costi dei loro servizi sociali, come la sanità e l'educazione. Fu introdotto, inoltre, un nuovo concetto di condivisione dei costi. Chi doveva assorbire il deficit nel sistema sociale governativo? Era la lista nascosta, dovevano essere le Chiese? Ora la Banca Mondiale ha visto che il SAP, di per sé, non è la risposta giusta ai problemi relativi alla povertà e ai servizi sociali basilari e ora parla di una nuova politica chiamata *Poverty Eradication Programs*.

Benché certe politiche internazionali si possano criticare, bisogna anche essere onesti sul ruolo svolto da un buon sistema di governo nei Paesi del continente. Purtroppo, in alcune parti dell'Africa anglofona, la corruzione, la dipendenza dal potere e le guerre sembrano avere un enorme impatto sulla vita delle popolazioni e sullo sviluppo vitale dei Paesi. Se i leader nazionali sono corrotti, come è possibile fermare la corruzione nel sistema sanitario? Se non viene attuato un buon sistema di governo, non c'è sollecitazione ad investire fondi nello sviluppo economico. Di fatto, le economie stagnano e uno degli effetti delle economie deteriorate è la diminuzione delle risorse sanitarie.

Anche per quanto riguarda la Chiesa, ci sono sviluppi positivi e negativi che hanno un impatto diretto sui servizi sanitari. Nel periodo precedente e immediatamente successivo all'indipendenza, la missione della Chiesa nei Paesi dell'Africa anglofona era quella di sviluppare le Chiese locali. Due aspetti chiave di questo sviluppo erano rappresentati dalle vocazioni locali alla vita religiosa e dall'e-

stensione dei servizi sanitari alla popolazione.

Le Congregazioni diocesane femminili venivano rafforzate e, all'interno delle loro comunità, le religiose venivano formate alla professione sanitaria. Poiché il numero di sacerdoti, religiosi e religiose nelle Chiese locali continuava ad aumentare, le Congregazioni religiose internazionali cominciarono a reclutare nuovi candidati.

Nella sanità, continuarono ad essere costruiti ospedali e dispensari, come pure istituzioni di formazione per gli operatori sanitari. In molti grandi ospedali, esistevano Scuole infermieristiche che rappresentavano una fonte continua di personale per i nosocomi e i dispensari.

All'inizio degli anni '90, le Congregazioni religiose e missionarie dovettero affrontare la realtà dell'invecchiamento del personale con pochissimo, se non addirittura nessun nuovo candidato proveniente dall'Europa o dagli Stati Uniti. Quelle Congregazioni che non potevano più destinare personale religioso ai propri servizi sanitari, si trovarono di fronte al dilemma di chiudere le loro strutture o di cederle alla Chiesa locale. Nella maggior parte dei casi, le cedettero alle Chiese locali con il presupposto che avrebbero continuato a gestirle. Purtroppo, ci fu un punto debole nella loro supposizione di base. I religiosi locali avevano la formazione medica per offrire tali servizi, ma non disponevano delle risorse finanziarie e manageriali per far funzionare molte di queste istituzioni. I religiosi europei potevano rivolgersi alle loro Case Generalizie o ai loro amici in Europa per chiedere assistenza nei loro ministeri, ma a chi potevano ricorrere i religiosi locali? La Chiesa locale, pertanto, si trovò di fronte allo stesso problema del sistema sanitario governativo, quello cioè di non avere una solida base finanziaria per la gestione di questi servizi.

Nel caso della Chiesa con un povero sviluppo economico locale, le risorse economiche mancavano nella comunità locale per affrontare le spese sanitarie. Se aggiungiamo l'ulteriore stress sul sistema sanitario causato dall'epidemia di HIV/AIDS in Africa, abbiamo dei sistemi sanitari che hanno subito fondamentalmente un arresto cardiaco o sono in cure intensive.

Il sogno della salute per tutti si è trasformato così in una dura realtà, dove alle cure sanitarie possono accedere coloro che hanno possibilità economiche, mentre i poveri possono accedere alla sanità solo in casi di emergenza. Le malattie che avrebbero potuto essere curate all'inizio vengono trattate soltanto quando diventano croniche o acute. Ciò, di fatto, aumenta i costi per i pazienti e per il sistema sanitario.

Un fattore chiave in questo campo che non è stato chiaramente affrontato e compreso dalla comunità dei finanziatori è la percentuale di sanità nazionale gestita dalla Chiesa, dall'Islam e dalle Organizzazioni non Governative.

La seguente tabella mostra il confronto tra spese sanitarie pubbliche e private in alcuni Paesi di lingua anglofona, secondo il rapporto dell'OMS del 2001. Le cifre si riferiscono al 1998.

**Tabella 1. Percentuale delle spese pubbliche/private sul totale delle spese sanitarie**

Paese	% Spese governative	% Spese private
Nigeria	39,4%	60,6%
Ghana	54,0%	46,0%
Sudafrica	43,6%	64,4%
Tanzania	48,5%	51,5%
Uganda	38,2%	61,8%
Kenya	28,1%	71,9%

Si dovrebbe chiedere alla comunità internazionale donatrice perché sembra esserci resistenza ad investire nei sistemi sanitari del settore privato dal momento che questi si fanno carico di un'alta percentuale dei servizi sanitari in questi Paesi. La questione sottigliezza è la tensione tra società laica e Chiesa? La nuova politica del governo degli Stati Uniti a lavorare con Organizzazioni Religiose (*Faith Based Organizations*, FBO) sembra far capire che c'era una precedente politica di non lavorare con le FBO.

Oltre alle questioni fondamentali che riguardano il sostentamento economico dei servizi sanitari della Chiesa, questa deve fronteggiare ora un'altra sfida morale ed etica nella lotta tra ciò che Sua Santità Giovanni Paolo II chiama

la *cultura della vita e la cultura della morte*. Le questioni etiche e morali sul diffondere una cultura della vita possono essere viste più chiaramente attraverso il problema dell'HIV/AIDS. Due componenti chiave che si riferiscono direttamente all'integrità della vita e al problema dell'HIV/AIDS sono l'aborto e l'accesso alle cure.

Nella maggior parte dei Paesi africani di lingua anglofona, l'aborto è illegale. In Sudafrica, invece, esiste una solida legge in suo favore. Nei Paesi in cui è illegale, l'aborto può essere facilmente praticato per salvare la vita della madre. La strada seguita per cercare di aumentare l'accettazione dell'aborto è quella di consigliare alle gestanti che hanno HIV/AIDS di abortire. In Sudafrica c'è un protocollo governativo per cui ad ogni donna sieropositiva dovrebbe essere consigliato di abortire prima della ventesima settimana di gestazione. I vescovi sudafricani hanno avviato una forte campagna contro questo protocollo, ma la loro voce non è stata ascoltata dal governo.

È attraverso il fallimento dell'accesso alle cure che diminuisce la percentuale di sopravvivenza della madre, del bambino o di coloro che sono infetti dall'HIV/AIDS. Nella situazione sudafricana, il governo, mentre da una parte consiglia fortemente alle donne sieropositive di abortire, dall'altra ha resistito all'uso dell'anti-retrovirale Niverpine da somministrare alle madri per prevenire la trasmissione del virus dell'HIV da madre a figlio. La resistenza del governo sudafricano su questa questione è in completa contraddizione rispetto ad altri Paesi africani che stanno cercando di sviluppare dei programmi per la prevenzione della trasmissione da madre a figlio (PMTCT).

Oltre alla questione di salvare la vita della madre, c'è un altro concetto inespresso secondo il quale se salviamo il bambino di una madre sieropositiva aumenteremo, in definitiva, il numero di orfani ed essi peseranno sulla società. Quindi, perché salvare il bambino?

Questi nuovi sviluppi della cultura della morte ci portano a fare una domanda spaventosa. Stiamo entrando in una nuova fase dell'ingegneria economico-sociale in cui

le persone, e in particolare le gestanti sieropositive, non hanno valore poiché sono povere? La vita del bambino è limitata al grembo materno e la madre è lasciata con la propria malattia HIV/AIDS senza alcun reale sostegno medico da parte del proprio governo. Anche senza l'uso di farmaci anti-retrovirali, dal 60 al 70% dei bambini non svilupperà il virus.

Come rispondiamo quindi, come Chiesa, al grave dilemma della sanità in Africa? Nella sua Encyclica *Evangelium vitae*, Sua Santità Giovanni Paolo II ci indica chiaramente la risposta. La sua spiegazione della cultura della morte ci dà una chiara guida per un'appropriata risposta di giustizia sociale. Questa cultura "è attivamente promossa da forti correnti culturali, economiche e politiche, portatrici di una concezione efficientistica della società... Si può, in un certo senso, parlare di una *guerra dei potenti contro i deboli*... Chi, con la sua malattia, con il suo handicap o, molto più semplicemente, con la stessa sua presenza mette in discussione il benessere o le abitudini di vita di quanti sono più avvantaggiati, tende ad essere visto come un nemico da cui difendersi o da eliminare" (EV, n. 12).

La nostra risposta alla *guerra dei potenti contro i deboli* dovrebbe essere la seguente.

1. Le Chiese locali in Africa si devono impegnare sempre più nel-

l'identificare e condannare la cultura della morte nella loro realtà. Le questioni di cattivo governo, guerra, corruzione, violenza e aborto e sistemi economici distrutti non sono questioni politiche ma questioni del Vangelo.

2. La Chiesa del Nord deve sostenere maggiormente le Chiese locali in Africa in quanto queste assumono il ruolo di difesa del debole contro il potente.

3. La Chiesa del Nord deve prendere una posizione più attiva nei confronti delle agenzie internazionali donatrici e con i governi nazionali per poter accedere ai fondi per la salute al fine di garantire servizi sanitari cattolici appropriati.

4. Le Congregazioni europee ed americane dovrebbero rivedere le loro politiche e procedure per cedere i servizi sanitari alle congregazioni religiose locali e alle diocesi.

Per concludere, i servizi sanitari della Chiesa nell'Africa anglofona si trovano ora ad un bivio in cui esse devono assumere un ruolo molto più profetico nell'identificare le strutture nel proprio ambiente, che stanno imponendo una cultura della morte.

P. EDWARD PHILLIPS, M.M.

*Lettore aggiunto  
Centre for Complementary Medicine  
and Biotechnology  
Kenyatta University  
Nairobi (Kenya)*



*RICHARD M. HAUGHIAN*

## 3. America del Nord

### 1. Il Ministero Cattolico della Salute in Canada

*I Fondatori della Sanità Cattolica in Canada*

Con la fondazione, nel 1639, dell’Ospedale Hôtel-Dieu, nel Quebec, per opera degli Ospedaliere Agostiniani di Dieppe, i membri di 64 congregazioni religiose femminili e tre Ordini religiosi maschili misero la propria vita al servizio dei malati, dei sofferenti e dei moribondi. Sono stati loro ad aver fondato le organizzazioni sanitarie che hanno gettato le basi e la tradizione del ministero cattolico della salute in Canada, dando altresì il via al sistema sanitario canadese.

Attualmente, sono al servizio di malati e moribondi 73 ospedali cattolici e 38 istituzioni per cure a lungo termine, in 9 province che vanno da un capo all’altro del Paese. Ci sono, inoltre, 32 finanziatori di istituzioni sanitarie cattoliche, 8 dei quali sono persone giuridiche pubbliche e 24 sono Congregazioni religiose femminili.

*MEDICARE –  
Il piano pubblico di previdenza  
sanitaria in Canada*

Gli ospedali cattolici e le istituzioni per cure a lungo termine operano nell’ambito del sistema sanitario pubblico di previdenza.

Gli elementi del Piano Sanitario Canadese sono:

- Amministrazione Pubblica: su base non-profit;
- Totalità: gli ospedali e i medici assicurano tutti i servizi medici necessari;
- Universalità: tutti i residenti in Canada sono assicurati;
- Trasferibilità: i residenti sono coperti anche quando si trovano temporaneamente in altre province;

– Accessibilità: l’accesso dev’essere facile, per assicurare servizi senza barriere di tipo finanziario o di altro tipo.

Attualmente il piano è sottoposto a revisione da parte della Commissione Romanow, nominata a livello federale.

*Visioni/obiettivi che ispirano  
il ministero cattolico della salute*

Quelli che illustriamo di seguito sono le visioni/gli obiettivi, radicati nel Vangelo, che danno la giusta direzione al ministero cattolico della salute in Canada.

- Rispetto per la vita umana a tutti i livelli;
- trasformazione del ministero della salute della Chiesa;
- organizzazioni di sanità cattoliche entusiaste;
- una giusta politica sanitaria e sociale.

Le attività comprendono l’educazione, la tutela, uno sviluppo della rete e della politica nei campi dell’etica, della spiritualità e della giustizia attinenti la salute e le cure sanitarie.

*Sfide e opportunità*

Il ministero si trova di fronte a tante sfide e opportunità.

1. Molte congregazioni religiose femminili, che hanno fondato e finanziato le istituzioni sanitarie cattoliche, hanno lasciato, o sono in procinto di farlo, il ministero istituzionale della salute.

2. Sono state istituite nuove organizzazioni finanziarie, persone giuridiche pubbliche con leadership a livello legislativo, per continuare il governo cattolico delle istituzioni sanitarie cattoliche. Questi nuovi finanziatori stanno lottando contro questioni di vitalità finanziaria, autorità, ruoli e rapporti.

3. C’è bisogno di nuovi leader

nell’ambito delle organizzazioni finanziarie della sanità cattolica, ed è altresì necessaria l’educazione ai valori e alla storia del ministero sanante della Chiesa.

4. Nell’ambito ecclesiale, è necessaria una maggiore educazione alla salute e al ministero sanante della Chiesa stessa, per vescovi, sacerdoti e laici.

5. Di fronte alle pressioni etiche che minacciano l’identità cattolica e le decisioni di gestione che riguardano le strutture governative, è a rischio la futura esistenza di alcune organizzazioni sanitarie cattoliche.

6. La sanità cattolica inoltre svolge un ruolo di tutela in merito ad argomenti di politica pubblica per l’etica e la giustizia come le biotecnologie e la ricerca genetica, le tecniche riproduttive, le cure per i moribondi, le necessità dei poveri, e argomenti ecologico-ambientali legati alla salute.

*Progetto nazionale su un futuro privilegiato per il ministero*

Quest’anno, l’Associazione della Sanità Cattolica Canadese (CHAC) sta finanziando un progetto nazionale su un futuro privilegiato per il ministero cattolico della salute in Canada. Tale progetto è organizzato in collaborazione con la Conferenza Canadese dei Vescovi Cattolici (CCCB), con finanziatori, associazioni provinciali, agenzie di servizi sociali cattoliche, rappresentanze diocesane ed altre parti interessate.

Il progetto comprende il dialogo tra coloro che sono impegnati nel ministero, tra ottobre 2002 ad aprile 2003, su caratteristiche ed elementi essenziali del ministero cattolico della salute. Tale progetto porterà a un Forum a livello nazionale che si terrà a maggio 2003 e che svilupperà una visione e dei

piani d'azione per il futuro del ministero cattolico della salute in Canada.

Il ministero cattolico della salute in Canada è guidato dal motto: "Ci muove l'amore di Cristo". Le persone impegnate in questo ministero cercano di essere testimoni della presenza sanante di Cristo nel servizio ai malati e ai moribondi, paladini di un sistema sanitario giusto, e promotori di una società sana.

## 2. La sanità in Messico

### *Tendenze e problemi*

Il Messico ha una popolazione di oltre 81 milioni di abitanti, il 30% dei quali sono cittadini che hanno più di 15 anni, mentre gli ultra sessantacinquenni sono circa il 5% del totale. L'aspettativa di vita alla nascita è salita fino ai 69 anni circa per l'intera popolazione. Tra il 1960 e il 1989, il tasso di mortalità alla nascita è sceso del 50%, mentre negli ultimi tre decenni la mortalità dovuta a malattie contagiose è diminuita tra il 60 e l'87% per tutti i gruppi di età.

I problemi sanitari più urgenti comprendono le malattie cardiache, i disturbi intestinali, la cirrosi, il diabete e la malnutrizione. Le malattie infettive come l'AIDS e la TBC sono in continuo aumento. Anche la povertà si sta diffondendo, specialmente nelle zone rurali.

### *Servizi sanitari*

Il Sistema Sanitario Nazionale è formato da istituzioni del settore pubblico e privato. Nel 2001, in Messico c'erano circa 974 ospedali pubblici (del governo) e circa 1621 ospedali privati.

Il settore pubblico comprende istituzioni di previdenza sociale e istituzioni che forniscono cure sanitarie e servizi sociali a gruppi di popolazione che non rientrano in nessuno schema sanitario. Il Segretariato per la Salute è la principale agenzia del settore, e gestisce le istituzioni a tutti i livelli, compresi dieci istituti nazionali di sanità. Le istituzioni del sistema di previdenza sociale nel settore pubblico coprono i bisogni dei lavoratori statali e del settore privato, ol-

tre ai membri delle loro famiglie. Nel 1991, il sistema di previdenza sociale copriva il 54% della popolazione.

Il settore privato comprende gli operatori e le istituzioni che forniscono cure a pazienti esterni e a pazienti ricoverati, compagnie assicurative sanitarie, e coloro che praticano la medicina tradizionale e alternativa.



*L'economia in cui operano gli ospedali privati*

Gli eventi dell'11 settembre 2001, e la guerra contro il terrorismo, hanno gravemente colpito l'economia del Messico, in modo particolare quella delle zone e delle città che si trovano vicino agli Stati Uniti. L'industria aeronautica, dei trasporti e il turismo ne hanno risentito in modo particolare. La globalizzazione dell'economia, controllata da corporazioni multinazionali, ha portato a un abbassamento dei prezzi, a piccoli margini di crescita e alla deflazione. Queste condizioni economiche hanno fatto perdere posti di lavoro e hanno portato alla chiusura di numerose aziende.

Altri aspetti importanti dell'ambiente politico ed economico comprendono: l'elezione del Presidente Vincente Fox Quesada, il piano federale del governo per la riforma fiscale, le nuove negoziazioni con la Banca Mondiale, una moneta forte, il supporto finanziario americano, e l'attività economica che continua a favorire i ricchi e

non i poveri. Ci si aspetta per i prossimi 12 mesi una certa stabilità economica.

A causa di queste realtà economiche, le persone che usufruiscono di servizi medici usano gli ospedali pubblici, cliniche e ospedali civili, in numero sempre crescente. C'è un minor ricorso agli ospedali privati, specialmente quelli che si trovano vicino al confine con gli Stati Uniti.

## 3. La sanità e i servizi sociali cattolici negli Stati Uniti

La sanità e i servizi sociali cattolici risalgono al 1727, quando, a New Orleans, 12 suore Orsoline francesi arrivarono nella città per diventare infermiere, insegnanti e per servire i poveri e gli orfani: un'eredità che dura da 275 anni!

### *Profilo attuale*

Il sistema sanitario cattolico annovera da poche a oltre 100 strutture. Gli ospedali cattolici e altre organizzazioni svolgono il loro ministero attraverso asili, programmi alimentari, e altri tipi di attività esterne destinate a persone di tutte le età, razze e credo religiosi. L'ampio continuum del ministero comprende:

- 62 Sistemi sanitari, 136 centri sanitari di ricovero;
- 634 Ospedali, 36 Hospice;
- 522 Strutture per cure a lungo termine, 700 e + – cure-servizi infermieristici (case famiglia, cure per adulti, residenze per anziani).

Le istituzioni sanitarie cattoliche sono presenti in quasi tutte le diocesi della nazione. Vi è almeno una struttura cattolica in 173 delle 176 diocesi. 49 diocesi "finanziano" la sanità cattolica e 9 diocesi finanziano il "proprio" sistema sanitario. Ci sono ospedali in 153 diocesi, e strutture per cure a lungo termine in 166 diocesi.

Gli ospedali cattolici costituiscono l'11% di tutti gli ospedali degli Stati Uniti – il più ampio gruppo della nazione per ospedali non-profit. Uno su cinque ospedali non-profit è un ospedale cattolico.

Il 28% degli ospedali cattolici sono classificati come dispensatori di cure in zone rurali e spesso sono gli unici a fornirle.

## *Il ministero ospedaliero negli Stati Uniti*

Il ministero ospedaliero cattolico si occupa di una persona su sei che ha bisogno di cure ospedaliere. Gli ospedali cattolici forniscono:

- cure vitali per i poveri, i malati e i bisognosi;
- una testimonianza vitale per il cambiamento sociale;
- una parte vitale della sanità degli Stati Uniti;
- un ministero vitale della Chiesa.

Questo ministero porta avanti la missione sanante di Gesù Cristo attraverso il *servizio* e la *trasformazione*. In modo particolare, sostiene il programma pro-vita della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti, assieme a tutta la Chiesa, per far avanzare la cultura della vita, e in particolare quella dei nascituri e degli anziani.

### *Le opportunità per servire e trasformare*

Le sfide per fornire cure sanitarie negli Stati Uniti sono reali e numerose. Esse comprendono le sfide per la sanità e quelle che sono specifiche per il ministero.

### *Sfide per la sanità*

– *Le persone senza assicurazione sanitaria*: le cifre più recenti attestano che 42 milioni di cittadini degli Stati Uniti, 6 milioni dei quali sono bambini, non hanno una copertura assicurativa sanitaria.

– Oltre alla sfida di coloro che non possiedono un'assicurazione sanitaria, c'è quella di un *sistema di pagamento ingiusto*. Gli ospedali cattolici sono sempre più chiamati a servire coloro che non hanno i mezzi per pagarsi le cure. Senza un adeguato rimborso, molti di questi ospedali sono stati costretti a chiudere o a vendere i loro beni a sistemi con fini di lucro.

– Il *sistema per la distribuzione* di cure sanitarie si trova in un grande stato di fluttuazione, come risultato di un sistema non coordinato e di scarse cure per i pazienti.

– *I progressi tecnologici* come quelli sul genoma umano, gli strumenti biomedicali, il costo dei medicinali ed il commercio su Inter-

net, hanno aggiunto altre sfide a quelle economiche e sociali per fornire cure sanitarie.

### *Sfide specifiche per il ministero*

– La *transizione verso una leadership laica* ha fatto emergere questioni come quale tipo di finanziamento e di sviluppo di leadership sia meglio per i laici, per mantenere viva l'eredità di attenzione e di misericordia così attentamente portata avanti da suore, religiosi e sacerdoti.

– La controversia pubblica sul *ruolo delle organizzazioni sanitarie religiose* nella società, ha prodotto delle minacce alla libertà di servire come dispensatori di cure basate sulla fede.

Un simbolo visibile di questa controversia, è stato l'eventuale partecipazione a programmi di sanità con investimenti pubblici, come Medicare e Medicaid, che avrebbero costretto gli ospedali cattolici a praticare l'aborto. L'argomento è stato esteso ad altri servizi, dalla contracccezione al suicidio assistito, ed anche ai lavoratori religiosi ed ai piani assicurativi sanitari.

### *Elementi di un futuro privilegiato*

Oltre 1000 membri del ministero cattolico della salute hanno lavorato per articolare un piano strategico per un futuro privilegiato per la distribuzione di cure sanitarie negli Stati Uniti. Il risultato del piano strategico del ministero è

ideato per fornire gli elementi di una visione per il futuro.

### *Un ministero che sia caratterizzato da:*

- una forte missione e che sia basato sui valori, che enfatizzano la misericordia e la qualità;
- la collaborazione con altri dispensatori e ministeri della Chiesa;
- un'efficace tutela.

### *Un ministero della salute che sia caratterizzato da:*

- un migliore coordinamento delle cure e l'utilizzo di un giusto livello;
- un forte senso della comunità;
- delle cure rivolte a tutta la persona;
- una copertura/disponibilità assicurativa universale.

### *Cure per i pazienti e per la comunità* caratterizzate da:

- migliore qualità della vita;
- soddisfazione del paziente;
- uso efficace della tecnologia con umanità;
- maggiore considerazione per i pazienti, le famiglie e le comunità.

### *Un ambiente di lavoro caratterizzato da:*

- personale impegnato ed efficiente;
- finanziatori/consigli d'amministrazione efficienti;
- adeguati livelli del personale;
- buoni ambienti di lavoro;
- leadership efficiente per gruppi diversificati.

Il Ministero Cattolico della Salute degli Stati Uniti, riconosce le sfide che gli vengono poste dall'ambiente in cui opera, ma rimane impegnato nella missione di Gesù di servire e trasformare.

Dott. RICHARD M. HAUGHIAN,  
Presidente  
*Catholic Association of Canada*



**CARLOS AGUIAR RETES**

## 4. America del Sud

### Uno sguardo al passato

La presenza della Chiesa nelle istituzioni sanitarie dell'America del Sud è molto significativa. Si può senz'altro affermare che, sin dagli inizi della sua storia come territorio coloniale, nel secolo XVI, fu la Chiesa a iniziare e gestire i primi ospedali, estendendone i benefici, oltre che ai conquistatori, alla popolazione indigena in generale. Vale la pena menzionare gli "Ospedali Dottrina" gestiti da Ordini religiosi e in cui, oltre alla dimensione medico-curativa, veniva attuata l'evangelizzazione mediante l'insegnamento, la catechesi, l'amministrazione dei sacramenti e altre attività missionarie che erano animate in ambito ospedaliero.

In questo modo la Chiesa percepì lo Spirito di Cristo, il quale, nel suo ministero, ebbe compassione degli ammalati e restituì loro non solo la salute fisica, ma anche quella spirituale (*Mt 1, 32-34; 2, 12; 6, 53-56*).

Le testimonianze storiche dei primi evangelizzatori, a difesa degli indigeni in tutte le dimensioni della loro vita, sono riconosciute e apprezzate (DP 8). I diversi ordini religiosi che continuarono il processo evangelizzatore, come i Francescani, i Domenicani, gli Agostiniani, e gli Ordini religiosi ospedalieri, conservarono, nel corso dei secoli, l'opera di attenzione e di assistenza sanitaria come un'opera evangelizzatrice.

Dalle origini della nostra evangelizzazione, sorsero un'infinità di ospedali la cui ragion d'essere era di esprimere la misericordia cristiana, oltre ad antiche confraternite, che fondavano, pagavano e amministravano gli ospedali, in collegamento con gli ospedali romani.

Nei villaggi che fondavano, gli evangelizzatori sentirono la neces-

sità di costruire le chiese per la congregazione spirituale dei nuovi cristiani, come pure di creare e edificare istituzioni ospedaliere, che funzionassero con personale, norme e strutture totalmente cristiane.

È questa la ragion d'essere delle Confraternite dello Spirito Santo, del "Voto di ospitalità", dei "Conventi-ospedali", degli "ospedali-dottrina". Molti ospedali della Chiesa cattolica erano noti con il nome di "ospedale-dottrina", perché avevano il seguente obiettivo: essere luoghi di evangelizzazione, che si proiettava fuori della stessa struttura ospedaliera.

Occorre notare l'esistenza di martiri dell'ospitalità in varie nazioni dell'America Latina, come pure è importante ricordare l'erezione del primo ospedale del nuovo mondo nella Repubblica Dominicana; le origini e lo sviluppo degli ospedali in Messico; la presenza, a Cartagena de Indias, dei Frati Ospedalieri di San Giovanni di Dio (Fratebenefratelli), e in generale, gli Ordini Ospedalieri in America Latina.

Possiamo affermare che le istituzioni sanitarie nacquero in questo continente per opera della Chiesa: diocesi e comunità religiose fondarono ospedali in lungo e in largo nel territorio. Ancora oggi esistono in tutti i Paesi del nostro continente molti ospedali pubblici che conservano e apprezzano il fatto di essere sotto il patrocinio di un nostro santo cristiano.

### Statistiche

In America del Sud la Chiesa svolge un ruolo importante per quanto riguarda l'offerta di servizi sanitari, siano essi ospedali, centri sanitari o istituzioni di beneficenza, orfanotrofi, case di riposo, cen-

tri di accoglienza per ragazze madri, ecc.

Le cifre riferite dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sono molto significative: la Chiesa gestisce un totale di 1678 centri, il 61% dei quali sono ospedali. Per quanto riguarda la proprietà dei centri, il 60% sono di proprietà delle diocesi o di ordini religiosi, e il restante 40% è amministrato dalla Chiesa, con il sostegno dei governi e di enti privati non religiosi.

In America Latina, gli ospedali cattolici rappresentano un'alta percentuale dell'offerta sanitaria istituzionale, che va dal 15 al 50% a seconda del Paese. Queste percentuali aumentano in alcuni settori specializzati, come ad esempio gli ospedali psichiatrici, i centri per anziani e per malati cronici o terminali.

### Tendenze

In America del Sud stanno si stanno attuando processi di modernizzazione dello Stato e del settore sanitario. I principali cambiamenti che riguardano il funzionamento e la struttura del settore sono i seguenti:

- la privatizzazione e la commercializzazione del settore;
- la decentralizzazione;
- l'autonomia amministrativa;
- le nuove modalità di finanziamento;
- l'enfasi sul controllo e il recupero dei costi;
- l'incorporazione di pacchetti basilari nell'offerta sanitaria.

Tutto ciò è diretto ad ampliare la copertura e l'offerta dei servizi sanitari. Lo Stato si ritira dalla prestazione diretta dei servizi sanitari, però crea leggi quadro per una normativa specifica, ed esegue funzioni essenziali di salute pubblica,

come disegnare politiche sanitarie e controllare la prestazione effettiva del servizio. Nell'ultimo decennio, il settore di previdenza sociale è stato quello che ha registrato una crescita della spesa pubblica.

Le riforme attuali sono dirette a ridefinire il ruolo dei governi nella gestione dei sistemi sanitari, e a garantire l'accesso equo di tutta la popolazione ai servizi. I nuovi sistemi sanitari insistono su:

- l'influenza dell'economia di mercato;
- l'autogestione;
- il pluralismo istituzionale nel finanziamento e nella fornitura di servizi;
- l'incorporazione di nuove tecnologie;
- l'efficienza, il controllo e il recupero dei costi.

Le istituzioni ecclesiastiche devono entrare in queste nuove dinamiche, sia come amministratori di centri dello Stato sia come operatori privati di servizi sanitari. Secondo i nuovi modelli, il paziente è visto come cliente, le prestazioni vengono analizzate dalla prospettiva costo-beneficio e anche gli ospedali pubblici e di beneficenza sono sottoposti a pressione per autosostenersi e, se non vi riescono, sono costretti a chiudere.

Oggi si insiste molto sulla promozione della salute, come pure sulla prevenzione e sul controllo delle malattie; ciò presuppone un intervento dello Stato, destinato a produrre cambiamenti nel livello di vita delle popolazioni emarginate e ad eliminare le disuguaglianze ingiuste in termini di salute e di benessere collettivo. Anche qui la Chiesa svolge un ruolo importante, come agente di cambiamento che promuove in molti modi l'innalzamento del livello di vita delle popolazioni emarginate, cosa che ha un impatto favorevole nella salute.

Una tendenza che si può segnalare rispetto alla presenza della Chiesa in questo settore, è la preferenza per opere piccole, di accompagnamento e servizio nella salute primaria ai settori poveri. Dispensari, centri sanitari, opere dedicate alla prevenzione e all'educazione sanitaria della popolazione che dispone di scarsi mezzi, centri di riabilitazione per tossicodipendenti, ecc. La presenza nei grandi ospedali non è la tendenza dominante,

specialmente per quanto si riferisce alla direzione e alla proprietà del centro ospedaliero; si conservano quelli esistenti, però difficilmente si aprono nuovi ospedali della Chiesa, data la complessità di questo tipo di opere e della normativa esistente, con criteri di mercato e di forte competitività tra imprese assicuratrici della salute. Questa situazione esige la presenza di gruppi evangelizzatori (servizio religioso) nei grandi ospedali, pubblici o privati; ciò richiede una formazione in materia di pastorale della salute e di organizzazione e finanziamento dei suoi servizi.

## Sfida

### 1. Impoverimento della popola-

nanziaria di molti ospedali per le condizioni che impongono le imprese assicuratrici e il mancato adempimento nei pagamenti da parte di queste stesse imprese o dello Stato.

4. La dimenticanza e l'abbandono di certi settori: anziani, malati mentali, malati cronici, incurabili, handicappati.

5. Una difficoltà che si sta vivendo in alcuni dei nostri Paesi è la scarsità dei religiosi e delle religiose nelle istituzioni sanitarie. La diminuzione del numero delle vocazioni, la resistenza di alcuni religiosi a vivere la loro missione nel quadro delle grandi istituzioni, in cui sono visti come "il patron", la difficoltà crescente nella prestazione dei servizi secondo l'attuale modello neoliberale, mettono in



zione. Crisi economica in quasi tutti i Paesi della regione. Allo stesso tempo, rincarano i servizi sanitari e il costo delle medicine.

2. Privatizzazione dei servizi sanitari. Lo Stato si ritira progressivamente dalla responsabilità di garantire la salute a tutta la popolazione e preferisce incentivare i meccanismi privati.

3. La commercializzazione della medicina e dei servizi medici. Il modello neoliberale concepisce l'istituzione sanitaria come un affare tra i tanti, in cui impera l'animus di lucro. Bisogna abbassare i costi e aumentare i guadagni. Il modello attuale porta alla crisi fi-

cri crisi molti ospedali cattolici della regione.

6. Allo stesso tempo, esiste una maggiore partecipazione e formazione dei laici al servizio pastorale negli ospedali della Chiesa e anche nel settore pubblico o ufficiale. La pastorale sanitaria nell'ospedale viene a essere una componente essenziale nell'impegno della Chiesa in questo settore. Essa promuove l'umanizzazione, guarda all'attenzione personalizzata, rispetta il processo psicologico e spirituale del paziente e della famiglia, favorisce una visione trascendente. Tutto ciò è apprezzato dagli utenti degli ospedali cattolici.

7. Negli ospedali pubblici esiste una scarsità di cappellani e di volontari cattolici. Molte volte ciò è dovuto alla mancanza di una legislazione o di un accordo che stabilisca il diritto all'assistenza religiosa (con un sostegno basilare da parte dello Stato), altre volte è per mancanza di consapevolezza dell'importanza del servizio religioso ospedaliero da parte delle diocesi.

#### **Presenza della Chiesa negli ospedali**

Occorre segnalare i seguenti

aspetti come punti di cui tenere conto, e, laddove già lo si fa, valorizzarli, mantenerli e perfezionarli:

1. Organizzazione della pastorale ospedaliera come parte della pastorale organica della Diocesi. Nomina di cappellani.
2. Strutturazione del servizio religioso ospedaliero. Accordo con gli enti pubblici e privati.
3. Formazione di agenti di pastorale ospedaliera.
4. Promozione dell'umanizzazione e del servizio integrale al malato.
5. Promozione dell'accompa-

gnamento spirituale del malato, della sua famiglia, degli agenti sanitari dell'ospedale. Sacramenti, catechesi, orazione, liturgia. Prendere coscienza che si tratta di un momento privilegiato per l'evangelizzazione.

6. Organizzazione e partecipazione ai Comitati d'etica ospedaliera. Promozione della conoscenza della bioetica a partire dai criteri del Magistero della Chiesa.

S.E.Mons. CARLOS AGUIAR RETES

Vescovo di Texcoco e  
Segretario Generale del CELAM

## **YVON AMBROISE**

# **5. Asia**

### **1. Introduzione**

In Asia vive il 60% della popolazione mondiale. La civiltà asiatica risale da due a quattro migliaia di anni prima di Cristo. 400 sono le lingue parlate, ufficialmente riconosciute. A eccezione del Medio Oriente, l'Asia è composta da 32 paesi, in 21 dei quali opera la Caritas. L'economia asiatica spazia dalla più ricca del mondo (Giappone) a quella con la crescita economica più rapida (Cina), annoverando perfino alcune delle economie meno sviluppate, e perciò più povere, come quelle del Bangladesh e del Nepal.

Se guardiamo ai problemi sanitari, le sfide sono diverse. Relativamente allo sviluppo della sanità e della politica nel settore della salute, le lotte e i successi dell'Asia in questo campo possono essere elevati a modello per il settore sanitario a livello globale, particolarmente per l'Africa e l'America Latina.

In questa relazione, ci proponiamo di collocare le Istituzioni Sanitarie Cattoliche nel contesto della situazione sanitaria generale della società asiatica, oltre a esaminare

le sfide che il sistema sanitario cattolico deve affrontare in campo economico, sociale, politico e religioso.

### **2. Il contesto generale dell'Asia nel campo della sanità**

Diverse riforme nel settore sanitario hanno portato a trasformazioni sbalorditive nella politica sanitaria in tutta l'Asia. In soli 12 anni, ad esempio, la Corea del Sud ha modificato completamente il proprio sistema di finanziamento della sanità, introducendo un sistema nazionale di previdenza che fornisce cure a tutti i cittadini. Il Giappone ha operato una rivoluzione in campo sanitario. Negli ultimi decenni, anche le altre nazioni in via di sviluppo del Sud e del Sud-est asiatico stanno operando dei miglioramenti significativi.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, negli anni '50 e '60 l'Asia ha dovuto affrontare gravi problemi sanitari. Le malattie infettive e parassitarie, come la malaria, la tubercolosi, la polio, il morbillo e il tetano, erano frequenti. La malnutrizione era diffusa e andava di pa-

ri passo con la povertà e l'indebolimento del sistema immunitario, accrescendo la gravità delle malattie. Oltretutto, il tasso di fertilità era alto e la breve distanza tra una nascita e l'altra costituiva una grave minaccia alla salute della madre e del bambino.

A livello nazionale, negli ultimi quattro decenni i governi hanno intrapreso delle politiche, introducendo la vaccinazione, progetti per il controllo della peste e campagne di educazione alla salute. Nei villaggi sono stati creati grandi ospedali e centri sanitari per le cure sanitarie primarie, diretti a far fronte alle emergenze e alle malattie comuni. Organizzazioni come l'OMS e l'UNICEF hanno portato il loro contributo allo scopo di ridurre le malattie infettive, favorire l'accesso alle cure sanitarie, ridurre la mortalità infantile e migliorare la salute delle madri.

“Quasi tutti i Paesi asiatici in via di sviluppo sono impegnati nella riforma del settore sanitario. Questi sforzi, secondo un ricercatore, comprendono le cure sanitarie primarie, l'economia del settore, la pianificazione e la gestione dello sviluppo, la revisione organizzati-

va, la razionalizzazione del ruolo del settore privato e delle organizzazioni non-governative (ONG), migliorando i meccanismi di assunzione del personale e riducendo le disparità tra i sessi, annoverando poi la ricerca di sistemi sanitari, l'impiego delle risorse per il settore della salute e quello sociale, e il miglioramento nell'uso delle risorse disponibili. (Cfr. Asian Development Bank, ADB, 1994a; Ali, 1996). E non è tutto. Riforme recenti o in corso comprendono la de-centralizzazione nelle Filippine, sforzi per creare un settore privato nelle repubbliche asiatiche centrali e in Mongolia, e l'introduzione simultanea della sanità totale e del contenimento dei costi a Taiwan.

L'interesse per la riforma del settore sanitario è motivata anzitutto dalla convinzione che le riforme porteranno a una salute migliore, usando in modo più efficiente risorse limitate. Anche se le riforme nel settore sono influenzate da molti fattori, che comprendono le forze sociali peculiari di ogni Paese, oltre a quelle economiche, mediche, politiche e culturali, il cambiamento è tangibile in tutta l'Asia: in Indonesia, le disparità sociali esistenti tra le popolazioni urbane e quelle rurali, oltre allo sviluppo economico, hanno portato a una revisione nel finanziamento delle cure sanitarie, dando luogo a un migliore accesso alle cure attraverso la ridistribuzione delle risorse pubbliche. L'esplosione dell'epidemia di AIDS in Tailandia ha bocciato le iniziative politiche, che ora sono centrate sul cambiamento dei comportamenti personali, per limitare un'ulteriore diffusione della malattia. In Cambogia e nel Laos, dopo che alla guerra è subentrata la pace, le energie politiche si sono rivolte alla salute e al benessere della popolazione, e le risorse che prima venivano usate per scopi bellici sono ora a disposizione per aiutare i malati, i poveri e gli emarginati. Nello Sri Lanka e nel Sud dell'India, la ricerca antropologica punta alle influenze sociali e politiche sulla salute. La combinazione di un interesse culturale nella diagnosi e nel trattamento delle malattie, una tradizione di politiche aperte e di consensi politici, e il notevole grado di auto-

noma femminile, associato a un alto livello di educazione materna, si traducono nell'utilizzazione precoce, in una veloce attribuzione, e in una maggiore qualità di cure mediche.

La riforma del settore sanitario asiatico, di cui abbiamo parlato poc'anzi, è stata impressionante nella sua portata e ha coinvolto un numero significativo di innovazioni in politica. Tuttavia, rimane aperta una domanda fondamentale: le riforme hanno fatto la differenza nel migliorare lo stato di salute della popolazione asiatica?!

Questa è la questione-chiave, e cioè: *qual è il miglioramento nello stato di salute della popolazione asiatica* che dobbiamo esaminare con occhi critici? Dovremo, in particolare, prendere il caso del coinvolgimento della Chiesa, per vedere se questo stesso coinvolgimento si traduce in un contributo significativo. Le riforme sanitarie nei singoli Paesi asiatici hanno avuto luogo dagli anni '80 agli anni '90. Il processo di globalizzazione, che si è accelerato con sempre maggior forza, ha iniziato anche a riguardare il settore della salute in diversi modi. Quindi anche la Chiesa è stata molto colpita da queste tendenze.

La tabella 1 ci mostra gli indicatori dello stato di salute per diversi Paesi asiatici.

Sarebbe utile sapere, inoltre, qual è l'esempio di spesa dei governi per il settore sanitario. La tabella 2 ci fornisce questa informazione.

### 3. Il coinvolgimento della Chiesa

Il coinvolgimento della Chiesa in Asia dev'essere visto rispetto alla sua presenza in questo continente. Medio Oriente a parte, l'Asia comprende 32 Paesi. Le organizzazioni della Caritas esistono solo in 21 di questi Paesi. Statisticamente parlando, eccetto Timor Est, che ha la più alta percentuale di cristiani (attorno all'85-90%), e le Filippine (circa l'80%), i cristiani sono una ridottissima minoranza. In totale, i cristiani sono solo il 2% dell'intera popolazione asiatica, e se non prendiamo in considerazione Timor Est e le Filippine, scendiamo all'1%.

Ci sono Paesi in cui la libertà della Chiesa è molto limitata, o perfino negata: Cina, Vietnam, Laos e Corea del Nord. Inoltre, nei Paesi dell'ex Unione Sovietica, come il Kazakistan, l'Uzbekistan, il Kyrgyzstan, il Tajikistan, il Turkmenistan e la Mongolia, la Chiesa sta iniziando adesso ad impiantarsi. Ci sono alcuni Paesi in cui dominano i musulmani, come l'Afghanistan, le Maldive e il Brunei, dove la Chiesa è a stento presente in termini di cattolici. Nel regime controllato dai militari del Myanmar, essa patisce diverse battute d'arresto. In un Paese buddista come il Butan, la presenza della Chiesa è a malapena tollerata, così come in Nepal (un regno dell'induismo), seppure con diverse restrizioni. Per di più, c'è l'emergente fondamentalismo dell'Islam, del Buddismo e dell'Induismo, in un contesto asiatico che non solo pone delle restrizioni alla Chiesa, ma che sta anche intralciando il suo operato e che arriva persino a perseguitare i cristiani. Dobbiamo tenere ben presente questo contesto quando parliamo della Chiesa in Asia.

Malgrado il carattere minoritario della Chiesa, essa è presente in modo molto forte nel campo dell'educazione, in quello della salute e in quello del lavoro sociale. Dato che qui ci stiamo occupando solo del settore della salute, ci concentreremo su di esso. Nell'Asia del sud, la presenza di istituzioni sanitarie in India, Sri Lanka, Pakistan, Bangladesh e Nepal è piuttosto significativa. Nel Sud-est asiatico, e più precisamente in Tailandia, Malesia, Singapore, Filippine, Indonesia, Cambogia e Timor Est ci sono istituzioni sanitarie significative, gestite dalla Chiesa. Nell'Asia orientale, dato che i governi si sono assunti il ruolo principale nella gestione della sanità, come in Giappone e Corea del sud, le istituzioni cattoliche che provvedono a soddisfare i bisogni sanitari possono non avere l'impatto maggiore. Ma a Taiwan, Hong Kong e Macao c'è una buona rete di istituzioni cattoliche, pur nell'ambito dell'atmosfera comunista. Nell'Asia centrale, seppur lentamente, la Chiesa sta mettendo in piedi, attraverso la Caritas, questi servizi sanitari.

**Tabella 1. Indicatori dello stato di salute per Paesi asiatici selezionati, rilevati dal PIL**

Paese	PIL pro capite 1994 (\$)	Aspettativa di vita alla nascita			Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nativi vivi)			IMR (1994)
		1960	1994	% cambiamento	1960	1994	% cambiamento	
Nepal	200	44	53	20,5	290	118	-59,3	84
Vietnam	200	44	64	47,7	232	46	-80,1	35
Bangladesh	220	46	55	19,6	247	117	-52,6	91
Mongolia	300	47	63	34,0	185	76	-58,9	58
Laos PDR	320	44	51	15,9	233	138	-40,8	94
India	320	47	60	27,7	236	119	-4936	79
Bhutan	400	38	50	32,0	324	193	-40,0	125
Pakistan	430	19	61	24,5	221	137	-38,0	95
Cina	530	43	68	58,1	209	43	-79,4	35
Sri Lanka	640	58	72	24,1	130	19	-85,4	15
Indonesia	880	46	62	34,8	216	111	-48,6	71
Filippine	950	59	66	11,9	102	57	-44,1	44
Papua N. Guinea	1240	47	56	19,1	248	95	-61,7	67
Fiji	2250	63	71	13,2	98	27	-72,1	22
Malesia	3480	58	71	22,4	105	15	-85,7	12
Tailandia	5410	52	69	32,7	146	32	-78,1	27
Corea, Rep. di	8260	53	71	34,0	124	9	-92,7	8
Singapore	22500	65	75	15,4	40	6	-85,0	5
Giappone	34630	68	79	16,2	40	6	-85,0	4

Fonte: United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), 1996; World Health Organization (WHO), 1996a; World Bank, 1996a<sup>2</sup>

**Tabella 2. Spesa annuale per la salute di alcuni paesi asiatici, dati del 1990**

Paese	PIL pro capite 1990 (US\$)	Spesa totale pro capite*	Spesa % rispetto al PIL	Spesa pubblica (% del Totale)
Nepal	188	8	4,5	48,9
Bangladesh	204	6	3,2	48,8
Vietnam	240	5	2,1	52,3
Cina	311	11	3,5	60,0
India	353	21	6,0	21,7
Pakistan	354	12	3,4	52,9
Laos PDR	364	9	2,5	40,0
Sri Lanka	473	18	3,4	48,6
Indonesia	596	12	2,0	35,0
Filippine	724	14	2,0	50,0
Papua N. Guinea	839	37	4,4	63,6
Tailandia	1558	73	5,0	22,0
Malesia	2581	78	3,0	43,3
Corea, Rep.	5921	390	6,6	40,9
Taipei, Cina	11200	515	4,6	52,2
Singapore	13653	546	4,0	57,9

FONTI: World Bank, 1993a; WHO 1995c<sup>3</sup>.

\* Le spese pro capite sono arrotondate al numero intero più vicino.

### 3.1. I diversi modi di provvedere al bisogno di salute

La Chiesa in Asia segue diverse strategie per quanto riguarda i bisogni sanitari. Possiamo generalmente dividerle in quattro categorie. La prima comprende le istituzioni ospedaliere, di dimensioni diverse; la seconda i dispensari, o centri di

salute primaria; la terza gli ospedali specializzati, o istituti per malattie specifiche, come il cancro, la lebbra, la tubercolosi, l'AIDS, ecc. La quarta, infine, annovera progetti sanitari specifici, che provvedono alla popolazione dei villaggi attraverso l'estensione dei servizi, le cliniche mobili e i progetti sanitari comunitari.

La prima e la terza categoria si concentrano solo sull'aspetto curativo. Dato che la seconda e la quarta dipendono dal personale, i servizi sono ristretti alle cure, o estesi alla sanità preventiva e di miglioramento. Gli investimenti sono maggiori nella prima e nella terza categoria, mentre sono minimi nella seconda e nella quarta. Perciò, il nu-

mero delle istituzioni è molto ridotto nella prima e nella terza, se lo compariamo con quello della seconda e della quarta. Riguardo il personale, il numero degli operatori religiosi qualificati, così come quello dei laici impegnati in questo lavoro, è maggiore nella prima e nella terza categoria rispetto a quello della seconda e della quarta. Relativamente al trattamento, è maggiormente basato sul ricovero ospedaliero, sul personale medico e sui farmaci nella prima e nella terza categoria, mentre nelle altre si basa di più sulle persone. Inoltre, quest'ultimo ha diversi "input" educativi e una partecipazione da parte delle persone nel diventare i tutori della loro stessa salute. Dal punto di vista del sistema di medicina usata, la prima e la terza categoria sono dominati da quella alopatica, mentre nella seconda e nella quarta c'è un connubio tra la medicina alopatica e quella tradizionale, dipendente dall'area geografica.

Non abbiamo le statistiche di tutti i servizi sanitari in ogni Paese dell'Asia, ma vi forniamo il campione di una statistica relativa all'India. Popolazione totale: 1 miliardo; popolazione cattolica: 15 milioni; ospedali 710, dispensari e centri sanitari 1800, lebbrosari 111, centri riabilitativi 102 (*Catholic Directory of India, 1998*).

### 3.2. I problemi nel servizio nel settore sanitario

La Chiesa cattolica, grazie alla sua organizzazione e al suo personale, come le suore e alcuni sacerdoti che si sono specializzati nell'apostolato sanitario a vari livelli, ha reso un grande servizio al benessere, alla classe media e a molti poveri, anche se la metodologia di aiuto è diversa.

Nelle grandi istituzioni sanitarie, come gli ospedali e i centri specialistici per alcune malattie che necessitano di cure appropriate, gli enormi investimenti sono stati di tipo finanziario e sono passati attraverso l'impiego di operatori professionali in campo medico. Dato che la loro gestione richiede un finanziamento elevato, la Chiesa è stata costretta a chiedere un contributo a chi fruisce di tale servizio. Ciò molto spesso non consente ai poveri di usufruire di questi servizi istituzio-

nali, particolarmente nei contesti in cui non c'è un sistema di previdenza sociale o un'assicurazione sanitaria o nessun altro sussidio del governo. Malgrado la loro buona volontà, si può servire solo un ristretto numero di poveri; viceversa, queste istituzioni non potrebbero essere mantenute e svilupparsi.

Per quanto riguarda i centri di salute primaria e altre iniziative con attività basate nei villaggi, provvedere ai bisogni sanitari è stato un compito portato avanti dalle suore e da laici che hanno studiato da infermieri. È stato così possibile raggiungere una popolazione più vasta in diversi villaggi, attraverso l'estensione dei servizi. Inoltre, in alcuni progetti come i programmi sanitari comunitari, è stato ingaggiato il personale locale, che è stato istruito ai bisogni sanitari di base, consentendo di rispondere alle necessità dei villaggi più remoti. In questo tipo di approccio c'è lo studio del modello di malattia e viene rivolta un'attenzione particolare alla prevenzione, come la vaccinazione e la promozione della salute attraverso l'educazione sanitaria, le pratiche igieniche, la nutrizione e l'igiene dell'ambiente.

Una ricerca svolta in India, ha rivelato che il 60% dei bisogni sanitari delle persone nei villaggi sono piuttosto basilari e non richiedono il ricovero in ospedale. Per questo, possono essere curate nello stesso villaggio, con l'aiuto di infermieri e di operatori sanitari della comunità istruiti *ad hoc*, così come attraverso un processo di educazione sanitaria. Questi servizi sono sempre basati sulle persone e hanno la capacità di intervenire nei settori veramente poveri della popolazione. Dal punto di vista delle spese mediche, dato che le medicine allopatiche costano sempre di più in diversi Paesi dell'Asia, il ricorso alla medicina tradizionale fornisce delle cure più efficaci a un costo minore.

La medicina alopatica o quella occidentale enfatizzano l'ospedalizzazione, la terapia medica e la chirurgia. Per alcune malattie ne abbiamo bisogno, ma per la maggior parte delle malattie basilari di cui soffre la popolazione nei villaggi potrebbe non essercene bisogno. La medicina tradizionale si concentra sui cambiamenti di dieta e di

stile di vita. Introduce anche alcune forme di esercizio fisico, trattamenti con piante naturali o erbe, e diversi tipi di trattamenti fisici, come i massaggi. Introduce inoltre alcune pratiche religiose, come la meditazione, lo yoga e altri esercizi simili.

Purtroppo, in molti Paesi asiatici l'influenza del sistema alopatico cerca di oscurare la pratica delle medicine tradizionali. L'argomento che viene addotto è che esse non sono scientificamente provate. Per questo motivo non c'è un supporto reale alla promozione delle medicine tradizionali.



Vi forniamo ora un interessante stralcio sulla medicina tradizionale in Asia, e su come essa opera.

"La medicina orientale, che ha avuto origine in Cina oltre 5.000 anni fa, e l'Ayurveda, che è nata in India all'incirca nello stesso periodo, sono due antichi sistemi di medicina tradizionale. Malgrado il loro sviluppo indipendente, questi sistemi hanno delle somiglianze notevoli e hanno fornito la base di quasi tutta la medicina tradizionale praticata oggi in Asia.

Esse operano su due principi connessi: l'equilibrio e il mantenimento dell'energia nel corpo e nella mente, sottolineando il loro approccio per la conservazione della salute. L'Ayurveda vede l'equilibrio in termini di tre qualità principali: *vata*, *pitta* e *kapha*, mentre la medicina orientale descrive queste tre qualità come *qi* (o *chi*), *yang* e *yin*.

Quando *vata*, *pitta* e *kapha* sono

in equilibrio e il nostro corpo è in armonia, noi viviamo in uno stato di salute e vitalità. Quando l'equilibrio è infranto, la disarmonia viene espressa sotto forma di dolore o malattia. Una tale cornice ha un vantaggio teorico: si presta a usare delle tecniche per ripristinare la salute ottimale anche se non è stata diagnosticata nessuna malattia specifica, poiché nella medicina tradizionale buona salute è uno stato di equilibrio e di energia più che la semplice assenza di malattia.

Nei due sistemi di medicina tradizionali, il dolore è causato dal blocco del flusso di energia. Ne è un esempio lo sviluppo di debolezza muscolare nelle zone sottoposte a maggior uso. Questi blocchi, col tempo, possono portare a dolori, fastidi o disturbi degli organi corporali. Causa di squilibrio è praticamente ogni fattore patogeno a cui pensiamo in termini di medicina occidentale, come stress, tossine, droghe, ferite fisiche e problemi emotivi.

L'equilibrio viene ripristinato con l'uso di erbe, e il flusso di energia stimolando punti specifici con l'agopuntura lungo i canali colpiti o rimuovendo le impurità del corpo. Per ristabilire l'equilibrio, sono state sviluppate, in migliaia di anni, centinaia di erbe, la maggior parte delle quali non presentano quasi effetti collaterali. Lo studio delle erbe che colpiscono il sistema immunitario è un interessante soggetto della moderna ricerca farmacologica. Ad esempio, si è scoperto che due erbe – *Echinacea* e la radice cinese *Astragalus membranaceus* – hanno effetto sul sistema immunitario. Un'interessante differenza tra la medicina occidentale e quella tradizionale sta nel fatto che l'uso di erbe nell'ultima si basa non sulla loro composizione chimica ma sulle loro caratteristiche fisiche in termini di *vata*, *pitta* e *kapha*.

Se paragonata alla medicina occidentale moderna, la medicina tradizionale è relativamente debole in termini di strumenti diagnostici e di laboratorio, ma risolve questa deficienza con un elaborato sistema di diagnosi fisica e di impulsi. Le tecniche della medicina tradizionale sono il più frequentemente usate per fornire un soccorso sintomatico e un senso di benessere nel trattare le malattie croniche, per le quali la

medicina occidentale non ha nessuna cura. Sebbene spesso non ci sia la prova clinica dell'efficacia di queste tecniche, la medicina tradizionale fornisce un livello di soddisfazione nel paziente e un'accettazione paragonabile ai trattamenti della medicina occidentale, ed è grandemente apprezzata in molte culture asiatiche<sup>4</sup>.

In diversi Paesi asiatici, la Chiesa è tra i pionieri in questa linea.

### *3.3. Le limitazioni dovute alla globalizzazione in Asia*

Il settore della salute ha patito uno dei maggiori attacchi da parte della globalizzazione. La liberalizzazione e l'andamento del mercato la fanno da padrone in questo campo. C'è un fattore concomitante che aiuta questo processo: la tecnologia è diventata una componente importante per la salute. Le maggiori ricerche intraprese nel campo delle tecnologie per la salute hanno aperto nuove strade al trattamento, mettendo le cure a disposizione di persone che prima non potevano usufruire di alcun mezzo. Per questo, oggi l'elemento costo è diventato esorbitante. Sembra che solo le persone che hanno del denaro abbiano il diritto di vivere o di essere liberate dalle malattie.

“Nei Paesi in via di sviluppo, il settore delle spese per la Ricerca e Sviluppo (R&S) è molto limitato. In India, ad esempio, è appena lo 0,8% del PIL, per un ammontare di 3 \$ contro i 700 \$ in Giappone, 600 \$ negli USA, 300 \$ nella maggior parte delle nazioni europee e 70 \$ del Sud Corea. Inoltre, i Paesi in via di sviluppo non possono competere con le economie avanzate in termini di ricerca originale per via delle limitazioni finanziarie. Si stima che siano necessari più di 100 milioni di dollari per portare una nuova molecola sul mercato e circa 359 milioni di dollari per avere una nuova medicina dal laboratorio della *Pharmacist's Association of America*. Questa forte asimmetria nei profili di R&S tra i Paesi industrializzati e quelli in via di sviluppo è solo una riflessione sui disegni politici dei Paesi industrializzati e di quelli in via di sviluppo, così come il ruolo di basso profilo di questi ultimi”<sup>5</sup>.

Il processo di globalizzazione ha prodotto anche un meccanismo in diversi Paesi asiatici, per tagliare i sussidi al settore sanitario. Ciò ha reso le vite dei poveri ancora più miserevoli. Citiamo Michel Chossudovsky: “Nel settore della salute c'è un generale abbattimento dei trattamenti curativi e di quelli preventivi, come risultato della mancanza di attrezzature mediche e di approvvigionamenti, delle modeste condizioni di lavoro e del basso salario che percepisce il personale medico. La mancanza di fondi operativi è in parte «compensata» dalla riscossione delle assicurazioni e dei ticket, cioè lo »schema per recuperare il costo della medicina» secondo la Proposta Bamako (...).

Questo processo, tuttavia, implica la privatizzazione parziale dei servizi sociali essenziali da parte del governo e l'esclusione de facto di ampi settori della popolazione (particolarmenete nelle zone rurali) che non sono in grado di pagare le diverse spese connesse con la salute (...).

Il risultato, ad eccezione di un piccolo numero, è che gli stabilimenti sanitari nell'Africa Sub-Saharan sono diventati di fatto una fonte di malattie e di infezioni. La carenza di fondi destinati alle attrezzature mediche, comprese le siringhe da buttare, così come l'aumento dei costi (raccomandato dalla Banca Mondiale) di elettricità, acqua e carburante (necessari per sterilizzare gli aghi), aumenta l'incidenza di infezioni (compresa la trasmissione dell'HIV). Nell'Africa Sub-Saharan, ad esempio, l'incapacità di pagare per avere i medicinali prescritti, tende a ridurre i livelli di attenzione e di utilizzazione dei centri sanitari del governo fino al punto che le infrastrutture e il personale sanitario non sono più utilizzati col metodo costo-efficienza<sup>5</sup>.

L'aumento della spesa per gli investimenti tecnologici nelle istituzioni sanitarie come gli ospedali, l'alto costo dei medicinali così come quello degli operatori sanitari, in modo particolare quelli specializzati, hanno creato una contraddizione nella maggior parte delle nostre istituzioni sanitarie cattoliche, con l'aumento del costo dei servizi ai clienti, mettendo in questo modo i servizi medici a disposizione soltanto dei benestanti. Sebbene il per-

sonale della Chiesa desideri servire i poveri, risulta impossibile farlo, a causa dei costi che bisogna sostenere per gestire i servizi. In assenza di sussidi governativi, e a causa dell'aumento della privatizzazione della salute e dei suoi costi sempre maggiore al di fuori degli schemi di previdenza sociale, la Chiesa in Asia si trova di fronte al dilemma di servire i poveri, specialmente nei Paesi dell'Asia del sud, del sudest e del centro.

#### **4. Alcuni suggerimenti per soddisfare i bisogni sanitari**

– Il personale della Chiesa che è già presente nei dispensari o nei centri di salute primaria, così come quello impegnato nei progetti di salute e in quelli che prevedono di estendere le cure sanitarie, sono le sole persone che possono servire i poveri. Essi devono potersi concentrare sull'educazione alla salute e su cure che puntino più alla prevenzione ed alla promozione della salute. Questi programmi sanitari di prevenzione, come la vaccinazione, devono essere diffusi a tutte la malattie infettive e parassitarie, quali la malaria, la tubercolosi, la polio, il morbillo e il tetano.

– Attraverso un programma di educazione alla salute, devono essere introdotte delle cure alla salute, in termini di sane abitudini alimentari, pratiche igieniche e igiene dell'ambiente. Grazie a questo processo educativo, i componenti della comunità diventeranno i tutori della propria salute. In questo processo, la salute della madre e del bambino, così come il benessere di tutta la famiglia, diventeranno uno dei punti principali.

– Per poter mettere in pratica quanto abbiamo detto, sono necessari dei cambiamenti nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari. Essi dovrebbero fare della salute una parte integrante dello sviluppo, e formulare quei principi che sottolineino le attività intersezionali che sono accettate dai membri di un gruppo di progettazione multidisciplinare. Ciò dovrebbe comprendere:

- la partecipazione della comunità ed il suo ruolo nell'organizzazione della salute;
- la priorità data alla medicina

preventiva e all'educazione alla salute;

- l'inserimento del programma in uno generale di sviluppo della comunità.

– Le cure sanitarie e lo status economico sono strettamente legate e per questo è necessario un programma di animazione allo sviluppo umano integrale, grazie al quale le persone si adopereranno per liberarsi dalle forze sociali che le opprimono e miglioreranno la propria base economica.

– Ci dev'essere un'integrazione molto buona in tutte le infrastrutture sanitarie in quest'area, mantenuta in modo consapevole dalle persone. La Chiesa deve aiutare la gente nei villaggi a organizzarsi in associazioni che si occupino di salute nei villaggi stessi, per assicurare che i servizi dei centri rurali, i dispensari, le unità sanitarie mobili e gli ospedali di zona siano ben coordinati e integrati nelle loro attività.

– La Chiesa, con l'aiuto delle persone, deve anche provvedere a stendere un processo di pianificazione con il quale bisognerà affrontare quanto segue:

- il tasso esistente di mortalità e delle patologie (malattie ed incidenti);

- la distribuzione geografica delle principali malattie;

- la percentuale di malattie e morti che possono essere evitate con mezzi a disposizione;

- cibo e nutrizione: fornitura di cibo pro capite, abitudini di consumo e valore nutritivo delle sostanze

dei cibi principali, proteine-calorie pro capite assunte;

- le risorse idriche: la loro qualità e il loro ruolo nella trasmissione dei veicoli patogeni e i problemi connessi con la disposizione dei rifiuti umani;

- il migliore vantaggio dalle risorse sanitarie e finanziarie disponibili, così come dei programmi dei governi e delle attrezzature.

#### **5. Conclusioni**

Abbiamo dato uno sguardo alla vasta realtà sociale asiatica. Abbiamo cercato di sondare le situazioni esistenti in Asia, per descrivere, analizzare e proporre misure per il futuro. Abbiamo tenuto presenti in modo particolare i gruppi composti dalle persone povere e da quelle emarginate, in quanto il nostro obiettivo è quello di far sì che questi gruppi beneficino al massimo del sistema sanitario. Il particolare contesto della globalizzazione ci spinge a studiare l'argomento in modo più approfondito e continuativo, per essere sempre all'erta e sviluppare la capacità di servire i poveri in Asia. Se la Chiesa non potrà mostrare di avere a cuore i poveri, avrà perso la propria identità in questo continente; è per questo che abbiamo tenuto in mente in modo particolare questa prospettiva e abbiamo presentato alcune proposte. Siamo certi che la Chiesa, proprio per il suo impegno e la sua opzione per i poveri, continuerà a servirli e a diventare la speranza di una nuova vita in Asia.

**P. YVON AMBROISE**  
Coordinatore della Caritas Asia  
Pondicherry (India)

#### **Note**

<sup>1</sup> JOHN W. PEABODY M., OMAR RAHMAN, PAUL J. GERTLER, JOYCE MANN, DONNA O. FARLEY, JEFF LUCK, DAVID ROBALINO, GRACE M. CARTER RAND. *Policy and Health Implications for Development in Asia*, Cambridge University Press 1999, pp. 2-3.

<sup>2</sup> *Ibidem* p. 4.

<sup>3</sup> *Ibidem*, p. 139.

<sup>4</sup> COMECE: *Responsabilité de l'Europe pour le développement Mondial. Marchés et Institutions Après Seattle*, Bruxelles-Academia, Belgium, ver. 2000, pp. 130-131.

<sup>5</sup> MICHEL CHODOROVSKY, *The Globalization of Poverty – Impacts of IMF and World Bank Reforms*, Zed Books Ltd, London, 1997, p. 71.



## MARIA DEL CAMINO AGÓS

# 6. Europa

### 1. Introduzione

Spero che la combinazione tra il nome della Congregazione alla quale appartengo e il tema del mio intervento si rifletta nell'interesse che desidero suscitare tra di voi. Nel corso del mio intervento, toccheremo tre concetti fondamentali: l'identità dell'ospedale cattolico, la situazione dell'istituzione ospedaliera in ambito europeo, e la sofferenza umana conseguente alla malattia, come base dell'operato della Chiesa nel mondo dell'attenzione sanitaria. Dopo aver commentato alcuni aspetti generali, descriverò la situazione dell'istituzione ospedaliera in Europa, per terminare con le sfide cui gli ospedali cattolici si trovano di fronte nel continente; presenterò infine alcune conclusioni.

La partecipazione della Chiesa alle cure sanitarie è radicata nel ministero sanante di Gesù Cristo. Il dialogo e lo scambio di idee, come quelli che vengono realizzati in questa Conferenza, ci offrono l'opportunità di discernere la maniera con cui lo Spirito ci muove a vivere questo ministero nel nuovo millennio. Da sempre, la malattia e il dolore si sono rivelati situazioni umane in cui l'uomo diventa sempre più consapevole dei propri limiti; si tratta pertanto di situazioni particolarmente propizie per l'incontro con la divinità. C'era un tempo in cui, in Europa, parlare di "ospedali cattolici" era una ridondanza, dato che la maggior parte, se non tutte le istituzioni dedicate alla cura dei malati, appartenevano alla Chiesa cattolica; ancora oggi sono centinaia gli ospedali europei che hanno la propria origine nella dedizione della Chiesa nei confronti dei malati.

All'inizio del secolo XXI, la situazione è ben diversa benché, come è logico, non ci sia arrivati in

maniera immediata, ma attraverso un processo graduale. Tale processo è stato caratterizzato dalla secularizzazione della società europea e degli Stati, assieme alla considerazione della salute come bene pubblico, che, pertanto, è soggetto alla regolazione e alla promozione diretta da parte degli amministratori. In questo modo si lascia un posto sempre più limitato tanto alla Chiesa quanto alle altre istituzioni che affermano il proprio legittimo interesse a continuare a prestare le cure sanitarie ai cittadini europei.

In questo momento, però, non è solo il ruolo della Chiesa nei sistemi sanitari europei a essere in crisi. In una società caratterizzata da cambiamenti permanenti, i sistemi sanitari sono sottoposti a un dibattito continuo che riguarda il loro finanziamento, i loro limiti, la definizione dei loro obiettivi e dell'organizzazione più adeguata per raggiungerli, le responsabilità legali e l'applicazione di nuovi criteri etici.

Parlare di crisi della sanità in Europa potrebbe sembrare un controsenso, specialmente quando essa continua a essere il modello a cui guardano molti Paesi, in particolar modo quelli in via di sviluppo, per guidare il proprio progetto sanitario. Esistono però gravi problemi di fondo che consigliano di non cadere nell'autocompiacimento; tra questi spicca l'integrazione del progresso tecnico e terapeutico nella pratica assistenziale, compatibilmente con l'uso di risorse sempre più limitate. Il progresso tecnologico genera una domanda crescente che il mercato biotecnologico suscita per sua natura. L'offerta crea la domanda, secondo la legge economica elementare. Però, nell'ambito della sanità, l'offerta può arrivare a essere limitata e, inoltre, essa è fondata su un principio di benessere percepito in termini ideologici.

In questo modo, ogni progresso, per costoso che sia, dà il diritto a qualunque cittadino europeo di rivendicarlo sistematicamente, rendendo più ampia la lista dei "problemi sanitari" che tendono a includere sempre più semplici variazioni fisiologiche – come, ad esempio, la calvizie o la forma del naso – che finora non erano mai state considerate come malattie. Così, i cittadini non sono consapevoli della propria responsabilità o, meglio, della propria irresponsabilità nel ricorrere esageratamente al sistema sanitario: diventata un bene di consumo gratuito e illimitato, un diritto definitivamente acquisito, la medicina ha trasformato qualsiasi dolore, qualsiasi sofferenza, anche passeggera o irrilevante, in una necessità di intervento tecnico medico. L'uso indiscriminato del sistema sanitario crea così le condizioni di un disastro futuro<sup>1</sup>. Gli individui pensano di potersi esporre senza limiti a qualsiasi rischio sanitario, nella convinzione che, poi, il sistema li proteggerà: l'eccesso di cibo, il consumo di droghe, alcol o tabacco, i rapporti sessuali indiscriminati, rientrano in questa categoria. Tale fantasia sulle risorse illimitate del sistema sanitario annuncia il suo fallimento e la necessità di cambiamenti profondi, che dovranno essere basati sulla responsabilità della persona e sull'adozione di un sistema di valori ben stabilito. La crisi delle risorse ha colpito anche i sistemi sanitari europei, e la filosofia dello "sviluppo sostenibile" comincia ad essere applicata anche alla sanità europea [Gracia Guillen D, 2001 #4]. Il vecchio interrogativo di Fulford sul fatto se la medicina debba essere considerata un ramo dell'etica<sup>2</sup> può essere contestato ormai solo positivamente.

Gli ospedali non sono estranei a questo dibattito. Per secoli, le istituzioni ospedaliere sono state con-

siderate il centro dei sistemi sanitari, il *sancta sanctorum* della medicina. In esse si sono prodotti i progressi più importanti nella lotta contro le malattie, e sono state concentrate le risorse finanziarie e umane destinate alla sanità. Attualmente, circa il 60% della spesa sanitaria nelle società occidentali avanzate – che rappresenta l'8% del PIL in Europa e il 14% negli Stati Uniti – è destinato agli ospedali<sup>3</sup>. Tuttavia, negli ultimi anni questa visione tradizionale è andata perdendo forza. La crisi degli ospedali ha dato luogo a un'importanza crescente delle cure primarie e alle strutture di cura extra ospedaliero o ambulatoriali (ad es., day hospital), all'interno di uno sforzo generale destinato a contenere o limitare i budget ospedalieri.

Pertanto, gli ospedali cattolici in Europa si trovano di fronte a una duplice sfida. Da una parte, le sfide che si pongono a livello generale a qualsiasi istituzione ospedaliera europea. Dall'altra, quelle specifiche del loro carattere cattolico. Nei capitoli che seguono faremo un'analisi dei due aspetti, per terminare con alcune conclusioni.

## 2. L'istituzione ospedaliera in Europa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute, possiamo definire l'ospedale come “parte integrante medica e sociale, la cui missione consiste nel fornire alla popolazione un'assistenza medico-sanitaria completa, tanto curativa quanto preventiva, e i cui servizi si estendono fino all'ambito familiare. L'ospedale è anche centro di formazione del personale sanitario e di ricerca”. La sua finalità è pertanto quella di ripristinare la salute, che, secondo la definizione dell'OMS, è lo stato di “completo benessere fisico, psichico e sociale, e non la semplice assenza di malattia”. Più avanti torneremo su questa definizione, che, dal nostro punto di vista, è insufficiente.

Nelle società industrializzate, come quella europea, l'ospedale è un'istituzione altamente complessa, in cui confluiscono gli interessi e le aspirazioni di vari gruppi. Il primo di questi, che è anche il più numeroso, è quello costituito dagli

ammalati e dai loro familiari (anche se a volte gli interessi dei primi e dei secondi non coincidono). Svolgono però un ruolo fondamentale anche il personale assistenziale, per la maggior parte composto di professionisti sanitari altamente qualificati, i gestori o dirigenti, e i proprietari: politici nel sistema pubblico e titolari della proprietà in quelli privati. La confluenza di questi gruppi dà luogo a un sistema di grande interazione e relazione sociale, dove la possibilità di conflitto è sempre alta.

Trattandosi di strutture di così elevato livello di interazione sociale, gli ospedali riflettono rapidamente i cambiamenti che sopravvengono nell'ambiente sociale e sanitario in cui sono situati. In primo luogo, per quanto riguarda i cambiamenti sociali in genere, occorre riferirsi alla globalizzazione e al cambiamento nelle strutture economiche e sociali che esso comporta, e che in Europa si manifestano in special modo con i problemi causati dall'integrazione. D'altra parte, dobbiamo considerare il rapido sviluppo delle tecnologie informatiche, nella cosiddetta “società dell'informazione”. All'inizio di questo intervento, ci siamo riferiti alla necessità di introdurre cambiamenti profondi nella concezione dei sistemi sociali assistenziali, di cui fa parte la salute, che sarà accompagnato da discussioni in ambito politico sul ruolo dello Stato nelle cure sanitarie e i sistemi di valori etici e sociali fondamentali; temi di questo dibattito sono, ad esempio, la giustizia, le pari opportunità, e la responsabilità dei cittadini<sup>4</sup>. Per ultimo, occorre tener conto delle conseguenze nel cambiamento demografico, soprattutto dell'invecchiamento della popolazione (Fig. 1), di modo che la proporzione di persone di età uguale o superiore a 65 anni può essere collocata nel 16% del contesto europeo fino al 2010, benché in alcune zone, come l'Europa dell'est, la percentuale possa raggiungere il 18%, secondo il rapporto sulla popolazione della Commissione Europea del 1995<sup>5</sup>.

Di pari passo con questi mutamenti sociali, il settore sanitario nei Paesi europei sta attraversando un periodo di rapida trasformazione, che si manifesta nei seguenti aspetti. In primo luogo, esiste una stretta

limitazione dei budget sanitari governativi, che non è prevedibile che si modifichino, accompagnandosi a un aumento dell'economizzazione delle politiche sanitarie, con applicazione a questo campo di concetti e strategie provenienti da altre aree, come le tecniche di mercato. Di conseguenza, si stima che il finanziamento dei sistemi sanitari sia già ottimo, per cui il progresso deve provenire da un miglioramento dei sistemi di prestazione di servizi e del controllo della qualità; nel prossimo futuro, razionalizzazione e razionamento saranno due parole chiave.

D'altra parte, è probabile che assisteremo a un progresso accelerato della tecnologia medica, anche se saranno richiesti sempre più controlli prima che queste innovazioni possano essere a disposizione dei pazienti, soprattutto nel settore pubblico. Questo fatto può ripercuotersi in special modo negli ospedali, che si sono sviluppati specialmente come istituzioni dove si concentra la tecnologia più avanzata. I progressi tecnologici incrementeranno la frammentazione e la specializzazione dei servizi medici, ma contribuiranno a disumanizzarli, in quanto il malato è sempre meno considerato come un essere umano integrale; ciò spiegherebbe l'incremento della medicina alternativa, che si basa soprattutto sul ritorno al rapporto medico-paziente come potente strumento terapeutico. Infine, è probabile che si producano cambiamenti importanti nelle aspettative e nelle richieste dei pazienti, e sono da sperare misure regolatrici in aspetti come la responsabilità dei pazienti e l'aumento dei loro obblighi finanziari individuali, in questioni quali la partecipazione alle spese di determinati servizi o la creazione di polizze assicurative.

Un altro aspetto di grande importanza di cui tener conto, sono le grandi differenze esistenti in tema di salute nel continente europeo, che ha portato personaggi autorevoli come McKee a parlare di “un continente diviso”<sup>6</sup>. Tendiamo a riferirci unicamente all'Unione Europea, dimenticando molto spesso la situazione in Europa dell'est, per non dire dell'ex Russia. Ad esempio, per quanto riguarda l'aspettativa di vita (Fig. 2), i Paesi dell'U-

**Fig. 1**

Cambiamenti nel tasso di popolazione anziana (età  $\geq 65$  anni) in Europa: 1950-2010

	% Popolazione anziana				% cambiamenti nella popolazione anziana		
	1950	1970	1990	2010	1950	1970	1990
'Est	7,0	10,4	11,3	13,5	2,0	0,4	0,9
Nord	10,3	12,7	15,5	16,1	1,1	1,0	0,2
Sud	7,4	9,9	12,7	16,3	1,5	1,3	1,3
Ovest	10,1	12,8	14,5	17,9	1,2	0,6	1,1
EUROPA	8,7	11,4	13,4	16,1	+1,4	+0,8	+0,9
15-64 a.	65,9	63,6	67,0	66,2	-0,2	+0,3	-0,1
0-14 a.	25,4	25,0	19,6	17,6	-0,1	-1,2	-0,5

'Est: Bulgaria, Cecoslovacchia, Slovacchia, Ungheria, Polonia e Romania

Nord: Danimarca, Finlandia, Islanda, Irlanda, Norvegia, Svezia, Regno Unito

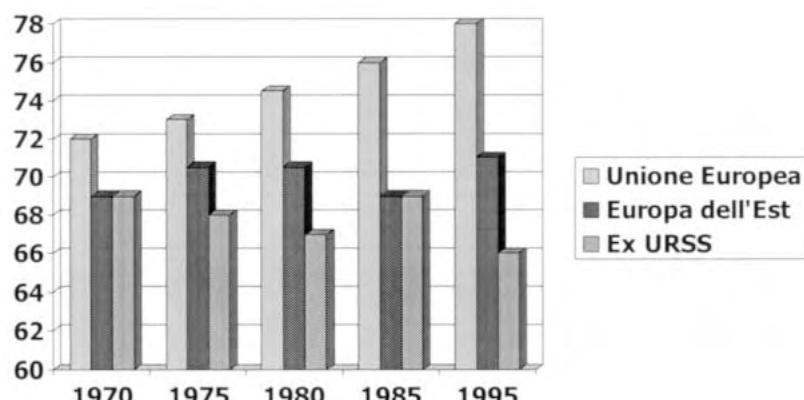
Sud: Albania, Grecia, Italia, Malta, Portogallo, Spagna, zona della ex Jugoslavia

Ovest: Austria, Belgio, Francia, Germania, Lussemburgo, Olanda, Svizzera

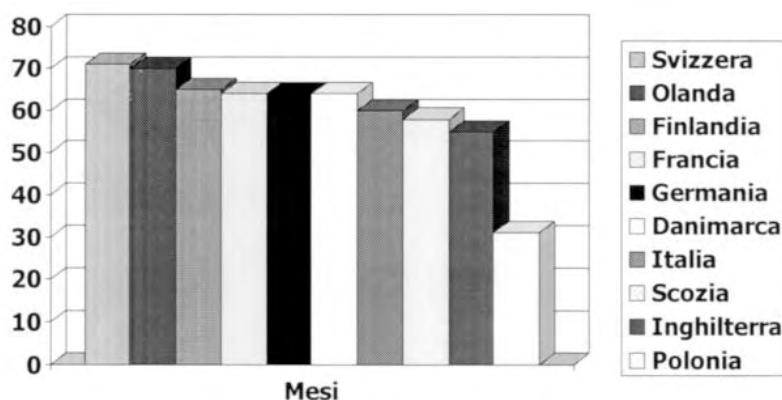
European Commission, 1998

**Fig. 2**

Speranza di vita alla nascita in Europa

**Fig. 3**

Sopravvivenza con cancro colon rettale



nione Europea hanno conosciuto un aumento sostenuto della speranza di vita negli ultimi decenni, 6 anni dal 1970, mentre la Russia ha avuto la sorte contraria, con una ripresa nel 1985 che ha coinciso con la campagna contro l'alcol del governo Gorbaciov. I Paesi dell'Europa dell'est vivono una situazione intermedia, ma anche chiaramente negativa se paragonata all'Europa occidentale. Un altro esempio significativo è la sopravvivenza in caso di malattia grave (Fig. 3); ad esempio, un cittadino svizzero o olandese ha una sopravvivenza media del doppio rispetto a un polacco che sviluppa la stessa malattia.

In queste circostanze sociali e in questo ambiente sanitario, occorre porsi una serie di domande sugli ospedali in Europa:

- devono continuare a svolgere il ruolo centrale che hanno avuto finora nel sistema sanitario?

- Quali dimensioni sono maggiormente adeguate? Quali servizi devono ospitare?

- A quale concetto di salute servono le istituzioni ospedaliere in Europa?

- I servizi che offrono hanno un buon rapporto costo/efficacia? Potrebbero essere offerti meglio in altre strutture sanitarie, ad esempio, ambulatoriali?

In definitiva, si tratta di verificare se gli ospedali rispondono agli obiettivi per i quali sono stati creati, e se lo fanno in maniera efficiente. Rispondere a questo interrogativo non è facile, per una serie di ragioni. In primo luogo, per l'eterogeneità del concetto stesso di ospedale, in quanto il termine "ospedale" si applica a centri molto diversi, anche all'interno dello stesso Paese, per cui i paragoni sono praticamente impossibili. Se esaminiamo ciò che avviene nei vari Paesi, ci rendiamo conto che ognuno di loro ha ereditato un sistema ospedaliero diverso, tanto nella distribuzione di risorse quanto nel ruolo svolto dall'ospedale all'interno del sistema sanitario. D'altra parte, ogni Paese europeo ha davanti sfide differenti, con problemi sanitari molto diversi, e aspettative di crescita della popolazione molto diverse, per cui non è chiaro nemmeno se la ricerca dell'omogeneità sia in questo caso una virtù. Per questo, se ci soffermiamo su alcune cifre comparati-

ve, non dobbiamo trarre conclusioni affrettate. Ad esempio, se analizziamo il numero relativo di posti letto in diverse aeree europee<sup>7</sup> (Fig. 4), e se comproviamo le differenze tra le diverse zone, non possiamo non notare la diminuzione di posti letto nell'ex Russia o in Europa dell'est, giacché, probabilmente, questi posti svolgono ruoli molto distinti in ogni sistema sanitario.

Tenendo conto di tutti questi fattori, possiamo avventurarci a formulare alcune opinioni su come si evolveranno i nosocomi europei nel futuro<sup>8</sup>. I sistemi sanitari non saranno tanto centrati sugli ospedali, e si curerà più l'organizzazione di processi e circuiti assistenziali rispetto alla localizzazione concreta dei servizi. Ad esempio,

sarà più importante come è organizzata l'attenzione agli incidenti di traffico, con tutti i sistemi sanitari implicati – trasporto sanitario d'urgenza, servizio di traumatologia, urgenze, banca del sangue, ecc. – che la localizzazione concreta dei servizi, fuori o dentro l'ospedale. Pertanto, e questo costituisce una differenza fondamentale con il passato, si metterà in questione l'esistenza stessa di determinati ospedali e la presenza in essi di determinati servizi, che finora era stata data da una tradizione a volte immemorabile. Le decisioni sugli ospedali verranno prese a diversi livelli di pianificazione, e non solo dagli organi direttivi degli ospedali, tenendo conto delle necessità presenti e future.

Fig. 4

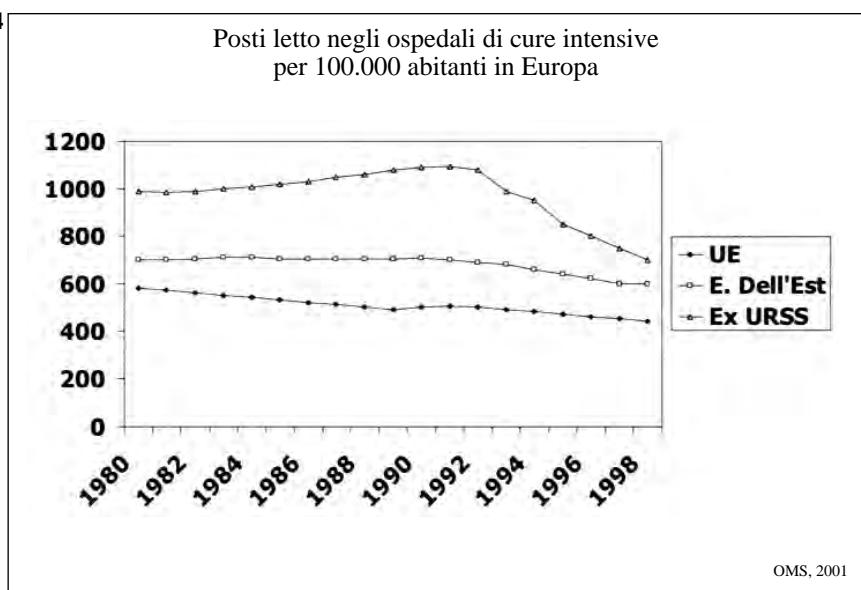
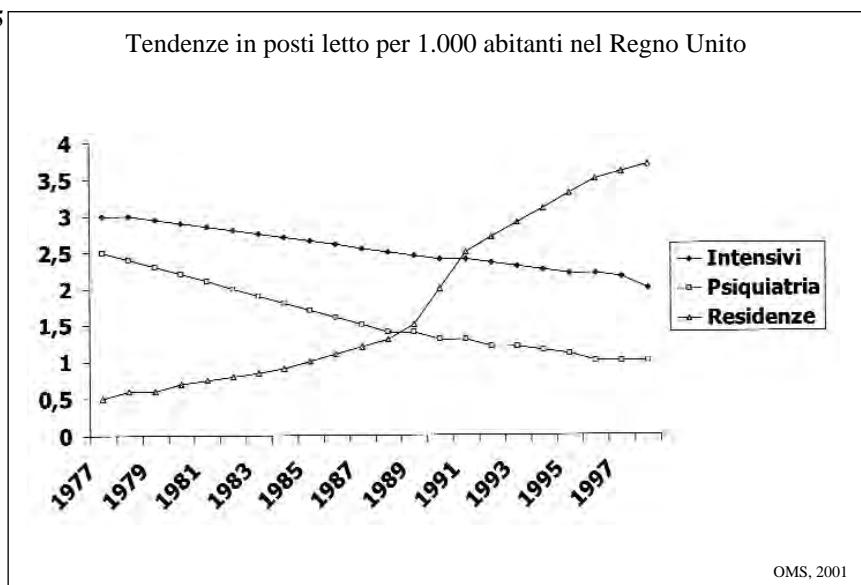


Fig. 5



Anche gli strumenti tecnologici degli ospedali europei cambieranno, aprendo nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche. La sfida consisterà allora nell'adottare rapidamente le nuove tecnologie, nell'identica maniera con cui il resto delle imprese devono adattarsi a un ambiente in continua evoluzione. Lo sviluppo tecnologico tende a economizzare i giorni di ricovero in ospedale, per cui a sua volta diminuisce la necessità di posti letto, e i centri possono ridurre le loro dimensioni. Ciò porta con sé un'altra serie di vantaggi, come offrire un ambiente più umanizzato – senza diminuire la propria capacità operativa. Ne è un esempio la chirurgia ambulatoriale, che, al contrario, ha bisogno di un numero maggiore di chirurghi.

Cosa accadrà allora con i pazienti a lunga degenza, come sono spesso gli anziani, che richiedono cure speciali e non possono essere dimessi? Verranno trasferiti in altri centri, dove la componente tecnologica cederà il posto alla riabilitazione, alle cure infermieristiche e al miglioramento della qualità di vita. Esempi di questi centri sono le residenze assistite o gli ospedali di cure palliative. Tale tendenza sta già producendosi in alcuni Paesi, come ad esempio nel Regno Unito (Fig. 5) e in Spagna, dove nel 1998 si stimava una mancanza di 200.000 posti residenziali per anziani disabili<sup>9</sup>.

Gli anziani sono solo un esempio delle necessità di gruppi particolari. In un contesto di esigenza crescente da parte degli utenti, gli ospedali devono dare soluzioni a processi assistenziali completi, che possono essere organizzati adeguatamente solo in contesti più ampi del proprio Centro. Ciò comporta una perdita di autonomia dello stesso, ma anche un arricchimento, nella misura in cui aumenta la sua interconnessione con altri enti sanitari differenti. Gli ospedali europei hanno bisogno di investimenti, spesso destinati a rinnovare strutture obsolete. L'impegno di qualità riguarda anche l'aspetto alberghiero dell'ospedale, giacché esso è in rapporto diretto con la soddisfazione da parte del malato. Infine, queste mete non sono possibili senza un'adeguata formazione del personale e l'impegno della ricerca, che deve essere il più indipendente

possibile, per assicurarne l'obiettività. Non è accettabile, come spesso accade, che l'industria farmaceutica sia l'unico ente a finanziare la formazione e la ricerca negli ospedali europei. Sono passati i tempi in cui ogni ospedale doveva affrontare da solo tutte le sfide e vedeva il ricorrere ad altri centri come una prova della sua insufficienza: la soluzione di molti problemi passa attraverso la creazione di reti e alleanze di centri, la specializzazione e la ripartizione dei compiti, per poi condividere i progressi realizzati.

### 3. Gli ospedali cattolici in Europa

Sembra evidente che gli ospedali cattolici europei non sfuggono a nessuna delle sfide e delle tendenze che abbiamo commentato finora. Pertanto, la loro sopravvivenza dipende, in parte, da come si adattano a queste sfide, tenendo conto del fatto che, nel contesto di una società secolarizzata e con un sistema sanitario per la maggior parte pubblico, devono mostrarsi sempre più agili ed efficienti rispetto agli altri centri. Più precisamente, questa situazione ha fatto sì che molte istituzioni religiose abbandonassero il loro lavoro nei centri ospedalieri, anche se non possiamo dare cifre concrete dell'ampiezza di questo fenomeno. D'altro lato, la grande sfida delle istituzioni ospedaliere cattoliche è il mantenimento della loro identità. È difficile offrire dati aggiornati sulla presenza della Chiesa cattolica nell'assistenza ospedaliera in Europa. I dati che abbiamo potuto riunire a partire dall'*Index* del 1994<sup>10</sup> sono riassunti in questa tavola (Fig. 6). Benché si

tratti di cifre incomplete, tanto per l'evoluzione che si è potuta verificare negli ultimi anni, quanto perché la differenziazione tra ogni tipo di centro è complicata, possiamo trarre alcune conclusioni. La presenza della Chiesa cattolica negli ospedali europei è ancora importante, soprattutto nel tipo di centri – istituzioni per le cure di lunga degenza – in cui si produce il numero maggiore di posti letto, come abbiamo potuto vedere precedentemente. D'altra parte, è probabile che il numero di posti letto in ospedale per malati acuti continui a diminuire; questa, come abbiamo già visto, è una tendenza generale per tutto il settore sanitario.

Tuttavia, poche volte si è potuto affermare con tanta forza come ora che la Chiesa ha un ruolo fondamentale negli ospedali del Vecchio Continente. Come abbiamo visto, molte delle sfide cui si trovano di fronte gli ospedali europei e il sistema sanitario in generale, riguardano la ricerca di valori. E in questo campo la Chiesa cattolica ha certamente qualcosa da dire. Nell'affrontare questi cambiamenti e nel prepararsi alla “lotta” sorgono due domande:

– perché la Chiesa si preoccupa delle cure sanitarie e, in concreto, dell'assistenza ospedaliera?

– In cosa di differenzia la presenza e la partecipazione della Chiesa nelle cure sanitarie, dalle altre istituzioni? Non si occupano tutte di ripristinare la salute dei malati? In cosa è radicata allora l'identità dell'ospedale cattolico?

La Chiesa cattolica è impegnata nelle cure sanitarie poiché l'attenzione ai malati è parte fondamentale del mandato di servizio del Vangelo: il ministero sanitario cattolico perpetua il ministero sanante di Gesù Cristo. Le cure sanitarie cattoliche sono più di una semplice compassione per il malato. Noi siamo convinti che la malattia, il dolore, la sofferenza e la morte siano parte del piano provvidenziale di Dio. Il seguace di Cristo aiuta gli altri a comprendere questo piano, lo vive e fa della sofferenza e della morte atti di redenzione. Restituire la salute presuppone non solo tornare a uno “stato di benessere” – piuttosto utopistico, oppure qualcuno di voi ha trovato questo stato di “completo benessere” nel-

la propria vita? – senza essere capaci di trovare il senso di una vita della quale fa parte anche il dolore “nella spiegazione della stessa che riceve dalla morte gloriosa di Cristo nel Signore” [Lozano Barragán J Msr, 2000 #11]. Questa verità non elimina la sofferenza o il dolore, ma fornisce forza e fiducia per sopportarli e per non sentirsi oppresso da essi.

D'altra parte, l'ospedale, l'istituzione più tradizionale dedicata al servizio dei malati, è un riflesso della società europea, dei suoi conflitti e delle sue contraddizioni. Gli ospedali sono un crocevia di strade di molti battezzati e non: i praticanti, quelli che sono lontani dalla Chiesa, quelli che sono risentiti contro il Vangelo per una qualche ferita nascosta e gli indifferenti. La Chiesa è obbligata a cercare l'incontro con l'uomo nella sofferenza: di fronte al dolore, alla malattia e alla morte, l'uomo si trova di fronte ai propri limiti, e si presenta un momento eccezionale per l'evangelizzazione. La missione della Chiesa, però, non è solo quella di prendersi cura dei moribondi, anzi la Chiesa è un'istituzione di vita e non di morte.

La chiave della sopravvivenza degli ospedali cattolici consiste, pertanto, nel mantenere la propria identità. A nulla serve assicurare il mantenimento di un Centro se per questo è necessario fare concessioni che trascendono lo spirito dell'istituzione ospedaliera cattolica: non si tratta di sopravvivere a qualsiasi costo. Occorre pertanto riflettere su alcuni punti centrali di detta identità<sup>11, 12, 13</sup>.

La nostra è una tradizione centenaria: lo testimonia il nostro percorso. Se qualcuno vuole conoscerci, può farlo attraverso le nostre opere, dove riconoscerà lo sforzo e la dedizione di religiose e collaboratori, orientati e centrati nell'adempimento della nostra Missione.

Il primo punto riguarda l'umanizzazione, riferita in special modo al rispetto della dignità del malato come persona. Spesso possiamo contemplare solo forme parziali di ascolto del malato, preoccupandoci unicamente di alcuni aspetti. Il nostro obiettivo, invece, deve consistere nel fornire un'assistenza integrale, intendendo con

Fig. 6

La Chiesa negli ospedali europei		
	N.	%
Europa		
Istituzioni ospedaliere	2.851	30,15
Residenze sanitarie	1.498	15,76
Residenze per anziani	3.860	40,63
Centri per malati cronici	135	1,42
<i>Index, 1994</i>		

questo una cura sia degli aspetti somatici, sia di quelli psicologici, sociali e spirituali. Occorre cercare di curare la persona nella sua totalità, facendo scomparire o alleviando i sintomi della sua malattia, ma anche mitigandone la sofferenza, migliorandone l'autonomia e facilitandone, per quanto possibile, la riabilitazione e il reinserimento nella società. Dobbiamo proporci di restaurare la salute delle persone malate conservando la loro dignità, e, attraverso il nostro impegno, fare di loro il centro della nostra attività. Tutti gli ammalati, specialmente i più bisognosi ed emarginati, sono preziosi per noi. Questo atteggiamento deve contrastare con la depersonalizzazione a cui spesso assistiamo nella sanità pubblica.

Il secondo aspetto è quello relativo alla formazione o preparazione del personale. Le nostre istituzioni devono curare in particolare le persone che ne fanno parte e collaborare, cercando di fornire loro, attraverso il lavoro, un cammino di realizzazione vocazionale. La forza degli ospedali cattolici sta nella misura in cui le persone che vi lavorano si identificano con la loro missione e lavorano per essa. Per questo, tutto il personale deve conoscere e partecipare agli obiettivi comuni, facendo sì che la loro presenza in ospedale sia caratterizzata dall'entusiasmo, dalla collaborazione e dall'assunzione di responsabilità. Questo fatto è fondamentale di fronte, soprattutto, alla progressiva diminuzione delle persone di vita consacrata che svolgono il loro lavoro negli ospedali, di fronte cioè alla crisi delle vocazioni. È importante organizzarsi in gruppi di lavoro, che contemplino diverse discipline e professioni, cercando così di arricchire e migliorare l'assistenza che forniamo ai nostri pazienti. Allo stesso modo, riteniamo che la formazione continua sia l'unico modo per rispondere alle sfide assistenziali che dobbiamo affrontare, e corrispondere alla fiducia che i nostri pazienti ripongono in noi. Occorre considerare la ricerca e il progresso della scienza come vie di guarigione e di miglioramento della qualità dell'attenzione ai malati, mantenendo un atteggiamento di impostazione scientifica costante

della nostra attività assistenziale. Le istituzioni che hanno la possibilità di effettuare la ricerca devono impegnarsi attivamente nella sua realizzazione: abbiamo una responsabilità nei confronti di quanti non possono intraprenderla. Tuttavia, non bisogna confidare ciecamente nel progresso scientifico e tecnologico come unica via di soluzione alla sofferenza generata dalla malattia. Crediamo nella ricerca della pace spirituale e del senso dell'esistenza e nell'incontro con il trascendente come forme effettive di guarigione della sofferenza della persona umana.



L'attenzione alla vita umana, specialmente all'inizio e al termine, fa ugualmente parte degli aspetti essenziali dell'ospedale cattolico. Il suo principio fondamentale è che la vita è un dono di Dio; l'uomo la riceve come tale e la amministra, cercando di realizzare in essa il senso ultimo dell'esistenza, che è il ritorno al Creatore. Per questo, qualsiasi pratica di morte è in contraddizione assoluta con la missione dell'ospedale cattolico.

Anche la gestione e l'amministrazione delle risorse hanno accenti propri nell'ospedale cattolico. Optiamo per un'assistenza di qualità e diversificata nelle risorse assistenziali, che sia vicina al paziente e riguardi in primo luogo l'attenzione al proprio ambiente, e comprendiamo che, all'interno delle istituzioni, molti malati ricevono soltanto l'attenzione di base. Il modello di gestione deve essere

coerente con la missione e gli obiettivi stabiliti, ma flessibile e adattabile alla realtà di ogni centro o dispositivo assistenziale. D'altra parte, occorre cercare costantemente di avvicinarsi ai processi di gestione e di assistenza, attraverso un modello di gestione clinica professionalizzata, in modo tale da mantenere l'equilibrio tra i due e non cadere negli estremi dell'uno o dell'altro processo.

Bisogna cercare l'efficacia, l'efficienza e l'effettività del nostro lavoro, tenendo presente che l'uso appropriato delle nostre risorse – economiche ed umane – è fondamentale per il successo della nostra missione. Occorre mantenere la caratteristica di istituzioni sobrie, ma non austere né economiciste. Non dobbiamo avere scopo di lucro, ma dobbiamo avere l'obbligo di assicurare un rendimento economico adeguato, atto a permettere la continuità e lo sviluppo delle istituzioni. Come istituzioni al servizio della nostra missione, dobbiamo apportare alla società non solo determinate risorse, bensì, e specialmente, un modo di comprendere come deve essere realizzato il lavoro assistenziale: abbiamo la nostra cultura e il nostro stile specifici, e vogliamo trasmetterli.

L'ultimo punto al quale oggi ci riferiamo riguarda la cooperazione. Dobbiamo radunare gli sforzi e le volontà attorno alla missione, rendendo possibile la presenza di volontari, collaborando con altri operatori sociali e istituzioni con fini simili ai nostri, dentro e fuori la Chiesa, e partecipando attivamente in tutti gli ambiti professionali, accademici e associativi in cui la nostra voce deve farsi sentire. Dobbiamo trasmettere le nostre conoscenze, il nostro carattere e identità, impegnandoci nell'insegnamento a coloro che vogliono imparare con noi. Attraverso il servizio ai malati, gli ospedali cattolici ricordano alla società la loro esistenza, e reclamano una giusta attenzione alle loro necessità. Non è opportuno organizzarci in una rete assistenziale esclusiva o isolata, ma questa deve essere integrata nei servizi sanitari e sociali generali. Poiché crediamo nella bontà delle nostre convinzioni e del nostro modo di intendere l'assistenza,

dobbiamo far giungere le nostre cure al maggior numero possibile di persone.

In definitiva, gli ospedali cattolici si devono identificare con la nostra missione e noi dobbiamo identificarci attraverso di essa: essere portatori di carità e incarnarla nel quotidiano.

#### 4. Conclusioni

Oggi gli ospedali cattolici europei si trovano di fronte a sfide molto importanti, originate dal cambiamento della società e dei sistemi sanitari, da un lato, e dalla necessità di mantenere la fedeltà alla loro missione, dall'altro. Si tratta pertanto di una situazione di grande esigenza, che mette alla prova la nostra capacità di mantenere vivo lo spirito della Chiesa in un campo critico come quello della salute.

Non dimentichiamo che la prima caratteristica della situazione generale degli ospedali in Europa è la messa in questione dell'esistenza stessa dei centri. Pertanto, è fondamentale abbandonare qualsiasi autocompiacimento, non dare per scontato che le tradizioni centena-

rie alla fine si impongono, e far conoscere alla società la nostra missione e il nostro stile assistenziale, offrire risorse che si adattino alle necessità dei malati, e reclamare per i nostri centri le stesse opportunità di cui godono gli altri. La nostra sfida fondamentale consiste nell'adattarsi al momento, incorporando le nuove tecnologie di gestione e sanitarie e accettando le sfide assistenziali che si pongono oggi, mantenendo però allo stesso tempo la nostra identità. Per questo sarà sempre più necessario far partecipare i laici cattolici alla gestione dei centri, passando per la formazione, la fiducia e il camminare insieme.

Secondo le parole di Mons. Lozano Barragán, "l'ospedale cattolico fa parte della Chiesa e, come tale, rientra nella chiamata con la quale Cristo fonda la sua Chiesa."<sup>14</sup>. Spero che questa riflessione ci aiuti ad approfondire la conoscenza delle sfide presenti in Europa e della maniera migliore per affrontarle.

Suor MARIA DEL CAMINO AGÓS  
Superiora Generale  
Suore Ospedaliere  
del Sacro Cuore di Gesù  
Spagna

#### Note

<sup>1</sup> DREYFUS F., SICARD D., *La gran desilusión de la medicina francesa*. Diario Médico, 2002 25/09/2002; Sect. 2.

<sup>2</sup> FULFORD KWM. *Is medicine a branch of ethics?* In: PEACOCK A., GILLET G., (eds). *Persons and personality. A contemporary inquiry*. Oxford: Blackwell; 1989, p. 130-49.

<sup>3</sup> ASEÑO MA., *Las Claves de la Gestión Hospitalaria*. Barcelona, Gestión 2000, SA; 2002.

<sup>4</sup> GOLDSMITH J., *Operation restore human values*. Hosp Health Netw 1998; 72(13):74-6.

<sup>5</sup> European Commission. Demographic Report. Luxembourg: D.G.V. Employment & Social Affairs, Social Protection and Social Action; 1998.

<sup>6</sup> MCKEE M., Health Status in the Eu and the Central and Eastern European Countries. In: GARCIA-BARBERO M. (eds): *Appraisal of Investments in Health Infrastructure*. Barcelona: World Health Organization. European Office for Integrated Health Care Services; 1999.

<sup>7</sup> WHO. *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.

<sup>8</sup> MCKEE M., HEALY J. (eds): *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002.

<sup>9</sup> PUGA GONZÁLEZ M., *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer; 2001.

<sup>10</sup> Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, *Ecclesiae Instituta Valetudini Fovendae Toto Orbe Terrarum*. Città del Vaticano, 1994.

<sup>11</sup> REDRADO JL. Palabras de Bienvenida. Labor hospitalaria 1983; 188:70-1.

<sup>12</sup> LOZANO BARRAGÁN J. Mons., Aportes para la identidad de un hospital católico. Dolen- tium Hominum; 41 (2): 60-66.

<sup>13</sup> Congregazione Suore Ospedaliere del SCG. Statuto dei Centri Assistenziali. Roma: Congregazione delle Suore Ospedaliere del SCG; 2000.

<sup>14</sup> LOZANO BARRAGÁN J. Mons.: idem.

## FRANCIS SULLIVAN

# 7. Australia

### Il contesto australiano

Il ministero della Salute in Australia è diretto da diversi gruppi di gestione. Attraverso il nostro vasto continente insulare, la salute e i servizi sanitari per gli anziani sono di proprietà e gestiti dalle seguenti strutture ecclesiiali:

### Chi siamo noi?

- 69 istituti religiosi
- 17 diocesi

– 2 persone pubbliche giuridiche  
– 31 associazioni di fede cristiana

È un ministero attivo. Si stende da ovest ad est, da nord a sud in un territorio aspro e difficile.

### Un ministero attivo

Lo sviluppo del ministero ha naturalmente seguito la costituzione degli organismi per la sanità e per la cura degli anziani dell'Australia. Storicamente, il no-

stro Paese fa molto affidamento sul contributo, e in molti casi sugli sforzi pionieristici degli istituti religiosi. Il primo ospedale dell'Australia e le maggiori attrezzature per la cura degli anziani furono costruite dalla Chiesa cattolica. Anche oggi gli ospedali cattolici e i servizi sanitari per gli anziani sono riconosciuti come modello per eccellenza nella cura e nell'impegno di alta qualità.

Attualmente il ministero della salute cattolico fornisce una infinita serie di cure dai servizi di sa-

lute intensivi ai servizi a domicilio.

- 500 servizi per la cura delle persone anziane;
- 330 servizi approvati per i residenti;
- 16.753 letti per la cura dei residenti anziani;
- 5.334 appartamenti con servizi privati e indipendenti per le persone anziane;
- 58 attrezzature per la cura della salute;
- 8500 letti di ospedale;
- 7 ospedali per i corsi di insegnamento;
- 33 day hospital per piccoli interventi;
- 5 ospizi;
- 4 istituti di ricerca medica;
- 5 centri di bioetica;
- patologia;
- radiologia;
- espansione per la cura della comunità e per le cure domiciliari.

Questo contributo non è solo significativo in cifre, ma anche in importanza. Il settore cattolico comprende il 13% del sistema delle cure sanitarie. È il solo maggior fornitore proprietario non governativo a rischiare investimenti commerciali e risorse umane nell'ambiente rurale dell'Australia. In altre parole, per le cure sanitarie la Chiesa è ancora impegnata ad andare dove altri temono di farlo.

Inoltre, con un significativo numero di ospedali, la Chiesa è il solo proprietario non governativo di un gruppo di servizio sanitario ad offrire il maggiore contributo per provvedere l'accesso a tutti alla cura ospedaliera basilare. In questo modo diretto, la Chiesa continua a provvedere cure sanitarie come un bene sociale, non semplicemente un'utilità disponibile a coloro che possono pagare.

Più specificamente, la Chiesa rimane il più grande fornitore non governativo per i servizi di ostetricia e il più grande fornitore di servizi intensivi privati medici specialisti. Una ogni otto fragili e confuse persone anziane che necessitano di cure di alta dipendenza è servita dalla Chiesa. Una ogni sei persone anziane che ricevono cure a domicilio è servita dalla Chiesa.

Perciò il ministero della Chiesa è molto rilevante ed è necessario a una grande percentuale di australi-

iani. La tavola 1 illustra la natura di questa società con il governo. Praticamente mostra come i beni della Chiesa sono utilizzati a beneficio pubblico.

**Tav.1**

Società: Bene Privato – Bene Pubblico		
	Cattolica	Altro
Letti di ospedali pubblici	10%	90%
Letti di ospedali privati	24%	76%
Settore di ospedale privato sofisticato complesso	42%	58%
Procedure di urgenza quotidiane	8%	92%
Ammissioni totali	15%	85%

Ciò che è eminente nell'intraprendere questa società è che rimanga chiara l'identità del ministero. Il nostro contributo in cure sanitarie è sollecitato dal nostro senso della missione. Si può descrivere come *una missione di servizio, che abbraccia una buona pratica commerciale per valorizzare la dignità umana, promuovere il bene comune e partecipare al ministero di guarigione di Gesù*.

Questa è un'accurata dichiarazione. Riconosce l'ambiente economico nel quale il ministero opera. Riconosce la necessità per una prudenza commerciale, ma non cade preda della tendenza di ridurre la cura sanitaria solo a una attività commerciale. Tiene in considerazione come cosa primaria il servizio e la dignità della persona, la prosperità di tutti e la testimonianza di Gesù come ispirazione e base di tutto ciò che è fatto.

In termini specifici, questa missione cerca di promuovere un equo sistema per la salute dove le cure sanitarie sono comprese in termini olistici non solo in termini scientifici. Cerchiamo di sostenere i poveri, gli emarginati e gli svantaggiati. È di somma importanza che il ministero della salute guardi attraverso gli occhi del povero, comprenda il mondo dalla prospettiva dei meno agiati e si interessi delle

aspirazioni, dei problemi e delle frustrazioni di coloro che sono emarginati.

Inoltre, il ministero non è limitato a un contributo sociale. La missione della cura sanitaria è rendere tangibile l'amore di Dio nelle vite degli infermi, dei deboli, dei confusi e dei morenti. I momenti di intimità nella vita delle persone sono anche i momenti delle rivelazioni. Fornire le cure sanitarie è permettere alla gente l'opportunità di condividere la realtà di Dio. Quando le persone sono vulnerabili il ministero della salute incoraggia una sensibilità e una consapevolezza dell'azione di Dio nelle loro vite. Un dono di speranza e di fiducia.

Nel contesto Australiano, il ministero della salute è gestito a beneficio della comunità in generale, non specificamente per la comunità cattolica. Questo è marcatamente diverso dal ministero dell'educazione della Chiesa che è stato fondato per provvedere alla comunità cattolica.

Il sistema sanitario cattolico è prevalentemente erogato da non cattolici per i non cattolici. Con approssimativamente solo il 26% della popolazione cattolica, il contributo della Chiesa per la cure sanitarie e per gli anziani si estende oltre la comunità cattolica. Perciò la sfida è essere costantemente vigilanti sull'identità del servizio e come mantenerlo valido e vitale nel contesto in evoluzione della società Australiana.

Come la maggior parte delle economie democratiche occidentali, le cure sanitarie stanno affrontando enormi sfide.

## Contesto del Sistema Sanitario Australiano

Elenco un numero di attuali pressioni economiche sul sistema sanitario dell'Australia:

- economia mista di servizi pubblici e privati;
- pressioni fiscali sui problemi generali di copertura-accesso;
- aumentando i costi sanitari – problemi per sostenerli;
- deterioramento nei servizi rurali, per la salute mentale e per le cure croniche;
- creazione di mercati a prezzi

competitivi, commercializzazione e incentivi di profitti:

- popolazione che invecchia, base del tasso che si deteriora;
  - aspettative del consumatore in espansione.

In breve il sistema di diritto dell'Australia alla cura sanitaria è danneggiato a causa della popolazione che invecchia, da un basso tasso di reddito che si deteriora e dalla necessità di fornire servizi completi su una vasta area di terra.

Inoltre, come per altri Paesi, la risposta della politica pubblica è stata di introdurre progetti di mercato per il finanziamento e la distribuzione dei servizi. In particolare, la competizione del prezzo, ha posto fornitore contro fornitore alla ricerca dei contratti di finanziamento. Questo a sua volta ha incoraggiato la ricerca per economie di scala meglio conseguita attraverso il consolidamento di entità per condividere il rischio commerciale. Questo si risolve in frammenti o in proprietà concentrate di servizi sanitari.

Sia nei settori pubblici sia in quelli privati, questo tipo di razionalizzazione pone gli ospedali individuali e le case di cura per gli anziani a rischio. Incoraggia l'incentivo di profitto e le considerazioni commerciali possono facilmente sostituire gli imperativi della missione perché la necessità di rimanere vitali nel mercato è percepito come la cosa più importante.

Questo ambiente presenta una maggiore sfida per il ministero. Come rimanere autosufficiente, perciò efficace e allo stesso tempo fedele al servizio del povero e contribuire al bene comune? Quando la cura sanitaria è organizzata intorno agli

sbocchi commerciali gli incentivi sono per coloro interessati ad aumentare il provento dell'investimento. Il servizio sanitario diventa solo una semplice merce per uno scambio commerciale. La persona è ridotta allo status di cliente. La relazione con gli operatori sanitari è vista come "servizio al cliente" e i risultati accertati similmente a quelli della "soddisfazione del cliente". Non solo l'essenza dell'esercizio della cura sanitaria si modifica, ma l'apprezzamento dell'intera persona e le responsabilità degli operatori sanitari per assicurare una completa esecuzione dei loro doveri nelle cure viene intesa in un'etica commerciale piuttosto che in un'etica professionale.

Perciò la sfida basilare per il ministero è riconoscere le vie attraverso le quali il mercato può essere adattato nell'interesse del malato, del debole e del povero. Spesso i mercati falliscono dove le persone hanno bisogno di cure estensive per condizioni croniche, o soffrono di malattie invalidanti. Nei sistemi in cui sono ricompensati finanziariamente gli interventi veloci e semplici, le cure estese e le cure in generale possono diventare troppo costose e troppo rischiose commercialmente per molti fornitori. Il risultato finale è che gli anziani e i malati cronici sperimentano un accesso ridotto o trattamenti limitati. È in queste aree che la Chiesa deve rimanere un contributore forte e consistente.

Il cambiamento a commercializzare la salute organizzata e la cura degli anziani sta avendo un profondo impatto sugli adattamenti che i fornitori Cattolici stanno facendo.

## **Adattamenti del Ministero**

Elenco le principali reazioni che il settore Cattolico sta ricevendo:

- cambiamenti nei metodi di col-laborazione;
  - sviluppo di nuove entità di go-verno;
  - sviluppare una condivisa re-sponsabilità di governo;
  - abbracciare una teologia per re-golare il mercato.

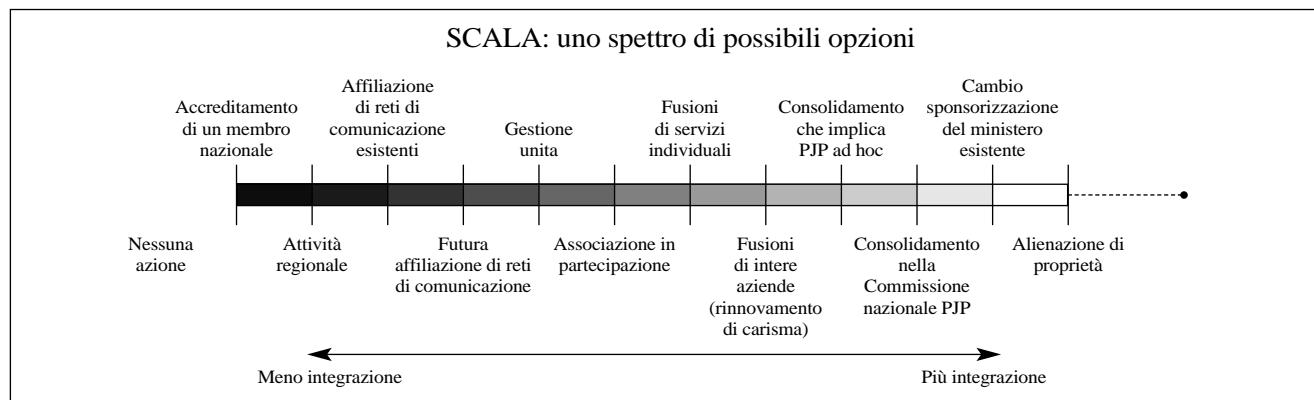
### **Collaborazione**

Le forze di mercato inducono le organizzazioni a cercare economie di scala. Queste possono essere conseguite sia letteralmente attraverso fusioni o virtualmente attraverso alleanze di affari. Il modo in cui queste economie sono perseguite diventa una decisione commerciale. Tuttavia, allo stesso tempo, il ministero della salute Cattolica ha un unico problema poiché i suoi proprietari, istituti religiosi, stanno diminuendo di numero e affrontando un ritiro dall'ufficio attivo. Questo incoraggia anche un consolidamento di gestione, che a turno può facilitare più potenti economie di scala.

*Catholic Health Australia* (Salute Cattolica Australiana) opera per facilitare una più stretta collaborazione tra i fornitori cattolici. CHA incoraggia la collaborazione come una soluzione per le sfide economiche e di responsabilità che il ministero affronta. La tavola 2 dimostra la serie ininterrotta di scelte disponibili ai fornitori che cercano collaborazioni future.

Questo è un esempio di una serie ininterrotta.

## Tav. 2 - Collaborazione



tale fusione. Illustra anche come la gestione può cambiare mentre la collaborazione diventa più consolidata tra i fornitori.

Nell'esperienza australiana le organizzazioni sono localizzate lungo una serie ininterrotta a causa di quattro fattori principali. La prima è la capacità dell'istituto religioso fondatore a partecipare al governo attivo. Con il declino della presenza del personale religioso e della loro capacità di adempiere alle responsabilità di governo, gli istituti religiosi devono valutare la loro implicazione a più lungo termine nella direzione del ministero. La prossimità del loro ritiro dal governo attivo motiva il loro desiderio a cercare soluzioni di collaborazione. Inoltre, l'impegno a conservare le attrezzature per la cure sanitarie entro la salute cattolica motiva anche la propensione a cercare soluzioni di collaborazioni nella Chiesa.

In secondo luogo le sfide commerciali in evoluzione per l'organizzazione determinano quanto pericolo o altro si percepisce nel mercato. Dove le organizzazioni stimano che la loro posizione commerciale è relativamente forte, esse continuano normalmente ad adottare un approccio più indipendente al loro futuro. Al contrario, dove le organizzazioni sono in pericolo per un futuro vitale, la collaborazione con alleati più forti diventa più attraente.

In terzo luogo, come in tutti i sistemi umani in evoluzione, la politica pubblica cambia l'agenda istituzionale. Perciò il cambiamento delle cure sanitarie della comunità ha un impatto adeguato sul futuro di alcuni servizi sanitari istituzionali. Questo può richiedere una più grande collaborazione per una serie ininterrotta di cure e il cambiamento di gestione per alcune specifiche organizzazioni.

Infine, l'esperienza di collaborazione non è sempre positiva. Le alleanze e le reti di comunicazione possono fallire. Le buone intenzioni possono rimanere incompiute quando vengono imposte una cattiva gestione del cambiamento o strutture non adatte. Le fusioni affrontano la sfida di unire due o più culture e questo porta tensioni organizzative, perfino l'inerzia. Perciò dove gli istituti religiosi hanno avuto poca esperienza con la colla-

borazione nel passato, la loro buona volontà ad impegnarsi deve essere di nuovo provata.

### **Le nuove strutture della Chiesa**

La realtà è che sono necessarie nuove forme di governo. La storia della cura sanitaria cattolica che è identificata con specifici istituti religiosi sta cambiando. Già in Australia le nuove strutture della Chiesa hanno stabilito di amministrare i beni ecclesiastici una volta sotto il governo degli istituti religiosi. Il veicolo canonico conosciuto come una persona pubblica giuridica è stato usato a formare strutture di collaborazione per possedere e operare cure sanitarie e servizi sanitari per gli anziani. Questo assicura la continuazione del ministero e permette una nuova espressione della Chiesa nel ministero della salute.

Un mutamento in questa direzione implica un cambiamento culturale di proporzioni significative. Presume giustamente che l'imperativo del ministero è oltre il futuro di specifici istituti religiosi e diocesi. Riconosce la diminuzione di alcune forme di proprietà e la necessità per nuove soluzioni. Richiede un abbraccio di collaborazione e un andazzo familiare. In breve richiede una cultura di interdipendenza piuttosto che quella di indipendenza.

Questo movimento è molto simile a un senso della Chiesa come comunione. Afferma l'impegno della Chiesa a lavorare insieme per il bene comune, in questo caso le necessità delle cure sanitarie per la collettività. Riconosce anche che le soluzioni creative sono necessarie per assicurare il continuo mantenimento e il rafforzamento del ministero come una componente essenziale della missione della Chiesa.

### **Settore dell'Ampio Governo**

Il settore della salute Cattolica si è sviluppato con gli sforzi di istituti religiosi individuali, organizzazioni laiche e diocesi. Il futuro richiede una risposta di collaborazione basata sull'interdipendenza. Questa in se stessa esige le responsabilità canoniche di coloro che sono incaricati a dirigere il ministero.

Mentre nel passato i servizi le cure sanitarie e i servizi sanitari per gli anziani erano governati, sia canonicamente che civilmente da un singolo istituto religioso o diocesi, si andranno ad avere molti casi dove sarà necessario applicare nuovi accordi di governo.

Le pressioni economiche nell'ospedale e per i servizi di cura per gli anziani non sono più locali. Esse sono regionali e più spesso nazionali. Esse richiedono una supervisione da una organizzazione riconosciuta che ha a cuore i migliori interessi del ministero. Notare che questo è molto diverso da una funzione di supervisione di una singola entità che cerca solo i migliori interessi di quella entità.

Da una prospettiva pratica, questo significa che la pianificazione futura dei servizi, perfino la proprietà a lungo termine di quei servizi implica non solo l'organizzazione che gestisce i servizi ma gli interessi della Chiesa nel ministero.

La maggior parte dei proprietari della cura sanitaria cattolica possono giustamente reclamare che le loro responsabilità canoniche appartengono solo a loro. Che nessun'altra organizzazione ha il diritto di interferire con l'ufficio di quel particolare ministero. Tuttavia, quando le forze di mercato aggressive o le pressioni economiche di potere minacciano la presenza del ministero della salute della Chiesa in una particolare regione, la responsabilità per preservare quella presenza cade proprio oltre la specifica direzione del ministero.

Per questo si chiede un "governo condiviso" nei migliori interessi del ministero. Questo è un nuovo concetto e richiederà pazienza per svilupparsi. Richiede un'organizzazione specifica, come l'associazione nazionale a cui dare l'autorità di sorvegliare lo sviluppo, il mantenimento e il rafforzamento del ministero.

Il potenziale per il conflitto è ovvio. Per sua natura attraverserà le funzioni tradizionali delle diocesi e degli istituti religiosi. Cercherà le soluzioni di collaborazione e accercherà diritti come partecipante nella proprietà e nella pianificazione del servizio. Perciò dovrà trovare un equilibrio tra l'identità della Chiesa locale e la vitalità commerciale del ministero.

## Una Teologia delle cure sanitarie nel mercato

Centrale all'identità del ministero della salute è la preferenza per il povero e lo svantaggiato. Questo significa molto di più che un alloggio per il povero quando è utile. Significa cercare di far aumentare gli interessi del povero come priorità. Ciò richiede di adottare una prospettiva dove il povero, lo svantaggiato e l'emarginato sono i più importanti nella mente di coloro che fanno politica.

In molti casi l'orientamento del mercato va al contrario degli interessi del povero. I mercati lavorano meglio dove la fornitura e la domanda operano senza interferenza. Questo presuppone che i prezzi siano stabiliti per aumentare le quote di mercato. I consumatori determinano non solo ciò che è prodotto, ma dove e quanto fornire.

Quando si arriva ai servizi umani essenziali, come le cure sanitarie e i servizi sanitari per gli anziani, i mercati sfidano i fornitori ad avere dei costi effettivi e rispondenti ai consumatori. Ma essi possono anche fallire. Essi non ce la fanno a provvedere alle necessità di quelle persone che non forniscono un guadagno soddisfacente all'investimento o sono troppo costosi da servire. In molti casi gli anziani e i malati cronici ci rimettono.

Quando un sistema per la salute è organizzato intorno agli incentivi di mercato, il ruolo del governo è cruciale. Così lo è anche del ruolo della salute cattolica. Un impegno per il povero richiede di proteggere i loro interessi poiché il mercato non gli permette l'accesso alle cure sanitarie. Questo significa che le amministrazioni e gli esecutivi dei fornitori cattolici hanno bisogno di adottare una struttura teologica per operare nel mercato. Di seguito elenco il tipo di considerazioni che le amministrazioni dovrebbero fare per avere l'opzione preferenziale per il povero al centro delle loro quotidiane considerazioni:

- la presenza cattolica nel sistema ha una agenda etica, cioè libera, non opprime;
- l'intenzione della salute cattolica è migliorare l'insufficienza del mercato, non aumentare la quota di mercato;
- lo scopo del ministero della salute è produrre beni e servizi sociali, non derrate commerciali;
- le considerazioni commerciali sono motivate al perseguire un prudente ricupero dei costi, non a estendere la tolleranza di mercato;
- un comitato o il direttivo dovrebbe adottare prima una persona, non un profitto;
- quando si progetta per l'organizzazione, la disposizione è di

aprire la strada ai servizi essenziali, non capitalizzare su misure/incentivi lucrativi;

– da una prospettiva sociale, l'organizzazione Cattolica sfida i paradigmi esistenti per migliorare l'accesso tempestivo, non soddisfacendo interessi particolari per appagare fantasie teoriche o sostenerne accordi giovevoli;

– una organizzazione Cattolica pone l'imperativo della missione prima dell'attrazione della sicurezza, del conforto e della certezza.

A queste strategiche decisioni sono tenuti coloro che abbracciano la follia del sacrificio, non la sicurezza razionale di propri interessi.

## Conclusione

L'imperativo di continuare il ministero di guarigione richiede creatività e persistenza. Dare una risposta contemporanea nelle difficili tendenze sociali ed economiche deve essere causato dallo Spirito Santo e sostenuto da una fede per cui siamo tutti più grandi dei lavori che cerchiamo di fornire. Il testamento del tempo ci dà speranza che il ministero è forte e adattabile e può prevalere.

Dott. FRANCIS SULLIVAN  
Dirigente Capo dell'Esecutivo  
Catholic Health Australia



**FIORENZA DERIU**

# Indagine su “realità federative, associative e di gruppo e istituzioni sanitarie cattoliche: quale sostenibilità per il futuro?”

## Obiettivi dell’indagine

1. Individuazione delle principali realtà federative e/o associative di ispirazione cattolica operanti in ambito sanitario e loro reti di collegamento sul territorio.

2. Individuazione di altre forme di aggregazione, di ispirazione cattolica, operanti in ambito sanitario e loro reti di collegamento.

3. Esplorare le condizioni più generali di sostenibilità dell’opera di queste realtà rispetto:

- alle risorse economiche, umane e professionali disponibili;
- ai programmi di formazione specifica nell’ambito della Pastorale Sanitaria e della Bioetica;
- alla gestione di Progetti di assistenza sanitaria finanziati;
- alla diffusione dei Comitati di Bioetica, e ai loro principi ispiratori.

4. Identificare le principali questioni problematiche che il mondo sanitario cattolico si trova ad affrontare.

## Ipotesi di lavoro

La sostenibilità dell’opera delle istituzioni cattoliche operanti in ambito sanitario è influenzata dalle risorse economico-finanziarie e umane disponibili, dal grado di diffusione di reti di collegamento tra tali realtà, e tra le medesime e i Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria.

## Metodologia

L’indagine è stata condotta, nel corso del 2001, su 121 Paesi appartenenti a 7 aree continentali (Europa occidentale e orientale,

America settentrionale e centro-meridionale, Africa, Asia-Oceania e Medio Oriente). Si tratta di uno studio esplorativo, con il quale si è cercato di identificare le grandi questioni che interessano il mondo sanitario cattolico, e su cui, eventualmente, tornare a indagare con una ricerca *ad hoc*, con delle ipotesi di lavoro più chiare e definite.

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato un questionario postale semistrutturato, da compilare a cura di 127 Vescovi responsabili della Pastorale Sanitaria<sup>1</sup> nei rispettivi Paesi, in collaborazione con un gruppo di esperti sulla situazione degli ospedali e le istituzioni cattoliche operanti in ambito sanitario. Tuttavia in molti Paesi in cui questi Vescovi operano non esistono istituzioni sanitarie cattoliche, o perché non consentite dalle leggi dello Stato, o perché è ancora in fase di avvio questo tipo di presenza dei cattolici. Per questo motivo, il numero dei Vescovi che, al momento dell’indagine, si trovavano

nell’effettiva possibilità di rispondere al questionario era di 76.

Il questionario, tradotto in quattro lingue, è stato accompagnato da alcune istruzioni per una sua più idonea compilazione. I dati dei questionari debitamente compilati sono stati immessi su calcolatore ed elaborati in base a un preciso piano di analisi, i cui risultati sono di seguito sintetizzati.

## I risultati

Dei 76 Vescovi che erano nelle condizioni di poter rispondere al questionario, il 71%<sup>2</sup> lo ha debitamente compilato (grado di copertura).

### *1. Principali realtà federative e/o associative di ispirazione cattolica operanti in ambito sanitario e loro reti di collegamento*

In relazione a questo primo obiettivo è opportuno premettere che è attualmente in corso di redazione una mappatura completa delle NGOs cattoliche con i rispettivi obiettivi strategici, delle realtà federative e associative e dei gruppi di persone segnalati dai Vescovi nel corso di questa indagine. Venendo ora alle domande, è stato chiesto ai Vescovi se conoscevano NGOs cattoliche, realtà associative o federate rappresentative di istituti o organismi religiosi, o ancora “gruppi di persone” di ispirazione cattolica operanti in ambito sanitario. La risposta a questo quesito ha evidenziato un dato confortante, a una prima lettura, con percentuali molto alte, rappresentate nella seguente tabella:



**Tabella 1: Conoscenza di NGOs cattoliche, associazioni o federazioni, "gruppi di persone" operanti in ambito sanitario**

	Sì	No	Non risponde	Totale
NGOs cattoliche	88,9%	11,1%	-	100,0%
Associazioni/federazioni	85,2%	13,0%	1,9%	100,0%
Gruppi di persone	79,6%	18,5%	1,9%	100,0%

Si sottolinea l'elevato valore percentuale della conoscenza di "gruppi di persone" che, generalmente, non godono della stessa visibilità delle NGOs o delle grandi realtà associative o federative, ma che evidentemente svolgono un'opera di forte impatto sul territorio per essere conosciute dai Vescovi.

Tuttavia, le relazioni e la rete di collaborazione tra i Vescovi di Pastorale Sanitaria e queste realtà non appaiono molto radicate come metodo di lavoro. Alla domanda sulla *frequenza* con cui i Vescovi si incontrano con le associazioni/federazioni o con i rappresentanti di organizzazioni religiose sanitarie, le risposte si sono così distribuite:

**Tabella 2: Frequenza con cui i Vescovi incontrano i rappresentanti di associazioni/federazioni cattoliche o di organizzazioni religiose operanti in ambito sanitario**

	%	% retrocumulata
Mensilmente	15,2%	100,0%
1 volta ogni tre mesi	13,0%	84,8%
2 volte l'anno	26,1%	71,8%
1 volta l'anno	32,6%	45,7%
Mai	6,5%	13,1%
Non risponde	6,6%	6,6%
Totale	100,0%	

Se si considera che oltre il 70% dei rispondenti afferma di incontrarsi al massimo due volte l'anno o meno con tali realtà, e solo meno di 1/3 più spesso, è possibile affermare che i contatti tra i Vescovi e le realtà operanti sul territorio sono piuttosto limitati e contenuti, e andrebbero ulteriormente intensificati. Quando lo stesso quesito è stato posto con riferimento ai "gruppi di persone", si è evidenziata una tendenza del tutto diversa: con queste realtà i Vescovi sembrano, infatti, tenere dei contatti più frequenti, almeno "1 volta ogni tre mesi". Realtà informali sembrano, quindi, agevolare l'instaurarsi di forme di dialogo e collaborazione con i Vescovi locali.

Se si approfondisce l'analisi in relazione alle diverse aree conti-

nentali, si evidenziano alcune differenze. Le aree in cui i contatti tra i Vescovi e le realtà associative/federative risultano più frequenti sono quella europea, dove il lavoro di "rete" è ormai divenuto un vero e proprio metodo di lavoro, veicolato da un patrimonio culturale comune, e quella dell'America latina. Tale prassi appare meno consolidata in contesti in cui entrano in gioco una serie di fattori che complicano in modo significativo la possibilità concreta di lavorare in rete: basti pensare alle difficoltà contingenti legate agli spostamenti sul territorio, a causa della insufficienza delle infrastrutture, o all'insufficienza dei

## 2. Individuazione di altre reti di collegamento o coordinamento di realtà che operano autonomamente sul territorio

Al fine di approfondire la conoscenza delle reti di collegamento sul territorio, è stato chiesto ai Vescovi se erano a conoscenza di reti autonome di coordinamento di realtà operanti in ambito sanitario. Le risposte a questo quesito si sono così distribuite:

**Tabella 3: Conoscenza di reti autonome di coordinamento di realtà di ispirazione cattolica operanti in ambito sanitario**

	%
SI	72,2%
NO	18,5%
Non risponde	9,3%
Totale	100,0%

Le risposte positive si sono concentrate prevalentemente nelle stesse aree continentali sopra citate. Questo dato può costituire un'informazione che suggerisce una maggiore presenza di tali reti sia laddove il bisogno si fa più pressante, sia laddove la cultura del lavoro di rete è ormai un dato di fatto. Risulta, quindi, molto significativa la diffusione delle reti autonome di collegamento che operano sul territorio: ciò suggerisce l'esistenza di un'esigenza di fondo di raccordo e cooperazione. Le Chiese locali potrebbero giocare un ruolo molto importante nel farsi luogo di incontro di risorse diverse.

collegamenti telefonici, alle situazioni di guerra, guerriglia e conflitti interetnici.

Tuttavia, è bene ricordare che i finanziamenti passano per le NGOs e per gli Stati. È necessario, quindi, intensificare il dialogo e i contatti con tali realtà a livello locale, al fine di non perdere occasioni di finanziamento proprio dove ce ne sarebbe più bisogno.

Questo impegno è già in atto, e lo dimostrano i dati relativi agli incontri con i "gruppi di persone" che operano localmente. Sono molto alte le percentuali dei Vescovi che dichiarano di incontrare queste realtà, non solo in Europa e in America latina, ma anche in Africa. In Asia le percentuali rimangono, anche in questo caso basse, a indicare l'influenza di altri fattori.



Ciò che dovrebbe indurre alla riflessione è che, in molte Chiese che operano in Paesi particolarmente pressati da gravi emergenze economiche, politiche e sanitarie, la questione della creazione di reti di collegamento e di sostegno non è percepita come prioritaria. Infatti, nell'ultimo quesito del questionario si è chiesto ai Vescovi di esprimersi sulle questioni ritenute più urgenti nella gestione e organizzazione delle istituzioni sanitarie cattoliche. Le risposte si sono così distribuite:

di indicare, rispetto a un certo numero di istituzioni sanitarie cattoliche tra cui ospedali, dispensari, case di cura, centri di riabilitazione, consultori, orfanotrofi, ecc., la posizione giuridica prevalentemente assunta in ciascun Paese. Naturalmente per ciascuna voce era possibile scegliere più opzioni. L'analisi delle risposte multiple ha portato al seguente esito: la posizione giuridica prevalentemente assunta dalle istituzioni sanitarie cattoliche anzidette è quella privata, seconciamente quella pubblica.

I Vescovi hanno poi risposto ad una batteria di domande relative al personale medico, ausiliario, volontario e religioso. In tutti i casi, la maggior parte dei Vescovi ha risposto che tali figure professionali sono "insufficienti" rispetto al fabbisogno con le seguenti percentuali (Tabella 6).

Nonostante le limitate risorse umane (soprattutto religiose) sono assicurati sia l'accesso all'Eucarestia, che al Sacramento dell'Unzione degli Infermi, rispettivamente per il 64,8 e il 77,8% dei Vescovi rispondenti. Le strutture sanitarie cattoliche, inoltre, circa nel 70% dei casi assicurano la disponibilità di una cappella per la celebrazione della liturgia e per consentire momenti di preghiera e raccoglimento ai pazienti.

La sostenibilità delle strutture sanitarie cattoliche appare, quindi, sia sotto l'aspetto economico che delle risorse umane, piuttosto problematica, considerato anche il raffronto con l'esito del quesito in

**Tabella 4: Problematiche più urgenti (analisi risposte multiple)**

Problematiche urgenti	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Mancanza di reti di collegamento	8,9%	26,4%
Scarsità personale sanitario cattolico	20,9%	62,3%
Insufficienza mezzi finanziari	24,7%	73,6%
Difficoltà di formulare progetti formativi	7,0%	20,8%
Impossibilità a svolgere i ruoli nella Pastorale Sanitaria	11,4%	34,0%
Emergenza sanitaria locale	13,3%	39,6%
Altre problematiche	13,9%	41,5%
Totali	100,0%	298,1%

Dall'analisi della tabella 4 si evince che ciascun rispondente ha indicato mediamente tre possibili questioni urgenti ( $298,1/100=2,98$ ), e tra queste quelle prioritarie sono "l'insufficienza dei mezzi finanziari" (il 24,7% di tutte le risposte) per il 73,6% dei rispondenti; in secondo luogo "la scarsità di personale sanitario cattolico" (il 20,9% di tutte le risposte) per il 62,3% dei Vescovi; in terzo luogo "le emergenze sanitarie locali" (il 13,3% sulle risposte) per il 39,6% dei medesimi.

Le reti di collegamento sono indicate come questione urgente solo nell'8,9% di tutte le risposte espresse da appena un quarto dei Vescovi: è chiaro come questo tema, che richiede risorse umane materiali per essere affrontato, non si configura come problema a causa di una serie di fattori contingenti, prevalentemente di ordine economico e sanitario locale.

### 3. Esplorare le condizioni più generali di sostenibilità dell'opera delle istituzioni sanitarie cattoliche rispetto a:

#### 3.1. Le risorse economiche, umane e professionali possibili

Agli intervistati è stato chiesto

**Tabella 5: Analisi risposte multiple rispetto alla posizione giuridica "privata"**

Tipologia strutture sanitarie cattoliche Posizione giuridica "privata"	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Ospedali	39,7%	61,4%
Dispensari	47,3%	66,7%
Case di cura	55,6%	76,9%
Orfanotrofi	53,5%	74,2%
Centri di riabilitazione	53,1%	74,3%
Consultori	50,0	75,9%

In circa il 40% delle risposte sugli ospedali, ben oltre il 60% dei Vescovi ha dichiarato che la posizione giuridica più diffusa è quella "privata"; il regime privatistico è indicato anche per le case di cura, gli orfanotrofi e i centri di riabilitazione con percentuali sul totale delle risposte molto alte, e rispettivamente pari al 55,6%, al 53,5% e al 53,1%, per oltre i 3/4 dei rispondenti.

Unica eccezione è costituita dai lebbrosari, per i quali è la posizione giuridica "pubblica" a prevalere: questo dato è di grande interesse se si considerano i Programmi promossi negli ultimi anni dall'OMS. Questo significa che quando si vuole, si può anche fare.

cui si chiedeva ai Vescovi di esprimere una valutazione/previsione di breve termine, a due anni, sulla effettiva sostenibilità dell'opera delle istituzioni sanitarie cattoliche: ben il 51,9% ha dichiarato che meno della metà di esse sarà in grado di continuare a operare entro i prossimi due anni.

#### 3.2 I programmi di formazione specifica nell'ambito della Pastorale Sanitaria e della Bioetica

Gli interventi formativi in Pastorale Sanitaria e in Bioetica costituiscono, senza dubbio, elementi qualificanti e irrinunciabili dell'assistenza sanitaria cattolica, il vero valore aggiunto prodotto da tali strut-

Lebbrosari cattolici "pubblici"	46,4%	56,5%
---------------------------------	-------	-------

**Tabella 6: Valutazione risorse umane disponibili**

Risorse umane	Insufficienti Val.%	Sufficienti Val.%	Più che sufficienti Val.%	Non risponde Val.%	Totale Val.%
Personale medico	53,7%	31,5%	5,6%	9,2%	100,0%
Personale ausiliario	51,9%	35,2%	3,7%	9,2%	100,0%
Religiosi/e	75,9%	14,8%	7,4%	1,9%	100,0%
Volontari	79,6%	9,3%	1,9%	9,2%	100,0%

ture. Per questo si è cercato di valutare quanto si investa in questa direzione. Anche in questo caso, si assiste a una divaricazione tra contesti economici più stabili appartenenti all'area dello sviluppo in cui è più agevole destinare risorse per tali iniziative, e contesti in cui l'emergenza del quotidiano distoglie risorse ed energie da questo impegno.

I corsi di formazione pastorale appaiono molto diffusi (68,5% delle risposte); si tengono in media da una a due volte nel corso di un anno, e per una durata che varia da tre a sette giorni al massimo. Queste caratteristiche, in realtà, inducono a pensare che si tratti più di *ritiri spirituali*, momenti di riflessione tematica su questioni di assistenza al malato, al sofferente, che non di veri e propri corsi di formazione al servizio pastorale. A gestirli sono generalmente: le Diocesi, le Commissioni diocesane, le Commissioni episcopali per la salute, i cappellani e consulenti ospedalieri.

Per quanto concerne i corsi di Bioetica non sembrano aver ancora raggiunto un'ampia diffusione, specialmente nei Paesi in via di sviluppo. È chiaro che gli interrogativi della Bioetica trovano maggior spazio e accoglienza laddove la tecnologia che avanza pone l'uomo di fronte a degli interrogativi nuovi, apprendo sentieri inesplorati. Queste questioni sono, ovviamente, più lontane in contesti in cui ancora si combatte per l'acquisizione di farmaci essenziali o per assicurare un'assistenza sanitaria di base. Tuttavia, oltre il 50% dei Vescovi ha confermato l'esistenza di programmi formativi in Bioetica, che si svolgono con una frequenza di appena una volta nel corso dell'anno, e con una durata media di tre giorni. Anche in questo caso, quindi, più che di corsi di Bioetica l'intervento formativo sembra configurarsi come un ciclo seminariale o delle giornate di approfondimento specifico.

L'organizzazione e la gestione di questi corsi si configura secondo il seguente schema:

**Tabella 7: Soggetti che organizzano e gestiscono i corsi di Bioetica**

Soggetti che organizzano e gestiscono corsi di Bioetica	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Autorità religiose	30,0%	51,7%
Proprietà istituzioni sanitarie cattoliche - Organismi religiosi	20,0%	34,5%
Direzioni Sanitarie	8,0%	13,6%
Facoltà universitarie	24,0%	41,4%
Altri soggetti	18,0%	31,0%
	100,0%	172,4%

Considerato che, in media, ogni rispondente ha espresso due opzioni ( $172,4/100 = 1,72$ ), è confortante rilevare che i corsi sono prerogativa delle autorità religiose (30% sul totale delle risposte) per il 51,7% dei casi; e delle Facoltà universitarie (24% sul totale delle risposte) per il 41,4% dei casi. Questo dato è confermato dalla tendenza attuale a costituirsì di vere e proprie Facoltà di Bioetica.

Non di minor rilievo il dato sui proprietari delle istituzioni sanitarie cattoliche, in particolare Ordini religiosi.

Tra gli altri soggetti organizzatori e gestori di tali corsi appaiono i Centri e gli Istituti di Bioetica, le commissioni arcidiocesane della Pastorale della salute, i tutor delle scuole cattoliche per infermieri.

Il target di questi corsi è costituito prevalentemente dal personale medico, dagli operatori pastorali e, in terzo luogo, da tecnici e infermieri. La tabella di riferimento è la seguente:

Considerato che, in media, ogni Vescovo ha fornito almeno tre risposte ( $333,3/100 = 3,33$ ), è evidente come il "personale medico", che rappresenta il 26,0% di tutte le risposte date, ed è indicato da ben l'86,7% dei rispondenti, costituisca il principale destinatario e fruttore di tali corsi; gli "operatori pastorali", che pesano il 24,0% sul totale delle risposte, sono stati indicati dall'80,0% dei Vescovi; e in terzo luogo gli "in-

fermieri ed i tecnici", che rappresentano il 23,0% delle risposte, sono stati indicati dal 76,7% dei casi.

I grandi assenti: gli amministrativi, la leva burocratica della macchina sanitaria.

**Tabella 8: Figure professionali cui sono rivolti i Corsi di Bioetica**

Figure professionali cui sono rivolti i corsi di Bioetica	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Dirigenti amministrativi	14,0%	46,7%
Personale medico	26,0%	86,7%
Infermieri e tecnici	23,0%	76,7%
Operatori pastorali	24,0%	80,0%
Altre figure professionali	13,0%	43,3%
	100,0%	333,3%

Ma le attività formative non si esauriscono qui: diversi altri gli ambiti in cui si impegnano risorse umane ed economiche destinate alla formazione degli operatori sanitari. I Vescovi hanno evidenziato i seguenti ulteriori ambiti formativi:

**Tabella 9: Altri ambiti in cui si esplica l'attività formativa delle istituzioni sanitarie cattoliche**

Altri ambiti dell'attività formativa	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Etica e Bioetica	19,4%	57,8%
Informatica sanitaria	17,9%	53,3%
Educazione sanitaria	14,9%	44,4%
Gestione e amministrazione	20,9%	62,2%
Aggiornamento farmacologico	17,2%	51,1%
Altri ambiti	9,7%	28,9%
	100,0%	297,8%

È interessante notare come, nell'economia delle attività formative, uno spazio privilegiato e prioritario sia destinato alla gestione e all'amministrazione (*management*) che rappresenta il 20,9% delle risposte per il 62,2% dei rispondenti. Seguono l'etica e la bioetica (di cui si è già parlato), l'informatica sanitaria che rappresenta il 17,9% delle risposte per il 53,3% dei Vescovi; e l'aggiornamento farmacologico. Questi dati forniscono un'informazione interessante sulla direzione che i sistemi sanitari stanno, generalmente, prendendo: quella di una macchina organizzativa, burocratica, da gestire e amministrare mettendo in campo le migliori tecnologie. Una macchina informatizzata, efficiente, altamente specializzata che, tuttavia, corre un grave rischio: la perdita di contatto, lo scollamento con il lato più umano della sofferenza e del dolore.

### 3.3 I Comitati di Bioetica e i loro principi inspiratori

Il perfezionarsi della macchina che organizza e gestisce le strutture sanitarie, oggi, è parallelo al progressivo sviluppo delle biotecnologie, alla complessità dei problemi posti dall'evolversi della scienza e dalle scienze sperimentali, in particolare. Questo continuo progresso pone sempre più spesso gli operatori sanitari di fronte a delle scelte di non facile soluzione, in cui entra in gioco la tutela della vita umana.

I Comitati di Bioetica costituiscono dei luoghi in cui si incontrano, in un contesto pluralistico, e con metodologia interdisciplinare, le diverse componenti dei vari settori delle attività connesse con la vita e la salute dell'uomo<sup>3</sup>. In tali spazi, i membri sono chiamati ad

uno comunque derogare, rappresenta il 37,0% delle risposte ed è stato indicato dal 55,6% dei Vescovi. Si tratta, quindi, di una realtà nascente, in progressiva espansione, molto solida nelle sue radici: una realtà su cui le istituzioni sanitarie cattoliche dovrebbero investire sempre più.

### 3.4 La gestione di Progetti di assistenza sanitaria finanziati

La sostenibilità dell'opera delle istituzioni sanitarie cattoliche passa anche per la capacità delle Chiese locali di promuovere, organizzare e gestire Progetti di assistenza sanitaria finanziati. L'indagine ha posto tale quesito ai Vescovi con riferimento all'ultimo triennio.

I dati rivelano che, negli ultimi tre anni, poco più del 50% delle Chiese locali ha promosso questo tipo di progetti, gestendoli nella maggior parte dei casi direttamente e solo qualche volta congiuntamente con altri soggetti.

La valutazione costituisce un momento essenziale e sistematico nella gestione di tali progetti. È molto importante sottolineare questo dato che dimostra tutto l'impegno che le Chiese locali pongono nella promozione e il sostegno di una sanità all'insegna dei valori della morale cattolica. Questo nonostante le difficoltà oggettive con cui ogni giorno molti Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria si trovano a dover fare i

affrontare vari problemi etici che via via si evidenziano nel corso delle attività quotidiane, e cercano di giungere a una soluzione operativa coerente con i principi di fondo che il Comitato avrà dichiarato nel proprio Statuto.

In questa indagine si è anzitutto cercato di cogliere il grado di diffusione di tali spazi di riflessione etica all'interno delle strutture ospedaliere. I dati sembrano confermare che si tratta di una realtà ancora nascente, in una fase di primo avvio. Quasi i 2/3 degli intervistati dichiarano che i Comitati di Bioetica "non ci sono mai" o "solo qualche volta". Tuttavia, laddove esistono, è interessante notare che i principi inspiratori sono:

**Tabella 10: Principi inspiratori degli Statuti dei Comitati di Bioetica**

Principi inspiratori degli Statuti dei Comitati di Bioetica	% sul totale delle risposte	% sul totale dei casi
Leggi del Paese	37,0%	55,6%
Magistero della Chiesa	53,7%	80,6%
Altri principi	9,3%	13,9%
	100,0%	150,0%

Dal momento che, in media, sono state espresse da 1 a 2 opzioni, è possibile affermare che nelle istituzioni sanitarie cattoliche il Magistero della Chiesa traccia i fondamenti di riferimento degli Statuti dei Comitati. Tale voce rappresenta il 53,7% rispetto a tutte le risposte fornite, ed è stata indicata da ben l'80,6% dei rispondenti; il rispetto delle "Leggi del Paese", cui i Comitati non posso-

conti. Basti pensare che, dei Vescovi che hanno partecipato all'indagine, solo il 51% dispone di un ufficio per svolgere il proprio lavoro, e che in questo 51% si concentrano anche la maggior parte delle risorse materiali disponibili. Basti pensare che tra coloro che dispongono di un ufficio, ciascuno ha mediamente almeno un computer, una stampante e un collegamento a Internet, mentre il rima-

nente 49% dei Vescovi lamenta la mancanza di adeguate risorse economiche e umane, oltre che di attrezzature per lo svolgimento della propria missione.

Affinché si possa parlare di sostenibilità dell'opera delle istituzioni sanitarie cattoliche nel prossimo futuro, occorre, quindi, prendere in considerazione le seguenti questioni che ci pone la realtà dei fatti:

- realizzare equità di risorse e mezzi per le Chiese sorelle d'Africa e d'Asia che si trovano a fronteggiare gravi emergenze sanitarie locali;

- investire nella formazione specifica, pastorale ed etica;

- promuovere e sostenere l'ampliamento di spazi dedicati ai Comitati di Bioetica;

- promuovere e consolidare, laddove già esistenti, la formazione di *reti di collaborazione* tra realtà operanti sul territorio intorno a obiettivi condivisi;

– sollecitare un maggior accordo tra Chiese locali, Vescovi della Pastorale Sanitaria, e NGOs e Governi locali.

Infine, una riflessione che, al termine di questo studio, mi sento di sottoporre a questa assemblea, mi è suggerita dal pensiero di un religioso, recentemente scomparso, ma che molti dei presenti hanno avuto modo di conoscere e apprezzare per la sua lungimiranza e visione profetica rispetto ai temi dell'assistenza sanitaria cattolica: Padre Pierluigi Marchesi.

La sostenibilità dell'opera degli Ospedali cattolici, che costituisce oggi una sfida importante nel futuro prossimo, passa per quella che, a suo tempo, Padre Marchesi ha definito l'*alleanza con i collaboratori laici*: un'alleanza da realizzare nella piena condivisione e realizzazione del carisma dell'ospitalità, in cui si plasma un anelito che supera tutte le necessità; in cui il bisogno di cura e di com-

prensione di ogni essere umano trova finalmente una risposta "integrale".

Dott.ssa FIORENZA DERIU  
Ricercatrice Sociale  
Roma

### Note

<sup>1</sup> Il numero dei Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria è superiore a quello dei Paesi, in quanto in alcuni di essi ci sono due Vescovi con tale incarico.

<sup>2</sup> Elenco dei Paesi i cui Vescovi incaricati della Pastorale Sanitaria hanno risposto al questionario: Ecuador, Bolivia, Argentina, Colombia, Uruguay, Venezuela, Perù, Italia, Germania, Spagna, Belgio (2), Olanda, Irlanda, Francia, Benin (2), Chad, Tanzania, Mozambico, Guinea Equatoriale, Zambia (2), Sierra Leone, Sudan, Togo, Madagascar, Nigeria, Uganda, Rep.Centrafricana, Guinea, Sud Africa, Ghana, Lesotho, Georgia, Slovacchia, Romania, Polonia, Slovenia, Albania, Rep. Ceca, India, Cina, Thailandia/Singapore, Korea, Indonesia, Libano, Haiti, Honduras, Guatemala, Cuba, Canada, Papua Nuova Guinea, Australia.

<sup>3</sup> M.L. DI PIETRO, A. SPAGNUOLO, in: Compendio di Semantica del Dolore – *Dizionario algologico per materia* – Bioetica, Istituto per lo Studio e la Terapia del dolore, n.2, Firenze, 1992.



## II. Riflessione di esperti sulle sfide economiche, politiche, sociali e religiose per il sostegno dell'identità cattolica delle Istituzioni Sanitarie

*DIARMUID MARTIN*

### 1. In politica

Politica e identità cattolica delle istituzioni sanitarie! Non si tratta di un argomento facile da trattare, in quanto può essere affrontato da diverse angolazioni. La situazione politica ed economica cambia a seconda dei Paesi. La presenza delle istituzioni cattoliche va dall'essere minima e simbolica a quella in cui la Chiesa cattolica è la principale dispensatrice di cure sanitarie. In alcuni casi, la forte presenza delle istituzioni cattoliche è dovuta alla mancanza di un qualsiasi altro sistema alternativo. In altri, invece, è dovuta alla storia. In altri ancora all'applicazione dei principi di sussidiarietà e di pluralità dei dispensatori. Il ruolo della sanità pubblica e privata varia tanto al livello teorico quanto a quello della prassi giornaliera. In alcuni casi esiste un sistema filantropico altamente sviluppato, in altri la raccolta fondi privata è trascurata.

Anche le azioni politiche che le istituzioni sanitarie cattoliche possono dover intraprendere in questo campo sono molto diverse. Esse possono andare da attività a favore della vita, a campagne a favore di servizi sanitari più giusti per tutti, o di più limitati – se non trascurabili – interessi specifici delle nostre strutture cattoliche. Oggi, in molte parti del mondo, dovrà essere rivolta un'attenzione sempre maggiore alla politica intesa ad assicurare che le istituzioni sanitarie cattoliche possano svolgere le loro

attività in conformità alla loro missione, al loro specifico carisma e all'insegnamento morale della Chiesa. A ciò si aggiunge la questione di un accesso equo delle istituzioni cattoliche ai fondi pubblici, per il servizio che esse rendono alla società.

Ciò che bisogna dire, sin dall'inizio, è che la politica delle istituzioni sanitarie cattoliche deve riguardare sempre la *vera missione di tali istituzioni*. Le istituzioni sanitarie cattoliche esistono a motivo di una specifica missione, radicata nella missione dello stesso Gesù. In tutto il suo ministero, Gesù rivolse un'attenzione privilegiata ai malati e ai bisognosi. Vari testi del Vangelo riferiscono che la gente, dopo aver udito della sua presenza, conduceva al suo cospetto ogni tipo di ammalati, che egli curava. Gesù ingiunse ai suoi discepoli la stessa attenzione per i malati. Quando li inviò per la prima volta in missione, li istruì in maniera specifica a guarire i malati nei luoghi che avrebbero visitato (*Mt 10, 8; cfr. Mc 6, 13; Lc 10, 9*). La fedeltà degli apostoli a questa injunzione, anche dopo il ritorno di Gesù al Padre, è attestata dalle guarigioni loro attribuite, specialmente negli *Atti degli Apostoli*.

La missione delle istituzioni sanitarie cattoliche è legata anche al mistero della malattia, della sofferenza e del dolore, e al messaggio di misericordia della Chiesa, di cu-

ra speciale per i poveri e di servizio gratuito, come è stato illustrato in molti interventi che abbiamo ascoltato oggi. La fedeltà a questa missione totale deve essere sempre il principale fattore determinante di ogni azione politica.

Ogni altro fattore politico è contingente all'abilità di realizzare il più pienamente possibile la missione specifica e originale delle istituzioni sanitarie cattoliche. Ogni altra cosa è subordinata a questo. Là dove i fattori politici o finanziari minacciano di impedire a un sistema sanitario cattolico di realizzare la propria missione, allora le decisioni devono essere sempre prese a favore della missione. Possono esserci occasioni in cui è meglio rinunciare all'assistenza finanziaria pubblica o privata e continuare a lavorare in maniera limitata ma indipendente.

Ciò nondimeno, il compito del coinvolgimento politico delle istituzioni sanitarie cattoliche deve essere svolto nella politica del mondo reale. Scegliere può avere l'effetto di lasciare il campo completamente libero a coloro che hanno una filosofia molto diversa della salute. Si tratta di aree complesse ove occorre decidere con cautela. Ciò, tuttavia, non significa essere ingenui.

Le decisioni, quindi, devono essere prese in un mondo in cui le cure sanitarie diventano sempre più competitive e, allo stesso tem-

po, più tecniche e complesse, e quindi sempre più costose. La modernizzazione è molto lontana dai giorni in cui riguardava semplicemente il restauro degli edifici. Oggi essa richiede un investimento considerevole nella tecnologia e nella capacità di un suo efficiente utilizzo. Le strutture sanitarie private sopravviveranno soltanto se ci sarà maggiore cooperazione tra di loro di modo che, insieme, esse possano pervenire a livello di "scala" necessario perché questa modernizzazione sia finanziariamente sostenibile.

Le istituzioni sanitarie cattoliche devono essere sempre pionieristiche, non nel senso di essere il più all'avanguardia possibile dal punto di vista tecnologico. Se possiamo esserlo, tanto meglio. Ma ciò a cui mi riferisco deve riguardare anzitutto l'apertura a nuovi campi, o a quelli non ancora raggiunti da altri servizi. Oggi ciò vuol dire, in particolare, dedicarsi alla cura dell'HIV/AIDS e di altre malattie infettive, ma può riguardare anche le cure palliative, o l'assistenza agli anziani, specialmente in quei Paesi in cui la popolazione invecchia sempre di più. Essere pionieri potrebbe anche, ad esempio, coinvolgere una dimostrazione più effettiva dell'efficacia della prevenzione, specialmente attraverso programmi educativi.

Essere pionieri può anche voler dire uscire dalle nostre istituzioni e portare i nostri servizi là dove ci sono persone nel bisogno. Intravedendo necessità crescenti nell'ambito della salute mentale, in cui questi malati devono affrontare molto spesso incomprendizione e mancanza di sostegno da parte della comunità.

La concreta testimonianza pionieristica dei servizi sanitari cattolici deve guidare anche l'attività politica, per assicurare non semplicemente il finanziamento, ma che l'intero network sanitario si dedichi ai bisogni che sono stati individuati o alla qualità specifica delle cure che si ritengono necessarie.

Tale spirito pionieristico deve essere applicato anche alla politica sanitaria internazionale. Il principio di solidarietà deve ispirare forme innovative di partnership tra centri sanitari del Nord e del Sud del mondo, in special modo usan-

do la moderna tecnologia informatica. Nel passato, problemi di distanza e di capacità hanno reso tale cooperazione difficile e costosa, facendo sprecare del tempo. Oggi la tecnologia informatica la rende un processo relativamente semplice che avrebbe enormi vantaggi nel campo della sanità. Le istituzioni sanitarie cattoliche dovrebbero essere in prima linea nello sviluppo di modelli di trasferimento della conoscenza e della tecnologia nelle regioni più povere del mondo.

Attualmente, la politica sanitaria internazionale è estremamente complessa, specialmente quando esaminiamo la natura della scien-



za che l'ispira. È possibile anche che si nutrano ideologie in nome della scienza. Il lavoro scientifico nel campo sanitario non è sempre indipendente come pretende di essere. Troppo spesso la scienza è dominata non da scienziati indipendenti e creativi, ma da potenti lobby finanziarie, abilmente manipolate da settori dei mass media. Quando la ricerca è dominata da interessi privati, lo scambio e il dialogo normale tra gli scienziati diventano limitati, se non impossibili, e la scienza è esclusivamente al servizio di progetti vantaggiosi. Una situazione del genere non è di buon auspicio per "le malattie dei poveri".

Nella politica sanitaria internazionale, le istituzioni sanitarie cattoliche dovrebbero sostenere attivamente il principio fondamentale

dell'insegnamento sociale della Chiesa della "destinazione universale dei beni". Questa formulazione piuttosto scomoda nasconde un principio molto semplice ma importante, quello cioè secondo cui Dio ha creato i beni di questo mondo perché fossero per tutti. Tale principio deve essere applicato oggi a certi beni comuni globali, come la stessa salute.

L'insegnamento sociale della Chiesa ha sempre messo in risalto il diritto alla proprietà privata, ma ha sottolineato anche l'esistenza di una "ipoteca sociale" su di essa. Tale ipoteca sociale si applica al progresso scientifico nel campo della salute. È inaccettabile che le medicine o i trattamenti che potrebbero soddisfare taluni bisogni sanitari fondamentali vengano oggi accantonati in vista di un maggiore guadagno domani.

Ci sono dei modi in cui l'incenitivo per la ricerca che il sistema dei diritti di proprietà intellettuale offre può essere combinato con misure urgenti per assicurare che i frutti di tale ricerca arrivino là dove sono necessari. Attualmente, ad esempio, nell'Organizzazione Mondiale per il Commercio è in corso un'indagine su come la flessibilità offerta all'interno dell'accordo "TRIPS" possa essere usata per assicurare che i diritti di proprietà intellettuale non siano un ostacolo alla salute pubblica. Ma non c'è ancora il coraggio politico di andare avanti in maniera decisa, a rischio di offendere certi potenti interessi.

Un'altra area di preoccupazione internazionale riguarda le cure sanitarie alla madre e al bambino. La mortalità materna è un settore in cui esistono drammatiche diseguaglianze tra Paesi ricchi e Paesi poveri. Oggi essa è considerata un problema quasi esclusivamente nei Paesi in via di sviluppo. L'insegnamento esigente della Chiesa sulla moralità all'interno del matrimonio ci esorta a essere in prima linea nel fornire i servizi migliori possibile alle madri, come una testimonianza chiara del fatto che la Chiesa è da questa parte della vita. Le congregazioni religiose femminili possono portare un contributo del tutto speciale in questo campo.

Emerge, in effetti, una situazione in cui talune organizzazioni in-

ternazionali esitano a creare una partnership con le istituzioni sanitarie cattoliche perché, a detta loro, esse non offrono una "completa varietà di servizi sanitari nel campo della salute riproduttiva". La credibilità dei nostri servizi sanitari in questo importante settore dipenderà, pertanto, dalla qualità dei servizi sanitari che offriamo alle donne. Si tratta di un'area in cui il ruolo di educazione e protezione della Chiesa ha una lunga tradizione e in cui dobbiamo intensificare i nostri sforzi.

Così come ci saranno battaglie politiche che riguarderanno le cure sanitarie e l'inizio della vita, lo

obblighi finanziari, è importante che le istituzioni sanitarie cattoliche mettano in rilievo due fattori.

Il primo è la *qualità*. Le istituzioni sanitarie prive di mezzi non sono necessariamente condannate a offrire servizi di scarsa qualità. Anche qui, deve essere sempre offerta la più alta qualità possibile.

Il secondo è quello di mostrare una *speciale preoccupazione per i poveri*. Come è possibile farlo di fronte alla crisi delle risorse finanziarie? Non esiste una risposta magica. I fondi pubblici possono avere un prezzo molto pesante. Decidere di non partecipare dei fondi pubblici può ridurre la pos-

condizione di illegali. Anche là dove, per ragioni storiche o finanziarie, la Chiesa offre strutture sanitarie per i settori più ricchi della società, tali istituzioni non possono mai assumere la stessa logica del profitto di un qualsiasi altro dispensatore privato.

Il diciannovesimo secolo fu un periodo di considerevole espansione delle istituzioni sanitarie cattoliche. Furono fondate molti ordini religiosi, in particolare in Europa, e il loro spirito più tardi si diffuse nel nuovo mondo dando vita ad un notevole rinnovamento negli standard sanitari, specialmente per i più poveri. I fondatori e, in particolare, le fondatrici di queste congregazioni furono dinamici e lungimiranti. Ciò che colpisce maggiormente leggendo le loro vite è come il loro dinamismo e il loro spirito pratico fossero accompagnati da una profonda spiritualità, spesso da misticismo. Furono le loro semplici intuizioni su cosa significhi seguire il messaggio di Gesù Cristo a dare loro coraggio e determinazione per andare avanti. Fu la loro comprensione delle cure amorevoli di Gesù a far sì che le loro istituzioni fossero differenti le une dalle altre, anche se nate allo stesso momento.

L'influenza politica delle istituzioni sanitarie cattoliche non dipenderà soltanto dalla professionalità e dal raffronto con le loro istituzioni sorelle, spesso meglio finanziate. Dipenderà, piuttosto, dall'originalità dell'ispirazione delle nostre istituzioni, specialmente nel fornire la qualità nelle cure. La politica sanitaria della Chiesa non riguarda le istituzioni, in termini di edifici o di tecnologie, ma riguarda le persone e la capacità dei nostri servizi di accettarle come fratelli e sorelle.



stesso avverrà per le questioni relative al termine della vita. Viviamo in un mondo strano in cui viene effettuato un enorme investimento nella tecnologia per prolungare la vita e, allo stesso tempo, ci sono sempre più tentativi per giustificare il porre termine alla vita. All'interno della stessa istituzione, i pazienti possono essere tenuti in vita artificialmente con interventi altamente costosi, mentre ad altri non verrà fornita nemmeno l'acqua, al fine di portare termine alla loro vita il più rapidamente possibile. Alla nostra società occorre una catechesi della vita e della morte, che può venire, in parte, dalla prassi illuminante delle nostre istituzioni sanitarie.

Nella tensione tra l'offrire i servizi e avere l'abilità di coprire gli

sibilità di avere un'effettiva presenza nel mondo sanitario e nelle decisioni prese in materia di politica sanitaria pubblica. Le vittime di finanziamenti limitati sono troppo spesso quei poveri per i quali le nostre istituzioni sono state originariamente fondate. È importante ricordare che Gesù non allontanò mai i malati con la loro malattia (*Mt* 4, 24; 8, 16; 14, 14-35; cfr. *Mc* 1, 32-34; 6, 55-56; *Lc* 4, 40). Anche quando, nella sua città natale di Nazareth, egli non realizzò altri miracoli, a causa della mancanza di fede della gente, non di meno "impose le mani a pochi ammalati e li guarì" (*Mc* 6, 5). Le istituzioni sanitarie cattoliche devono aprire sempre la porta a coloro che non possono pagare, o che non hanno diritti per la loro

S.E.Mons. DIARMUID MARTIN  
Osservatore Permanente della Santa Sede  
presso l'ufficio delle Nazioni Unite  
e agenzie specializzate  
a Ginevra e l'Organizzazione Mondiale  
del Commercio

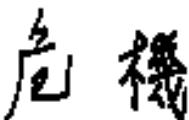
*UWE E. REINHARDT, MAY T.M. CHENG*

## 2. In economia

### 1. Introduzione

Il compito che ci siamo prefissato con questa relazione è di esplorare le sfide che le forze economiche prospettano alla sanità cattolica nel mondo. A tale scopo, nella Sezione II abbiamo preso in esame il problema della distribuzione delle risorse a livello macro-economico, vale a dire la distribuzione di limitate risorse alla sanità e agli obiettivi concorrenti. Successivamente, nella Sezione III, abbiamo posto il caso che l'efficienza economica nell'uso di qualsiasi risorsa destinata alle cure sanitarie non sia soltanto un imperativo economico, ma morale. Per finire, nella Sezione IV, abbiamo esplorato le conseguenze per la struttura del sistema sanitario che segue l'etica distributiva sociale per la sanità, senza tuttavia suggerire cosa l'etica sociale debba essere.

Nell'affrontare il nostro compito, ci faremo guidare dall'atteggiamento cinese nei confronti delle "sfide", come indica la parola cinese per "crisi":



In questa parola (che talvolta viene pronunciata *wei djee*), il segno a sinistra significa "pericolo" e quello a destra "opportunità". È un motto adatto a una conferenza di questo tipo, perché nelle sfide poste dalle forze economiche si trovano molte opportunità per la sanità cattolica ad agire bene, laddove altri segmenti della società falliscono.

Per sua natura, l'analisi economica può essere irritante, il che può accadere perché gli economisti sono tanto spesso condannati come praticanti della "triste scien-

za". Può darsi, poi, che questo saggio comprenda proposizioni indelicate che possono irritare il lettore. A titolo di scuse, vi mostro ciò che noi facciamo confluire nel saggio all'antico detto cinese:



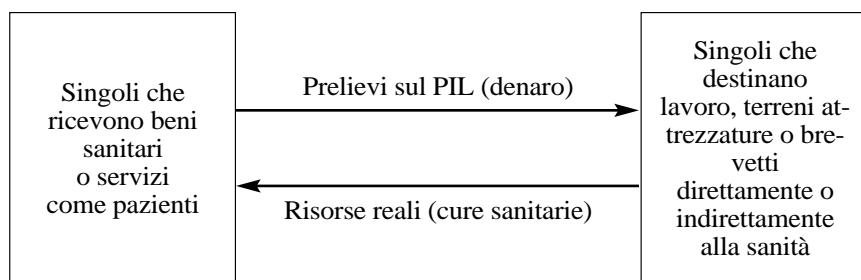
*Le parole oneste all'orecchio recano giovamento al comportamento che portano consigli*

È in questo spirito costruttivo che presentiamo i nostri commenti.

### 2. La distribuzione di risorse insufficienti alla sanità

Prima di esplorare quali "risorse" le diverse nazioni sono in grado e vogliono destinare ai loro sistemi sanitari, vale la pena fare una chiara distinzione tra 1) la percentuale di un prodotto lordo nazionale (PIL) che dev'essere "destinato alla sanità" e 2) le risorse reali (lavoro umano, attrezzature, strutture, terreni, ecc.) che una determinata nazione destina all'intero processo delle cure per i pazienti. La distinzione sembra scarsamente implicita nel dibattito sulla politica sanitaria, laddove il "denaro" tende a essere visto come forma di medicina che può guarire le persone. La figura 1 illustra questa distinzione.

**FIGURA 1 - Il sistema sanitario è uno scambio di favori tra i membri della società**



### *La spesa sanitaria contro una distribuzione delle risorse reali*

Come ogni altro settore economico, quello della sanità può essere visto come un insieme di transazioni in cui gli esseri umani si scambiano reciprocamente dei favori. Gli esseri umani che possiedono le risorse reali (lavoro umano, attrezzature, strutture, terreni) le concedono, direttamente o indirettamente, al processo delle cure per i pazienti<sup>1</sup>. Se non lo fanno su base non corrisposta – come nel caso dei religiosi e delle suore – questi fornitori di risorse reali ricevono in ritorno del denaro (per una maggiore utilità nell'esposizione, chiameremo in seguito i "fornitori di risorse reali alla sanità" semplicemente come "fornitori", scusandoci con chiunque possa fare eccezione). Certamente, il "denaro" funziona come una rivendicazione generalizzata sul PIL, che è la somma di tutti i beni e servizi prodotti entro i confini di una nazione e commercializzati sul mercato<sup>2</sup>.

Ne consegue che la percentuale del PIL di una nazione che dev'essere "destinata alla sanità", non rappresenta una risorsa che proviene direttamente dai pazienti, ma deriva esclusivamente dai fornitori diretti e indiretti della sanità. Indubbiamente, è possibile che la nazione A devolga una gran parte del proprio PIL alla sanità rispetto a

quanto non faccia la nazione B, ma all'atto pratico dà ai pazienti meno risorse reali della nazione B. In questo caso, i fornitori nella nazione A possono scaricare più tasse per i loro servizi, il che è un altro modo per dire che possono trarre dalla società maggiori prelievi monetari sul PIL per ogni unità di risorsa reale che essi cedono rispetto a quanto non facciano i loro pari della nazione B<sup>3</sup>.

Nella sua ricerca a questo riguardo, l'economista americano Mark Pauly<sup>4</sup> ha segnalato che i sistemi sanitari europei regolati dai governi di solito concedono ai pazienti *più* risorse umane pro capite (medici ed infermieri) di quanto non faccia il sistema americano che guarda al mercato, sebbene gli Stati Uniti destinino una percentuale ben maggiore del loro PIL alla sanità rispetto ad ogni altra nazione. Come viene mostrato più avanti nella Tabella 1, nel 1997 gli USA hanno destinato il 13,5% del loro PIL alla sanità, mentre i sistemi europei soltanto il 10% circa. Questo paradosso apparente è spiegato dal fatto che gli americani pagano ai loro fornitori di sanità dei prezzi ben più alti di quanto non facciano le nazioni europee. Per spiegare, nel 1997 le entrate nette (dopo le spese effettive) guadagnate dai medici americani sono in media circa 5,5 volte la compensazione media di tutte le persone impiegate negli Stati Uniti. Il numero paragonabile per la Germania è stato 3,4; per il Canada 3,2; per la Francia 1,2 e per il Regno Unito 1,4<sup>5</sup>.

Perché questo argomento dovrebbe interessare i leader della sanità cattolica? Potrebbe essere pertinente, perché si regge sulla struttura economica e amministrativa privilegiata di un sistema sanitario. Se prendiamo come linea di base per un confronto la distribuzione del privilegio economico tra i fornitori di sanità e il resto della società che lo otterebbe in un sistema sanitario volto al mercato – com'è quello americano – vedremmo che i sistemi essenzialmente guidati dai governi, come quelli di Canada, Europa e Asia, tendono a ridistribuire i benefici non ai fornitori di sanità ma al resto della società che paga le tasse o le polizze assicurative. In questo caso, sarebbe così perché i sistemi sanitari controllati

dai governi distribuiscono relativamente più potere di mercato alla parte pagante – o richiedente – del sistema sanitario di quanto non facciano i sistemi guidati dal mercato. I sistemi sanitari controllati dai governi perciò sono in grado di procurare per i loro pazienti più *risorse reali* per una certa *percentuale di PIL concesso ai fornitori di risorse reali di sanità* di quanto non sia possibile in un sistema guidato dal mercato, fermi restando gli altri elementi.

Gli economisti non possono offrire giudizi normativi sulla distribuzione del privilegio economico coinvolto in questo argomento; è un appello politico che, a sua volta, deriva da predilezioni etiche. Dovremmo pensare, però, che i leader della sanità cattolica desiderino articolare una prospettiva etica su questo argomento. In parole povere, la questione è chi devono favorire nella distribuzione del potere di mercato e del privilegio economico: coloro che fanno derivare il proprio stile di vita dalla sanità o coloro che direttamente o indirettamente pagano per la sanità, cioè cedono i prelievi fiscali al PIL per questo scopo? La questione è particolarmente rilevante negli Stati Uniti e in altri Paesi in cui le spese per la sanità che derivano dalle tasche dei pazienti possono essere molto elevate.

Gli oppositori ai sistemi sanitari controllati dai governi giustamente puntualizzano, però, che c'è sempre la possibilità che, ossessionati da crisi di bilancio a breve termine, i politici in questi sistemi acquisiscano meno risorse reali per le cure sanitarie di quanto la popolazione possa desiderare. A complicare ulteriormente le cose, bisogna considerare che, a lungo termine, il passo dell'innovazione tecnica nella sanità possa essere più lento sotto una stabile coercizione nei sistemi sanitari controllati dai governi rispetto a quelli guidati dal mercato, che concedono generose ricompense finanziarie agli innovatori imprenditoriali. La circostanza induce a pensare a uno scambio tra le generazioni attuali e quelle future di pazienti.

In breve, c'è un aspetto della sanità sul quale l'economia e l'etica fungono da interfaccia in modi molto complessi.

### *La distribuzione delle risorse e la valutazione della vita umana*

Una massima molto citata nei dibattiti sulla politica sanitaria è che “la vita umana non ha prezzo”; pertanto nessuna risorsa dovrebbe essere risparmiata per proteggere e prolungare la vita umana. Gli economisti guardano con sospetto a questa massima e alla sua implicazione politica a *non sequitur* comunemente citata. Primo, la parola “vita” è troppo ambigua per un pensiero persuasivo in questo contesto. Sarebbe più appropriato parlare di “anni di vita” o, come fanno alcuni analisti politici, di *Quality Adjusted Life Years*. Secondo, dal tragico *peccato originale*, gli esseri umani sono stati costretti a dare un prezzo alla vita umana, lo desiderino o meno. Lo fecero implicitamente, attraverso le loro decisioni economiche di tutti i giorni.

La caratteristica peculiare della vita nel Paradiso biblico, prima del *peccato originale*, era l'assenza di costrizioni sulle risorse, ad eccezione del frutto proibito. In quel mondo, sarebbe stato possibile destinare all'infinito grandi quantità di risorse reali alla sanità. Non sarebbe stato necessario sopportare alcun sacrificio, in termini di precedente opportunità in qualche altro posto, se fosse stato possibile aggiungere anni alla vita umana attraverso un maggiore esborso di risorse. In questo senso, si sarebbe potuto dire che la vita sarebbe stata “senza prezzo”.

Il problema terreno della scarsità generalizzata emerse appena gli esseri umani mangiarono il frutto proibito e furono scacciati dal Paradiso<sup>6</sup>. Sin dal *peccato originale*, la comunità globale, e nel suo ambito nazioni, comunità, istituzioni religiose, famiglie e individui, si è trovata di fronte al compito di destinare risorse limitate a obiettivi concorrenti, la cui richiesta di fondi invariabilmente eccedeva quelli a disposizione. Occasionalmente, gli scambi fatti in questo processo distributivo danno un prezzo implicito alla vita umana, in modi che possono non essere chiari a chi prende le decisioni, ma che consentono agli economisti di valutare statisticamente quali sono questi valori impliciti<sup>7</sup>.

Potremmo determinare questi valori dal fatto che le automobili, gli aeroplani, le strade e i ponti non sono così sicuri come potrebbero essere con un maggiore esborso di mezzi. Potremmo individuare il valore che la gente dà ai propri anni di vita dai maggiori salari che i lavoratori chiedono per fare i lavori rischiosi, o dal risparmio sui costi che gli individui ottengono optando per automobili più piccole, più economiche ma meno sicure, rispetto ad altre più sicure ma anche più care. Per finire, nel contesto della sanità americana, si possono stimare le valutazioni che i politici implicitamente danno agli anni di vita umana grazie alla loro decisione di lasciare circa 40 milioni di americani (due terzi di essi appartengono a famiglie a basso reddito) senza assicurazione sanitaria e, perciò, lasciandole senza accesso alle cure sanitarie di cui invece possono godere le persone che hanno un'assicurazione.

Sebbene possa essere indelicato per gli economisti presentare questo aspetto dell'esistenza umana ai leader della sanità cattolica, il fatto è che persino la Chiesa cattolica, vincolata com'è dalle limitazioni delle risorse che sono presenti ovunque, può fare queste valutazioni implicite. Una sincera osservazione su ciò che rappresentano queste valutazioni nell'ambito della Chiesa, e nelle nazioni in cui la Chiesa è parte, ci costringe a un utile esercizio. Se troviamo che i leader della Chiesa, ad esempio, con particolari decisioni sulla distribuzione delle risorse nell'ambito della Chiesa o della società hanno dato un valore troppo basso agli anni di vita umani, l'occasione che ne scaturisce è quella di chiedere una più generosa distribuzione delle risorse per l'attività in questione o per indirizzare più risorse della Chiesa in quell'ambito. Potrebbe accadere persino in sistemi sanitari ben sovvenzionati, come quello statunitense, che ci siano sacche di popolazione visibilmente non servite.

Dall'altra parte, potremmo anche scoprire che le valutazioni implicite date agli anni di vita umana dalle distribuzioni di risorse per la sanità siano molto lontane dalle valutazioni implicite nella distribuzione di risorse in altri settori

dell'attività umana. Ciò significherebbe che troppe risorse sono state destinate alla sanità.

#### *“Cure sanitarie” o “Status di salute”?*

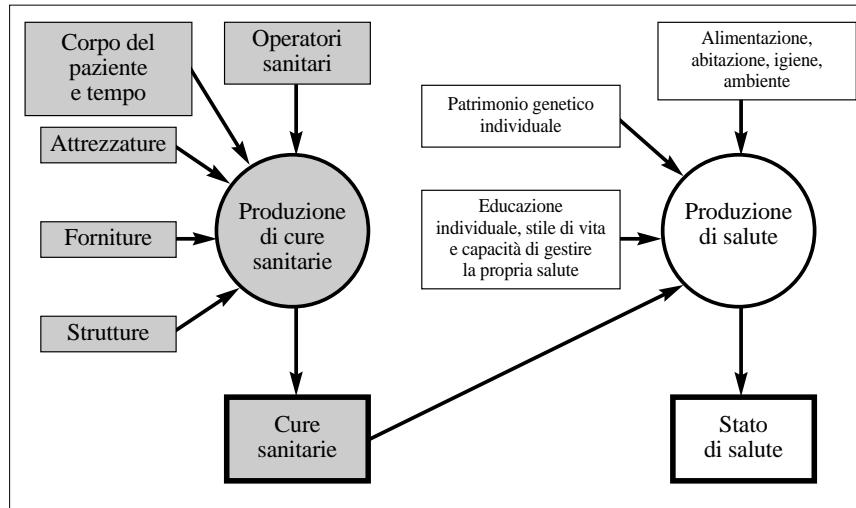
La possibilità che, in alcuni Paesi, siano destinate alle cure sanitarie troppe risorse, ci ricorda che la sanità è solamente uno degli “input” alla produzione di “salute”, perfino non il più importante (vedi Figura 2). Per essere sicuri, quando un individuo si ammala gravemente, la possibilità di accedere per tempo a delle cure adatte potrebbe essere una questione di vita o di morte per quella persona. Dire a qualcuno, in quel momento, che la sanità non è l'input più importante per la produzione di una salute migliore sarebbe insensato. Dall'altra parte, le variazioni nell'uso delle cure sanitarie da parte di individui in ampi gruppi sarebbero soltanto il 10% delle variazioni nello status di salute osservabile nei tempi e negli individui<sup>8</sup>. La ricerca empirica ha mostrato che i fattori determinanti più importanti dello status di salute sembrerebbero essere (1) l'eredità genetica dell'individuo, (2) la sua condizione socio-economica, (3) l'ambiente fisico in cui vive, e (4) l'abilità individuale e la volontà di gestire bene la propria salute che, a sua volta, è ampliata dalla formazione della persona. Questi fattori assieme influenzano fermamente la possibilità che un particolare individuo possa ammalarsi gravemente a un certo punto della sua vita.

Queste circostanze fanno emergere la questione di quale dovrebbe essere il giusto obiettivo di un sistema sanitario, compreso quello cattolico. È una naturale tendenza umana quella di difendere la sopravvivenza delle istituzioni dalle quali deriva il sostentamento, come i dirigenti sanitari, i medici e i leader delle unioni dei lavoratori della sanità. Tale pretesto ha un'alta risonanza tra i politici e nei confronti del pubblico in generale. Gli economisti, tuttavia, affermano che la distribuzione delle risorse inadeguate di una società dovrebbe essere giustificata solo facendo appello al valore che l'erogazione di queste risorse producono. Nel tempo, una società che razionalizza la distribuzione delle risorse soltanto per sfruttare gli input, condividerà il destino economico degli ex-stati socialisti: la loro crescita economica stagna e il benessere economico delle persone sarà proporzionalmente più basso.

I leader della sanità cattolica devono riflettere a fondo su questo argomento. Primo, essi devono chiarire quali sono i loro obiettivi sociali. Si tratta principalmente della sopravvivenza o della posizione competitiva della sanità cattolica nell'ambito dei più ampi sistemi nazionali sanitari? O è principalmente una “salute migliore” per gli esseri umani? Forse, realisticamente, sarà sempre una combinazione di entrambi. In questo caso, qual è la giusta mescolanza?

Per illustrarlo, considerate un'area geografica che è già ben fornita di risorse per la sanità o, in breve,

**FIGURA 2 - La produzione delle “cure sanitarie” e della “salute”.**





che potrebbe facilmente attirare maggiore capitale da fonti diverse dalla Chiesa cattolica, perfino dai mercati di capitale privato. Avrebbe senso, allora, usare le insufficienti risorse della Chiesa per costruire un nuovo ospedale cattolico in quest'area? Avrebbe senso, se fosse valutabile unicamente per le cure sanitarie fornite in un ospedale cattolico, qualcosa che non c'è nelle cure fornite dagli ospedali civili, e concorrenti. Perciò, quel "qualcosa" sarebbe la base per ulteriori ed impetuose risorse in questa regione già ben sovvenzionata. Negli Stati Uniti, ad esempio, quel "qualcosa" in più potrebbe essere la volontà dell'ospedale di fornire maggiori cure caritatevoli a persone che non hanno assicurazione sanitaria rispetto a quanto viene fatto negli ospedali civili concorrenti<sup>9</sup>. Potrebbe essere la volontà di far pagare ai pazienti delle tariffe inferiori rispetto a quelle praticate dai concorrenti civili. Potrebbe essere perfino una cultura generale delle "cure" per i pazienti che non si trovano nelle istituzioni civili; potrebbe essere anche la volontà dell'ospedale di adoperare il lavoro non solo come un ulteriore input che può essere assunto e licenziato per proteggere il margine di profitto dell'ospedale su base annuale, ma una volontà per superare periodi con perdite finanziarie per non devastare le vite private degli impiegati locali attraverso licenziamenti improvvisi.

In opposizione al fondamento fornito da queste caratteristiche po-

tenzialmente uniche della sanità cattolica dev'essere messo il desiderio di usare le insufficienti risorse della Chiesa nella produzione di una "salute migliore" tra gli esseri umani. Come suggerito con la figura 2, riversare ulteriori insufficienti risorse in attrezzature sanitarie aggiuntive potrebbe non essere il mezzo migliore per perseguire questo obiettivo. Certamente, nell'obiettivo di una "salute migliore" potrebbe essere difesa, su un piano morale, la decisione dei leader della Chiesa di *vendere* un ospedale cattolico esistente in un'area con posti letto in eccedenza ad un ospedale civile con scopi di lucro, come è successo negli Stati Uniti, se il ricavato di questa vendita venisse reimpiegato in attività più produttive. Queste attività, ad esempio, potrebbero comprendere una migliore educazione per i poveri, specialmente nello sviluppo di una migliore "istruzione sanitaria"<sup>10</sup> tra gli indigenti, attraverso scuole o cliniche per cure primarie nei Paesi a basso reddito.

Le limitazioni di spazio non ci permettono qui di andare oltre questo argomento molto delicato, ma soltanto di enunciare i due punti

principali. Primo, la giusta distribuzione, eticamente difendibile delle giuste risorse alla sanità, piuttosto che ad altre attività economiche, è un impegno veramente complesso al quale la sanità cattolica presumibilmente può contribuire in modo positivo. Secondo, si possono facilmente destinare troppe risorse alla sanità in modo da far emergere non solo argomenti di inefficienza economica, ma anche di etica.

#### *L'impari distribuzione globale della spesa sanitaria*

La tabella 1 ci presenta dei dati sulla percentuale del PIL che le varie nazioni citate hanno destinato alla sanità nel 1997. Dato che il PIL pro capite varia di molto tra le nazioni, la percentuale di PIL destinato alla sanità può essere ingannevole (se paragoniamo, ad esempio, il Sudafrica al Regno Unito). Per questa ragione, la tabella 1 mostra anche la spesa sanitaria pro capite in dollari internazionali. Queste cifre assolute in dollari internazionali sono basate non su cambi ufficiali, ma su una parità di potere d'acquisto tra le valute nazionali.

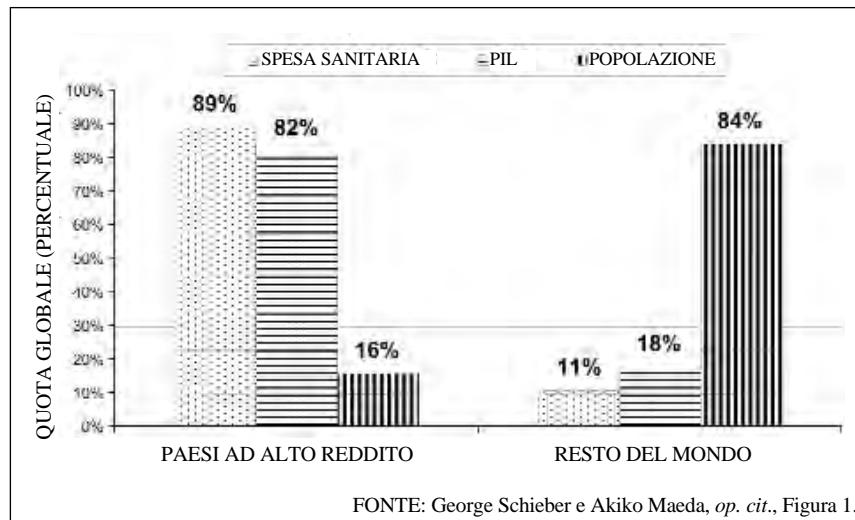
**Tabella 1 - Spesa sanitaria in alcuni paesi, 1997**

	SPESA SANITARIA NAZIONALE, 1997 Percentuale del PIL	In dollari internazionali
Eritrea	3,4%	\$24
Yemen	3,4%	\$33
Uganda	4,15	\$44
Kenya	4,6%	\$58
Bangladesh	4,9%	\$70
Cambogia	7,2%	\$73
India	5,2%	\$84
Egitto	3,7%	\$118
Sudafrica	7,1%	\$396
Brasile	6,5%	\$428
Regno Unito	6,7%	\$1.193
Italia	7,6%	\$1.589
Australia	8,4%	\$1.805
Francia	9,6%	\$2.051
Canada	9,0%	\$2.095
Germania	10,4%	\$2.339
Svizzera	10,1%	\$2.547
Stati Uniti	13,5%	\$3.925

**FONTE:** Organizzazione Mondiale della Sanità, *The World Health Report 2000*, Tab. 8. Dati sulla spesa sanitaria come percentuale del PIL per i Paesi in via di sviluppo da: Gerard F. Anderson e Jean-Pierre Poullier, "Health Spending, Access, and Outcomes: Trends in Industrialised countries", *Health Affairs*, 18 (3), May-June, 1999; Exhibit 1.

Sebbene, come abbiamo notato prima, i dati sulla spesa sanitaria ci dicano solo quali rivendicazioni sul PIL queste nazioni hanno accordato ai loro fornitori di cure sanitarie, e non quali risorse reali sono state trasferite ai pazienti, è prudente ritenere che assai meno risorse reali sono state trasferite ai pazienti nei Paesi in via di sviluppo rispetto a quanto non si faccia nei Paesi ad alto reddito. La figura 3, presa da uno studio della Banca Mondiale, ci illustra proprio come la spesa sanitaria (e, presumibilmente, le cure sanitarie) sia distribuita irregolarmente nel mondo. Con solo il 16% della popolazione mondiale nel 1994, i Paesi con più alto reddito hanno determinato l'89% della spesa sanitaria mondiale (ma anche, ovviamente l'82% del PIL mondiale). Con l'84% della popolazione, il resto del mondo ha determinato solo l'11% della spesa sanitaria totale e solo il 18% del PIL mondiale. È indubbio che questa impari distribuzione delle cure sanitarie faccia emergere questioni morali fondamentali per i leader delle nazioni industrializzate, e anche per quelli della sanità cattolica.

**Figura 3 - La distribuzione globale della spesa sanitaria, PIL e popolazione, 1994**



FONTE: George Schieber e Akiko Maeda, *op. cit.*, Figura 1.

#### *La virtù morale della discriminazione globale dei prezzi*

I medicinali e le attrezzature mediche normalmente devono essere acquistati dal mondo industrializzato, in un mercato globale. Di conseguenza, i Paesi a basso reddito non hanno accesso a questi im-

portanti input, a meno che i produttori nei Paesi ad alto reddito non vogliano venderli ai Paesi a basso reddito a prezzi molto scontati, come viene fatto per i medicinali contro l'AIDS. Dato che la produzione di medicinali e di attrezzature mediche tende a essere associata a costi fissi complessivi molto alti (spesso comprendenti spese enormi per la ricerca e lo sviluppo) ma con costi di produzione variabili relativamente bassi, i produttori possono guadagnare dei profitti persino con prezzi vertiginosamente scontati sotto costi unitari pienamente distribuiti, fino a quando questi prezzi scontati rimangono sopra le unità di costo della produzione.

Anche se la pratica di caricare ai clienti prezzi diversi per la stessa cosa viene condannata come "discriminazione dei prezzi", gli economisti la considerano altamente efficiente in questo contesto. Gli economisti ragionano in questo modo: se i fabbricanti di prodotti e attrezzature sanitarie fossero stati costretti a praticare a tutti i clienti lo stesso prezzo, ciò avrebbe escluso dal mercato molti compratori potenziali che sarebbero stati



troverebbero la politica del singolo prezzo mancante, su dei campi puramente etici. La proposta può essere (ed è stata) di aumentare i costi complessivi dei prodotti e delle attrezzature sanitarie per compensare pienamente i Paesi industrializzati, quelli a più alto reddito, mentre sono praticati ai Paesi a più basso reddito dei prezzi solo leggermente scontati sui costi di produzione variabili più bassi.

In questa confluenza di efficienza economica con i sentimenti morali, trova posto l'opportunità per la sanità cattolica di introdurre in modo significativo la propria visione morale, non solo sulla politica sanitaria internazionale, ma anche sulla politica commerciale mondiale. In parte la strategia di usare una discriminazione dei prezzi per scopi morali, certamente otterrebbe la proibizione di re-importazioni parallele dai Paesi a basso reddito cui vengono garantiti gli sconti esorbitanti sui prezzi verso i Paesi ad alto reddito che li concedono loro.

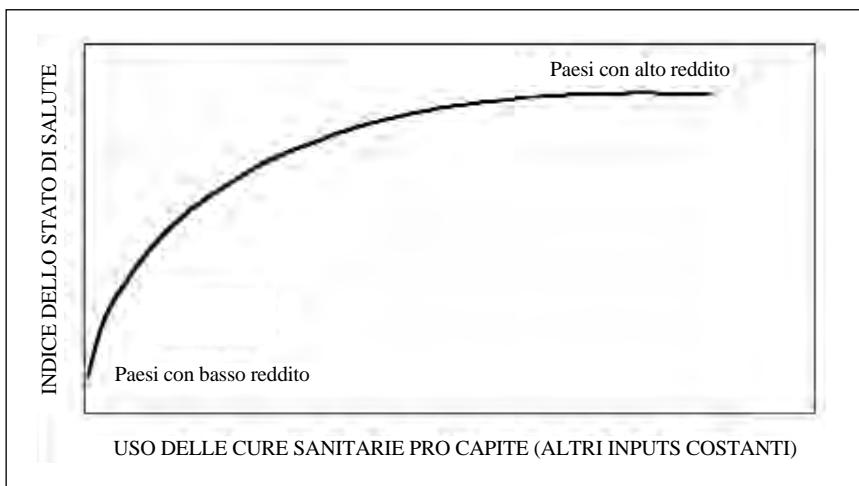
#### *La produttività dei fruitori di sanità*

È risaputo che, se tutte le altre influenze sullo status di salute sono mantenute costanti, l'input della sanità nella produzione di una sanità migliore si muove verso una forte diminuzione di ritorni marginali, come illustrato nella figura 4. È il classico esempio di potenzialità di ogni processo produttivo, compresa la produzione di una

in grado di pagare prezzi leggermente al di sopra dei costi di produzione variabili, ma non il più alto singolo prezzo che compensa bene anche complessivamente. Gli economisti considerano questa situazione inefficiente, perché impedirebbe di attuare commerci reciproci giovevoli. I moralisti

“salute migliore”. Si può certamente osservare empiricamente che la “aspettativa di vita” è tracciata sulla spesa pro capite per la sanità nei Paesi del mondo.

**Figura 4 - Il contributo marginale della sanità allo stato di salute.**



Indiscutibilmente, a livello di utilizzo abituale della sanità nei Paesi industrializzati, le risorse supplementari riversate nella sanità aggiungono meno anni di vita rispetto a quanto queste stesse risorse darebbero se aggiunte alle magre risorse di base delle nazioni non industrializzate. Se si usano altri indici dello “stato di salute”, come ad esempio un cambiamento della qualità di vita negli anni (QUALY), si arriverebbe alla stessa conclusione. In breve, la produttività che dà incremento alla sanità tra i poveri è verosimilmente molto più alta rispetto a quella tra le persone benestanti.

Queste circostanze suonano come la maggiore sfida morale che i leader dei paesi industrializzati si trovano di fronte, e ciò vale anche per i leader della sanità cattolica in queste nazioni. È naturale per gli esseri umani procedere secondo il detto che “la carità inizia a casa”. Anche se è così, i leader della sanità cattolica non possono dimenticare il dilemma del dove dirigere le scarse risorse reali : (1) a tutti i cittadini, ricchi e poveri, nel loro Paese, (2) principalmente ai *poveri* nel loro Paese o (3) principalmente ai più poveri dei poveri nei Paesi in via di sviluppo. È veramente un dilemma morale sgradevole, perché una determinata strategia da raggiungere con le risorse che la sanità cattolica ha a disposi-

zione per l’incremento massimo del benessere umano *a livello globale* implica un maggiore prelievo della sanità cattolica dai Paesi industrializzati, e una presenza persino

Ad esempio, l’asserzione che si fa spesso secondo cui la distribuzione delle risorse alla sanità attraverso il meccanismo di *mercato* sarebbe inerentemente più “efficiente” rispetto a quella attraverso i processi alternativi, è falsa nella maggior parte dei contesti. È falsa perché un sistema sanitario guidato dal mercato distribuirebbe con tutta probabilità un privilegio economico in sanità in maniera piuttosto diversa dalla distribuzione che si otterrebbe con meccanismi alternativi. Come regola generale, non è legittimo comparare le politiche pubbliche alternative in termini della loro relativa efficienza economica, se queste politiche conducono a obiettivi diversi, cioè se esse si concludono in distribuzioni diverse del privilegio economico tra i membri della società. Questa argomentazione è tanto sottile da andare oltre i limiti di durata imposti per questo mio discorso, ma deve essere almeno citata.

Una definizione relativamente incontrovertibile del termine “efficienza” personifica l’idea che un’attività sia efficiente se raggiunge un *obiettivo prefissato* con il minor sacrificio possibile delle risorse reali. Al micro livello in sanità, l’obiettivo prefissato può essere quello di ridare la salute a un particolare paziente, o di prolungare la sua vita di un certo numero di anni. Al macro livello, l’obiettivo può essere quello di conseguire degli obiettivi inerenti lo stato di salute di una popolazione per un certo tempo (ad es., entro un decennio), senza che le singole famiglie patiscano privazioni finanziarie a causa delle malattie.

Non sembra polemico proporre che ottenere l’efficienza nel raggiungere un determinato stato individuale o degli obiettivi sociali sia un imperativo *etico*, perché l’uso inutile delle risorse reali per raggiungere determinati obiettivi priva altri esseri umani dei benefici che si sarebbero potuti raggiungere con le risorse spurate. Si potrebbe supporre che l’efficienza in questo senso sia, o dovrebbe essere, una parte integrante della visuale della sanità cattolica. I dati considerevoli riportati nella figura 5 illustrano l’importanza di questo punto.

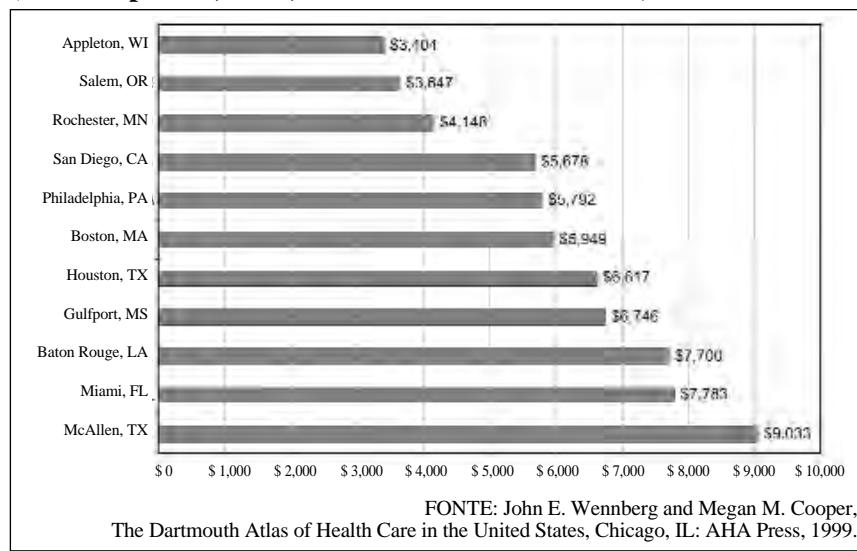
maggiori di quella esistente nei Paesi in via di sviluppo.

### 3. L’imperativo etico dell’efficienza economica

Molto del lavoro degli economisti è guidato dal detto normativo che la società dovrebbe usare le risorse reali che ha a disposizione “in modo efficiente”. Sebbene quest’idea non si riesca a capire a prima vista, la parola “efficiente” risulterebbe essere assai crudele. È molto abusata nei dibattiti di politica sanitaria, consapevolmente o no<sup>11</sup>.



**Figura 5 - La spesa di “Medicare” per gli americani anziani, 1996  
(calcolati per età, sesso, malattia e costo di esercizio)**



#### *Le variazioni inesplicabili nella pratica degli stili e nei costi pro capite*

La figura 5 si basa sulla ricerca di John Wennberg, M.D., e dei suoi associati alla Dartmouth University, ed è pubblicata nel loro *Dartmouth Atlas of Health Care in the United States* (1999). Questo studio ha preso in esame i dati sulla spesa sanitaria e l'utilizzo delle cure sanitarie riportato dal programma federale degli Stati Uniti “Medicare”, per americani di 65 anni e oltre. I gruppi di analisi oltre i quali è calcolata la spesa media per beneficiari di Medicare nella figura 5 sono *aree di mercato ospedaliero* nell'ambito degli Stati Uniti, qui indicati dalle principali città che si trovano in queste aree. Gli autori hanno adattato questi dati statisticamente per variazioni inter-regionali in (1) la composizione età-sesso della popolazione di anziani, (2) l'incidenza della malattia, (3) i costi praticati e (4) medici, ospedali ed altri fornitori di cure sanitarie con tasse già pagate.

Ciò che rimane, ed è mostrato nella figura 5, è la variazione inter-regionale nella spesa per beneficiari di Medicare. Questa variazione riflette almeno l'intera differenza nell'uso delle reali risorse sanitarie da popolazioni di cittadini anziani statisticamente simili negli Stati Uniti.

Le considerevoli variazioni nella spesa pro capite, nella figura 5, fanno emergere la spinosa que-

stione del perché il sistema sanitario americano richieda più del doppio delle risorse reali per prendersi cura dei pazienti più anziani in una certa parte del Paese (ad es., in Texas e in Florida) rispetto a quanto fa nelle altre (ad es., in Oregon e nel Rochester Minnesota, città della famosa Mayo Clinic). Se lo stile che si pratica alla Mayo Clinic viene preso come punto fermo del binomio costo-eficienza delle cure, i medici e gli altri operatori nelle altre zone degli Stati Uniti evidentemente devono essere inefficienti nel loro uso delle risorse. Nel suo *Crossing the Quality Chasm*, il prestigioso Istituto di Medicina dell'Accademia Nazionale delle Scienze degli Stati Uniti ha osservato criticamente che “il sistema sanitario degli Stati Uniti così com’è attualmente strutturato, in generale non fa l’uso migliore delle proprie risorse... Esiste un uso eccessivo, sostanziale e documentato, di molti servizi per i quali il rischio potenziale di danno supera i benefici potenziali”<sup>12</sup>.

La presenza di un’inefficienza palese in un sistema sanitario fa emergere in modo serio questioni morali, particolarmente negli Stati Uniti, dove coloro che decidono le politiche hanno cercato disperatamente dei modi per far fronte al previsto aumento netto nella richiesta di cure sanitarie, dopo che la generazione del Baby Boom negli U.S.A. avrà iniziato a raggiungere l’età della pensione nell’anno

2010. L’andamento del pensiero attuale è quello di far pesare sulle spalle degli anziani una maggiore quota dei costi delle loro cure totali, sebbene persino ora i più poveri di loro destinino oltre il 30% del loro magro bilancio a voci (ad es., prescrizione di medicinali) non coperte da Medicare. Trasferire ancora di più il fardello finanziario della sanità sugli anziani senza aver prima eliminato lo spreco di cui il sistema sanitario americano è sospettato, suona come una politica pubblica dubbia. Non è efficiente né difendibile moralmente.

Possiamo forse affermare che il sistema sanitario della maggior parte delle altre nazioni esibisce simili variazioni geografiche nell’uso delle cure pro capite rispetto alla spesa sanitaria? Forse la valutazione della proporzione d’uso della sanità è la stessa in Sicilia e nella rurale Italia del Sud, rispetto a quella di Roma o Milano? C’è anche una propensione a esserlo nella maggior parte degli altri Paesi così come l’abuso, l’uso non sufficiente e il cattivo uso delle cure sanitarie dei quali l’Istituto di Medicina accusa la sanità americana. Così, in ogni nazione emerge la questione fondamentale: quanto dovrebbe costare a ogni persona nella società accedere a delle cure adeguate?

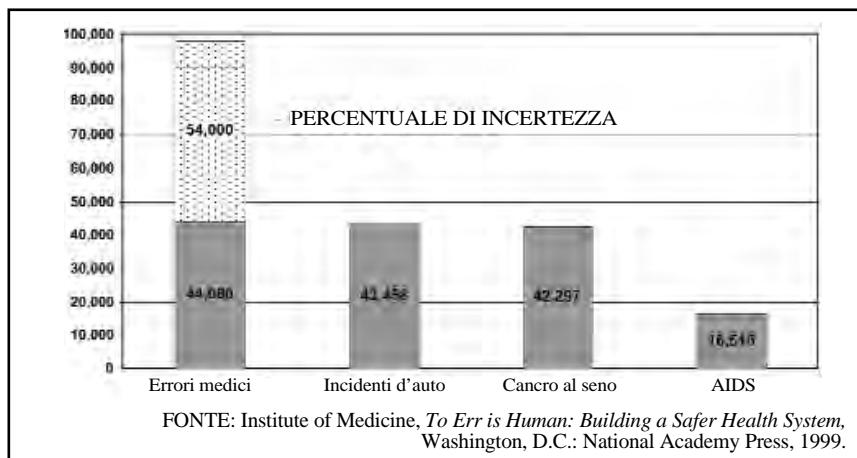
I leader della sanità cattolica dovrebbero guidare ovunque l’analisi di questa importante questione, perché essa non è solo appannaggio degli economisti. Come abbiamo fatto notare prima, di fronte a risorse insufficienti, lo sprecarle, cioè usarle senza produrre benefici per gli esseri umani, sembra essere completamente in disaccordo con la visione etica professata dalla sanità cattolica.

#### *Errori medici e qualità delle cure*

Una forma particolarmente dolorosa di inefficienza nei sistemi sanitari è il problema degli *errori medici* nella cura dei pazienti. Questi errori possono prolungare la malattia e il trattamento inutilmente. Il risultato potrebbe anche essere la perdita evitabile di anni di vita. È fuori dubbio che questa sia la peggiore forma di inefficienza che si possa immaginare, in quanto spesso è una questione di vita o di morte.

Come singoli individui, la maggior parte<sup>13</sup> dei medici che lavorano nella sanità indubbiamente ha sempre fatto del proprio meglio per evitare tali errori. Una recente ricerca sui servizi sanitari, però, ha mostrato che questi sforzi a livello individuale non hanno prodotto risultati accettabili. Nel suo *To Err is Human: Building a Safer Health System* ("Errare è umano: realizzare un sistema sanitario più sicuro")<sup>14</sup>, il già citato *Institute of Medicine* ha riportato i dati seguenti, come nella figura 6.

**Figura 6 - Alcune cause di mortalità, Stati Uniti, 1997**



Secondo il rapporto dell'Istituto, si stima che il numero di morti causati da errori medici negli ospedali americani si aggiri tra i 44.000 ed i 98.000 solo nel 1997. L'Istituto si è affrettato ad aggiungere, però, che spesso queste percentuali di errori non sono imputabili a mancanze da parte degli individui che prestano le cure e che lavorano nell'ambito del sistema sanitario: ad esempio, di persone che non si lavano in modo corretto le mani tra un paziente e l'altro o che usano la stessa siringa per più di un paziente. Piuttosto, gli errori derivano principalmente da mancanze del sistema: ad esempio, da processi inadeguati di flusso di lavoro o da sistemi informativi sorpassati che non possono seguire e controllare l'esatta somministrazione di medicinali e altre terapie. Di conseguenza, l'*Institute of Medicine* non invoca punizioni sui singoli praticanti, ma invece richiama alla ricerca di operazioni ambiziose per i sistemi sanitari e ad una maggiore ingegneria industriale delle istituzioni sanitarie, sui modelli usati con successo in altre

industrie, in particolare in quelle aeronautiche e alimentari.

Come ci si potrebbe aspettare, il drammatico rapporto dell'*Institute of Medicine* non è risultato indenne da critiche. Uno dei partecipanti ai principali studi citati dal rapporto, ad esempio, ha suggerito che il rapporto ha classificato come "errori" o "equivoci" alcuni eventi infausti che potevano essere prevenuti, ma che non sono stati realmente degli errori<sup>15</sup>. Inoltre, notano i critici, l'enfasi che nel rapporto viene data alla parola "errore" può portare i

riferire di eventi infausti si basi su un sistema di "non colpevolezza", come è abitudine per gli errori dei piloti nell'industria aeronautica<sup>16</sup>.

Indipendentemente dal risultato di questo dibattito, c'è un consenso generale che l'incidenza di eventi infausti nella pratica medica negli Stati Uniti attualmente sia molto maggiore di quanto dovrebbe essere. Inoltre, generalmente si conviene, tra gli esperti internazionali, che l'incidenza di errori medici e altri eventi infausti non sia probabilmente inferiore negli altri Paesi. Da quanto ne sappiamo, potrebbe perfino essere più alta. Gli Stati Uniti predominano a questo riguardo perché sono il primo Paese ad aver fatto una ricerca sul problema in modo accurato, e ad averne riportato il risultato in modo veritiero.

Per i leader della sanità cattolica, il problema degli errori medici è chiaramente una grande sfida, ma rappresenta anche un'ottima opportunità per mostrare il primato nello sforzo di migliorare la vita degli esseri umani. Il progresso in questo campo sarà l'aver fatto ottenere all'uomo la massima efficienza.

#### 4. Le sfide economiche di etica distributiva per la sanità

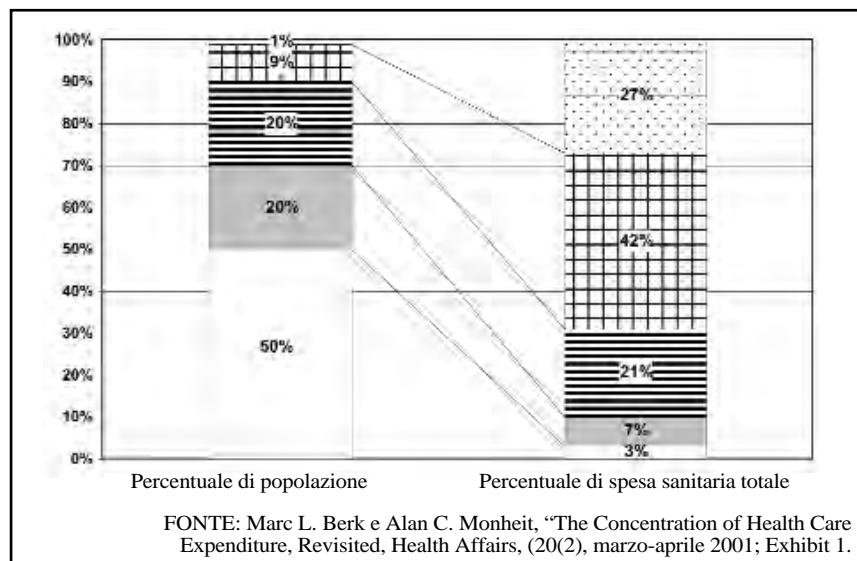
La sezione precedente riguardava l'imperativo morale di produrre cure mediche in modo efficiente. In questa sezione commenteremo la distribuzione delle cure tra i membri della società, per quanto esse possano essere efficaci o meno. Nell'economia, questo aspetto della sanità viene riportato come "etica distributiva", cioè l'obiettivo sociale principale dal quale seguono tutte le altre decisioni economiche.

##### *La distribuzione diseguale della spesa sanitaria per individuo*

Per esaminare l'argomento dell'etica distributiva per la sanità, dobbiamo dire, principalmente, che l'incidenza delle malattie tra vasti gruppi di persone è piuttosto disomogenea. Di conseguenza, non è uniforme anche tra gli individui. La figura 7 illustra questo fenomeno riguardo i dati degli Stati Uniti per il 1996, sebbene una distribuzione simile sia presente in tutti i sistemi sanitari moderni.



**Figura 7 - La distribuzione disomogenea della spesa sanitaria per la popolazione, Stati Uniti, 1996**



Come mostrato nella figura 7, se classifichiamo gli americani in ordine decrescente rispetto alla spesa per la sanità, troviamo che solo l'1% della popolazione è responsabile del 27% della spesa totale nazionale del 1996. Il 5% più dispendioso della popolazione è responsabile del 55% della spesa totale (non mostrato nel grafico). Il 10% più dispendioso della popolazione è responsabile del 70% circa di tutte le spese sanitarie, e il 30% più dispendioso della popolazione di circa il 90% della spesa totale nazionale. Per contrasto, il 50% meno dispendioso della popolazione degli Stati Uniti è responsabile del 3% solamente della spesa totale nazionale. Presumibilmente, "più dispendioso" è un altro modo per dire "più malato".

Questa distribuzione piuttosto non uniforme delle malattie e della spesa sanitaria ha profonde implicazioni sulla politica sanitaria nazionale. Sarà così in modo particolare negli anni a venire, quelli della rivoluzione genomica, che renderà più facile prevedere chi, nascendo in un determinato gruppo, avrà più probabilità di essere relativamente sano e il cui ciclo della vita costerà meno, rispetto a chi avrà più probabilità di ammalarsi in modo cronico o avere più episodi di malattia acuta, il che comporterà costi sanitari più elevati. Gli individui con un'alta probabilità di restare sani durante il ciclo della loro vita possono sempre più imitare il biblico Caino

chiedendosi perché debbano essere i custodi del prossimo più povero e più malato. In un tale mondo, le compagnie assicurative private che operano nel campo della sanità sono autorizzate a competere per trovare degli iscritti sulla base di premi assicurativi di "giusta attuazione"<sup>17</sup>; il loro istinto naturale sarà quello di segregare i clienti per classi di rischio, convogliando quella minoranza di pazienti molto malati e costosi in raggruppamenti ad alto rischio, gravandoli con premi assicurativi estremamente alti. Spesso ciò significa che queste persone non potranno affrontare nessuna assicurazione.

In questo panorama, i leader della sanità cattolica hanno assunto una posizione etica? Dovremmo forse condividere il punto di vista – sempre più popolare negli Stati Uniti – che la maggior parte delle malattie croniche siano il risultato di uno stile di vita non previdente di modo che, per questo, i più malati debbano essere costretti a destinare più alte proporzioni dei loro salari alla sanità rispetto a quanto non facciano le persone cronicamente sane? O i leader della sanità cattolica preferiscono l'etica sociale canadese, taiwanese, giapponese ed europea, secondo cui il fardello finanziario di tutte le malattie – senza riguardo alle cause – debba essere ripartito collettivamente secondo le capacità di contribuzione? In questo caso, quest'etica dovrebbe essere concretizzata attraverso il veicolo

della stessa assicurazione – ad es., attraverso la richiesta da parte dello stato di un'assicurazione o mediante gruppi assicurativi privati regolati dal governo che devono caricare gli stessi premi su tutti gli assicurati? O è preferibile fornire i singoli di buoni finanziati attraverso le tasse per l'acquisto di assicurazioni sanitarie private (con adattamento dei buoni per classe di rischio) lasciando che gli assicuratori sanitari privati dividano in segmenti (per classi di rischio) i loro clienti e carichino i malati cronici di premi più alti rispetto a quelli dei clienti sani?

Tutte queste domande sono oggetto di un accanito dibattito negli Stati Uniti. Stanno anche venendo fuori in molte nazioni del mondo in via di sviluppo – compresa la Cina continentale – specialmente in vista del fatto che il governo degli Stati Uniti (e talvolta la sua consociata, la Banca Mondiale) ha incoraggiato per un certo tempo lo sviluppo di sistemi sanitari guidati dal mercato in questi Paesi. Queste domande stanno emergendo anche nei sistemi sanitari fino ad ora più egualitari di Canada, Europa, Taiwan e Giappone.

Questa circostanza fornisce ai leader della sanità cattolica, sia a livello nazionale che internazionale, un'opportunità per immettere la loro visione etica nel dibattito sulla politica sanitaria nazionale. Un primo passo in quest'iniziativa, ovviamente, sarà quello di raggiungere il consenso su una posizione chiaramente articolata su questi argomenti. Identifichiamo ora tre principali candidati da prendere in considerazione:

#### *L'etica distributiva alternativa per la sanità*

Sebbene l'etica distributiva che può essere imposta in un sistema sanitario pervenga in una miriade di sfumature, possiamo raggrupparle in tre principali categorie, e cioè:

– *perfetto equalitarismo*: tutte le cure mediche necessarie devono essere pagate dalla collettività, con il contributo individuale basato rigorosamente sulla singola capacità di pagare. Dovrebbe essere impossibile dedurre lo status socio-economico di un paziente osservando il trattamento medico che riceve in caso di malattia o a scopo di preve-

nire le malattie. Le persone colpite dalla stessa malattia nella stessa località dovrebbero ricevere lo stesso trattamento medico, nello stesso ambiente, indipendentemente dal loro stato sociale.

– *Sanità bi-piano*: a tutti i membri della società dovrebbe essere garantito un pacchetto base di servizi medici, finanziato dalla collettività sulla base della capacità di pagare, e condiviso su base egualitaria da coloro che sono iscritti nel piano di base. Le persone a più alto reddito, però, devono poter optare diversamente da questo ordine di base, fino a quando sono completamente responsabili del finanziamento delle proprie cure. In alternativa, può essere concesso loro di usare il proprio denaro per saltare le code per accedere alle attrezzature della sanità pubblica ed usare invece quelle private.

– *Sanità multi-piano*: la sanità non è intrinsecamente diversa da altri beni e servizi di base, come il cibo, l'abbigliamento e l'alloggio. Di conseguenza, un sistema sanitario dovrebbe permettere in sanità lo stesso tipo di pianificazione attraverso la capacità di pagare di quanto si osserva nella distribuzione di cibo, abbigliamento e alloggio. Praticamente, ciò significa che la quantità e la qualità della sanità, assieme alle comodità dell'ambiente in cui le cure sono dispensate, dovrebbero poter essere razionate per classe di reddito.

Come abbiamo notato, il sistema sanitario di Taiwan attualmente cerca di operare sulla prima di queste etiche distributive, come i piani sanitari provinciali canadesi, gestiti dal governo. Il contratto sociale strettamente egualitario del sistema sanitario canadese, però, attualmente è in corso di revisione. Alcune critiche a questo sistema dovrebbero consentire di stabilire un piano privato, secondo le linee suggerite dalla seconda etica distributiva di cui sopra.

La Germania e altre nazioni europee hanno apertamente abbracciato le varianti di questa seconda etica distributiva, con sistemi bi-piano in cui a un sistema assicurativo sanitario privato, piccolo ma strettamente regolato, viene permesso di operare parallelamente ai sistemi regolamentari o gestiti dal governo. In Germania, i pazienti

con assicurazione privata si procurano le cure sanitarie dallo stesso sistema sanitario distributivo delle persone assicurate con il *Sistema di Previdenza Sociale Regolamentare* (il *Gesetzliche Krankenversicherung* o GKV). Nel Regno Unito, il relativamente piccolo settore assicurativo privato è completato da un sistema privato di distribuzione che opera in tandem con il *Servizio Sanitario Nazionale* controllato dal governo. Di solito, il settore privato in questi sistemi europei bi-piano comprende soltanto il 10% circa della popolazione.

Molti partecipanti al dibattito sulla politica sanitaria negli Stati Uniti – sebbene non tutti – ora sostengono la terza etica distributiva. Essi abbracciano un sistema sanitario multi-piano in cui l'esperienza della sanità (la quantità e la qualità delle cure, e le comodità con cui sono distribuite) può variare dipendentemente dalla capacità del paziente di pagare. Un tale sistema inevitabilmente razionerà la sanità per classi di reddito, con un meccanismo di razionamento in funzione del prezzo<sup>18</sup>. Solitamente, i proponenti la sanità multi-piano non parlano apertamente di piani, per paura che tale appoggio possa non essere “politically correct”. Invece, essi tendono a camuffare la loro preferenza a questo riguardo, richiedendo un “approccio di mercato” alla sanità.

I leaders della sanità cattolica dovranno riflettere su quale tra queste etiche distributive è la più compatibile con la loro visione dei sistemi sanitari e per l'intero sistema sanitario nazionale. Forse non sempre è possibile raggiungere un consenso globale su questo argomento nell'ambito della Chiesa cattolica, e cioè, forse la visione etica preferita dalla Chiesa può dover essere adattata alle culture locali e alle circostanze economiche. È importante però che si rivolgano apertamente a queste questioni etiche, prima di pensare ad altri aspetti economici della sanità. Idealmente, l'economia non dovrebbe dettare etiche sociali, ma dovrebbe invece essere al suo servizio.

## 5. Osservazioni finali

Una tragica caratteristica di ogni sistema sanitario moderno è l'es-

re, da una parte, la fonte di così tanti miracoli medici e di tanto benessere umano, e dall'altra, la fonte di così grande diffidenza e rancore.

È così perché i governi o gli assicuratori privati pagano molto per la salute personale. Queste terze parti paganti sospettano sempre che sia i pazienti, sia i medici, o entrambi, possano abusare del sistema. Il sospetto di queste terze parti paganti è aggravato dal fatto che i medici e altri esperti non sono mai stati in grado di mettersi d'accordo sulle pratiche migliori per il trattamento di molte malattie, come è stato illustrato con i dati della figura 5.

Bisogna aggiungere il fatto vitale che ogni dollaro (sterlina, franco, lira, yen o peso) speso per la sanità è sempre il reddito sanitario di qualcuno. Persino i semplici scarti in sanità rappresentano il reddito di qualcuno. È un motivo per cui il costante pretesto dei fornitori di cure sanitarie per bilanci sanitari aggiunti, fa sì che così spesso non si curino di chi fa la politica. Anche se i fornitori decidessero di perorare la causa dei pazienti, i funzionari governativi e gli assicuratori privati sospetterebbero che molto spesso questi pretesti sono soltanto per i redditi sanitari più alti.

Per concludere, il cambiamento tecnologico e la globalizzazione economica sono serviti ad allargare la distribuzione del reddito familiare in tutte le nazioni moderne. Questo sviluppo ha reso sempre più difficile preservare la solidarietà sociale in sanità, in quanto le classi con i redditi più alti – in modo significativo negli Stati Uniti – vanno in collera al pensiero di dover finanziare interamente le classi a più basso reddito per una lussuosa e spesso costosa sanità, che i benestanti sono in grado di finanziare per le loro famiglie.

Né un sistema sanitario completamente gestito dallo stato, né un libero approccio di mercato per la sanità costituiscono la panacea per queste croniche sventure. Il rimpiazzo di un sistema con un altro dovrebbe principalmente ridistribuire i privilegi economici tra i membri della società, rimpiazzando perciò un insieme di problemi con altri. Di conseguenza, i Paesi del mondo che sperimenteranno con diverse combinazioni i due approcci<sup>19</sup>, alla conclusione di ogni

nuova riforma ne avranno bisogno di ulteriori. E sarà così per sempre. Come parte della loro missione, i leader della sanità cattolici dovrebbero mettersi nella posizione di difendere queste riforme sanitarie perenni, per paura che le riforme giungano a discapito dei meno potenti tra di noi.

Prof. UWE E. REINHARDT

*Department of Economics and  
Woodrow Wilson School of Public and  
International Affairs  
Princeton University*

Dott.ssa MAY T.M. CHENG

*International Forum  
Princeton University*

## Note

<sup>1</sup> Un ricercatore in un laboratorio farmaceutico, ad esempio, cede lavoro umano in modo indiretto ai pazienti, così come fanno gli impiegati delle compagnie assicurative.

<sup>2</sup> La misura esclude tutti quei beni e servizi preziosi e non quantificabili: ad esempio, l'operato dei lavoratori volontari, quello dei genitori che si occupano dei figli, ecc.

<sup>3</sup> U.E. REINHARDT, "Resource Allocation in Health Care: The Allocation of Lifestyles to Providers", *The Milbank Quarterly*, 65 (2), 1987: 153-76.

<sup>4</sup> MARK V. PAULY, "U.S. Health Care Costs: the Untold Story", *Health Affairs*, 14 (3), 1995: pp. 152-9.

<sup>5</sup> UWE E. REINHARDT, PETER S. HUSSEY, GERALD F. ANDERSON, "Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999" *Health Affairs*, 21 (3), May-June 2002; pp. 169-81.

<sup>6</sup> Gli economisti fanno risalire l'origine della loro professione al peccato originale. Secondo un detto popolare, "per gli economisti non c'è Paradiso né Inferno, perché nel Paradiso

*non c'è volontà, mentre nell'Inferno non c'è scelta*". L'idea è che ogni situazione che non richieda scambi tra le alternative non ha bisogno del consiglio degli economisti. Per fortuna della professione, la vita sulla terra è una tappa fuori dal Paradiso e dall'Inferno.

<sup>7</sup> Per una fonte delle valutazioni ottenute dagli economisti, vedere W. KIP VISCIUS, "The Value of Risks to Life and Health", *Journal of Economic Literature*, 31(4), December, 1993; pp. 1912-46. Dipendentemente dalle scelte umane, è riportato il valore implicito di un anno di vita per circoscrivere un campo. Per contesti di sicurezza del lavoro, ad esempio, si è spaziato dai \$ 14.000 in alcuni contesti di sicurezza del lavoro ad oltre \$ 800.000. Nel suo "The Value of Life in Legal Contexts: Survey and Critique" (*American Law and Economics Review*, 2(1), Spring, 2000; pp. 195-222), l'autore riporta valutazioni di "vita" (ad es., una sequenza degli anni di vita) collocate in campi che vanno dai \$ 3 ai \$ 9 milioni.

<sup>8</sup> Come riportato in YEH, JIN-CHUAN, *Chuan Min Jian Bao Chuan Chi [The legend of Taiwan's National Health Insurance]* (Taipei, Yaiwan: The Tung Foundation, 2002; pp. 216-5), questa cifra può essere fatta risalire al famoso Lalonde Report emesso dall'ex Ministro della Sanità Canadese Marc Lalonde. Il numero si può trovare anche nell'*Institute for the Future, Health & Health Care 2010: The Forecast, The Challenge, San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers, January 2000; Figure 2-9*. Un ulteriore panorama sui fattori non sanitari determinanti dello status di salute si possono trovare in un volume di saggi di seminari nella recente edizione del *Health Affairs* dal titolo "The Determinants of Health" [2] (2), March-April, 2002].

<sup>9</sup> I leader della sanità cattolica potrebbero osservare il perseguitamento di questo obiettivo attraverso il punto fermo delle loro istituzioni contro quelle simili e civili sulla percentuale delle entrate destinate alle cure caritatevoli.

<sup>10</sup> La migliore "istruzione sanitaria" è diventato un punto importante della politica sanitaria negli Stati Uniti, sia nel settore pubblico sia tra i filantropi privati. Le compagnie farmaceutiche, inoltre, hanno prestato un sostegno finanziario per questo impegno. Sembra essere un obiettivo persino più importante nei Paesi in via di sviluppo.

<sup>11</sup> Per un più ampio dibattito su questo argomento, vedere UWE E. REINHARDT, "Abstracting from Distributional Effects, this Policy is Efficient", in MORRIS L. BARER, THOMAS E. GETZEN e GREG L. STODDARD, eds. *Health, Health Care and Health Economics*, John Wiley & Sons, Ltd., pp. 1-53, e UWE E. REINHARDT, "Can Efficiency in Health Care be Left to the Market?" *Journal of Health Policy, Politics and Law*, 26(5), ottobre 2001; pp. 967-92.

<sup>12</sup> Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century*, Washington, D.C.: National Academy Press, 2001; p. 3.

<sup>13</sup> L'uso prudente del termine "maggior parte" è appropriato, perché è risultato evidente che la pratica corretta di lavarsi le mani, tra i pazienti, non viene praticata costantemente in tutti gli ospedali americani. Il problema può esistere anche in altre nazioni.

<sup>14</sup> Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

<sup>15</sup> Cfr. ad esempio, TROYEN A. BRENNAN, M.D., "The Institute of Medicine Report on Medical Errors – Could it Do Harm? *The New England Journal of Medicine*, 342 /15), 13 aprile 2000.

<sup>16</sup> DAVID M. SUDDERT, TROYEN A. BRENNAN, "No-Fault Compensation for Medical Injuries", *The Journal of the American medical Association*, 286(2), 11 luglio 2001; pp. 217-223.

<sup>17</sup> Un premio assicurativo di sanità è "di giusta attuazione" se copre il costo delle cure sanitarie che ci si aspetta per ogni individuo assicurato. Questi premi salgono con l'età dell'assicurato e riflettono così strettamente per quanto è umanamente possibile lo status di salute proiettato dell'individuo.

<sup>18</sup> A dire il vero, il sistema sanitario degli Stati Uniti si sta muovendo in questa direzione da qualche tempo, e indubbiamente continuerà a farlo nel futuro.

<sup>19</sup> Per le descrizioni dei sistemi che potrebbero essere in grado di raccogliere le forze utili alla competizione in sanità mantenendo la solidarietà sociale, vedere UWE E. REINHARDT, *Accountable Health Care: Is it compatible with social solidarity?*, London, UK: Office of Health Economics, 1997.



**GIAMPAOLO CREPALDI**

### 3. In una prospettiva sociale

La mentalità più diffusa nelle società che si adeguano alla modernità tende a considerare lo Stato come debitore delle richieste della popolazione, al punto che ci si stupisce della sua impotenza di fronte alle catastrofi naturali e si protesta perché non ha predisposto i mezzi capaci di contrastare gli effetti di eventi del tutto imprevedibili. Si riscontra una simile mentalità anche nell'atteggiamento delle popolazioni verso le istituzioni sanitarie.

Che gli ospedali e i centri sanitari dispongano dei mezzi, anche quelli più sofisticati, per rispondere alle necessità della popolazione viene considerato come un diritto; non si tiene conto degli obblighi che derivano dall'assenza di personale, dalla mancanza di risorse per procurarsi le attrezzature o le medicine... ci si meraviglia del fatto che non si possa usufruire della medicina migliore per rispondere alle richieste dei pazienti. Al limite, i servizi sanitari sono visti come una specie di supermercato dove ognuno deve poter trovare quello che ritiene adatto per sé.

Ci troviamo davanti a una mutazione radicale: mentre in un mondo sprovvisto di mezzi adeguati i servizi sanitari erano considerati come un'opera di benevolenza caratterizzata dalla gratuità e dalla volontà di circondare il paziente con una rete di rapporti umani, la tecnicizzazione delle cure tende a far sparire una tale dimensione umana e, troppo spesso, si considera che il centro sanitario ha adempiuto il suo contratto quando ha assicurato al più gran numero di pazienti il massimo delle cure con il costo minimo.

L'evoluzione appena abbozzata, che verrà analizzata in modo più scientifico da altri oratori, investe in pieno gli ospedali cattolici e i

centri sanitari gestiti da personale religioso. La questione è di sapere se il concetto di sanità coltivato dalla Chiesa durante i primi due millenni conserva ancora il suo valore nel momento in cui l'attività umana si trova sempre più condizionata da regolamenti tecnici che richiedono comportamenti puntuali. La priorità dell'amministrazione sanitaria non è di stabilire un rapporto personale tra il paziente e la persona che lo cura; tale rapporto è reso impossibile in primo luogo dal fatto che il personale sanitario è troppo poco numeroso per soffermarsi sui problemi personali dei malati affidati alle sue cure, ma anche, e forse soprattutto, perché le autorità sanitarie dei diversi Paesi emanano regole rigorose sul modo di dispensare le cure e concepiscono gli ospedali come un "azienda" in cui ognuno deve svolgere il compito assegnatogli dalla legge e dalla società.

Le istituzioni cattoliche sanitarie sono coinvolte in un tale processo. Chiediamoci: devono rinunciare all'autonomia di cui disponevano in precedenza e accettare di essere una semplice funzione ausiliare dello Stato? Oppure dispongono di qualche altra possibilità? Collaborare alla realizzazione di finalità d'interesse pubblico è importante, ma gli ospedali cattolici devono limitarsi a un ruolo di semplice supplenza oppure devono assumere nuove responsabilità che permettano loro di contribuire a determinare gli orientamenti dei servizi sanitari? Ecco la domanda davanti alla quale si trovano le istituzioni sanitarie cattoliche nella società moderna. Personalmente considero che esse hanno un ruolo specifico da svolgere. Alla domanda se le istituzioni sanitarie cattoliche hanno ancora il loro posto in una società segnata da quello che bisogna pur chiamare *dirigismo*, rispondo

che esse testimoniano la *libertà* che appartiene ad ogni uomo, l'*uguaglianza* con cui ciascuno va trattato nell'accesso alle cure sanitarie e la *solidarietà* che gli uomini sono chiamati a testimoniarsi reciprocamente; in tal modo, esse contribuiscono a preservare i valori all'interno della società.

#### 1. Le istituzioni sanitarie cattoliche in quanto testimoni della libertà

Il possibile conflitto tra le disposizioni legislative e le esigenze morali è stato spesso preso in considerazione dal Magistero durante l'ultima metà del secolo passato. Di particolare importanza è il testo della *Populorum progressio* sul problema demografico (n. 37), dove Paolo VI riconosce la responsabilità dei governi a intervenire in tal campo e al tempo stesso anche i limiti che non possono essere oltrepassati senza infrangere la legge morale e violare il rispetto dovuto alla giusta libertà della coppia.

Per il fatto che le questioni legate alla sanità riguardano l'atteggiamento personale nei confronti della vita, i professionisti dell'attività sanitaria devono affrontare problemi di coscienza molto specifici, prendendo decisioni nel modo più immediato e, spesso, confrontandosi con il giudizio differente di un'altra coscienza. I casi più noti sono l'aborto e l'eutanasia, ma ne esistono molti altri: un certo trattamento da seguire, un'informazione da dare al malato o alla sua famiglia, un segreto professionale da tenere, ecc.

Diversi governi pretendono di vincolare per legge la coscienza dei professionisti della sanità e quella dei dirigenti delle istituzioni ospedaliere, rendendo obbligatorie alcune pratiche (per esempio, gli

allievi infermieri che vogliono ottenere la loro qualifica professionale sono tenuti a partecipare a interventi abortivi). Davanti a simili difficoltà, le istituzioni cattoliche possono appoggiarsi alla Raccomandazione 157 adottata dalla Conferenza Internazionale del Lavoro nel 1977 circa l'impiego e le condizioni di vita e di lavoro del personale infermieristico, il cui articolo 18 prevede il diritto all'obiezione di coscienza:

"I membri del personale infermieristico dovrebbero, senza subire alcun pregiudizio, essere esentati dal compiere quegli atti che fossero in conflitto con le loro convinzioni religiose, morali o etiche, rimanendo inteso che informeranno il loro superiore gerarchico della loro obiezione in tempo utile, affinché possa essere presa ogni misura di sostituzione necessaria per assicurare le cure indispensabili ai pazienti".

Il problema appena analizzato pone una duplice questione: quella dell'atteggiamento individuale di fronte a una legislazione che non rispetta la libertà di coscienza, e quella dell'atteggiamento collettivo al fine di promuovere delle istituzioni che garantiscano il carattere specifico delle istituzioni sanitarie cattoliche.

#### *a. Atteggiamento individuale di fronte a una legislazione contraria alle convinzioni*

La Chiesa ha sempre affermato che nessuno può essere obbligato ad agire contro ciò che la sua coscienza considera come un male. Quest'intransigenza ha un significato sociale che non viene sottolineato abbastanza. I grandi movimenti sociali sono frutto di numerose scelte individuali convergenti. Torna alla memoria il discorso di Giovanni Paolo II davanti alla cattedrale di Spira, durante il suo viaggio in Germania nel 1987. Eccone un breve brano:

"Carissimi fratelli in Cristo! Qualcuno di voi penserà forse in questo momento tra sé e sé: radici cristiane d'Europa, pace mondiale, libertà di religione, riunificazione dei cristiani, tutte queste cose sono grandi e importanti sfide della nostra epoca; ma cosa posso farci io, da solo? Posso dare qualche con-

*tributo personale?* E io vi rispondo: sì, tu da solo puoi mettere qualche cosa in movimento; perché ogni buona risoluzione, ogni pronta assunzione di un compito comincia sempre nell'uomo singolo. Per quanto i singoli sforzi debbano poi essere riuniti per potersi esplicare su più vasta scala, resta il fatto che il sì di una singola persona, dato con generosità e mantenuto nel proprio ambiente con fedeltà, può veramente *innescare e promuovere efficacemente* profondi cambiamenti per il bene, a livello sia ecclesiale che sociale" (*L'Osservatore Romano*, 6 maggio 1987, p. 4).

Quello che un individuo non può fare da solo, può farlo in gruppo. È responsabilità dei professionisti sanitari rendere consapevoli i loro colleghi che è ingiusto obbligare qualcuno ad agire contro le proprie convinzioni e che è legittimo associarsi per ottenere il rispetto di una libertà fondamentale. Le associazioni che raggruppano i professionisti cattolici devono allora partecipare attivamente e *organicamente* – Paolo VI ha parlato di "partecipazione organica" davanti alla Conferenza Internazionale del Lavoro nel 1969 – alla definizione degli orientamenti etici dei servizi sanitari. I sindacati non devono essere i soli ad agire in tale contesto, ma un posto va dato anche alle associazioni che difendono la verità dell'uomo nell'esercizio della sua professione.

#### *b. Atteggiamento collettivo al fine di ottenere che sia rispettato il carattere proprio delle istituzioni sanitarie cattoliche*

Oggi, il problema dell'obiezione di coscienza individuale si avverte acutamente a livello istituzionale, perché la legge può obbligare a offrire servizi sanitari che contraddicono la morale cattolica.

Pertanto, alcune istituzioni potranno giungere a cessare ogni attività, pur di non cooperare a prestazioni mediche contrarie alla morale. Rivolgendosi ai medici militari nel 1953, Pio XII ricordava che di fronte alla violenza e alla mancanza di coscienza "si può essere costretti a subire l'ingiustizia".

Bisogna richiamare l'attenzione sulla responsabilità collettiva di favorire la creazione di istituzioni

che rispettino la libertà di coscienza. Gli operatori sanitari non devono essere lasciati soli ad affrontare problemi la cui soluzione dipende in gran parte dalle decisioni alle quali possono concorrere altri settori sociali. Giovanni Paolo II ha parlato di "strutture di peccato" (*Sollicitudo rei socialis*, n. 36) e ha sottolineato che queste derivano da azioni ingiuste o da omissioni di chi non si è opposto all'ingiustizia. Un sistema legislativo che non rispetta il carattere proprio delle istituzioni ospedaliere dichiaratamente cattoliche deve essere modificato grazie alla collaborazione di tutti. Servono disposizioni giuridiche appropriate per lasciare spazio a concezioni della salute diverse da quelle imposte da un'opinione dominatrice.



La salvaguardia del carattere proprio di un ospedale è la condizione necessaria per promuovere una libertà d'impresa che va esercitata nel quadro delle disposizioni riguardanti la sanità pubblica. La portata di tali disposizioni deve essere oggetto di dialogo tra le parti interessate. I conflitti che possono sorgere al momento della ricerca di una soluzione comune vanno risolti tramite un negoziato in cui ogni parte si sforza di capire le ragioni per cui l'altra considera come essenziale l'una o l'altra disposizione: un organismo giudiziario indipendente consentirà di trovare una soluzione a simili conflitti. Un ospedale cattolico non può vedersi imposto un obbligo che negherebbe la sua stessa ragion d'essere; un

governo va oltre i suoi diritti quando impone una misura che iscrive nella realtà un'ideologia o una filosofia di vita appartenente a un gruppo particolare. Libertà di coscienza richiede che sia rispettato il carattere proprio che uno o più individui hanno voluto dare all'istituzione da loro creata e che ne costituisce il tratto essenziale. L'indipendenza delle istituzioni sanitarie è protetta quando viene riconosciuta la loro libertà di scegliere le cure mediche nonché le prestazioni sanitarie.

Il riconoscimento del carattere proprio degli ospedali cattolici e, in maniera più generale, di tutte le istituzioni sanitarie create per rispondere a un ideale, dipende largamente dalla cultura politica della popolazione di un Paese. Infatti, ogni governo è tentato d'intervenire direttamente per imporre la "sua" visione della salute ma, in realtà, tale visione è il riflesso della scelte e delle preferenze dell'opinione pubblica: da qui l'importanza di far sì che essa sia resa consapevole di tutte le implicazioni che derivano dagli orientamenti proposti e dalle decisioni prese.

## **2. Le istituzioni sanitarie cattoliche e l'uguaglianza di accesso alle cure**

Fra le esigenze delle società che hanno adottato l'ideale democratico figura quella dell'uguaglianza, ma gli Stati moderni incontrano gravi difficoltà per garantirla effettivamente. Tali difficoltà possono essere superate dalle istituzioni d'ispirazione religiosa e ciò vale particolarmente per quanto riguarda il ruolo delle istituzioni sanitarie all'interno delle società contemporanee.

È vero che dalla Rivoluzione francese la ricerca dell'uguaglianza figura fra gli obiettivi di ogni società aperta al futuro. Le società moderne e le organizzazioni internazionali hanno fatto dell'uguaglianza di tutti gli uomini davanti alla legge un principio fondamentale dell'ordine pubblico; precise norme giuridiche sono state enunciate per offrire a tutti un'uguaglianza nelle opportunità nonché nell'accesso all'istruzione o all'impiego; i vari sistemi di previ-

denza pubblica si sforzano di assicurare la stessa uguaglianza nell'accesso alle cure mediche. L'uguaglianza stabilita dalle società moderne è di ordine giuridico; le società laiche, infatti, non possono invocare considerazioni filosofiche, e meno ancora religiose, per incitare le coscenze ad accettare i sacrifici richiesti dalla ricerca dell'uguaglianza.

Malgrado l'intento di realizzare una società egualitaria, le diseguaglianze si perpetuano o si ricostituiscono; anche là dove si sono mobilitati i popoli in uno slancio rivoluzionario suscitato dal desiderio di uguaglianza, nuove classi dominanti sorgono e si attribuiscono vantaggi che non vengono messi a disposizione di tutti. Tale fenomeno è particolarmente percepibile nei sistemi sanitari. Una mappa delle diseguaglianze nel campo della salute metterebbe in luce il contrasto che esiste tra le situazioni dei paesi industrializzati con un PIL elevato e quelli il cui bilancio statale è incapace di alimentare un sistema moderno e generalizzato di cure, con la conseguenza di un'altissima mortalità per effetto delle grandi pandemie.

La rete delle istituzioni sanitarie cattoliche è rilevante. La presenza ecclesiale nel settore della salute giustifica che i governi considerino tali istituzioni come interlocutori da associare alla programmazione sanitaria, sempre nel rispetto della loro specificità. La lotta contro le malattie che si diffondono negli ambienti più poveri richiede una medicina di prossimità, che si tratti dei campi di rifugiati o dei quartieri diseredati delle città, nei Paesi ricchi come nei Paesi poveri. Non dare agli operatori sociali (e qui, penso specialmente alle congregazioni religiose) i mezzi per realizzare il loro servizio significa rifiutare l'uguaglianza nell'accesso alle cure. L'uguaglianza si costruisce a partire dal basso, assicurando a tutti, in modo reale, un'istruzione e dei mezzi per potersi nutrire, istruire e curare; l'esperienza prova che quando l'uguaglianza viene ricercata a partire dall'alto, larghe fasce di popolazione sono trascurate e le misure costrittive decretate vengono a ledere la libertà che si afferma di voler dare a tutti.

Gli ospedali cattolici possono conoscere oggi delle grandi difficoltà a testimoniare fedelmente l'esigenza d'uguaglianza, ma tale testimonianza è più che mai necessaria.

La promozione dell'uguaglianza nell'accedere alle cure mediche attinge all'etica comune degli Stati moderni, anche se stenta a essere realizzata nella pratica, e rientra certamente nella vocazione degli ospedali cattolici. Tuttavia, si incontra una difficoltà che dipende dalle condizioni della gestione di un'istituzione sanitaria. Per assicurare un servizio di alta qualità, l'istituzione deve costantemente preoccuparsi di modernizzare i suoi impianti e di applicare la normativa sociale, con effetti pesanti sul bilancio. Gli amministratori sono allora tentati di mettere l'accoglienza dei più poveri al secondo posto dopo la preoccupazione per l'efficacia della struttura. Certo, non tutto può essere fatto, ma la sollecitudine per i più bisognosi deve trasparire nel lavoro quotidiano, manifestandosi nei rapporti umani tra il personale medico e paramedico, i pazienti e le loro famiglie. I medici e gli infermieri devono testimoniare il proprio interesse personale per le situazioni di abbandono o di angoscia. Bisogna dunque valutare la qualità umana dei servizi e delle attitudini del personale in tale campo. Va tenuto vivo uno spirito generale di disponibilità nelle istituzioni, anche se è un'obbligazione difficile da precisare. Mentre la richiesta di rispettare le scelte della coscienza riguarda casi abbastanza facili da identificare, qui si tratta di uno spirito che deve anzitutto animare i dirigenti, affinché essi siano in grado di farli vivere nei diversi servizi. Il perseguitamento di tale obiettivo presenta aspetti delicati, soprattutto nel momento in cui la direzione delle istituzioni sanitarie viene affidata a persone laiche assunte sulla base della loro competenza. Forse, si potrebbe pensare a chiedere a tali persone di firmare una dichiarazione nella quale si impegnano a condividere gli obiettivi dell'ospedale e ad agire in conformità agli orientamenti della Santa Sede (specialmente in campo bioetico), nonché a ispirarsi al concetto cristiano dell'umanizza-

zione delle cure, come ha sottolineato in modo opportuno e convincente Sua Eminenza il Cardinal Fiorenzo Angelini. Particolare attenzione deve essere posta inoltre nel concedere l'uso dei locali dell'istituzione sanitaria a gruppi la cui attività non rispetta i principi enunciati dal Magistero.

### **3. Le istituzioni sanitarie cattoliche, testimoni della solidarietà**

Nel concetto di solidarietà, si possono individuare quattro stadi: quello in cui si presta soccorso nelle situazioni di urgenza come la fame e la malattia, l'interdipendenza che si instaura tra coloro che aiutano e coloro che hanno bisogno d'aiuto, il rispetto reciproco dei valori che devono caratterizzare ogni iniziativa solidale, la preoccupazione per le generazioni future nelle modalità con cui si gestisce il presente. Tutti tali aspetti devono essere presi in considerazione dagli ospedali cattolici: infatti,

la loro vocazione è di permettere ai più poveri di accedere alle cure mediche, coordinando la loro azione con quelle delle altre istituzioni sanitarie e di salvaguardare così il futuro di una popolazione, tutelando la salute. Il personale degli stabilimenti sanitari cattolici deve ricordare costantemente l'esigenza di mettere a disposizione le cure migliori.

Troppò spesso, il concetto di solidarietà viene visto sotto l'aspetto del dovere individuale di ogni uomo o di ogni istituzione nei confronti di coloro i quali si trovano in necessità. Esiste però un altro profilo sotto il quale la solidarietà non è più la virtù di individui, ma un atteggiamento collettivo. La società non è la somma di esseri isolati che hanno concordato un patto di associazione, ma una realtà sociale, una persona morale, portatrice delle scelte dei suoi membri, la cui realizzazione essa persegue. Tale volontà collettiva si applica in primo luogo nei grandi servizi sociali come l'educazione e la sanità, che toccano così da vicino un'interpre-

tazione della vita umana alla quale aderiscono liberamente i membri di una comunità e che, in qualche modo, diventa il loro patto fondamentale.

Alla fine di queste riflessioni, emerge ancora una volta il valore di un'antropologia sociale che guarda alla società come un tutto organico, con una visione che è la condizione del rispetto delle persone, poiché ha in sé una specie di antidoto contro la deriva che lascia gli individui soli di fronte al Leviatano statale. Per concludere, vorrei sottolineare la "solidarietà" del Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace con gli sforzi del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute tendenti a fare riconoscere la specifica realtà delle istituzioni cattoliche sanitarie. La loro esistenza offre l'opportunità di ricordare al mondo di oggi la dimensione umana e sociale delle cure mediche.

S.E. Mons. GIANPAOLO

CREPALDI

*Segretario del Pontificio Consiglio*

*della Giustizia e della Pace*

*Santa Sede*



*PASCUAL PILES FERRANDO*

## 4. Nel mondo religioso

### 1. Saluto

Vi ringrazio per avermi invitato a partecipare a questa Conferenza per presentare le sfide religiose necessarie per sostenere l'identità cattolica delle istituzioni sanitarie.

Come sempre accade quando si prendono in esame questi aspetti, lo si fa partendo dalla propria esperienza, che nel mio caso è di quasi quarant'anni come religioso e attualmente come primo rappresentante dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, che annovera Istituzioni in cinquanta Paesi nei cinque continenti e quasi 300 strutture sanitarie promosse dall'Ordine.

### 2. Premesse di cui tenere conto

Ne segnalo tre, non so se sono le uniche, ma sono quelle che considero appropriate per questa riflessione.

#### *L'istituzione sanitaria come luogo di guarigione*

Credo che per tutti sia chiaro che un'istituzione sanitaria è un luogo di salute, a cui le persone malate si rivolgono cercando di recuperare la propria salute. Indipendentemente dalla loro esperienza con l'istituzione, quella della malattia, e a volte della morte stessa, grazie a un certo modo di agire da parte degli operatori, può essere una possibilità di incontro con Cristo e con la sua salvezza.

Di fatto, dobbiamo pretenderlo, tanto per i pazienti quanto per chi li circonda.

#### *Libertà religiosa*

Credo che dobbiamo agire sempre secondo i principi indicati nella Dichiarazione del Concilio Vati-

cano II *Dignitatis humanae* sulla libertà religiosa.

Proclamiamo perciò la consapevolezza che, come persone, abbiamo della nostra dignità, il che ci spinge a esercitare una libertà responsabile, escludendo ogni mezzo coercitivo.

Ciò ci porta a difendere, nei singoli Stati, la nostra identità, qualunque sia la nostra ideologia e il nostro credo.

Agiamo perciò rispettando, pur con il nostro credo, la libertà degli Stati e di ciascuna persona di cui ci prendiamo cura, senza forzarla in quello che è l'aiuto pastorale, e aiutando coloro che appartengono ad altre confessioni religiose, con diversi servizi.

#### *Diversità di culture e di criteri*

Il nostro Ordine attualmente opera in cinquanta Paesi, come ho detto prima. Possiamo affermare che la Chiesa è presente in tutti i Paesi del mondo; non so, infatti, se ci sia un Paese in cui non sia presente anche un solo germe della Chiesa.

Come Chiesa, difendiamo la nostra identità cattolica, sulla base dalla quale formuliamo i nostri principi per agire nell'ambito delle nostre istituzioni, principi che devono essere conosciuti da tutti gli operatori e rispettati nella loro attuazione.

Un'altra cosa è il fatto che gli operatori, tutti i membri perciò delle nostre istituzioni, vivano in modo convinto il fatto che queste ultime sono parte della Chiesa, siano essi di altre confessioni cristiane, non cristiane, o addirittura agnostici.

Nella mia esperienza, in questa mescolanza di possibilità, che possiamo affermare è presente nella maggior parte dei luoghi in cui si trova l'istituzione, dobbia-

mo avere un'impostazione pastorale basata sul dialogo della carità, come ha affermato il Santo Padre in diverse occasioni, e con un atteggiamento di Evangelizzazione *ad gentes*, anche se ci troviamo in casa nostra.

È in questo modo che visse San Giovanni di Dio nel suo tempo, nel secolo XVI, e che noi abbiamo assunto come eredità che egli ci ha lasciato. Abbiamo chiarito l'impostazione, per la quale chiediamo rispetto nella sua applicazione. Condividiamo con le persone i valori umani del carisma. Con altre, secondo i luoghi, condividiamo e celebriamo la fede in Gesù Cristo nel nostro essere parte della Chiesa cattolica, o condividiamo e celebriamo, seppur molto meno, la nostra fede in Dio.

Ci sentiamo interpellati da Giovanni Paolo II, nei suoi ultimi scritti, a vivere una spiritualità ecumenica.

### 3. Necessità

Per dare impulso alle istituzioni cattoliche, credo sia necessario tenere conto delle quattro considerazioni seguenti.

#### *Valutazione del bisogno presente nel luogo in cui ci troviamo*

I nostri fondatori sono sempre stati presenti nella storia cercando di venire incontro alle necessità incalzanti dei luoghi in cui si sono trovati. Vorrei dire anche che, alla base di qualsiasi opera sanitaria promossa dalla Chiesa, si trova il fatto di venire incontro a una necessità incombente.

Ciò deve aver luogo sia nelle istituzioni che esistono già da molto tempo, sia nei luoghi in cui la nostra presenza è recente.

Nei luoghi "storici" lo faremo

cercando di aggiornarci nel lavoro che stiamo realizzando.

Nelle nuove presenze dobbiamo venire incontro, con ciò che promuoviamo, alle necessità che ci circondano.

#### *Conoscenza della legislazione dei diversi Paesi in cui ci troviamo*

Non possiamo pensare a una nuova fondazione o rimanere in un Paese al margine della sua legislazione. Dobbiamo conoscerla e cercare di intervenire per un suo miglioramento.

Dobbiamo partire dalla base; accettare cioè le condizioni giuridiche di ogni Paese in cui ci troviamo, ed in questo modo promuovere le istituzioni, sempre che contemplino i principi fondamentali del nostro modo di agire.

Se così non fosse, non potremmo essere testimoni di ciò che inizialmente, come ideale, come Chiesa e come Ordine Religioso, stiamo impostando.

#### *Realizzare la nostra azione sulla base del principio di sussidiarietà o di complementarietà*

La presenza della Chiesa attraverso le istituzioni sanitarie si deve ad azioni sussidiarie in luoghi ove ancora non esiste uno sviluppo sufficiente e che necessitano di sostegno, dei quali la Chiesa si fa responsabile, o in quei luoghi in cui questo sviluppo ha già avuto luogo e dove siamo complementari, cercando di essere segni di un'azione di qualità, realizzata con la cultura dell'istituzione, cioè un servizio integrale.

Basati su questi principi, dobbiamo privilegiare i settori che consideriamo come i più svantaggiati: malati in generale, malati psichici, anziani, malati terminali, disabili fisici o psichici, ecc.

#### *Garantire la vivibilità dei Centri fondati*

Come Chiesa, e come Ordini o Congregazioni Religiose, abbiamo la necessità di garantire i mezzi necessari per il sostentamento dei Centri, affinché possano assicurare efficienza e continuità.

Credo che molti di noi, la maggioranza, si definiscano come isti-

tuzioni senza fini di lucro, che però necessitano di risorse in funzione della missione.

Ciò si può realizzare attraverso convenzioni con gli Stati che sono organizzati nel campo sanitario, con sovvenzioni di organismi statali o parastatali, con la collaborazione di persone che credono nel nostro progetto, o con contributi da parte dei pazienti di cui ci prendiamo cura.



#### **4. Sfide di cui dobbiamo tenere conto**

Esaminiamo ora le sfide cui fa riferimento il titolo della nostra riflessione. Non pretendo certo di essere esaurente, ma vorrei parlare di sette sfide:

– *Impostare i Centri Sanitari Cattolici con una qualità totale, con un'assistenza integrale; che siano un modello per la loro attuazione da un punto di vista tecnico e per la loro contemplazione della dimensione umana e spirituale; che abbiano qualità e calore umano; che pongano il malato al centro dell'Istituzione.*

Credo che non possa esistere un'opera sanitaria della Chiesa, un'opera promossa da un Ordine o da una Congregazione Religiosa, in cui non venga impostata un'azione di qualità.

Teologicamente possiamo affermare che le nuove fondazioni sono mosse dagli impulsi della grazia, ma sappiamo che la grazia si incarna nella natura. Usando tutti i doni

che Dio ci ha dato, siamo chiamati ad aiutare la grazia.

Una qualità assistenziale esige una buona professionalità, che contempli la tecnica più aggiornata, nella misura delle nostre possibilità, e il modo in cui questa stessa tecnica viene applicata.

Dobbiamo porre l'accento sul saper servire, sul saper assistere, sul saper mettere la tecnica al servizio della persona nelle sue diverse dimensioni. Viceversa, non avremo una qualità totale, e non faremo un'assistenza integrale, olistica.

Il nostro Fra Pierluigi Marchesi, mai abbastanza compianto, era stato definito come il profeta dell'umanizzazione. Nella nostra istituzione fu famosa la sua riflessione sull'umanizzazione.

Lungo la nostra storia, abbiamo cercato sempre di prestare un'assistenza di qualità; il suo pensiero ci ha coinvolti in un modo di agire professionalizzato, di cultura, evangelizzato, spiritualizzato.

Criteri come “è necessario umanizzarsi per umanizzare”, “il malato è la nostra università”, o “il malato è il centro della nostra Istituzione”, sono elementi che ci hanno fatto riflettere molto a livello personale e istituzionale, da soli e assieme agli operatori.

Hanno fatto sì che il nostro sforzo per l'umanizzazione, per la qualità, diventasse uno dei leitmotiv della nostra missione.

Lo stesso Giovanni di Dio fondò la sua prima opera per offrire un'alternativa di qualità dopo un'esperienza in ospedale, nel quale era stato ricoverato, e dove non avvertì molta qualità ed umanità.

Fare in modo che nella Chiesa i Centri Sanitari si caratterizzino per questo spirito è una delle nostre prime sfide.

– *Lavorare affinché gli operatori si sentano protagonisti del progetto che stanno promuovendo, continuino a sentirsi identificati con l'istituzione e si sentano parte della sua cultura e della sua espressione.*

Un'altra delle nostre grandi sfide è questa: far sì che nelle nostre istituzioni gli operatori si sentano dei protagonisti, partecipino alla ricerca dei valori che lo definisco-

no, li assimilino, si identifichino con essi e li arricchiscano.

Nel passato abbiamo agito con un certo paternalismo, da una parte proteggendo gli operatori, dall'altra allontanandoli dalla realtà, quando non ci interessava. La nostra forma di agire dev'essere più coinvolgente.

Sulla base di molte riflessioni sulla gestione e sulla vita delle istituzioni, se vogliamo delle imprese in generale, si sta ponendo l'accento su questa realtà, sul condividere i valori dell'istituzione, promuoverli, facendo in modo che le persone si sentano identificate con l'istituzione, con il suo modo di operare, con la sua cultura e la sua mistica.

Con il dovuto rispetto per l'identità di tutti coloro che fanno parte dell'istituzione, dobbiamo renderli partecipi dei nostri criteri, del nostro stile, sempre disposti a valorizzarlo con la loro presenza, con la loro ricchezza.

La Chiesa ha una cultura, una mistica, una tradizione nell'assistenza, nei luoghi di frontiera. Ha una concezione della persona tanto nella nascita quanto nel vivere e nel morire.

Tutto ciò forma il bagaglio della nostra tradizione, e dobbiamo viverlo, condividerlo, affinché illuminino il nostro modo di agire. La tradizione intesa bene, con una lettura corretta, non inibisce. La sua funzione è quella di illuminare il presente e di aprirci al futuro.

Nella selezione del personale, del talento umano come si comincia a dire in alcuni luoghi, dobbiamo tenere presente la professionalità, i valori umani e, a pari condizioni, la confessione.

Forse tutti abbiamo avuto delle sorprese sfortunate al riguardo, perché alcune persone che apparentemente sembrava rispondessero al profilo che ricerchiamo, non sempre si sono dimostrate adeguate.

*– Ottenere i mezzi necessari per la missione, senza smettere per questo di essere profeti nel mondo della salute.*

Mi dilungerò meno su questa sfida; è stata trattata in modo specifico da altri componenti la tavola rotonda.

La Chiesa deve dare, in questo

campo e in molti altri, la testimonianza che non è alla ricerca del denaro, che non è “pesetera”, come diciamo in Spagna. Non so se ora si deve dire “euroera”, vista la nuova moneta. Mi sembra però che non suoni bene.

Secondo il mio parere, la Chiesa, nelle sue istituzioni sanitarie, deve lavorare non per guadagnare del denaro, ma per servire. Deve cercare di operare sempre senza scopo di lucro, come espressione della carità di Cristo e dell'amore misericordioso di Dio verso le persone.

Ciò non significa che non debba lavorare molto per cercare di sostenerle le sue istituzioni, sapendo gestirle attraverso istituzioni pubbliche e private, persone fisiche o giuridiche, per ricavare le risorse e saperle gestire bene. Credo che in ciò siamo stati, talvolta, un po' miopi. Bisogna invece essere saggi, in una società come la nostra, che è piena di altri interessi. Inoltre, le amministrazioni dei Centri Sanitari Cattolici devono distinguersi per la trasparenza, la chiarezza, devono sempre evitare qualsiasi tipo di corruzione.

*– Organizzare appropriati servizi di pastorale, per un'adeguata evangelizzazione sostenuta da un servizio ben svolto.*

Una delle cose che dobbiamo curare molto e che, per questo, presento come una sfida permanente per le nostre istituzioni, è quella di avere dei buoni e organizzati servizi di pastorale.

In questi servizi devono esserci dei responsabili, un sacerdote o più sacerdoti, dei religiosi, religiose, laici, tutte persone idonee che insieme portino avanti l'azione pastorale di pre-evangelizzazione, evangelizzazione e celebrazione sacramentale, secondo ciò che richiede la situazione, cercando di integrare in quest'azione un maggior numero di persone, operatori, volontari o amici dell'istituzione.

L'orientamento del servizio di pastorale sarà rivolto ai pazienti, ai loro familiari, oltre al personale che opera nel centro.

Il modo di agire esige di avere dei criteri chiari per ciò che riguarda le scienze umane e la teologia, per realizzare un'azione adeguata che sia sempre sanante e salvifica:

nella cura, ma anche quando la malattia persiste, o quando sopraggiunga la morte.

Bisogna tenere presente che l'esperienza della malattia, della sofferenza, può essere un elemento di maturazione della persona, ma anche di distruzione.

*– Promuovere un progetto etico di assistenza secondo i principi del Magistero, applicati alla realtà concreta di ogni giorno.*

Un punto che esige oggi un'attenzione costante nel nostro compito assistenziale è il rispetto per la dignità della persona. Sono sempre di più le possibilità di intervenire, da parte della scienza, sull'essere umano. “Non tutto ciò che è tecnicamente possibile è etico, morale o evangelicamente realizzabile”, ha detto in diverse occasioni Giovanni Paolo II.

Dobbiamo conoscere e aderire ai principi del Magistero. Dobbiamo conoscere la riflessione che, nel campo della bioetica, viene realizzata costantemente da teologi e da filosofi della Chiesa e da esperti in scienze umane.

Come istituzioni ecclesiali, dobbiamo rispondere alle esigenze quotidiane del compito assistenziale.

Bisogna promuovere la conoscenza delle basi della bioetica della Chiesa Cattolica, attraverso corsi, tavole rotonde, master, ed è necessario realizzarla nelle nostre istituzioni. Dobbiamo promuovere Comitati di Bioetica Assistenziale o di Sperimentazione Clinica. Tutto ciò aiuta a creare una cultura tra gli operatori, e favorisce nei casi concreti l'assistenza per le decisioni del caso.

La nostra istituzione, a livello universale, ha varie riviste che promuovono sia la riflessione nel campo della pastorale della salute, sia in quello della bioetica in varie parti del mondo.

Nell'anno 2000, l'Ordine ha pubblicato una Carta d'Identità, che affronta, tra l'altro, il tema della bioetica e la sua applicazione in situazioni concrete.

*– Dedicare sforzi, oltre all'assistenza, all'insegnamento ed alla ricerca.*

Nell'ambito delle sfide, dopo quanto abbiamo detto credo sia

chiaro realizzare una buona assistenza, che però non può essere tale senza contemplare anche l'insegnamento e la ricerca.

Nel campo dell'insegnamento abbiamo un grande spazio per formare gli operatori da un punto di vista tecnico, ma anche dal punto di vista umano e spirituale, con uno stile specifico, con uno spirito cattolico.

Nelle nostre istituzioni, dobbiamo dare anche un contributo alla ricerca. È chiaro che non tutte le istituzioni hanno la capacità di contribuire in uguale misura, è certo però che è un aspetto da promuovere, per essere testimoni in un mondo che si presenta come colto, del rapporto che esiste in campo assistenziale tra fede e cultura.

*– Essere testimoni di Cristo e della sua Chiesa con il nostro servizio, cercando di essere espressione di una grande fantasia e im-*

*maginazione della carità, in una società secolarizzata, e che molto spesso crede più ai gesti che alle parole.*

La nostra grande sfida è quella di essere, in ogni momento, testimoni di Gesù Cristo e della sua Chiesa, attraverso il nostro servizio.

In tante parti del mondo esiste una società molto secolarizzata. Come ha affermato Paolo VI nella *Evangelii nuntiandi*, una società che è più sensibile a leggere nei segni che non nelle parole (cfr. EN 42).

La nostra è una società in cui, per esortazione di Giovanni Paolo II, noi cristiani siamo chiamati ad avere fantasia, immaginazione, nell'espressione della carità di Cristo, dell'ospitalità, dell'assistenza. Siamo chiamati a creare una cultura della vita.

Noi cristiani cattolici che lavoriamo nel mondo assistenziale, che promuoviamo istituzioni assistenziali, ci troviamo di fronte alla

grande sfida di saper rispondere alle esigenze della modernità con progetti assistenziali, con la realizzazione di questi progetti nei quotidiani servizi ordinari, cui dedichiamo varie ore della giornata, per servire con dignità la persona per la quale Gesù di Nazaret, presentando un progetto di salute-salvezza, dedicò la propria vita, pensando sempre ai più bisognosi.

Saranno queste le sfide che, secondo la mia visione della realtà, siamo chiamati a tenere in considerazione, rispondendo con la nostra presenza nel mondo. Come ho già detto all'inizio, forse ce ne sono delle altre. L'esperienza di ognuno di noi deve portarci ad arricchirle.

Grazie.

Fra PASCUAL PILES  
FERRANDO, O.H.  
*Superiore Generale  
dell'Ordine Ospedaliero  
di San Giovanni di Dio  
Fatebenefratelli*



# Seconda Sessione

venerdì  
8  
novembre

## Illuminazione dalla fede della realtà attuale degli ospedali cattolici

*ROSARIO MESSINA*

### 1. Storia degli ospedali cattolici

“La Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati come parte integrante della sua missione”<sup>1</sup> e ciò per molteplici motivi:

– perché attraverso la cura dei malati ha obbedito al mandato ricevuto dal suo Signore: “andate, predicate il vangelo e curate i malati”<sup>2</sup>;

– perché, come ha affermato Giovanni Paolo II, ha riscritto nel tempo la parola del buon samaritano<sup>3</sup>;

– perché ha seguito l'esempio del Suo Maestro che durante la vita terrena si è circondato di poveri e di malati;

– perché “la Santa Chiesa si riconosce da questo contrassegno della carità”<sup>4</sup>, “la carità infatti è il cuore della Chiesa: senza la carità la Chiesa non è la Chiesa di Gesù Cristo”<sup>5</sup>;

– infine, perché la carità è la via privilegiata per rendere credibile il Vangelo: “se vedi la carità – scrive S. Agostino – vedi la trinità”<sup>6</sup>.

Questi e altri aspetti o volti della carità furono capitoli e assimilati dalle prime comunità cristiane, come ne fanno fede gli *Atti degli Apostoli*<sup>7</sup> e le appassionate Omelie dei Padri<sup>8</sup>, i quali con parole semplici ma di fuoco, esortavano i fedeli a non tradire il comandamento

dell'amore adombrato nelle parabole della perla preziosa, del tesoro nascosto, dell'abito nuziale, dei frutti dell'albero, dell'olio della lampada e soprattutto in quelle del buon samaritano e del giudizio finale.

Questi pensieri ripetuti con insistenza, avvalorati dall'esempio e dalla santità della vita, finirono per diventare cibo, nutrimento, modo di pensare e stile di vita della Chiesa delle origini<sup>9</sup>.

Pertanto nel brevissimo *excursus* storico che segue non vorrà tanto esaltare le opere di carità ma la carità delle opere<sup>10</sup>, cioè l'intima passione, il profondo amore e l'ardente fuoco di carità che le ha fatte fiorire. Scrive infatti Karl Rahner: “la vera e propria storia della Chiesa (se mai si è potuta o si potrà scrivere) sarebbe la storia dei Santi; tutto quanto il resto – pur importante e foss’anche necessario che sia – risulta assolutamente secondario rispetto a questa storia intima”<sup>11</sup>.

In una lettera inviata ad Arsacio, sacerdote pagano della Galazia, l'imperatore Giuliano così scriveva: “è una sfortuna che nessun Ebreo sia mendicante e che gli empi galilei nutrano il nostro popolo oltre che il loro, mentre al nostro manca, notoriamente, la nostra as-

sistenza”. L'affermazione dell'imperatore apostata è una testimonianza insospettabile dell'attività esplicata dalla Chiesa a favore delle classi sociali più deboli, e lascia intendere che verso la metà del IV secolo la prassi cristiana di aiutare su basi organizzative chiunque si trovasse nel bisogno avesse assunto proporzioni notevoli, particolarmente attraverso le “diaconie”<sup>12</sup>.

Il termine diaconia dal I al IV secolo servì ad indicare qualsiasi forma di “servizio di carità” che la Chiesa seppe inventare o mutuare dal contesto socio-culturale in cui era inserita; in seguito, passò a designare anche particolari “istituti di carità” amministrati e gestiti da una comunità con a capo il Vescovo.

Poiché culto e carità erano considerati immagini inscindibili e preziose di un unico dittico, i primi ambienti culturali, a iniziare dal cenacolo dove Cristo come “servitore-diacono” aveva lavato i piedi ai suoi discepoli e come “ministro-sacerdote” aveva spezzato con loro il pane, divennero anche le sedi privilegiate della “diaconia” (servizio di carità) con compiti di conoscenza delle situazioni, censimento delle risorse e programmazione degli interventi.

Durante il periodo delle persecuzioni sia a Roma il Papa S. Fa-

biano, sia a Cartagine il Vescovo S. Cipriano, sia ad Alessandria la *Storia Ecclesiastica* di Eusebio di Cesarea, sono prodighi di esempi edificanti: vescovi, diaconi e semplici fedeli si organizzarono per alleviare le sofferenze dei vivi e offrire una degna sepoltura ai morti<sup>13</sup>.

Con la pace di Costantino, grazie a una capillare azione di monitoraggio effettuata dai diaconi, collaboratori dei vescovi e ministri dei poveri, i soggetti dell'assistenza erano ormai individuati: neonati illegittimi, orfani, bambini abbandonati, vedove, vecchi, invalidi, ciechi, malati incurabili, pellegrini, ecc. Per loro fondarono istituti che furono dotati di rendite fisse e ai quali l'imperatore Giustiniano riconobbe la personalità giuridica, distinguendoli a seconda dei bisogni in<sup>14</sup>:

– *Nosocomia*: ospedali, i più importanti potevano contare fino a cento o duecento posti letto;

– *Orphanotrophia* e *brephtrophia*: istituti per accogliere orfani o bambini abbandonati;

– *Gerontocomia*: ospizi per i vecchi;

– *Ptocotrophia*: ospizi per i poveri;

– *Xenodochia*: ospizi-ospedali per forestieri e pellegrini.

Verso la metà del IV secolo gli *xenodochi* dovevano avere una particolare importanza nella vita sociale, dal momento che perfino l'imperatore Giuliano ne raccomanda la fondazione ai sacerdoti pagani. Infatti la loro realizzazione è richiesta anche dal canone n. 75 del concilio di Nicea (325) che impone ai vescovi di costruire in ogni città ospizi per i poveri, per i malati, per i forestieri<sup>15</sup>.

Secondo lo storico Sozomeno il primo *xenodochio* fu realizzato ad Edessa (Siria) nel 370: durante una terribile carestia il diacono Efrem fece chiudere con uno steccato alcuni portici della città ricavando provvisoriamente trecento posti letto in cui, ogni giorno, assicurò ospitalità e assistenza a tutti gli abitanti affamati e ammalati<sup>16</sup>.

Cinque anni più tardi Basilio, vescovo di Cesarea di Cappadocia, realizzò un vasto complesso ospedaliero considerato la più grande opera assistenziale dell'antichità cristiana; le sue dimensioni erano tali da far pensare a una vera e pro-

pria città satellite che il popolo chiamò *Basiliade*. Come i moderni policlinici, comprendeva vari reparti, alcuni dei quali erano riservati alle malattie infettive; i lebbrosi, scacciati da ogni parte e costretti a girovagare senza fissa dimora, erano accolti e curati da medici e infermieri. Oltre all'ospedale, nella Basiliade sorgevano *xenodochia* e vari laboratori nei quali si provvedeva alle tante necessità dei ricoverati e, contemporaneamente, si offriva ai giovani l'opportunità di apprendere un mestiere<sup>17</sup>.

Contemporaneo di Basilio, il vescovo di Costantinopoli Giovanni Crisostomo organizzò l'assistenza ai poveri mobilitando l'aristocrazia della capitale bizantina. Per costruire ospedali, che preferiva alle basiliche, attinse abbondantemente dai suoi beni e mise in vendita ricchi marmi e pietre preziose che appartenevano al tesoro della Chiesa<sup>18</sup>. Esortava, inoltre, tutti i cristiani a trasformare la propria casa in un piccolo *xenodochio*, in



cui una stanza con letto, tavolo e lume doveva essere sempre pronta per accogliere il povero, il forestiero o il malato.

Come si vede, in questo ardore di carità, sono sempre in prima fila i vescovi, i quali, aiutati dai diaconi e sostenuti dalle generose offerte dei fedeli e dai sostanziosi lasciti e fondi assegnati dagli imperatori, accanto alle cattedrali o in altre zone della città costruiscono ospedali, ospizi, orfanotrofi e case per i poveri.

Elencarli tutti sarebbe fatica improba, ne cito solo alcuni: Ilario di Poitiers, Ambrogio, Gregorio di Nazianzo, Gregorio di Nissa, Agostino, Cirillo di Alessandria, Leone Magno, Massimo di Torino, Cesario di Arles, Gregorio Magno<sup>19</sup>.

Ma insieme a vescovi e diaconi riscontriamo una moltitudine di semplici fedeli che hanno compiuto meraviglie nell'assistere i malati di ogni genere e nel costruire ospedali che mettevano a disposizione della Chiesa. Voglio ricordarne almeno due:

1. a Roma, Fabiola fondò un ospedale in cui lei stessa serviva. S. Girolamo scrive a tal proposito: "quante volte lei stessa s'è portata a spalla malati affetti da lebbra e cancrenosi. Quante volte ha disinfeccato ferite in suppurazione, che un altro non avrebbe osato neppure guardare. Li imboccava lei con le sue mani e faceva sorseggiare a quei cadaveri viventi tazze di brodo";

2. a Ostia, Pammachio fondò un ospedale di cui furono ritrovate le fondamenta. Girolamo gli scrisse: "Mi giunge voce che hai fondato a Porto Romano (Ostia) un ospizio per i pellegrini e che hai trapiantato sul lido d'Italia un pollone dell'albero di Abramo. E come Abramo volle servire personalmente i suoi ospiti, così fai tu nel tuo ospizio per imitare l'umiltà del Salvatore"<sup>20</sup>.

Sempre a partire dal IV secolo la storia della carità si arricchisce di nuovi protagonisti che sono i monaci, destinati ad assumere nel tempo un ruolo sempre più importante<sup>21</sup>.

Dopo un inizio spontaneo, individuale e non organizzato, il fenomeno del monachesimo, sorto in Oriente, si sviluppò rapidamente anche in Occidente, assumendo forma comunitaria. Insieme alla preghiera, all'ascesi e al lavoro, i monaci s'impegnarono nell'evangelizzazione e nelle opere sociali (scuole, ospedali, ospizi) attraverso le quali s'inserirono nell'organizzazione dei servizi assistenziali della Chiesa fino a sostituire nel tempo gli stessi diaconi.

Il monachesimo raggiunse rapidamente la Siria, la Cappadocia, la Palestina, l'Italia, la Gallia, l'Africa. Alla sua diffusione contribuirono uomini come Basilio di Cesarea, Girolamo, Giovanni Cassia-

no, Agostino d'Ippona, Martino di Tours, Benedetto di Norcia. Fu in particolare merito di San Benedetto l'aver formulato una vera regola di carattere universale per il monachesimo dove s'insiste molto sull'amore ai malati e sull'ospitalità. L'idea portante è quella di sempre: il malato e il pellegrino sono cose sacre, da amare e servire come Cristo stesso: "Degli infermi, è scritto, si deve avere cura prima di tutto e a preferenza d'ogni altra cosa, sicché davvero si serva a loro come a Cristo in persona, infatti Egli stesso disse fui infermo e mi visitaste ed anche quel che avete fatto ad uno di questi piccoli, l'avete fatto a me".

Suggeritivo è il ceremoniale per l'accoglienza degli ospiti: "Tutti gli ospiti che sopraggiungono siano ricevuti come Cristo ... il superiore o i fratelli gli vadano incontro con ogni dimostrazione di carità ... e inchinato il capo o prostrato tutto il corpo a terra si adori in essi il Cristo che viene accolto".

Il monachesimo, inoltre, si è reso benemerito per lo sviluppo della medicina; molti monaci infatti erano medici, infermieri, erboristi specializzati. I conventi divennero così anche centri di cultura e di assistenza sanitaria. Le biblioteche benedettine sono depositarie di codici medici di valore inestimabile. Tra i monasteri più celebri, quello di Montecassino, all'avanguardia nel campo sanitario e medico, attirava folle di appestati, lebbrosi, feriti. L'impulso caritativo dei monaci che creavano ambulatori anche al di fuori dei monasteri, diede tra l'altro origine alla famosa scuola medica salernitana. Altri monasteri celebri: S. Gallo in Svizzera, con un'infermeria perfettamente organizzata; Fulda in Germania, famosa per una scuola di Medicina; Farfa nei pressi di Roma, Camaldoli, ecc.

Fu merito di tutto il monachesimo, ma soprattutto dei Benedettini, quello di avere assistito per molti secoli coloro che nulla potevano dare in contraccambio, malati, miserabili, lebbrosi e pellegrini, persone che "come ruscelli verso il mare – annota un cronista – affluivano ogni giorno verso i monasteri"<sup>22</sup>.

Durante tutto l'alto medioevo, con l'appoggio del potere imperia-

le, la Chiesa diventa la garante principale dell'amministrazione della giustizia, del mantenimento della pace e dell'ordine nelle città e nelle campagne, della distribuzione delle elemosine e dell'assistenza ai poveri e agli infermi.

Ogni vescovo, secondo i decreti capitolari di Carlo Magno, aveva l'obbligo di costruire e mantenere



accanto al palazzo episcopale un ospizio per i poveri, gli stranieri e i malati. Con la sua morte, però, l'impero precipitò nel caos e per quasi due secoli si camminò alla ricerca di un nuovo equilibrio politico-sociale: "gli uomini si divorano tra loro come pesci nel mare" costatava un Sinodo del 909.

L'insicurezza generale moltiplicava la miseria e le frequenti epidemie mietevano innumerevoli vittime: "Ogni giorno – piangeva il vescovo di Tours – perdiamo decine di fanciulli che ci erano dolci e cari, che avevamo riscaldato sul nostro petto, portato sulle nostre braccia, e nutriti con le nostre mani"<sup>23</sup>.

Nel suo insieme però l'organizzazione della carità non finisce: l'istituto della decima, fatto proprio dalla Chiesa per oltre mille anni, nacque in questo contesto: esso serviva non solo a mantenere i sacerdoti o a provvedere alle spese del culto, ma anche al mantenimento dei poveri e dei malati.

Pur con i limiti imposti dalle interferenze laicali sulla loro elezione, anche in questo tempo è rilevante il numero di vescovi che imitavano l'esempio di S. Martino:

"La clientela dei poveri assediava le chiese cattedrali"; a Noyon, scrive un cronista, "non c'era bisogno di indicare agli stranieri la residenza del vescovo, la folla dei poveri segnalava da lontano il luogo"<sup>24</sup>.

Dopo il primo millennio assistiamo al sovvertimento di ogni ordine costituito a causa della disgregazione dell'autorità centrale, cui si sostituisce un feudalesimo belligeroso<sup>25</sup>.

Se il feudo necessitava di cavalieri per difendersi dai nemici, i cristiani pensarono bene di omologare tale idea promuovendo cavalieri per la difesa dei deboli, dei poveri, dei pellegrini, dei malati, per essere voce – diremmo oggi – di quelli che non avevano voce. Nascono così gli ordini cavallereschi; ogni cavaliere si faceva un punto di onore nella protezione dei più indifesi; la sua spada nel giorno della consacrazione del cavaliere, veniva così benedetta: "possa essa assicurare la difesa e la protezione alle chiese, alle vedove, agli orfani, ai malati, ai poveri e a tutti i servitori di Dio"<sup>26</sup>. Sono sorti così molti Ordini Cavallereschi:

– *l'ordine ospedaliero Gerosolimitano*, ora detto di Malta, che organizzò un ospedale chiamato di S. Maria in Latina in maniera tecnicamente così perfetta da divenire modello per tutte le altre organizzazioni sanitarie dell'oriente e dell'occidente<sup>27</sup>;

– *l'ordine ospedaliero di S. Lazzaro*, che si distinse per la cura dei lebbrosi in Gerusalemme e in altre città dell'oriente;

– *l'ordine Teutonico*, sorto ad opera di cavalieri tedeschi che, oltre all'assistenza ospedaliera, si obbligavano a fare servizio di ambulanza nei viaggi papali;

– *gli ospedalieri laici di S. Antonio*, nati per la cura dei malati del "Fuoco di Sant'Antonio";

– *i crociferi o crocigeri*, che arrivarono a possedere fino a 200 ospedali.

Ma ancor più numerose sono state le Confraternite nate nel periodo dei Comuni. Sono laici, appartenenti ai più diversi ceti sociali, che si riuniscono per fondare o mantenere istituti di assistenza, ospedali e lebbrosari.

In questo contesto gli ospedali vanno trasformandosi da luoghi di rifugio in veri luoghi di cura, dove

si comincia a elaborare una nuova concezione della malattia, del malato e dell'assistenza, distinguendo tra povero e malato che prima erano tutt'uno. Alla differenziazione delle forme di assistenza dei malati da quella più generica dei poveri, contribuì il diffondersi delle conoscenze mediche irradiate dalle università di Montpellier, Parigi, Bologna e Padova.

Igiene e dieta cominciano a migliorare, si costruiscono i primi bagni e ai ricoverati vengono offerti carni, pesci, legumi e cereali: tutti cibi che allora comparivano solo sulle tavole dei benestanti<sup>28</sup>.

Ma che ricca storia, piena di piacevoli sorprese, quella delle Confraternite! Lo spirito di carità e una fede profonda nella presenza di Cristo nei poveri e nei malati domina quasi tutti gli statuti delle confraternite che germogliano in città e villaggi: evangelicità, laicità, popolarità e gratuità sono le caratteristiche comuni delle confraternite<sup>29</sup>. “Il malato è Cristo, perché in maniera più toccante ed espressiva ci mostra il volto di Cristo. Per questo bisogna servirlo con amore, piacevolezza, tenerezza e devozione”, così scrivono molti Statuti.

È un fervore che attraversa i vari strati della Chiesa e della società: un rinnovamento che si fonda nella riscoperta e nella venerazione della umanità di Cristo; un rinnovamento alla cui base sta sempre la convinzione che il luogo privilegiato per incontrare il Cristo dei Vangeli sono i poveri, i malati.

La devozione all'umanità di Cristo, l'identificazione dei poveri e dei malati in Lui acquistano in S. Bernardo di Chiaravalle e, in modo più intenso, in S. Francesco d'Assisi, un'intensità più drammatica. “Nei poveri, nei malati – afferma Francesco – il Cristo stesso mostra le sue piaghe, il suo spogliamento. Quando o fratello vedi un malato, ricordati che ti è messo davanti lo specchio del signore”<sup>30</sup>.

Questa visione di fede aiutò a risolvere e conciliare nella medesima persona la vita contemplativa con quella attiva. Ricordiamo S. Caterina da Siena che riuscì ad incarnare la vita dell'estasi con l'esercizio della carità verso i malati.

Anche S. Bonaventura ha una

bellissima pagina a questo proposito: “Perché – egli dice – o anima, sei tutto il giorno angustiata nella ricerca di Cristo? Ti indicherò io o sposa dov'è colui che la tua anima ama; certamente giace nell'infermeria. Lì è nelle angustie, lì è tormentato dalla sofferenza: corri a Lui e a Lui servi e a Lui infermo mostra la tua compassione”. Per questo motivo e in quest'ottica gli ospedali saranno chiamati *Hotel Dieu o Maison Dieu* e saranno costruiti accanto alle chiese, alle cattedrali, quasi per unificare, armonizzare e fondere i due amori: a Dio e al Prossimo. I cristiani infatti, dopo aver onorato e adorato Cristo in Chiesa nell'eucaristia, andavano subito dopo a servirlo e amarlo nelle sue membra inferme.

Mi piace ricordare in questo contesto S. Pier Damiani che, oppresso da mille impegni, non lasciò passare giorno senza recarsi in ospedale a visitare i malati; o la Beata Angela da Foligno che ripeteva: “Andiamo all'ospedale dove troveremo Cristo tra i poveri, i sofferenti, gli afflitti”; o S. Francesca Romana che per trentacinque anni servì come infermiera i malati di S. Spirito e S. Maria in Cappella<sup>31</sup>.

Un ricordo particolare merita l'Ordine di S. Spirito fondato in Francia da Guido di Montpellier. Innocenzo III, all'inizio del suo Pontificato (1198-1216), fece costruire un ospedale denominato di S. Spirito in Sassia, capace di trecento posti letto e in grado di dare quotidianamente nutrimento a un migliaio di poveri, affidandone la gestione a tale Ordine<sup>32</sup>.

Un ospedale che sarà conosciuto in tutto il mondo; basti pensare che successivamente più di mille-duecento istituzioni analoghe sorse in Inghilterra, Danimarca, Scandinavia e negli altri Paesi dell'Europa e tutte vollero affiliarsi a quella di S. Spirito, con perfetto tenore di sudditanza, per riceverne regole, statuti e ordinamenti. Non solo in Europa ma anche gli ospedali principali dell'America Latina, sorti per opera della Chiesa come primo annuncio di evangelizzazione, aderirono all'ospedale di S. Spirito di Roma.

Santo Domingo segna l'inizio di questa espansione nel nuovo mondo nel 1503 con l'ospedale di S. Nicolas, per estendersi poi in

Colombia nel 1551 con l'Hospital de S. Maria ad Nives e nella Città del Messico e di Cuzco in Perù nel 1560; altrettanto dicasi dell'ospedale di S. Spirito di Lima aggregato a quello di Roma nel 1585<sup>33</sup>. Nel *Liber Regulae S. Spiritus*, prezioso codice miniato del trecento, possiamo trovare i più antichi documenti che si riferiscono alla vita ospedaliera di quell'epoca.

Non possiamo però chiudere questo periodo storico senza fare cenno a due malattie che hanno predominato sulle altre nell'Europa occidentale e in Italia: la lebbra e la peste, la prima nell'alto medioevo e la seconda nel basso medioevo.

Lebbra e peste sono due morbi tipici di due età contigue: l'instaurarsi del secondo, a partire dall'epidemia di peste nera del 1347, è in rapporto con il regredire del primo, che nei due secoli successivi, tra il 1350 e il 1550, si presenta in costante, graduale declino. Senza dimenticare l'insorgere del male incurabile del '500 proprio in coincidenza con la scoperta del nuovo mondo<sup>34</sup>.

La Chiesa ha avuto sempre cura dei lebbrosi e proprio per assisterli con amore e competenza sorse l'ordine ospedaliero di S. Lazzaro. Fu, inoltre, impegno di confraternite e chiese locali costruire lebbrosari: solo in Francia ne sono stati realizzati duemila e diciannove mila in tutto il mondo cristiano. Per le ricorrenti epidemie di peste, invece, vennero realizzati i lazzeretti, luoghi dove si isolavano i malati per evitare la diffusione di tale morbo.

Tra le famiglie religiose che si sono dedicate alla cura degli appestati si sono distinti i Ministri degli Infermi (Camilliani) che, proprio per la frequenza e gravità di questi fenomeni contagiosi, emettevano ed emettono ancora oggi al momento della professione religiosa anche il voto di “assistere gli infermi ancorché fossero appestati”. Molti di loro morirono con gioia, offrendo la propria vita in questo santo servizio.

Per quanto riguarda, invece, il male incurabile del Cinquecento, che assunse forme ributtanti con piaghe purulente o maleodoranti, nacquero dal cuore della Chiesa “le Compagnie del Divino Amo-

re”<sup>35</sup>. Promotrice fu una donna, S. Caterina da Genova, la quale insieme ad amici e a Ettore Vernazza fondò appunto la compagnia del Divino Amore. L’assistenza prestata dai confratelli fu corporale e spirituale. La pericolosità e la morbosità della malattia furono tali da richiedere trattamenti separati e ospedali appositi. Nasceranno così in molte città d’Italia gli ospedali detti degli Incurabili, con il sostegno determinante di S. Gaetano da Thiene che fonda l’ordine dei Tattini, i quali si impegneranno a dare vita a molti ospedali riservati ai malati affetti da sifilide.

Giungiamo così al periodo più triste e critico della storia della carità che fu l’Umanesimo, definito da qualcuno inumano<sup>36</sup>. Le cause sono state diverse e complicate e i problemi molteplici. Per brevità mi limito a indicare tre fenomeni che, come affermerà successivamente Lutero, porteranno lentamente la Chiesa a tradire il Vangelo:

1. la Chiesa lascia gradualmente alle autorità laiche municipali la gestione e la conduzione delle vecchie strutture caritative, in particolare gli ospedali. L’assistenza in genere non è più vista come carità, ma come impegno e dovere dello stato; il malato più che fratello, diventa un cittadino soggetto di diritti. L’interesse materiale, il lucro cominciano a prevalere sulla carità;

2. gli influssi di un falso umanesimo che vuole esaltare l’uomo staccandolo dalla sua sorgente che è Dio, si fanno sentire anche all’interno delle Confraternite e degli Ordini religiosi, perdendo il primitivo fervore; alcuni decadono fino al punto da estinguersi o da essere soppressi dal Papa. A soffrirne fu in primo luogo il malato poiché la cura degli infermi non fu più all’altezza dei magnifici ospedali che la ospitavano;

3. gli influssi di un neo-paganesimo, chiamato umanesimo, s’infiltrano con modi e misure diverse all’interno della stessa Chiesa istituzionale. Senza il necessario fervore trasmesso dai vescovi e venendo a mancare una vita spirituale alimentata dalla preghiera e dai sacramenti, i malati cominciano ad essere trattati con freddezza, indifferenza e abbandono. Il trapasso da parte della Chiesa dalla carità

medioevale all’assistenza moderna è critico e doloroso<sup>37</sup>.

Quando la luce della fede si appanna, anche l’ardore della carità si raffredda. È la tempesta più insidiosa che si abbatte sulla navicella di Pietro dall’inizio del suo avventuroso viaggio. Ma la promessa di Gesù fatta a Pietro che le forze del male non avrebbero mai prevalso contro la Sua Chiesa, si avvera puntualmente. La celebrazione del Concilio di Trento, la fioritura di una moltitudine di Santi e la nascita di uno stuolo di Ordini religiosi, molti dei quali con la vocazione di servire i malati, ridanno slancio e novità alla Chiesa per affrontare la tempesta.

Non posso fare a meno qui di ricordare tra gli altri S. Filippo Neri che fonda movimenti caritativi per i malati nella città di Roma; S. Carlo Borromeo che con il suo zelo pastorale ed eroico salva Milano dalla peste; la nascita di ordini e congregazioni religiose come i Somaschi, i Barnabiti, i Gesuiti, i Cappuccini. In questo periodo di grave degrado degli ospedali e di abbandono dei malati, acquistano particolare rilievo tre uomini, considerati a ragione dalla Chiesa i grandi riformatori della sanità: S. Giovanni di Dio che nasce in Portogallo, San Camillo de Lellis in Italia e S. Vincenzo de Paoli in Francia. Con uno slogan a effetto potrei così sintetizzare il loro operato: “Tre uomini, una riforma”; riforma dell’assistenza psichiatrica, riforma dell’assistenza ospedaliera, riforma dell’assistenza dei malati a domicilio.

S. Giovanni di Dio non solo riuscì ad aprire a Granada un ospedale per curare i malati di mente secondo il suo cuore, ma si guadagnò un manipolo di discepoli che, secondo la sua predizione, si sparsero nel tempo in tutto il mondo, conosciuti in Italia col nome di Fabebenefratelli<sup>38</sup>.

San Camillo riformò gli ospedali d’Italia dettando per gli infermieri moderne regole per ben servire gli ammalati, si batté per un’assistenza globale al malato nella totalità della sua persona riuscendo a far decadere, forte dell’amicizia con il Papa Clemente VIII, alcune norme del Concilio Lateranense IV che contrastavano con la libertà di coscienza dei malati<sup>39</sup>;

fondò anch’egli un Ordine religioso con l’unico fine di servire gli infermi<sup>40</sup>.

S. Vincenzo de Paoli lanciò le donne, prima rinchiuse nelle mura dei monasteri, nel vasto campo dei malati a domicilio; con la fattiva collaborazione di Luisa de Marillac fondò la prima scuola per infermieri professionali, diede vita alla congregazione dei Preti della Missione per fare rinascere la vita spirituale e pastorale nei sacerdoti e nelle parrocchie, inviò i laici a domicilio per l’esercizio della carità ai malati attraverso le dame di carità e le conferenze di S. Vincenzo<sup>41</sup>.

Irrobustita da queste nuove energie, ma soprattutto rianimata dalla santità di tanti apostoli della carità, la Chiesa riprende il suo cammino e il suo impegno di curare i malati, anche quando con la rivoluzione francese, prima in Francia e successivamente in Europa, perde gli strumenti che per secoli le erano serviti per fare carità.

Mentre gli stati europei, lentamente e a mala pena, vanno assumendosi l’onere di gestire gli ospedali e la Chiesa, nel clima illuministico, è alla ricerca, attraverso approfondimenti teologici, di nuove forme di carità adatte ai tempi, tra il XVIII e il XIX secolo si assiste in tutto il mondo cristiano a una nuova fioritura di congregazioni maschili ma ancor più femminili, che lo storico Bremont definirà “turba magna”, che scelgono come ideale di vita l’assistenza di tutte quelle fasce deboli ed emarginate che gli stati non erano in grado di aiutare e per i quali necessitavano non solo braccia e mezzi adeguati, ma soprattutto cuori disposti ad amare e a donarsi totalmente anche con pericolo della vita<sup>42</sup>.

Tra tutte voglio ricordare la Casa della Divina Provvidenza fondata dal Beato Giuseppe Cottolengo che diventa un mondo, una città nella grande città di Torino, accogliendo nelle sue mura oltre dieci-mila malati, infermi, vecchi, pazzi, più di mille religiosi per servirli, duecento preti, senza cessare di praticare il totale disprezzo del denaro voluto dal fondatore<sup>43</sup>.

Anche ai giorni nostri, la Chiesa continua a curare i malati con strutture proprie in moltissime parti del mondo che sono in via di sviluppo,

ma continua tale attività anche nei paesi industrializzati; per fermarci all'Italia basti pensare alla Casa Sollievo della Sofferenza del Santo Pio da Pietrelcina, al Policlinico Gemelli, sede della Facoltà di medicina dell'Università del S. Cuore a Roma, all'ospedale Bambin Gesù o agli ospedali, cliniche, centri di riabilitazione, istituti scientifici dei Fatebenefratelli, dei Camilliani, dei Cappuccini, di moltissimi altri Ordini e Congregazioni religiose e delle stesse Diocesi sparsi in tutto il mondo e che formano il grandioso mosaico della carità a servizio degli infermi.



Se la storia è maestra di vita, alla luce di quanto abbiamo detto, essa ci insegna, a noi Chiesa del terzo millennio, che la cura dei malati diventa annuncio evangelico e testimonianza di carità solo se chi sceglie questo servizio è illuminato dalla fede, capace di scoprire, amare e servire nei malati il volto di Dio, di un Dio incarnato che è corpo e spirito, che è persona, alla quale donare non solo le cure ma anche il cuore. Allora l'ospedale diventa cattolico<sup>44</sup>, in altre parole, diventa la grande Chiesa del mondo dove, lavoro o preghiera, servizio o carità, diventano culto a Dio e pegno di immortalità: *Venite benedetti del Padre mio ... fui malato e mi visitaste.*

A queste condizioni, la Chiesa oggi, ovunque e sempre, attraverso il Concilio Vaticano II, afferma solennemente che “è suo diritto e dovere inalienabile prendersi cura dei malati”<sup>45</sup>, per ricordare che le ori-

gini e il senso di un'ospedalità cattolica appartengono costitutivamente al messaggio cristiano, come dimostrano duemila anni di storia, per il quale la cura degli infermi è assolutamente inscindibile dall'annuncio del regno, anzi ne diventa segno elettivo: *curate i malati... e dite loro: si è avvicinato a voi il regno di Dio*<sup>46</sup>.

#### P. ROSARIO MESSINA, M.I.

*Docente di Storia della Carità  
all'Istituto Internazionale di  
Teologia Pastorale Sanitaria  
Camillianum  
Roma*

#### Note

<sup>1</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Motu Proprio Dolentium Hominum*.

<sup>2</sup> Lc 10, 9. Vedi, inoltre, RATZINGER J., “Prefazione”, in BARRAGAN S.L., *Teologia e Medicina*, 5.

<sup>3</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*, n.28.

<sup>4</sup> *Apostolicam Actuositatem*, n. 8.

<sup>5</sup> GIOVANNI PAOLO II, “Alla Presidenza della Caritas Italiana”, citato da BUTTURINI G. in *Breve Storia della carità*, Gregoriana, Roma 1989, 11.

<sup>6</sup> S. AGOSTINO, *De Trinitate*, n. 8.8.12.

<sup>7</sup> DUPONT J., *Studi sugli Atti degli Apostoli*, Alba 1975; LEONARDI G., “Le prime Comunità cristiane. La carità si fa struttura”, in *Diaconia della carità nella pastorale della chiesa locale*, Padova, 1985; BORI P.C., *Chiesa primitiva. L'Immagine della comunità delle origini*, Brescia 1974; BEATRICE P.F., “La Chiesa antica di fronte ai bisogni degli uomini”, in *Diaconia della carità nella pastorale della Chiesa locale*, Padova 1985; JAUBERT A., *La vie quotidienne des premiers chrétiens. in 2000 ans de Christianisme*, I, Paris 1975; CHRISTOPHE P., *Les Pauvres et la pauvreté des origines au xv siècle*, I, Paris 1982; LIESE W., *Geschichte der caritas*, Freiburg 1922; Vedi, anche, voci “Hospitalité, Hospitaliers” e “Misericorde (œuvres)”, in *Dictionnaire de Spiritualité* 7 (1969) 808ss; 11 (1982) 1328-1348.

<sup>8</sup> GRANDI V., *La carità verso il prossimo*. Pagine scelte dai Padri della Chiesa, Ed. Il Pio Samaritano, Vicenza 1965.

<sup>9</sup> BAUDRILLART A., *La Charité aux premiers siècles du Christianisme*, Paris 1903; BORI P.C., *op.cit.*

<sup>10</sup> BELLO T., *Cirenei della gioia*, S. Paolo, Cinisello Balsamo 1995, 122.

<sup>11</sup> Sulla storia della carità e dell'assistenza vedi: LALLEMAND L., *Histoire de la charité*, I-IV, Paris 1908-1912; RIQUET M., *La carità di Cristo in atto*, Catania 1962; PAZZINI A., *I Santi nella storia della medicina*, Meditteranea, Roma 1937; Idem, *Il Cristianesimo nella storia della Medicina*, AVE, Roma 1944; Idem, *L'ospedale nei secoli*, Orizzonte Medico, Roma 1958; DE MENASCE G., *L'assistenza ieri e oggi*, Roma 1963; DOINY M., *Histoire de la Charité pendant les quatre premiers siècles de l'ère chrétienne*, Paris 1948; QUERINI Q., *La beneficenza romana dagli antichi tempi fino ad oggi*, Roma 1892; CASTIGLIONI A.,

*Storia della medicina*, Milano 1948; BRESSAN E., *L'hospitale e i poveri*, Milano 1980; BUTTURINI G., *Breve storia della carità. La Chiesa e i poveri*, Gregoriana, Padova 1989; HERMANN R., *La charité de l'Eglise de ses origines a nos jours*, Paris 1961; HERTLING L., *Storia della Chiesa*, Roma 1981; MEZZADRI L. – NUOVO L., *Storia della carità*, Jaca Book, Ascoli Piceno 1999; AA.VV., *Il bene e il Bello. I luoghi della cura*, Cinquemila anni di storia, Electa, Milano 2000; MESSINA R., *Storia della Carità. Cuore della Chiesa*, Ed. Camiliane, Torino 2001; COSMACINI G., *La salute, la cura, la storia*, Velar, Gorle 1994; AA.VV., *Atti del Primo Congresso Europeo di Storia Ospitaliera*, Reggio Emilia 1960; “Aumône: petite histoire de la charité”, voce in *Dictionnaire de Theologie Catholique*, I-II, Paris 1931; “Carità”, voce in *Encyclopédia cattolica*, III, Città del Vaticano 1949.

<sup>12</sup> Sulle Diaconie vedi l'interessante studio di FALESIEDI U., *Le Diaconie*, Istituto Patristico Augustinianum, Roma 1995; FRANK K.S., *Manuale di Storia della Chiesa antica*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2000; MARROU H.I., *L'origine orientale des diaconies romaines*, Paris, 1940.

<sup>13</sup> FALESIEDI U., *op. cit.*, 55-63; EUSEBIO, *Historia Ecclesiastica*, Ed. Del Ton G., Roma 1964; HENGEL M., *Property and riches in the early church*, Filadelfia 1974.

<sup>14</sup> La materia è trattata nel Codice di Giustino (tit. 3 Libro I) con il titolo: *De Episcopis et clericis et orphanotrophis et brephophrophis et xenodochis et asceteris et monachis et privilegio eorum*.

<sup>15</sup> FALESIEDI U., *op. cit.*, 79-80.

<sup>16</sup> SOZOMENO, *Historia Ecclesiastica*, PG III, 16; PALLADIO, *Storia Lausiaca*, PG 40.

<sup>17</sup> SOZOMENO, *op. cit.*, VI, 34; GIET S., *Les idées et l'action sociale de S. Basile*, Paris 1961 ; COURTONNE J., *Un témoignage du IV siècle orientale Saint Basile et son temps d'après sa correspondance*, Paris 1973.

<sup>18</sup> CASERA D., *Chiesa e salute*, Milano 1991, 47; HAMMAN A., *Riches et pauvres dans l'Eglise ancienne*, Paris 1962, 170-209; MARA M.G., *Ricchezza e povertà nel cristianesimo primitivo*, Roma 1980, 72-79; 214-239.

<sup>19</sup> Per il ruolo dei vescovi nella storia della carità dei primi secoli, vedi: AUREGGI O., “Ospedali e vescovi”, in *Atti del I° Congresso Europeo di Storia Ospitaliera*, Reggio Emilia 1960, 38-56; HAMMAN A., *Vie Liturgique et vie sociale. Repas des pauvres. Diaconie et Diaconat. Agape et Repas de charité. Offrande dans l'antiquité chrétienne*, Tournai 1968.

<sup>20</sup> MEZZADRI L., *op. cit.*, 30.

<sup>21</sup> Sul Monachesimo vedi MOLLAT M., “Les moins et les pauvres”, in *Monachesimo e la riforma ecclesiastica*, Milano 1971; DATTRINO L., *Il primo monachesimo*, Studium, Roma 1984; TURBESI G., *Regole monastiche antiche*, Studium, Roma 1974; BERLIERE A., “La charité monastique”, in *Revue liturgique et monastique* 10 (1935) 195-201; 252-259; PAZZINI A., *L'ospedale nei secoli*, 46-52; PENCO G., *Storia del monachesimo in Italia*, Jaca Book, Milano 1985; MESSINA R., *op. cit.*, 177-188; BALESTRACCI D., “L'invenzione dell'ospedale. Assistenza e assistiti nel Medioevo”, in AA. VV., *Il bene e il bello*, op. cit., 49-60.

<sup>22</sup> BUTTURINI G., *op. cit.*, 59.

<sup>23</sup> ROUCHER M., “La faim a l'époque carolingienne”, in *Revue Historique* 4 (1973) 295; BALESTRACCI D., *op. cit.*, 49-60.

<sup>24</sup> BUTTURINI G., *op. cit.*, 58.

<sup>25</sup> PAZZINI A., *L'ospedale nei secoli*, 79ss.

<sup>26</sup> BUTTURINI G., *op. cit.*, 62.

<sup>27</sup> NASALLI ROCCA E., “Origine ed evoluzione della Regola e degli statuti dell'Ordine Gerosolimitano”, in *Atti del primo Congresso Europeo*, 901-926; VANTI M., “Contributo alla storia dell'istituto ospedaliero da parte degli Ordini ospedalieri operanti in campo euro-

peo”, in *Atti del primo Congresso Europeo*, 1287-1304.

<sup>28</sup> SPOGLI E., *Temi di pastorale sanitaria*, Tinari, Chieti 2001, 201-222; VAUCHEZ A., *I cambiamenti del sistema assistenziale negli ultimi secoli del Medioevo*, Milano 1990, 221-230; AA.VV., *Reinventare l'ospedale*, S. Paolo, Cinisello Balsamo 1995, 14.

<sup>29</sup> OTTAZZI V., “Le principali fondazioni ospedaliere d’Italia nei loro statuti dal sec. XI al sec. XIV”, in *Atti del 1° congresso italiano di storia ospedaliera*, Reggio Emilia 1956, 508-522; MESSINA R., op. cit., 72-74.189-197.

<sup>30</sup> SPOGLI E., “Malati e malattie nella vita di S. Francesco”, in *Temi di pastorale sanitaria*, op. cit., 109-124; MEZZADRI L., op. cit., 38 ss.

<sup>31</sup> MESSINA R., op. cit., 73-74.

<sup>32</sup> LA CAVA A.F., “L’Ordine di S. Spirito precursore dell’assistenza ospedaliera e sociale”, in *Atti del 1° Congresso Europeo*, op. cit., 667-675; CANEZZA A., *Gli arcispedali di Roma nella vita cittadina, nella storia e nell’arte*, Roma 1933; LA CAVA F., *Liber Regulae S. Spiritus*, Hoepli, Milano 1977.

<sup>33</sup> ANGELINI F., *La primera evangelización en America latina ...*, Ciudad del Vaticano 1992.

<sup>34</sup> PALEARI V., *Lebbra*. Dall’emarginazione all’integrazione sociale, Tesi di licenza Ca-

millianum, Roma 1994; COSMACINI G., op. cit., 21-32. Sulle pestilenze ed epidemie vedi COSMACINI G., op. cit., 9-20.

<sup>35</sup> Sul male incurabile del Cinquecento vedi COSMACINI G., op. cit., 211-214. Sulle Compagnie del Divino Amore, vedi: CISTELLINI A., *Figure della Riforma pretridentina*, Morcelliana, Brescia 1948.

<sup>36</sup> PAZZINI A., *L’ospedale nei secoli*, op. cit., 152-154.

<sup>37</sup> BUTTURINI G., op. cit., 85-94.

<sup>38</sup> Su S. Giovanni di Dio, vedi: RUSSOTTO G., *L’ordine ospedaliero di S. Giovanni di Dio*, Roma 1950; MAGLIOZZI G., *Un cuore per chi soffre*, Biblioteca ospedaliera, Roma 1995.

<sup>39</sup> Una disposizione di Innocenzo III, confermata dal Concilio Lateranense IV (1215), obbligava i malati a confessarsi e comunicarsi prima di essere curati nel corpo, comandando pene severe ai medici che avessero violato tale norma. Su tale questione vedi: MESSINA R., op. cit., 241-244.

<sup>40</sup> Su S. Camillo, vedi: VANTI M., *S. Camillo de Lellis e i suoi ministri degli infermi*, Coletti, Roma 1958; Idem, *Lo spirito di S. Camillo*, Coletti, Roma 1959; MESSINA R., *Spiritualità per chi assiste chi soffre*. La nuova scuola di carità di S. Camillo de Lellis, Edizioni Camilliane, Torino 2000.

<sup>41</sup> Su S. Vincenzo de Paoli, vedi: ROMAN J.M., “S. Vincenzo de Paoli”, in *Complementi alla storia della Chiesa*, Jaca Book, Milano 1996; AA.VV., *Le grandi scuole della Spiritualità cristiana*, Edizioni O.R., Milano 1984; MEZZADRI L., op. cit., 65ss.

<sup>42</sup> Su questo periodo vedi: ROPS D., *La chiesa delle rivoluzioni*, I, 618-634; PENCÓ G., *Storia della chiesa in Italia*, II, Milano 1978; BUTTURINI G., op. cit., 109 ss.

<sup>43</sup> Cfr. MESSINA R., op. cit., 292-294.

<sup>44</sup> PETRINI M., “Ospedale cattolico”, in *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 1997; CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia*, EDB, Bologna 2000; AA.VV., *I Congresso mondiale degli ospedali e dei servizi sanitari cattolici*, Tipografia poliglotta vaticana, Città del Vaticano 1985; BEAL J., “Ospedali Cattolici. In che misura saranno cattolici?”, *Concilium* 5 (1994) 115-129.

<sup>45</sup> *Apostolicam Actuositatem*, n. 8.

<sup>46</sup> SALVINO L., *L’identità dell’ospedale cattolico*, pro manuscripto; BAMBERG A., *Hôpital et Eglises*, Cerdic, Strasbourg 1987; RIZZO U., “Ospedali più umani: come?”, In *Atti del Convegno Internazionale Monotematico*, Acquaviva delle Fonti 1984, 65 ss.

## OSWALD GRACIAS

# 2. L'identità nella fede degli ospedali cattolici

Nostro Signore Gesù Cristo venne sulla terra per portare la Buona Novella a tutta l’umanità. Venne per proclamare la libertà ai prigionieri, ridare la vista ai ciechi, far camminare i paralitici e guarire gli ammalati. Egli venne perché avessimo la vita e l'avessimo in abbondanza (Gv 10, 10). Attraversò la terra 2000 anni fa, Verbo fattosi carne. L’Incarnazione non fu solo un passare per il mondo, ma un entrare in esso, che avrebbe fatto una differenza essenziale per l’umanità e per la storia, che avrebbe trasformato il mondo dal di dentro. In Gesù Cristo, Dio è presente sulla terra per portare il potere del Regno (Brian Hehir). Nessun insegnamento ha tanto influenzato il mondo e nessun’altra filosofia ha cambiato tanto radicalmente il pensiero dell’umanità come quelli di Gesù Cristo. È questa la diffusione del Regno, e il rendere il Regno di Dio più presente nel mondo.

La Chiesa è la continuazione di Gesù Cristo nel tempo e nello spazio. Come tale, essa ha essenzialmente la stessa visione e la stessa missione di nostro Signore. Come Gesù venne per redimere, così la Chiesa continua il lavoro di redenzione. Come Gesù venne per insegnare, liberare e guarire, così la Chiesa continua a insegnare, liberare e guarire. Ciò fa parte della sua missione fondamentale (cf. *Gaudium et Spes*, n. 40-42). Naturalmente, quando guardiamo all’apostolato ecclesiale nei secoli, scopriamo che la Chiesa è sempre stata impegnata nel ministero educativo, socio-economico e sanitario. Non si tratta di qualcosa di secondario alla missione della Chiesa, ma parte essenziale del suo apostolato. La Chiesa è chiamata a evangelizzare, cioè a rendere presente il regno di Dio.

Le principali istituzioni di servizio sociale della Chiesa sono

quindi una conseguenza logica della natura stessa della Chiesa. Mentre la società si evolveva nel corso dei secoli, nel contesto dell’apostolato ecclesiale sorgevano le prime istituzioni educative, sanitarie e assistenziali dell’Occidente. Attraverso i suoi monasteri e il suo personale religioso, la Chiesa svolse un ruolo importante nell’organizzazione delle istituzioni socio-economiche della società occidentale.

Tutto ciò continuò fino al diciassettesimo secolo, quando si verificò un cambiamento nello scenario mondiale – particolarmente in Europa – che portò all’evoluzione graduale dello Stato sovrano. Lo Stato iniziò così a svolgere un ruolo maggiormente centrale nella vita della popolazione. A ciò contribuirono anche altri fattori e oggi la situazione è totalmente differente da quella che esisteva due secoli fa.

## Un diverso scenario

Tre sono le cause principali del cambiamento nello scenario mondiale in questo campo:

1. lo sviluppo del concetto di "welfare state";
2. il processo di secolarizzazione della società;
3. il fattore relativo al personale e alle risorse.

1. Con lo sviluppo del concetto di Stato sovrano, le attività statali si estesero sempre più a vari aspetti della vita dei cittadini e, gradualmente, lo Stato assunse una maggiore responsabilità anche in quei campi in cui la Chiesa era stata fino ad allora molto attiva: istruzione, assistenza e sanità. Non c'era in questo nessun evidente tentativo di allontanare la Chiesa da questi apostolati ma, assieme agli altri due fattori, la Chiesa perse sempre più la posizione che aveva acquisito. Il "welfare state", ritenendo che l'istruzione dei cittadini fosse sua responsabilità, iniziò a interessarsi agli istituti educativi, a livello scolastico e universitario; preoccupato, poi, dei bisogni sanitari dei suoi cittadini, fondò propri ospedali e istituzioni sanitarie. Nel campo assistenziale, lo Stato non sembra essersi sentito troppo in obbligo, ma le ONG si assunsero il compito in quegli ambiti in cui esso non era troppo coinvolto. Più tardi esso divenne consapevole della propria responsabilità in questo campo e, laddove poté farlo, avviò sistemi di previdenza sociale.

2. Il processo di secolarizzazione. Con l'accettazione dell'esigenza di professionalità in questi campi, cominciarono a essere coinvolti dei professionisti laici che svilupparono sistemi indipendenti da quelli della Chiesa. Istituti da loro gestiti si impegnarono per eccellenza e non fu più necessario per la Chiesa avere un ruolo leader da svolgere. Io vengo da un Paese a predominanza indù e con un significativo numero di musulmani. Anche queste religioni hanno fondato istituzioni di servizio. Gli Indù iniziarono in maniera modesta e ora dispongono di un vasto complesso di scuole e istituzioni sanitarie. Membri di altre religioni fecero la stessa cosa e la Chiesa dovette dividere lo spazio con loro. Ci fu un tempo in cui essa era

considerata la pioniera in questi campi ed era accettata come leader. Ora lo è difficilmente.

3. Il fattore del personale e delle risorse. Tutti questi servizi costano e per la Chiesa, in quanto organizzazione "non profit", continuare a occupare la leadership in questi campi cominciò ad essere difficile. Ciò accadde, in special modo, per quanto riguarda i servizi sanitari. Come risultato del grande sviluppo nell'ambito delle scienze e della medicina, furono create attrezature sempre migliori a cui corrispondevano costi sempre più alti. Per la Chiesa fu molto difficile competere nel campo delle super-



specializzazioni e alcuni nostri ospedali cominciarono a lottare per avere pazienti. A ciò bisognava aggiungere il problema del personale. La mancanza di vocazioni provocò, infatti, una diminuzione di personale preparato dalle congregazioni sanitarie per gestire tali istituzioni.

Il risultato finale fu che la Chiesa smise di essere l'attore principale in questo campo dell'apostolato. Ciò non significa che il suo apostolato sia inefficace. Ma, di sicuro, in questo momento, è necessaria molta analisi e molta riflessione per valutarlo ed esaminare, eventualmente, se può essere necessario un nuovo orientamento.

## Identità nella fede

La domanda che ci si deve porre è la seguente: cos'è l'identità

nella fede degli ospedali cattolici o, più semplicemente, cos'è che fa di un ospedale un ospedale cattolico? È la sua identità nella fede che ci permette di riconoscere un ospedale come cattolico. Ci sono anzitutto i segni esterni che non sono affatto secondari alla natura dell'istituto: probabilmente ci sarà una croce sul punto più alto dell'edificio, sarà dedicato alla Madonna o a qualche Santo noto per il suo lavoro tra i malati o i poveri; inoltre, ci sarà forse del personale religioso che gira per le corsie nei propri abiti.

Ciò, tuttavia, non riguarda la natura dell'istituto. Quel che è realmente importante sono gli elementi interni che identificano l'istituzione come cattolica. Durante le celebrazioni dell'ultima Giornata Mondiale del Malato a Vailankani, nel Sud dell'India, il dott. François Blin, Segretario Generale della Federazione Internazionale dei Medici Cattolici, ha individuato gli elementi dell'identità cristiana del personale sanitario nelle nostre istituzioni, e cioè: fede, speranza e amore.

Una *fede* in Gesù Cristo che dia forza e affidabilità anche nelle situazioni difficili. Gesù Cristo è Maestro della vita e della morte. La nostra fede nella Sua presenza e nella Sua forza, la nostra convinzione di essere Suoi discepoli e di essere sostenuti dalla Sua Grazia, sono la caratteristica della nostra presenza nelle istituzioni sanitarie cristiane.

Una *speranza* di vita eterna che permette a una persona di avere una giusta comprensione della malattia e del dolore e trascendere così ogni disperazione. La fede nella Risurrezione del Signore, nella fiducia che il dolore, unito alla Sua sofferenza, può avere un valore di redenzione, ci permetterà di avere una giusta prospettiva in tutto il nostro lavoro. Come ha detto Giovanni Paolo II, "sebbene la Chiesa ritenga che nelle interpretazioni non cristiane della sofferenza siano presenti molti elementi validi e nobili, la sua comprensione del grande mistero umano è unica ... la sofferenza assume un nuovo significato: diviene partecipazione all'opera salvifica di Gesù Cristo ... le nostre sofferenze acquistano significato e valore se unite alle

sue. (Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato, 2002).

Un amore di Gesù Cristo che ha come risultato l'amore di tutti gli uomini e di tutte le donne, in particolare dei malati e dei sofferenti. Spinta dalla carità cristiana che trova la propria espressione suprema nella vita e nelle parole di Gesù Cristo "che andò per il mondo facendo il bene" (*At 10, 38*), la Chiesa va incontro ai malati e ai sofferenti portando loro conforto e speranza. Non si tratta di un semplice esercizio di benevolenza, ma di un servizio motivato dalla compassione e dalla preoccupazione, che guida verso il servizio dedicato (cf. *Salvificis Doloris*, 29). Come nella parola del Buon Samaritano, l'operatore sanitario è invitato a non "passare oltre".

È quindi l'atteggiamento mentale e spirituale del personale sanitario a dare un'identità cristiana ad un ospedale cristiano. Fede, Speranza e Carità, le tre virtù cardinali, danno origine a indubbi imperativi negli atteggiamenti dell'ospedale, influenzando quanti sono coinvolti nella sua gestione. Identifichiamo qui di seguito alcuni elementi.

## Elementi dell'identità cristiana

### *1. Dignità della persona umana.*

Il primo e fondamentale atteggiamento di un ospedale cristiano è la fede nella dignità della persona umana: "l'uomo è la sola creatura che Dio abbia voluto per se stessa; soltanto l'uomo è chiamato a dividere, nella conoscenza e nell'amore, la vita di Dio. A questo fine è stato creato ed è questa la ragione fondamentale della sua dignità" (*Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 356). Gesù Cristo ci ha insegnato che siamo tutti figli dello stesso Padre celeste. Per quanto nel dolore, per quanto il corpo sia storpiato per un incidente, per quanto sia senza speranza la situazione medica di un malato terminale, per quanto la sua mente possa non essere più limpida, il paziente conserva la propria inviolabile dignità come persona umana, creata ad immagine e somiglianza di Dio (*Gen 1, 24 ss.*).

Gesù Cristo, dicevamo, ci ha insegnato che siamo figli dello stes-

so Padre celeste. Apparteniamo tutti alla stessa famiglia a cui ci uniscono legami di amore. Il paziente, allora, non è più semplicemente un numero di letto, ma un essere umano prezioso fatto di carne, sangue ed emozioni. Egli è trattato con dignità e rispetto, che sia istruito o meno, che sia ricco o povero, che sia raffinato o rude, che venga dalla città o da un villaggio rurale in cui le comuni cortesie sono di diversa natura. In altre parole, è trattato come una persona umana, perché è questo ciò che egli è.

*2. Opzione per i poveri.* Gesù Cristo si schierò in modo chiaro e deciso con i poveri. Le istituzioni sanitarie amministrate da persone che sono Sue discepoli devono fare lo stesso. Oggi le attrezzature costano molto, alcune medicine specializzate sono care, gli stipendi dei medici sono alti e i poveri spesso non sono in grado di pagarsi le cure di cui hanno bisogno. È qui che si vede il ruolo degli ospedali cattolici, dove, attraverso un sistema di sana gestione, il ricco sovvenziona le cure mediche del povero. Il povero non dovrebbe mai essere allontanato da un ospedale cattolico per mancanza di denaro, così come nessuno dovrebbe essere allontanato dal Signore perché è povero.

La delicatezza con cui si trattano i poveri e le persone meno istruite è un buon fattore per valutare l'identità cristiana delle istituzioni sanitarie dirette dalla Chiesa. Si tratta di una vera testimonianza cristiana. Recentemente, un importante scrittore Sikh ha commentato: "Non c'è bisogno di un miracolo per provare la santità di Madre Teresa. Il miracolo più grande è che, in un Paese a predominanza non cristiana, milioni di persone la onorano come una Santa, per il suo amore per i più poveri dei poveri".

*3. Rispetto per la vita.* La Chiesa, basandosi sugli insegnamenti di Gesù, ha sempre difeso il rispetto per la vita. Che sia la vita di un non-nato o di un malato terminale, tutta la vita umana è sacra e solo il Creatore che ha dato la vita, può toglierla. Il Magistero cattolico sull'interruzione medica della gra-

vidanza è sufficientemente ben conosciuto e nessun ospedale può dirsi cattolico e, allo stesso tempo, praticare o incoraggiare l'aborto. L'atto è intrinsecamente cattivo e il Diritto Canonico impone una scomunica *latae sententiae* su coloro che lo attuano. La vita è sacra anche al suo termine. Non è permesso nessun esperimento che attenti ingiustificatamente alla vita di coloro che sono anziani; nessuna istituzione medica che sia cattolica può attivamente aiutare una persona sofferente, mettendo fine alla



sua vita. Il continuo insegnamento di Papa Giovanni Paolo II (*Evangelium Vitae*) ha sottolineato la sacralità della vita. Ogni ospedale cattolico dovrebbe diventare un altare dedicato alla promozione della sacralità della vita umana. Ogni trattamento medico e ogni procedura dovrebbero tendere a migliorare la qualità di vita dei suoi pazienti. Non è semplicemente evitando l'aborto o l'eutanasia che si scopre l'identità cristiana, ma anche nel valorizzare ogni vita umana, considerandola come un dono di Dio e una partecipazione alla Sua vita.

*4. Etica cristiana nelle procedure.* Il campo della medicina ha compiuto enormi progressi. La tecnologia, combinata con la scienza medica, ha spinto i suoi progressi a livelli sempre più alti. Insieme a queste evoluzioni sono sorti anche problemi etici. Non tutti i mezzi sono leciti e un buon fine

non può mai giustificare un mezzo non etico. La Chiesa si è ripetutamente pronunciata su molte questioni bio-mediche. La distruzione di embrioni umani per la preparazione di cellule staminali non è permessa. La clonazione, che sembrò vantaggiosa per assistere la ricerca medica, è totalmente inaccettabile quando si riproducono esseri umani al di fuori del santuario della persona umana. A parte questi problemi che possono sorgere in un contesto più avanzato, ci sono altre questioni che riguardano un semplice ospedale, come la sterilizzazione, lo scegliere tra la vita della madre e quella del bambino, ecc.

**5. Approccio olistico.** L'OMS ha definito la salute come uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità". Gesù Cristo venne affinché avessimo la vita e l'avessimo in abbondanza. Vediamo ora chiaramente la differenza tra l'assistenza medica e le cure sanitarie. La prima coinvolge l'intervento di un medico per una malattia fisica. La seconda è più inclusiva e riguarda le cure sanitarie generali dell'intero individuo.

Un vero approccio cristiano dovrebbe considerare integralmente i bisogni di tutta la persona, e coinvolgerla nel recupero della sua salute. È qui che i nostri ospedali cattolici possono fare una grande differenza nell'era delle super-specializzazioni. Questo dovrebbe essere il nostro speciale contributo nel campo delle cure sanitarie. L'idea che la salute non è la sola assenza di malattie non è ovunque accettata, ma i nostri ospedali possono dare una guida in questo. I vari reparti ospedalieri potrebbero prendersi cura dei diversi aspetti della personalità individuale così che quando il paziente lascia l'ospedale, lo lascia non solo come paziente che è stato curato nella sua afflizione fisica, ma come una persona con molta più salute, intesa nel senso di cui sopra. Non stiamo forse continuando la missione di Gesù? Nel Suo ministero sanante, Gesù non si limitò a rimuovere semplicemente una menomazione fisica, ma curò sempre l'anima del paziente, rendendolo una persona più intera, nel

senso esteso del termine. Gesù operò sempre la guarigione spirituale assieme a quella fisica.

**6. Cura pastorale.** Un elemento essenziale di un ospedale cattolico è la cura pastorale offerta ai pazienti. Venendo da una nazione a predominanza non cristiana, so quanto i pazienti apprezzino la visita del sacerdote. In un ospedale di Bangalore diretto dalla Conferenza Episcopale Indiana, un Vescovo in pensione trascorre due ore ogni giorno visitando i malati, la maggior parte dei quali non dividono la fede cristiana. Essi, tuttavia, apprezzano enormemente le visite per il sollievo spirituale che danno loro.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II ha parlato spesso della spiritualità della sofferenza, che ha egli stesso sperimentato, in particolare durante l'attentato in piazza San Pietro. Nella spiritualità cristiana, la croce occupa un posto fondamentale. La sofferenza è salvifica se è unita alla croce di Cristo. Una buona pastorale ospedaliera permette agli individui di comprendere e accettare tutto questo. In questa prospettiva, la malattia e il dolore assumono un nuovo ricco significato.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II ha detto: "Quanto è efficace la testimonianza di molte persone... che, malgrado siano inchiodati ai loro letti per anni a causa della malattia, sono pieni di serenità perché sanno quanto è prezioso per la Chiesa il loro contributo della sofferenza e della preghiera" (11 febbraio 2002, Messa per i Malati, San Pietro, Roma).

**7. Un ethos cristiano d'amore.** Per riassumere, l'identità nella fede dell'ospedale cattolico esiste là dove Cristo è presente. Tutti gli elementi summenzionati hanno lo stesso obiettivo: rendere presenti i valori del Vangelo. La presenza di Cristo porta amore, gioia e pace. È questa l'atmosfera che, in un certo modo, l'amministrazione e il personale di un'istituzione medica diretta dalla Chiesa dovrebbero creare.

Amore, cure, ambiente familiare, e non un'atmosfera severa, dovrebbero essere evidenti ovunque. Naturalmente, per determinate cure mediche ci devono essere rego-

le e regolamenti e i pazienti vanno trattati fermamente. Ma in tutto questo, la profonda spiritualità interiore degli individui che lavorano nelle istituzioni dovrebbe essere evidente in una spontaneità che mostra il cuore compassionevole di Gesù a tutti.

In molti modi, i parenti sono un'estensione del paziente. Il dolore del malato, e in particolare del malato grave, è condiviso dai suoi cari. In situazioni come queste, la delicatezza con cui i parenti vengono trattati dovrebbe essere indicazione di un atteggiamento simile a Cristo: accoglienza, comprensione e simpatia, in altri termini il cuore di Gesù compassionevole. Penso che le nostre istituzioni abbiano un grande vantaggio in questo campo. I nostri infermieri, in particolare, che sono in costante contatto con il paziente, dovrebbero offrire un tocco completamento umano al loro ministero. Ciò risulterebbe in una guarigione più veloce e completa dell'intera persona. Sia un modello in questo l'atteggiamento di servizio dedicato di Maria che accorse ad assistere Elisabetta, sua cugina, che aveva bisogno del suo aiuto, occupandosi di tutti i suoi bisogni per tre mesi (*Lc 1, 56*).

## Ostacoli lungo la strada

Vorrei ora spostare l'attenzione e identificare alcuni elementi che rendono difficile avere un'identità cristiana nei nostri ospedali.

**1. Mancanza di personale qualificato e diminuzione delle risorse.** La diminuzione nel numero delle vocazioni in varie congregazioni religiose, specialmente quelle che offrono cure mediche specializzate, rende difficile portare avanti queste istituzioni, tanto più con una identità cristiana distinta. Sarebbe importante chiedersi, tuttavia, se, negli anni, alcune istituzioni che erano gestite da queste Congregazioni abbiano perso un po' dell'identità cristiana come sottolineato prima, se alcuni di quegli elementi si sono appannati e la loro importanza è stata sottovalutata. Di conseguenza, molti probabili candidati alla vita religiosa si sono giustamente posti la seguente do-

manda: non posso rendere lo stesso servizio come medico laico? La mancanza di una speciale identità cristiana nelle istituzioni riduce la motivazione a entrare nella Congregazione. L'essere discepoli di Gesù come mostrato dalla gestione delle istituzioni della Congregazione costituirebbe sempre un'attrazione per un candidato che si sente chiamato a seguire il Signore secondo il carisma di un istituto religioso particolare.

*2. La concorrenza dello Stato e delle ONG.* Come ho detto prima, lo Stato è entrato in molti campi che erano dominio delle istituzioni cristiane. Le ONG sono cresciute come funghi: alcune per rendere servizio per motivi di altruismo, altre per il profitto. Questo ha attirato molte persone competenti che volevano servire l'umanità. I nuovi progressi della medicina hanno portato anche nuove attrezzature, e gli ospedali cattolici non sono stati in grado di affrontare le maggiori richieste di considerevoli spese senza diventare istituzioni per i ricchi, che rendono servizio solo a coloro che possono pagare. I nostri ospedali non hanno potuto rispondere alle richieste economiche dell'era della super-specializzazione.

Abbiamo già parlato di come si sviluppò il concetto di "welfare state" e di come le sue attività gradualmente si estesero in ambiti che una volta erano fuori della loro preoccupazione. Lo Stato, con ampie risorse a sua disposizione, fu in grado di dirigere le istituzioni sanitarie più grandi e di attrarre personale competente. Sentendosi insicure di fronte a questo fatto, per alcune istituzioni fu difficile restare fedeli alla priorità di mantenere sempre alta l'identità nella fede cristiana nelle loro operazioni.

*3. Globalizzazione.* Non è questo il posto per discutere uno dei punti più dibattuti dell'economia mondiale, e cioè l'etica della globalizzazione. Che ci piaccia o no, la globalizzazione esiste e il punto, come il Santo Padre ha ripetutamente affermato, è di avere una globalizzazione dove i poveri non siano emarginati. Il mondo intero è diventato un villaggio globale e i servizi possono essere trasmessi

da ogni parte del globo terrestre. Ciò, tuttavia, contribuisce a rendere la medicina più costosa e fuori della portata di coloro che ne hanno realmente bisogno. La globalizzazione ha anche portato l'invasione delle multinazionali nell'economia dei Paesi in via di sviluppo. Inoltre, medicine scadute, e quindi scartate da una parte del mondo, vengono vendute sotto costo in altre parti. Il solo fatto di essere "medicinali stranieri" basta per far ottenere loro un buon mercato, e l'ingenuo ammalato spende soldi per medicine scadute. Inoltre, a causa della globalizzazione, alcuni pazienti nei Paesi in via di sviluppo a volte diventano cavie per esperimenti non autorizzati nei Paesi industrializzati. Tempo addietro ci fu un grande entusiasmo quando fu scoperto che a Bombay un medico stava sperimentando dei medicinali, per incarico delle sue controparti di un altro Paese, su pazienti colpiti da AIDS; questi pazienti, però, non sapevano che quelle medicine non erano state ancora approvate.

*4. Materialismo e consumismo.* In una società ampiamente secolarizzata, la filosofia del materialismo e del consumismo è stata accettata da molti. Anche l'India, Paese noto per i suoi valori spirituali, ne è stata colpita, particolarmente nelle zone urbane. Anche questo è un effetto collaterale della globalizzazione. Il materiale è ciò che è visibile e presto diventa tutto ciò che conta. Noi paghiamo per queste cose ed esse generano profitto. Pertanto è vantaggioso per alcuni creare bisogni artificiali.

L'OMS ha definito la salute in maniera estesa, andando al di là del semplice benessere fisico. Questo significato della salute non è penetrato nell'amministrazione di molti istituzioni sanitarie gestite dallo Stato e dalle ONG, così come un certo numero di ospedali cattolici non sono stati ancora in grado di integrarlo appieno nella loro visione dell'apostolato. La filosofia, largamente prevalente, secondo cui ciò che conta è la salute fisica, si oppone a un approccio olistico delle cure sanitarie.

Inoltre, anche se non è etico reclamizzare i servizi sanitari, il motivo del profitto è ancora molto at-

tuale nelle menti di tante persone che operano nel campo della sanità. Esiste il mito che con il denaro si possa comprare la salute. L'uomo diventa una macchina e quando questa si rompe, il tecnico ne sostituisce le parti e la revisiona. Se tutte le parti funzionano bene, non c'è motivo per cui la macchina dovrebbe rompersi nuovamente. Pian piano si è imposta la convinzione che a un maggior numero di medicine, analisi, attrezzature sofisticate, corrisponda una maggiore garanzia di salute. Si è creato il mito che ogni malattia si può sconfiggere, ogni afflizione può essere superata ed è questo ciò che conta per una buona vita. Più sono le medicine, a volte anche le più costose, meglio è. Una filosofia consumistica in cui si sono creati bisogni artificiali, ha cominciato a invadere il campo medico. Tutti giustamente cercano di migliorare la qualità della vita, ma non comprendono pienamente che la vita ha altri aspetti oltre a quello fisico.

*5. Mass media.* Di per sé, la comunicazione attraverso i mass media è imparziale ma, nelle mani di coloro che hanno una filosofia consumistica o materialistica, essa può diventare uno strumento per diffondere falsi valori. L'unico principio è che il dolore e la sofferenza devono essere evitati a tutti i costi e con ogni mezzo, etico o non etico. La spiritualità della Croce è insignificante in questo sistema e ciò che conta è soltanto eliminare ogni dolore fisico.

Un assalto violento di questo tipo di idee da parte dei media ha gradualmente un impatto su tutti coloro che ne sono esposti. Di conseguenza, i valori di cui ho parlato prima, che darebbero un'impronta distintamente cristiana a un'istituzione, sono andati offuscandosi.

*6. Legislazione ostile:* uno dopo l'altro, vari Paesi hanno legalizzato l'aborto, con una legge civile secondo cui quanti praticano l'aborto non saranno puniti dallo Stato. Ma la conclusione ingiustificata cui si arriva è che ciò che è legale è anche morale. Gli ospedali cattolici devono stare attenti a questa mentalità.

Non si tratta dell'unica legislazione a creare problemi. La secola-

rizzazione è arrivata a insinuare, a volte, che la legislazione non deve essere più vincolata dai principi cristiani, perché ciò potrebbe voler dire favorire una determinata religione in un'epoca in cui si cerca di separare Stato e religioni.

Ci sono, inoltre, legislazioni di governi ostili che, di proposito, considerano scomodi la presenza e il lavoro della Chiesa.



Nelle nostre discussioni si è già parlato della mancanza di rispetto riguardo l'obiezione di coscienza. Sappiamo di casi in cui gli infermieri devono prestare la loro assistenza in casi di aborto o sterilizzazione per poter completare i corsi di formazione. Inoltre, in alcuni luoghi, alle istituzioni mediche viene assegnata una quota di queste operazioni da svolgere, al fine di ottenere il riconoscimento da parte del governo. Si tratta certamente di un grave problema per i nostri ospedali cattolici.

### **Le sfide che abbiamo di fronte**

Ho iniziato dicendo che i servizi sanitari cattolici sono parte essenziale della missione della Chiesa. Essa non può abbandonarla senza perdere quell'elemento della condizione di essere discepolo. Le difficoltà ci sono, e di alcune abbiamo parlato prima. Queste difficoltà però ci sfidano a dare una risposta adeguata. Ci sarà sempre un ruolo da svolgere per un ospedale cattolico con identità cattolica. È

quando l'identità cattolica è dimenticata, che l'istituzione cattolica si trova in difficoltà.

*Guardando al futuro.* Vorrei ora suggerire le direzioni verso cui dovremmo tendere in futuro.

*1. Un approccio centrato sulla comunità.* Si potrebbe pensare a un approccio da parte dei nostri ospedali centrato sulla comunità, dove ci siano un legame tra l'ospedale e la comunità e una continua interazione tra i due.

Il Cardinale Ivan Dias di Bombay, durante la celebrazione della Giornata Mondiale del Malato a Vailankani lo scorso anno, ha parlato degli ospedali riferendosi alla comunità come sua beneficiaria e chiamandoli "dispensatori di salute". Egli ha detto che un approccio dall'alto in basso, mascherato di carità, porta soltanto a una maggiore dipendenza. Un'attiva partecipazione comunitaria permetterebbe invece alla gente di esercitare collettivamente i propri diritti e le proprie responsabilità, come pure di pensare alla propria salute e di mantenerla. I comitati sanitari dei villaggi possono essere usati da molti ospedali per valutare l'impatto e i risultati di vari programmi sanitari e anche il funzionamento generale dell'ospedale. Da incontri regolari a livello di villaggio possono scaturire idee e suggerimenti sui metodi per la realizzazione di programmi, e si può valutare l'impatto del programma al fine di decidere se continuare o interrompere i servizi sanitari, ecc.

Un approccio diretto a valutare i bisogni sanitari della comunità favorisce una programmazione decentralizzata basata sui bisogni, e un sistema di monitoraggio che mette in evidenza la qualità delle cure sanitarie. Gli ospedali non si devono sentire minacciati da questo approccio che intende essere reciprocamente utile.

*2. Programma esteso.* Particolarmenete nei Paesi industrializzati, ogni ospedale dovrebbe avere un programma esteso. Molti ospedali hanno dispensari mobili che trasportano i medici ai villaggi. Le statistiche mostrano che l'85% dei servizi sanitari della Chiesa in India è destinato ai contadini poveri.

Molte zone non sono state ancora raggiunte. L'assistenza medica è sempre ben accolta, ma la gente ha spesso timore di avventurarsi nelle aree urbane in cui è situato un grande ospedale, anche perché hanno paura, spesso infondatamente, delle grandi spese che possono non essere in grado di affrontare, o perché pensano di entrare in un'atmosfera sconosciuta e non amichevole. A ciò bisogna aggiungere l'ignoranza sulla natura della malattia e sulle sue cause, e sulla possibilità di cure rapide e non costose per alcune infermità. Il volto amichevole e accogliente del medico o del paramedico che va nel villaggio per curare la popolazione potrebbe infrangere molte barriere ed essere il miglior esercizio di relazioni pubbliche dell'ospedale, mettendo in evidenza la nostra opzione per i poveri.

*3. Approccio olistico.* In questo intervento è stato dato sufficiente risalto al significato, alla natura e all'importanza di un approccio olistico alla salute. Tale approccio può non portare grandi profitti, ma è diretto al bene dell'individuo, della famiglia, della comunità e della società. Il Santo Padre ha detto: "La salute, lungi dall'identificarsi con la semplice assenza di malattie, si pone come tensione verso una più piena armonia ed un sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale. In questa prospettiva, la persona stessa è chiamata a mobilitare tutte le energie disponibili per realizzare la propria vocazione e il bene altrui" (Messaggio all'8° Giornata Mondiale del malato). Gli ospedali cattolici dovrebbero dare un orientamento in questo.

*4. Educazione.* È sempre stato accettato che salute e fattori socio-economici sono interconnessi. Abbiamo parlato della necessità di rendere disponibili le cure mediche ai poveri. Il personale sanitario può non essere in grado di fare molto circa i fattori socio-economici poiché si tratta di una questione interamente diversa. Essi però dovrebbero educare la gente sulle cause delle malattie, sulla loro prevenzione, l'igiene personale e comunitaria, le cure di sostegno, ecc. L'educazione inoltre è neces-

saria anche in materia di ecologia e di conservazione della natura per le generazioni attuali e future al fine di assicurare un salute migliore per tutti.

*5. Medicina alternativa.* È una particolarità dell'India e di alcuni Paesi orientali. Ayurveda e Unani, pur non essendo molto popolari, presentano dei vantaggi. Anche l'omeopatia è accettata come scienza medica. Questi trattamenti medici sono sempre in armonia con la natura, sono efficaci per molte malattie e anche poco costosi. Noi possiamo portare un contributo promuovendo la loro accettazione.

*6. Lavoro in rete.* Il lavoro in rete sta già prendendo piede in molte istituzioni mediche. Dal punto di vista amministrativo, sarebbe sensato che un ospedale si specia-

lizzi in un determinato ambito sanitario e condivida le sue strutture con altri ospedali vicini, che hanno altri campi di specializzazione. Purtroppo, ciò non avviene in molte delle nostre istituzioni sanitarie. In India esiste l'Associazione degli Ospedali Cattolici che ha intrapreso degli sforzi in questa direzione, ma abbiamo ancora molta strada da percorrere. Il lavoro in rete, il reciproco riferimento di casi clinici e la collaborazione tra istituti collegati alla Chiesa, istituzioni governative e ONG, è il bisogno del momento. L'idea è di essere in grado di prestare cure sanitarie migliori, più rapide ed efficaci al maggior numero di persone possibile. In questo, il principale fattore non è l'immagine e il prestigio della singola istituzione né il profitto dovrebbe essere il motivo.

Ho condiviso con voi alcune idee sull'identità della fede negli ospedali cattolici. Tocca poi agli specialisti nel campo medico di adattarsi a questi pensieri. La nostra preghiera è che ogni operatore sanitario sia capace di camminare sui passi di Gesù Divin Guaritore e portare la Sua compassione e il suo amore a tutti coloro con cui entrano in contatto. Ogni ospedale amministrato dalla Chiesa dovrebbe diventare un tempio d'amore dedicato alle cure sanitarie.

Possa Maria Madre del Divin Guaritore, che ha portato Gesù nel mondo, riversare il Suo amore nei nostri cuori affinché lo condividiamo con altri mediante la nostra vita e il nostro lavoro.

S.E.Mons. OSWALD GRACIAS  
Arcivescovo di Agra  
India

ANGELO SCOLA

### 3. Principi di soluzione alla problematica morale contemporanea dell'ospedale cattolico. Linee di metodo

#### Dall'*hospitale* all'*azienda ospedaliera*

La natura dell'ospedale, almeno nelle società del benessere, ha subito una radicale modificazione a partire dal connubio scienze-tecnologie in atto da più di due secoli<sup>1</sup>, ma divenuto particolarmente dirompente con lo straordinario sviluppo della biologia e delle biotecnologie<sup>2</sup>. All'*Hospitale* di antica memoria si è sostituito un centro tecnologico polispecialistico con le annesse implicazioni gestionali ed economiche. Non è un caso, ad esempio, che dopo la riforma del '78 in Italia, per pensare e organizzare il servizio sanitario, si

sia progressivamente imposta la nozione di azienda e il relativo binomio operatori-utenti.

Senza voler inseguire – non è questa la sede – i numerosi e complessi aspetti pratici e teorici che hanno caratterizzato le scienze mediche lungo questo mutamento, l'attuale configurazione dell'azienda ospedaliera solleva, soprattutto agli occhi dell'operatore sanitario, un singolare concentrato di questioni scottanti tra cui ogni giorno più acute si fanno quelle di carattere etico.

Perinatalità e perimortalità restano i due poli attorno ai quali gravitano le *red issues* più "esplosive", ma tra questi due poli prima-

ri vasta è la gamma di problematiche morali che quotidianamente si agitano in ogni nosocomio, non ultime quelle relative al nesso *medicina-economia-gestione* in rapporto alla dignità e ai diritti della persona del malato e dell'operatore sanitario<sup>3</sup>.

Da questo stato di cose ogni ospedale è permanentemente provocato a ridefinire la propria identità. All'ospedale cattolico si impone un peculiare interrogativo. Se esso è, propriamente parlando, l'eredità principale della grande tradizione dell'*Hospitale* indiscutibilmente nata in seno alla Chiesa, come può mantenersi fedele all'impeto ideale che l'ha fatto nascere senza

rinunciare a essere, a sua volta, un centro tecnologico polispecialistico, cosa che – se si verificasse – lo espellerebbe inesorabilmente dal sistema sanitario?

Riteniamo che, paradossalmente, questa sintesi sia possibile proprio se si affrontano le ardue e delicate problematiche etiche contemporanee. Queste infatti non rappresentano un dato estrinseco rispetto al compito quotidiano degli operatori sanitari di fare di un ospedale un buon ospedale. E in particolare l'identità cattolica di quest'ultimo non è una vernice con cui rivestire la superficie esteriore di un edificio in sé già completo. Al contrario, è proprio tale identità a saper trattenere le più svariate pratiche mediche nell'ambito dell'*humanum*. Per questo, proprio raccogliendo provocazioni etiche anche estreme, l'ospedale in genere, e quello cattolico in particolare, è portato a migliorare continuamente il suo grado di eccellenza sanitaria.

La pertinenza diretta dell'etica alla medicina, che esalta la singolare fecondità dell'identità cattolica di un centro ospedaliero, appare evidente non appena si considera, anche solo di sfuggita, qualche dato particolarmente caratteristico dello stato della medicina attuale. Così, ad esempio, senza assumere toni apocalittici, come si potrebbe ignorare lo sconcerto provocato dal sorgere e dal diffondersi di una malattia come l'AIDS? Come acutamente rileva Giorgio Cosmacini nel suo saggio sulla storia del mestiere di medico: «Ciò che ha sconcertato l'Organizzazione della Salute, e non meno l'orbe medico, è stato il fatto che la malattia è comparsa in una fase storica che si pensava inaugurasse l'era del definitivo trionfo della medicina e della sanità. La nuova malattia veniva a sconvolgere un sistema e un'ideologia che si credevano consolidati: in quanto infettiva, cioè appartenente a un novero di malattie in massima parte debellate, essa appariva anacronistica; in quanto imprevista, essa appariva elusiva della predittiva conoscenza scientifica, ritenuta capace di riconoscimenti precoci; in quanto incontrolabile nella perdurante attesa di un farmaco anti-virus o di un vaccino efficace, essa appariva eversiva

del sapere-potere medico. Inoltre si riproponeva l'effetto sifilide: l'AIDS, in quanto malattia sessualmente trasmessa e preponderrante in sottogruppi di popolazione marginale o «diversa», appariva «perversa» e in contrasto con i valori socialmente dominanti»<sup>4</sup>.

Manifesta implicazione di questo acuto giudizio è appunto l'impossibilità di sciogliere la pratica medica – con tutte le scienze e le tecnologie in essa implicate – dal suo nesso costitutivo con l'etica e con l'antropologia<sup>5</sup>. Infatti, solo questa integralità di sguardo può mettere al riparo la medicina dal rischio contrapposto di dissolversi in delirio utopico di onnipotenza, piuttosto che di essere lasciata in balia di una ricaduta nel magico.



Riaffermare la necessità e la centralità del nesso medicina-etica-antropologia significa poi riconoscere in tutta semplicità che anche l'ospedale contemporaneo, per quanto avanzato, non può espungere dal proprio orizzonte quotidiano il dato imponente della natura morale dell'uomo. Tanto il paziente quanto l'operatore sanitario, infatti, documentano proprio nel luogo deputato alla cura l'inevitabilità del timore della morte in *naturalibus*. Scrive Rosenzweig: «Non è consentito all'uomo sottrarsi con le sole sue forze a questa paura ... l'uomo non deve rigettare da sé la paura terrena, nel timore della morte egli deve rimanere ... La paura terrena può essergli tolta soltanto insieme a tutto ciò che appartiene alla terra. Ma fin-

ché egli vive sulla terra, deve anche rimanere in questa paura»<sup>6</sup>.

Solo là dove fiorisce un annuncio di redenzione, che contenga l'esplicita promessa della risurrezione della carne, il timore della morte può essere vinto già su questa terra. È l'offerta di Cristo alla libertà dell'uomo; ma proprio perché consegnato a una libertà questo dono non gli evita il dramma ultimo del passaggio attraverso la cruna dell'ago del personale, sempre laido, morire e di tutte le sue "caparre" fatte di sofferenza e di malattia. Se Cristo ci ha liberato dal timore della morte, ci ha lasciato la quotidiana lotta per educarci ad assumere nella nostra persona la potenza della Sua vittoria: *mors ero mors tua*.

Nel fascio di luce dell'annuncio cristiano prende forma un modo di affrontare la malattia, la sofferenza e la morte, umanissimo e nello stesso tempo intelligente di ogni apporto derivante dalle scienze, dalle tecnologie, dall'economia e dalla gestione.

È su questo terreno che l'ospedale cattolico incontra i principi di soluzione alle scottanti problematiche etiche che investono l'istituzione ospedaliera odierna.

In questa sede vorremmo enucleare taluni di questi principi senza pretesa di completezza. Li accomuna la loro particolare valenza metodologica. Per comodità ne anticipiamo i titoli, precisando subito che la parola *principi* e la parola *metodo* ci impongono di stare sul terreno dei fondamenti teologici, in particolare antropologici, dell'etica, senza avventurarci nelle loro pur importantissime implicazioni casuistiche. Crediamo che l'ospedale cattolico, per portare a soluzione la problematica etica che caratterizza ogni luogo di cura, debba impegnarsi su tre elementi: *il primato del soggetto*, ovvero la natura ecclesiale della comunità ospedaliera, la *cura integrale* e la *testimonianza della carità* come criterio adeguato della cura.

## 1. Il primato del soggetto: la natura ecclesiale della comunità ospedaliera

Scrive Von Balthasar: «O lo specifico cristiano ... è antropologica-

mente significativo o non è nulla. Esso o risolve l'insopportabile contraddizione che attraversa tutta la realtà dell'uomo, cioè il fatto che l'uomo, pur conoscendo ed attingendo ciò che è *immortale muoia*, oppure non risolve nulla<sup>7</sup>. Non è difficile per un operatore sanitario intuire che questa radicale alternativa chiama in causa direttamente la natura della sua missione. In particolare l'ospedale cattolico nasce, vive e si sviluppa nell'orizzonte etico-antropologico dischiuso proprio da questo aut-aut. In altre parole: l'identità cattolica di un centro ospedaliero conduce inesorabilmente pazienti e operatori al cuore di questo dilemma.

Infatti la malattia, con il suo inevitabile carico di sofferenza, non può in ultima analisi essere vissuta e definita altrimenti che come un anticipo di morte<sup>8</sup>. La stessa idea di guarigione contiene, a sua volta, una domanda di durare per sempre (di vita eterna) che rivela l'*essere per la morte* di ogni uomo crudamente svelato dalla malattia. Tutto ciò è reso più evidente dal fatto che la questione della salute non può in alcun modo essere ridotta al buon "funzionamento" del corpo e della psiche, intesi come macchina somato-psichica. E il bene-essere fisico, mentale e sociale della celebre definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità resta assai lontano dalla mia esperienza concreta di salute, cioè alla mia salute reale, quella che *mi concerne*. Perciò altrove, facendo eco ad accurate ricerche di non pochi cultori di filosofia e storia della medicina, abbiamo scritto che sempre la domanda di salute implica la domanda di salvezza<sup>9</sup>. Ritorna l'intreccio tra medicina, etica e antropologia: è un dato di fatto. Che un'istituzione ospedaliera se ne faccia carico in maniera esplicita nella pratica terapeutica, nella formazione e nella ricerca, o che lo sottovaluti, o lo ignori non muta la sostanza del problema: è un'illusione una cura integrale che non assuma per intero la richiesta di salute del paziente e che non si faccia carico, quindi, anche della sua domanda di salvezza. Qualunque sia la circostanza specifica di malattia per cui il paziente si rivolge all'ospedale, egli porta con sé – lo esplicito o meno, lo sappia o meno

– un'altra più radicale questione: chi mi libererà dalla morte che in questa malattia si affaccia dal momento che tutto in me dice che voglio vivere per sempre?

Un ospedale non può raggiungere l'eccellenza se non affronta in unità organica e articolata salute e salvezza, legando la medicina all'etica e all'antropologia. Come può farlo? È l'esperienza cristiana, in se stessa e nella straordinaria invenzione dell'*Hospitale*, che ci aiuta a rispondere. La genialità dell'*Hospitale* è consistita in questo: nella scoperta che la domanda completa non è quella del "come?" ma quella del "chi?". O meglio, la domanda del *come* impone la domanda del *chi*. Non esiste, infatti, adeguata risposta al bisogno umano se non è una risposta data in prima persona. Il bisogno-desiderio dell'uomo, a tutti i livelli, chiama in causa la relazione *io-tu*, facendo emergere l'inevitabilità dell'*altro* per il mio *io*. La persona concretezza situata affronta tutti i suoi bisogni e desideri nel contesto di un incontro interpersonale. A questa logica non sfugge il bisogno-desiderio di salute. La celebre e tormentata questione dell'adeguato rapporto medico-paziente continua a riproporsi in ogni ospedale proprio perché attesta il primato libero e diretto del rapporto tra persone, nel quale soltanto la malattia e la guarigione possono essere affrontate. Ognuno di noi percepisce che con la questione del *chi* ne va della verità del paziente, dei suoi familiari, dell'operatore sanitario. In breve: dell'ospedale.

Chi si occupa di salute deve quotidianamente affrontare problemi che insistono ultimamente su questo dato. Ecco la ragione per cui non si può mai separare la domanda di salute del paziente dal suo modo di rapportarsi all'operatore sanitario e viceversa (etica). E questo modo sempre rivela il *chi sono* io che curo e il *chi è* colui che mi domanda salute (antropologia). Questo stato di cose è la conseguenza del fatto che la verità si comunica agli uomini e tra gli uomini in forma comunitaria (non a caso anche il raggiungimento di una diagnosi è sempre frutto di un lavoro di *équipe*). La grande tradizione dell'*Hospitale* lo testimonia luminosamente. L'*Hospitale* nac-

que come luogo di accoglienza integrale e di condivisione amorosa da parte di soggetti curanti (operatori sanitari) verso soggetti provati nel bisogno-desiderio di salute/salvezza che, a loro volta, coinvolgevano nella domanda di significato, secondo il ritmo della prossimità, familiari ed amici<sup>10</sup>. L'*Hospitale*, non a caso chiamato *Hôtel-Dieu*, era né più né meno che una comunità ecclesiale, cioè un riflesso della Chiesa nell'ambito decisivo della salute.

Anche oggi l'ospedale cattolico deve essere un soggetto ecclesiale ben identificato e identificabile, presso il quale qualunque uomo



dovrebbe poter incontrare la salvezza. Un soggetto personale e comunitario che documenti, in maniera sensibile ed espressa, la potenza redentrice di Gesù Cristo morto e risorto, che ha vinto la morte e chiama ogni uomo alla resurrezione della carne, offrendo la possibilità della guarigione nella prospettiva della durata eterna in Paradiso.

L'ospedale cattolico è il luogo in cui vive un soggetto personale e comunitario che, chinandosi amorevolmente sul bisogno di salute, propone simultaneamente al paziente, ai familiari e all'operatore sanitario Gesù Cristo come via alla verità e alla vita. In una parola: è il luogo in cui ci si educa, proprio attraverso la cura, all'esperienza che né la malattia e neppure la morte sono ultimamente obiezione alla felicità. È il luogo in cui, nella forma più alta, si documenta la verità

del paradosso paolino “*nel dolore lieti*” (2 Cor 6, 10).

La stessa questione della competenza e della sua complessità e polivalenza, così accentuata nelle strutture ospedaliere odierne, incontra proprio nello spessore e nella consistenza del soggetto ecclesiale che vi lavora il fattore principe di equilibrio. Anche per questo il primato del soggetto ecclesiale rappresenta il principio fondamentale di soluzione alle problematiche etiche che mettono alla prova l’ospedale cattolico. Affermare tutto il peso del soggetto è la prima e più decisiva linea di metodo per attuare quel passaggio dall’*etica in terza persona* all’*etica in prima persona* che sta al cuore del messaggio di *Veritatis Splendor*<sup>11</sup>. Un’etica che armonizza verità e libertà, virtù e norma, doni dello Spirito e umano impegno.

Un ospedale così inteso non potrà non sentire come sfida etica decisiva una peculiare attenzione alla dimensione educativa propria della natura della Chiesa. E così, da una parte, si preoccuperà di aiutare il paziente e le famiglie a vivere l’esperienza della malattia dilatando la domanda di salute nella progressiva assunzione della domanda di salvezza, e dall’altra curerà coraggiosamente, sfidando le esigenze di bilancio, la formazione etica e antropologica di ogni ordinazione di operatore.

In quanto soggetto ecclesiale compiuto l’ospedale cattolico annuncia la salvezza operata da Cristo che si dona quotidianamente nell’Eucarestia, intesa come luogo in cui la libertà di Dio incontra l’atto della libertà dell’uomo. La personale esperienza dell’Eucarestia tende a investire con la sua logica di incarnazione<sup>12</sup> e di comunione tutta la trama di circostanze e di rapporti della vita ospedaliera e non solo di essa. Infatti questa logica sacramentale inesorabilmente si prolunga in tutti gli ambiti dell’umana esperienza dei suoi protagonisti. Tutto ciò non può non caratterizzare significativamente gli atti clinici, le pratiche terapeutiche, la ricerca e l’organizzazione di tutto l’ospedale.

Non è inutile, per concludere questo primo punto, dire esplicitamente che il primato dato a un soggetto ecclesiale sensibilmente

espresso e documentato non identifica un ospedale confessionale. Chiunque – a qualunque credo religioso faccia riferimento o che si pretenda agnostico o addirittura ateo – può respirare, in una simile istituzione, un clima di libertà creativa. In una simile istituzione l’apporto della competenza specifica e il giusto riconoscimento dato all’eccellenza tecnico-scientifica viene valorizzato, proprio per il fatto che essa sa porre tutti i soggetti (operatori sanitari, pazienti e familiari) che la frequentano di fronte alla questione cruciale, anche se oggi assai spesso rimossa: “*E io che sono?*”<sup>13</sup>.

## 2. La cura integrale

Dove la domanda di salute si rivela simultaneamente al paziente, ai suoi familiari e all’operatore sanitario come domanda di salvezza? Nell’esperienza del corpo sofferente. In modo più appropriato si dovrebbe qui usare il linguaggio del dogma cattolico che parla di resurrezione della *carne*. Solo la carne infatti, non il corpo, *si offre, si ama, si desidera*: il *proprium* del corpo umano è di essere *carne*, cioè luogo, spazio vissuto<sup>14</sup>.

In quest’ottica la malattia, la sofferenza e la morte veicolano tutto l’*essere-nel-mondo* del singolo e, nello stesso tempo, diventano *linguaggio* che apre all’altro. Malattia e morte, nonostante l’esperienza del negativo in esse implicata, diventano luogo privilegiato che sottrae l’io alla solitudine cattiva, aprendolo veramente all’altro. Malattia e morte indicano all’io che il corpo non è un’insormontabile barriera, ma è un ponte, un fattore comunicativo in cui la figura comunitaria della verità chiama la libertà di tutti gli attori in gioco a compiersi. A ben vedere queste considerazioni si possono sintetizzare nell’affermazione di Giovanni Paolo II che in un ospedale cattolico dovrebbe diventare normale esperienza: il corpo è *sacramento di tutta la persona*<sup>15</sup>.

A questo punto appare il carattere distintivo del soggetto ecclesiale che vive in un ospedale cattolico: la cura. La carne sofferente, in virtù della natura sacramentale del corpo, *es-pone* il paziente verso i

suoi familiari e verso il medico. Per domandare guarigione egli si fa povero: più la malattia è grave, più egli diviene inerme. Al di là del grado di consapevolezza, il paziente abbraccia così la suprema legge del desiderio, che chiede di “perdersi per ritrovarsi” (cfr. Mt 16, 25). Il paziente si affida. Ciò che l’uomo normalmente non fa quando è in buona salute – abbandonare l’autopossesso cui resta abbacato nel timore di dissolvere il proprio io – è costretto a farlo quando si ammala. Non per nulla la tradizione cristiana assimila il paziente al Crocifisso e tende a leggere la sofferenza della malattia come una *imitatio operis*, dove l’*opus* è la croce di Cristo.

Così facendo il paziente interella l’operatore sanitario al cuore della sua stessa esperienza di uomo. Lo chiama a *es-porsi* a sua volta. Ed il malato compie questo stesso invito verso i suoi familiari. Qual è la risposta a questa domanda che esplode dalla sofferenza vissuta nella carne? È la *cura* integralmente intesa. Non sarà inutile delineare sinteticamente i termini. La cura integrale è la sequenza di *atti clinici* concepiti come veicolo (“sacramento”) dell’*arte terapeutica* in vista della *guarigione*. Per arte terapeutica intendo l’insieme delle relazioni che si stabiliscono tra gli attori dell’ospedale, i quali, per farsi carico della domanda di salute/salvezza, pongono in essere gli atti clinici, cioè tutte le azioni mediche a base tecnico-sperimentale.

Si capisce bene perché questo concetto di *ars curandi* – che non teme le più sofisticate scoperte scientifico-tecnologiche (*téchne*), ma nello stesso tempo, mettendo in gioco tutti gli attori dell’*Hospitale*, realizza la creatività propria della *poiesis* – costruisca una seconda importante linea di soluzione alle attuali problematiche di etica medica. In quest’ottica, infatti, la tentazione sempre più diffusa di ridurre il compito dell’operatore sanitario a mero intervento clinico e quello del centro ospedaliero a puro erogatore di servizi viene scardinata alla radice dalla reciproca auto-esposizione degli attori in gioco. La questione del rapporto medico-paziente-familiari trova, in un simile ospedale, l’alveo natu-

rale per essere affrontata da ciascuno secondo la fisionomia propria della sua libertà retta, sorretta e corretta dalla compagine comunitaria.

Se al paziente che si auto-espone è offerta la possibilità di affrontare concretamente, a partire dalla richiesta di salute, la domanda di significato della sua vita (domanda di salvezza) e quindi, nella relazione all’altro, gli è consentito di camminare sulla strada del suo compimento, all’operatore sanitario è data la possibilità di superare il pernicioso dualismo tra il benessere della sua persona e la sua professione: a condizione che, a sua volta, si esponga nell’atto clinico con tutta la sua persona, mettendo in campo l’arte terapeutica con tutta la competenza di cui è capace. Ai familiari, infine, che sono chiamati a giocarsi con il paziente e l’operatore sanitario, viene ride stata con forza la questione, spesso sopita, del senso della loro esistenza. A sostenere questa domanda – che non è diversa dalla ricerca della verità in sé – dovrà dedicarsi, attraverso il servizio ai bisogni di pazienti e familiari, ogni opera di volontariato in ambito sanitario. Nell’ottica della cura integrale si produce in tal modo una crescita di umanità che nell’ospedale cattolico è simultaneamente cresciuta del “noi ecclesiale”. La radice eucaristica della comunità cristiana – nella quale si anticipa la definitività della morte e resurrezione di Gesù Cristo per la salvezza degli uomini – rendendo tangibile la promessa della resurrezione della carne, diventa in tal modo paradigma significativo della cura integrale. Nel rispetto delle dovute differenze, si può dire che la sequenza degli atti clinici fornisce la *materia* attraverso la quale tangibilmente si esplica la *forma* costitutiva dell’arte terapeutica. Consapevoli di questa struttura eucaristica della cura, gli attori dell’ospedale cattolico diventano particolarmente sensibili alla logica della comunione al cui respiro piegano la loro domanda e la loro competenza. In quest’ottica la guarigione assume, a sua volta, la figura della totalità perché la morte come reale possibilità è interna al suo stesso seno. Da bruciante sconfitta per aver mancato l’obiettivo dell’eliminare la malat-

tia essa diventa il misterioso attuarsi dell’evento concreto della salvezza: l’affidamento al Padre.

In un ospedale così concepito sarà inevitabile fare di tutto per favorire, salvare e curare la vita dal concepimento alla sua fine naturale, e si sapranno accettare con umiltà i limiti intrinseci ad ogni atto clinico. L’integralità della cura, assicurando il primato del soggetto, non elimina la ferita e il dolore struggente del morire, così come non toglie alla malattia il suo carattere di prova e di sofferenza, ma rende a ciascuno la personale libertà di fronte al timore della morte, aprendo alla speranza certa che nella morte e resurrezione di Cristo il morire dell’uomo non è un “crepare”, come diceva Adorno<sup>16</sup>. Non è un cadere nel nulla, ma un andare incontro al Padre.

### **3. La testimonianza della carità come criterio adeguato della cura**

L’Eucarestia però, in se stessa e come principio e criterio con cui affrontare ogni circostanza e ogni rapporto, non possiede un carattere magico ma drammatico. Esso costituisce il punto privilegiato di incontro tra la libertà di Dio e quella dell’uomo<sup>17</sup>. Nella Santa Messa Gesù Cristo, verità vivente e personale, si offre nel Suo corpo e nel Suo sangue alla umana libertà. Così, per la logica sacramentale, ogni circostanza e ogni rapporto rappresentano in un certo senso l’accadere di Gesù Cristo-verità per la mia libertà. Il *mistero sacramentale* – in questo modo genialmente Scheeben definiva il sacramento e la logica sacramentale<sup>18</sup> – non è un oggetto che possa essere posseduto dall’uomo come una cosa, né una teoria di cui egli si possa impadronire per poi applicarla alla vita, ma individua una relazione interpersonale che sempre e di nuovo, *qui e ora*, chiama in causa i soggetti. La verità, proprio perché vivente e personale, chiede la mia decisione. Promettendosi, attraverso ogni circostanza ed ogni rapporto, essa interpella il singolo atto della mia libertà.

Il luogo deputato alla cura integrale, che ha nell’Eucaristia la sua radice, non si limita pertanto ad af-

fermare il primato del soggetto, ma gli domanda per la cura un preciso criterio di azione e di operatività: la testimonianza. Attraverso di essa pazienti, familiari e operatori sanitari sono chiamati ad autoesporsi.

Ogni altro modo di concepire la cura e il luogo della cura, – cioè ogni azione curativa in cui i soggetti interessati non si autoespongono attraverso precisi atti clinici quasi sacramento dell’arte terapeutica – diventa ideologico. Oscilla permanentemente, come abbiamo detto, tra il polo del delirio di onnipotenza e quello della ricaduta nel magico. Solo l’azione del testimone rende alla malattia, alla cura della sofferenza e della morte l’intero significato perché ne documenta l’intrinseca forza salvifica. Allora chinarsi sul corpo del malato per auscultarlo o per lavarlo o per compiervi qualsiasi atto in funzione di una diagnosi, di una prognosi o di una terapia, diventa simbolo (sacramento) del coinvolgersi di tutta la persona del medico o dell’infermiere con tutta la persona del paziente. Aprendosi l’un l’altro, medico e malato, in nome dell’appartenenza consapevole o meno a Gesù Cristo, proprio attraverso la concretissima domanda di salute, arricchiscono la loro personale umanità. Il paziente e i familiari trovano sollievo e l’operatore sanitario può difendersi dall’opposto rischio del cinismo estraniante e dell’emotività incoerente. In questo modo essi attuano, tra l’altro, quella *vita buona* che edifica simultaneamente la Chiesa e la società.

Nella prospettiva della testimonianza neppure un istante di sofferenza va perduto. E il soffrire che sempre ferisce, soprattutto negli infermi e nei deboli, non resta un inevitabile ed amaro destino che non si può togliere di mezzo ma, ad imitazione dell’opera della croce di Cristo, genera vita. Come ci ricorda san Paolo, aggiunge veramente nella carne del singolo ciò che manca ai patimenti di Cristo, perché ne esalta la libertà e l’accompagna al compimento (cfr. Col 1, 24). Nello stesso tempo fa crescere la dimensione di comunione dell’ospedale cattolico. In questo modo l’ospedale, attraverso la relazione, diretta o indiretta, con la

famiglia farà sentire i suoi benefici sulla comunità ecclesiale tutta intera.

I cristiani si fanno così testimoni a partire dal letto della malattia; non cessano di attestare all'uomo – anche all'uomo di oggi, sofisticato ma smarrito – la conveniente bellezza della sequela di Cristo: "Sia che viviamo, sia che moriamo siamo del Signore" (*Rm 14, 8*).

Se i soggetti che operano nell'ospedale cattolico sono testimoni in azione, allora il carattere di questa azione è la carità. *Charitas Christi urget nos* (cfr. *2 Cor 5, 14*). La testimonianza della carità si rivela pertanto come una terza decisiva



linea di soluzione delle problematiche etiche contemporanee che l'ospedale cattolico è chiamato ad affrontare. Ciò si vede anzitutto da un dato: la capacità di partire sempre dal bisogno, così come storicamente si propone. Attraverso precise circostanze e rapporti il bisogno di salute *pro-voca*, chiama in causa il testimone. In quest'ottica c'è spazio per l'uso dei più sofisticati mezzi tecnologici in vista della diagnosi e della terapia, così come per gli umili dispensarsi e per l'amorevole cura dei moribondi nelle desolate periferie delle megalopoli. Non solo, ma la testimonianza della carità diventa criterio etico decisivo ai fini di individuare la gerarchia il più possibile corretta dei bisogni di salute e così porzionarvi le necessarie risorse. Da una parte spinge a offrire a tutti, anche agli abitanti del Sud del pianeta, i frutti delle più avanzate

ricerche, dall'altra ridimensiona la volontà di potenza che talora spinge la sanità dei Paesi ricchi ad investimenti impropri.

La carità come criterio compiuto dell'azione del testimone in ambito sanitario diventa capace di invertire l'ideale ippocratico, disponendosi sempre e solo a servire la vita. L'operatore sanitario servirà la vita non sostituendosi all'atto coniugale di amore di un uomo e di una donna nel dare origine a un essere umano. Non soffocherà mai una vita sbocciata nel grembo di una madre. Davanti al dramma della sofferenza finale cercherà di alleviare il dolore e accompagnare il morente senza arrogarsi mai il diritto di spegnere la vita. In una parola: non si disporrà mai a metter la sua arte indifferentemente al servizio del bene e del male. Se rompe la dipendenza dal bene e se infrange la signoria di Dio sulla vita come ci si potrà fidare ancora dell'operatore sanitario?

#### **4. "Contemplate ogni giorno il volto dei santi per trarre conforto dai loro discorsi"<sup>19</sup>**

Le esemplari figure dei Santi ospedalieri concentrano in maniera persuasiva e vivente nella loro operosa testimonianza di carità il modo, ancora oggi efficace e attuale, cui i soggetti che operano nell'ospedale cattolico possono far riferimento. Essi rappresentano il prolungamento nella storia della figura del Cristo medico, ben documentata nei Santi Evangelii (cfr. *Mt 9, 12; Mc 2, 17; Lc 4, 23 e 5, 31*) e ampiamente ripresa dalla tradizione patristica (Clemente d'Alessandria, Cirillo di Gerusalemme, Origene...)<sup>20</sup>.

Camillo, Giovanni di Dio, il Cottolengo, Moscati, Pampuri e molti, molti altri, cosa ci insegnano? Normalmente all'origine della loro testimonianza c'è l'incontro con un bisogno la cui risposta è coincisa con la loro totale immedesimazione a Cristo. Questa ha generato autentici soggetti e luoghi ecclesiali personali e comunitari tesi ad una cura integrale. Mentre offrivano tutta la loro vita – passando dallo *status viatoris* (di pellegrini) allo *status comprehensoris* (di beati) – essi sono stati così te-

stimoni di un geniale connubio tra carità e intelligenza suscitando in se stessi e negli altri una speranza certa.

In tal modo gli uomini impegnati in quell'avamposto sociale che è l'ospedale cattolico possono ancor oggi contemplare il volto di questi santi per trarre conforto dai loro discorsi.

S.E. Mons. ANGELO SCOLA  
Patriarca di Venezia – Italia

#### **Note**

<sup>1</sup> Cfr. H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino 1997, 8-27.

<sup>2</sup> Notazioni in proposito nel volume collettivo: A. SCOLA (a cura di), *Quale vita? La bioetica in questione*, Mondadori, Milano 1988.

<sup>3</sup> Cfr. A. SCOLA, *Religione, economia e salute*, in "Dolentium hominum" 15 (2000) n. 43, 37-43.

<sup>4</sup> G. COSMACINI, *Il mestiere di medico*, Raffaele Cortina, Milano 2000, 151-152.

<sup>5</sup> Cfr. A. SCOLA, *Questioni di Antropologia Teologica*, PUL-Mursia, Roma 1997, 215-227.

<sup>6</sup> F. ROSENZWEIG, *La stella della redenzione*, Marietti, Milano 1985, 4.

<sup>7</sup> H.U. VON BALTHASAR, *Gloria v. 7*, Jaca Book, Milano 1991, 80s.

<sup>8</sup> È sempre Balthasar ad affermare che "la malattia e il bisogno permettono che la morte si faccia sentire già all'interno della vita" Id., *Homo creatus*, Morcelliana, Brescia 1991, 45.

<sup>9</sup> Cfr. A. SCOLA, "Se vuoi, puoi guarirmi": *La medicina tra speranza ed utopia*, Edizioni Cantagalli, Siena 2001.

<sup>10</sup> Cfr. *ibid.*, 56-59.

<sup>11</sup> Cfr. *Veritatis splendor* 16-24.

<sup>12</sup> Cfr. *Fides et ratio*, 94.

<sup>13</sup> Cfr. G. LEOPARDI, *Canto notturno di un pastore errante dell'Asia*, v. 89.

<sup>14</sup> Cfr. A. SCOLA, "Se vuoi, puoi guarirmi"..., op. cit., 79-81.

<sup>15</sup> Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano*, Città Nuova, Roma 1992, 75.

<sup>16</sup> "La distruzione biologica, che avviene nella morte, è fatta propria dalla volontà sociale consapevole. Un'umanità a cui la morte è diventata non meno indifferente dei suoi membri può impartirla per via amministrativa a un numero illimitato di esseri umani. La famosa preghiera di Rilke è un miserevole inganno con cui si cerca di nascondere il fatto che gli uomini, ormai, crepano e basta". T. W. ADORNO, *Minima moralia*, Einaudi, Torino 1988, 284.

<sup>17</sup> Cfr. A. SCOLA, *Donato alla libertà*, in N. Reali (ed.), *Il mondo del sacramento. Teologia e filosofia a confronto*, Paoline, Milano 2001, 367-374.

<sup>18</sup> Cfr. M.-J. SCHEEBEN, *I misteri del cristianesimo*, Morcelliana, Brescia 1960, § 81.

<sup>19</sup> *Didaché IV*, 2.

<sup>20</sup> Cfr. G. DUMEIGE, *Le Christ médecin*, in *Dictionnaire de spiritualité* t. X, Beauchesne, Paris 1980, 891-901.

JESUS ETAYO ARRONDO

## 4. Principi della pratica pastorale per gli ospedali cattolici di oggi

### 1. Introduzione: uno sguardo alla nostra realtà.

Il mondo è lo spazio e il luogo per la missione della Chiesa (EN, 13-15)<sup>1</sup>.

Ieri si è parlato della realtà delle istituzioni sanitarie cattoliche nel nostro mondo, tanto variopinto e pluralistico.

A livello sociale, viviamo una cultura di contrasti. Da una parte, si promuove la salute e si cerca con impegno il benessere. Si “adora il corpo”, tanto da non permettere che compaia un solo sintomo di dolore. La morte viene occultata, negata e, quando sopraggiunge, sopportata come la più grande delle frustrazioni. D’altra parte, però, si vivono comportamenti poco salutari in tutti i sensi (stress, competitività, velocità, fumo, droga, ecc.). È il grande paradosso: sensibilità per la natura e per l’ecologia, e abuso e sfruttamento della stessa.

Se guardiamo al mondo sanitario, scopriamo che i difetti si trasformano in sfide e opportunità per il nostro lavoro pastorale: secolarizzazione della medicina, disumanizzazione, mancanza di preparazione etica, economicismo sanitario, preponderanza della tecnica, poca valorizzazione e attenzione della dimensione spirituale e religiosa<sup>2</sup>.

Quando guardiamo ai centri sanitari della Chiesa osserviamo che, spesso, essi collaborano con lo Stato in cui sono. Ciò, a volte, può generare conflitti tra la loro identità e la loro sopravvivenza. Il personale religioso è sempre meno numeroso e non sempre è facile mantenere un organico composto di professionisti che vivono attivamente il Vangelo di Gesù Cristo. Inoltre, non tutte le persone che ricorrono ai centri sanitari del-

la Chiesa sono cattoliche e non è raro che, quando lo sono, si dichiarino non praticanti o poco interessate alla dimensione spirituale e religiosa. Non sempre si vive un’integrazione adeguata dell’azione evangelizzatrice dell’ospedale cattolico nella pastorale ecclésiale d’insieme, essendo necessario maggiore dialogo, coordinamento e collaborazione.

In queste circostanze, e assumendo le sfide che esse implicano, l’esistenza di istituzioni sanitarie cattoliche ha senso, oggi e sempre. In primo luogo, si tratta di un’esigenza della Chiesa, chiamata a svolgere la propria missione evangelizzatrice, a realizzare il proprio progetto evangelico di offrire agli ammalati la salute, la misericordia e l’amore di Gesù Cristo, così come Egli fece. Una missione la cui ultima giustificazione è radicata nella fede cristiana che invita il credente a porsi al servizio della persona umana con tanta più urgenza quanto maggiore è la sua debilità<sup>3</sup>.

D’altra parte, si tratta di un diritto che si basa sul diritto alla libertà di coscienza e sul diritto di associazione. La Chiesa, come qualsiasi altro gruppo sociale, ha il diritto di offrire alla società dei servizi sanitari a partire dalla propria peculiare comprensione della vita, della malattia e della morte. I cittadini, da parte loro, hanno il diritto di ricorrere a questi servizi, dove sanno che saranno rispettati e curati gli aspetti etici e spirituali racchiusi nell’assistenza sanitaria<sup>4</sup>.

### 2. La missione dell’ospedale cattolico

Evidentemente, la missione dell’ospedale cattolico si integra nella missione della Chiesa che

cerca di essere fedele al mandato di Cristo di annunciare il Vangelo a tutte le persone (cf. Mt 28, 19; Mc 16, 15).

Gesù non separa mai il suo ministero di guarigione dalla proclamazione del Regno. Al contrario, si tratta di due componenti che integrano il contenuto della sua azione evangelizzatrice, della sua missione. Così viene riassunta nei vangeli l’azione di Gesù: “Gesù andava attorno per tutta la Galilea … predicando la Buona Novella del Regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo” (Mt 4, 23; 9, 35; Lc 6, 18, ecc.)<sup>5</sup>.

Gli atti di Gesù a favore dei più deboli e degli emarginati della società – atti in cui rivela il valore e la dignità di ogni persona e di tutte le persone – sono, per la Chiesa, un appello a impegnarsi nel servizio agli ammalati, e, primariamente, di coloro che, oltre alla deibilità e all’emarginazione che ogni malattia comporta, soffrono altre limitazioni a causa di un’emarginazione sociale, economica o dovuta ad altre circostanze<sup>6</sup>. Il servizio agli ammalati è parte integrante della missione della Chiesa<sup>7</sup>. (SD, 15)<sup>8</sup>.

Fedele a questo mandato e a questa vocazione, la Chiesa deve riacquisire la consapevolezza della sua azione sanante, riscoprendo e sviluppando la forza guaritrice dell’azione evangelizzatrice, quando è ispirata e dinamizzata dallo Spirito di Gesù: offrire all’uomo la salvezza cristiana in modo tale che gli faccia vivere in maniera più umana la malattia e la salute, il dolore e la morte, dando un senso ultimo e una speranza definitiva alle aspirazioni della vita racchiuse nell’essere umano<sup>9</sup>. (CHC)<sup>10</sup>.

È in questo lavoro che devono impegnarsi la Chiesa e le sue istituzioni, nel nostro caso gli ospeda-

li e i centri sanitari cattolici. La loro missione sarà quella di evangelizzare il mondo della sofferenza e della malattia attraverso la promozione di opere ed organizzazioni sanitarie che prestino un'assistenza integrale alla persona umana e promuovano l'azione sanante di Gesù Cristo.

Gesù Cristo è il vero modello di attenzione pastorale per tutti coloro che lavorano nell'ospedale cattolico e per tutti gli operatori pastorali. In questi ospedali, la Chiesa si fa presente e si rinnova nell'incontro con l'uomo malato: "La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare

sto costituisce, pertanto, uno spazio privilegiato per l'evangelizzazione. Le persone vi ricorrono con il primo obiettivo di essere attese e possibilmente curate dalle loro malattie. Per questo, sarà indispensabile un'attenzione accurata, qualificata dal punto di vista professionale e tecnico, e, allo stesso tempo, umana. Con essa dovremo offrire, nella libertà e nel rispetto, la salute e la forza che provengono da Gesù Cristo, apportando altresì gli strumenti propri della fede cristiana che la Chiesa pone a nostra disposizione.

L'intero ospedale, con le sue strutture, deve essere organizzato in maniera coerente alla sua missione. La gestione economica, as-

gno di tutti per concepire e mettere in atto una pastorale evangelizzatrice, più ampia di quella solamente dottrinale o sacramentale. Vorrei citare alcuni punti necessari per sviluppare tale azione pastorale con forza evangelizzatrice, come elementi che devono tenere presenti quanti lavorano in un ospedale cattolico e, soprattutto, coloro che si dedicano specificatamente all'attenzione spirituale. L'evangelizzazione deve partire da:

- l'esperienza salvifica di Gesù Cristo, per essere suoi testimoni;
- lo stile evangelizzatore di Gesù. Agire con lo spirito di Gesù;
- la comunità dei credenti. Costruire una comunità viva;
- l'ascolto della vita alla luce della fede e del vangelo;
- l'impegno effettivo e che trasforma;
- mezzi modesti, benché si cerchino quelli migliori per i malati;
- il contagio della speranza cristiana.

In definitiva, a evangelizzare sono i credenti che, con la loro maniera di essere e di amare, di vivere e di celebrare la propria fede, di lavorare e umanizzare la vita, si trasformano in Buona Novella di Cristo per coloro che incontrano sul proprio cammino: malati, famiglie e colleghi, in questo caso<sup>13</sup>.

Tenendo conto di quanto detto circa la missione degli ospedali cattolici e le considerazioni che ho appena fatto, vorrei indicare, per proseguire, alcuni principi che oggi, a mio modo di vedere, devono essere tenuti presenti nello svolgimento della vostra azione pastorale:

### *3.1. In comunione con la Chiesa*

Non potrebbe essere altrimenti. In comunione nel campo giuridico, dottrinale, pastorale e in tutti gli altri ambiti, anche con il vescovo e con i suoi rappresentanti, soprattutto partecipando e integrandosi nella pastorale d'insieme della Chiesa locale. Per l'ospedale è molto importante la vicinanza, l'appoggio e l'assistenza della Chiesa in un mondo tanto complesso come quello sanitario. La Chiesa, nell'ospedale, si incontra con Cristo che soffre nei malati,



sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo diventa la via della Chiesa" (SD, 3). Con il malato ascolta la Parola dal profondo della sua malattia, prega, celebra la presenza di Cristo per aiutarlo a vivere la sua situazione a partire dalla fede, e offre al mondo secolarizzato, in atteggiamento di dialogo sincero, dal suo inserimento nel dolore e nella sofferenza, il servizio del Vangelo<sup>11</sup>.

### **3. Principi dell'azione pastorale negli ospedali cattolici**

Ogni persona, che sia credente o meno, entra, in un momento o l'altro della vita, in un ospedale. Que-

sistenziale e delle risorse umane, la formazione, lo stile assistenziale del centro, l'etica nella gestione e così via, devono essere imprigionati dei criteri e dei principi evangelici affinché la missione evangelizzatrice risulti efficace e coerente. La missione dell'ospedale cattolico non può restare esclusivamente in mano all'équipe pastorale o al servizio religioso. Tutti i servizi e tutti gli operatori sanitari, ognuno al proprio livello, con il lavoro ben svolto, con la testimonianza e le parole, devono contribuire a svolgere armonicamente la missione evangelizzatrice dell'ospedale cattolico (EV, 89)<sup>12</sup>.

Tale missione esigerà l'impe-

che accompagna e ai quali offre la propria vita<sup>14</sup>. (EV 88)<sup>15</sup>

### *3.2. La persona malata è il centro dell'attenzione*

Tutti gli sforzi devono essere diretti a raggiungere un più alto livello di qualità assistenziale, usando per questo i metodi adeguati, le tecniche necessarie e gli strumenti propri del nostro tempo, con gli atteggiamenti e lo stile proprio di un progetto evangelico.

Assieme alla persona ammalata, dobbiamo includere oggi la famiglia e, in un senso più ampio, la società. Dobbiamo rispondere alle loro domande, sentire il loro parere nelle decisioni da prendere, considerare e promuovere le associazioni di famiglie dei malati.

### *3.3. Assistenza integrale, personalizzata e in équipe*

Occorre occuparsi delle loro necessità biologiche, nonché psicologiche, sociali e spirituali<sup>16</sup>. Si tratta di una sfida veramente esigente, e propria dello stile di Gesù, che si avvicinava ai malati e si dedicava loro in forma personale e globale. Per poter portare avanti tale principio, occorrerà puntare a un modello assistenziale che favorisca il lavoro d'équipe. Solo a partire da una corretta interdisciplinarità ci si potrà prendere cura integralmente dei malati, superando il rischio, oggi tanto diffuso, della specializzazione.

### *3.4. Sensibilità, impegno e solidarietà con i poveri e con le nuove necessità che nascono nella società*

Tutto ciò è costitutivo nella Chiesa e, pertanto, nelle sue istituzioni. L'ospedale cattolico, i servizi e le persone che lo compongono, cominciando dalla direzione, devono essere sempre aperti all'attenzione ai poveri e ai bisognosi, prevedendo formule sociali ed economiche appropriate. Allo stesso modo, essa dovrà essere innovatrice nella disponibilità per attendere, prevenire e compiere ricerche – in funzione delle sue possibilità – sulle nuove necessità che vanno sorgendo. Malati di AIDS, immigrati, malati di mente, mino-

rati fisici e psichici, malati terminali, tossicodipendenti, malati che necessitano di assistenza domiciliare, ecc., devono trovare negli ospedali della Chiesa accoglienza e ospitalità. (SD, 28)<sup>17</sup>

### *3.5. Impegno per quanto riguarda i principi e i valori dell'etica cattolica*

Il progetto dell'ospedale cattolico è chiamato a realizzare un servizio alla vita della persona dal suo concepimento – vigilando, difendendo e promuovendo i diritti del nascituro – fino a vivere decorosamente, a essere curata nella malattia e a morire con dignità.

chiederà il rispetto dovuto, anzi si dovranno cercare le soluzioni appropriate nelle situazioni di conflitto con l'identità dell'istituzione: la formazione del senso etico, l'istruzione ragionata delle norme del Centro; il dialogo interdisciplinare serio e continuo ridurrà al massimo i casi di conflitto che, in ogni caso, saranno trattati dal Comitato d'Etica<sup>18</sup>.

L'impegno verso l'etica cristiana, al di là della deontologia professionale e dell'aspetto assistenziale, dovrà giungere a tutti gli ambiti dell'ospedale, anche a quelli assistenziali e propriamente di gestione delle risorse e del personale e, naturalmente, alla ricerca. A



Il mondo della salute in generale e quello ospedaliero in particolare richiedono una cura speciale e una valutazione etica delle differenti realtà. Ciò dovrà avvenire alla luce dei principi e dei valori propri dell'etica cattolica. Sarà necessario che i suoi operatori professionali siano preparati in materia di etica e bioetica, come pure sarà necessaria la creazione di un Comitato d'Etica che aiuti nello studio, nella riflessione e nella soluzione delle diverse situazioni che si presentano. Qui si può compiere un grande lavoro di evangelizzazione e un'importante promozione del dialogo della fede con la scienza e, in generale, con la cultura. La libertà di coscienza degli operatori professionali ri-

questo scopo sarà necessario anche un Comitato d'Etica della ricerca, che, oltre a vigilare per l'adempimento legale della ricerca, vigili, difenda e promuova i valori etici fondamentali.

### *3.6. Impegno verso gli operatori professionali*

Essi rappresentano il potenziale principale e da loro dipenderà, in gran parte, l'avvio del progetto evangelizzatore dell'ospedale. Per questo e per il fatto di essere un'istituzione ecclesiale, bisognerà avere molta cura nella gestione delle risorse umane in accordo non solo con le leggi vigenti di ogni luogo, ma anche, e soprattutto, con i principi della dottrina sociale del-

la Chiesa. Occorre fornire condizioni di lavoro degne e stabili, un salario giusto, una formazione adeguata e una promozione del personale, preoccupandosi veramente del suo sviluppo personale. Si devono seguire criteri conformi a un'istituzione ecclesiale per quanto riguarda l'accoglienza, il supporto e la valutazione del lavoro di ogni persona, producendo programmi di partecipazione e di delega di responsabilità secondo le qualità di ogni singola persona. Ci sono qui molti aspetti da considerare, che, secondo me, sono essenziali per il buon funzionamento dell'ospedale e sui quali dovremo essere attenti se non vorremo perdere vitalità e capacità evangelizzatrice e pastorale.

D'altro lato, occorre essere realistici e coscienti del fatto che non tutti i professionisti che arrivano e che lavorano in un ospedale cattolico vivono la propria fede in maniera impegnata. Tuttavia, sempre sulla base del rispetto e mantenendo solida l'identità evangelica, bisogna cercare e riunire tutte le forze per continuare ad evangelizzare, cominciando con l'avere professionisti buoni e competenti<sup>19</sup>.

Bisognerà prestare un'attenzione particolare nella selezione del personale<sup>20</sup>.

### *3.7. Impegno verso i volontari, i benefattori e gli amici*

In alcuni ospedali saranno presenti gli uni o gli altri, in altri tutti. Credo che la loro presenza, oltre ad essere propizia per l'ospedale, sia anche un dovere. Oltre a un aiuto reale, i volontari portano la loro dedizione, il loro impegno e la loro carità che nasce, molte volte, dalla loro fede. Si tratta di una ventata di aria fresca, di amore e generosità perché infonde vita e testimonianza nell'ospedale. D'altra parte, l'ospedale deve favorire e promuovere spazi di impegno per molte persone che incontrano Cristo nei malati e possono sviluppare e far crescere la loro fede e la loro vita cristiana. Per questo, l'ospedale deve accoglierli, curarli, formarli e accompagnarli (EV)<sup>21</sup>.

Lo stesso si potrebbe dire per i benefattori e gli amici dell'ospedale, nelle loro diverse forme. L'ospedale si trasforma così in un cen-

tro per vivere e crescere nella fede e nell'impegno cristiano.

### *3.8. Impegno in materia di gestione delle risorse economiche*

Chiarezza, trasparenza, partecipazione ed equità sono principi basilari di una gestione corretta e onesta. Oggi viviamo tempi molto sensibili a tutto ciò, specialmente in questa parte del mondo. Ritengo, d'altra parte, che la Chiesa e una qualsiasi delle sue istituzioni non debbano avere interessi di lucro, anzi direi che dovrebbero essere tutte – in teoria e in pratica – senza scopo di lucro. So che si tratta di una cosa difficile da realizzare, e anche motivo di polemica, soprattutto trattandosi di istituzioni che necessitano di tanti mezzi per realizzare il loro lavoro.

Tuttavia, ci sono due questioni veramente evangeliche che danno una grande forza morale di fronte alla società: chiarezza e trasparenza, da una parte. "Auditing" frequenti e corretti possono essere strumento di aiuto di fronte alla società in generale, ai diversi organismi e al centro stesso. Dall'altra, una gestione che non cerchi interessi di lucro, ma solo ciò di cui ha bisogno per realizzare la sua missione e offrire un salario giusto ai suoi lavoratori. Si tratta certamente di una questione complessa.

### *3.9. Impegno in materia di qualità assistenziale*

Tutti gli sforzi dell'ospedale devono essere diretti a ottenere la migliore qualità possibile nell'assistenza degli ammalati e delle loro famiglie. Ciò richiederà un impegno personale e di tutta l'organizzazione per conciliare armonicamente l'uso dei migliori mezzi tecnici possibile con i principi dell'assistenza umanizzata.

Il termine qualità è relativamente nuovo nel campo ospedaliero. Tuttavia, lungi dall'esaurirsi in alcune voci e attestazioni, esso deve riferirsi allo sforzo quotidiano per sviluppare al meglio il progetto e la missione dell'ospedale in tutta la sua ampiezza: tecnica, umana, spirituale, ecc. Rivedere i metodi e le pratiche abituali per essere autocritici e migliorare l'assistenza ci

aiuterà a crescere nella qualità dell'assistenza.

Ritengo importante menzionare almeno l'umanizzazione che deve prevalere nell'assistenza in qualsiasi ospedale e, naturalmente, in un ospedale cattolico. Un'assistenza al malato che non sia umana, è una cattiva assistenza e, pertanto, non è neanche cristiana. Essa è essenziale e richiede un'attenzione personalizzata e degna delle necessità del paziente, intese come un diritto inalienabile. Si tratta, in definitiva, di fermarsi insieme al malato, nostro prossimo, e ricreare la scena del Buon Samaritano (*Lc 10, 25 ss*). È radicata qui la vera qualità assistenziale.

### *3.10. Aperti alla collaborazione con altri enti*

L'ospedale non è un'isola, ma deve essere integrato nella società con cui stabilisce una relazione fondamentale, e con la quale deve collaborare, fornendo risorse e mezzi che facilitino l'attenzione delle persone e ne migliorino la qualità di vita. Tale collaborazione può avvenire con enti ecclesiastici, con la propria amministrazione o con altro tipo di enti privati che abbiano fini comuni.

Credo che si tratti di un grande campo per costruire il Regno e a partire dal quale l'ospedale cattolico e la Chiesa possono fare un grande apporto alla società. Evidentemente ciò non può avvenire a qualunque costo. L'ospedale dovrà mantenere la propria identità e, nonostante le difficoltà, dovrà sempre portare avanti il proprio progetto di evangelizzazione.

Solo a partire dai suoi elementi costitutivi l'ospedale potrà realizzare adeguatamente la sua missione e la sua collaborazione. Qui bisogna essere vigili di fronte alla tentazione economica e di altro tipo, che molte volte può oscurare il lavoro e la missione dell'ospedale.

### *3.11. Impegno in materia di formazione e di ricerca*

La formazione è fondamentale in tutti gli ordini della vita, soprattutto nel mondo ospedaliero oggi tanto specializzato. Tuttavia, deve trattarsi di una formazione equilibrata tra la tecnica e i valori perso-

nali e istituzionali, riferiti alla missione, ai principi, agli obiettivi e alle azioni che possiamo chiamare pastorali, sempre aperta a tutto ciò che comporti un miglioramento nell'attenzione e nella cura dei pazienti.

Certamente la ricerca è parte costitutiva della vita del professionista sanitario, in funzione delle sue possibilità e delle sue caratteristiche. Tuttavia, essa deve essere realizzata secondo alcuni criteri il cui primo obiettivo sia, naturalmente, quello di promuovere e migliorare la vita delle persone, in accordo con i valori e i principi dell'etica cattolica. Occorrerà vigilare anche per evitare la manipolazione della persona in tutta la sua ampiezza e per non cadere nei mercantilismi che talvolta provocano gli interessi lucrativi e di mero prestigio personale e scientifico.

### *3.12. Impegno verso l'attenzione spirituale-religiosa dei malati*

Si tratta di un diritto che non possiamo calpestare. La malattia crea nella persona una situazione molto particolare: a volte la negazione e la ribellione di fronte a Dio, che emerge all'inizio; altre volte un'opportunità per incontrare se stessi e Dio, per rivedere la propria vita, un *kairos*. In tutti i casi, è necessario attendere e accompagnare i malati e le loro famiglie, sempre nel rispetto e nella libertà.

Poiché si tratta di un ospedale cattolico, questa dimensione dovrà essere curata, trattata e animata in maniera speciale, offrendo i mezzi pastorali adeguati che la Chiesa pone a nostra disposizione. La vicinanza e l'accompagnamento nel processo della malattia, la preghiera, la Parola e i sacramenti, oltre al tratto umano e alla testimonianza degli operatori pastorali, potranno aiutare il paziente a trovare i gesti guaritori e salutari di Gesù Cristo e saranno veramente un apporto terapeutico di prim'ordine. Tutti gli ammalati sono soggetto di attenzione spirituale e occorrerà mantenere un atteggiamento rispettoso ed ecumenico, rendendo possibile l'attenzione religiosa di altre confessioni, quando richiesta.

Per realizzare questo compito, sarà opportuna la presenza di per-

sone che vivano l'esperienza della fede e l'amore cristiano e abbiano un'adeguata preparazione pastorale. Il Centro dovrà promuovere e curare l'Équipe di Pastorale e/o un Servizio di Attenzione Religiosa che realizzi questo lavoro. Insieme a esso, in un ospedale cattolico sarà indispensabile che tutto il personale, specialmente assistenziale, qualunque sia la sua categoria, conosca e assuma la necessità dell'attenzione spirituale e religiosa come elemento essenziale dell'assistenza. C'è qui molto lavoro da realizzare.

stupiscono del fatto che tutti questi principi siano qualificati come pastorali. Al margine di terminologie e tenendo conto del fatto che la pastorale fa riferimento alle azioni che la Chiesa realizza per portare avanti la sua missione evangelizzatrice, ritengo che tutti questi principi siano essenziali perché la missione dell'ospedale cattolico sia veramente evangelizzatrice, nel senso integrale indicato prima. La Chiesa realizza in questo modo la sua missione, esercitando la carità, annunciando il messaggio salvifico di Gesù Cristo, celebrando cristianamente la vita nei suoi diversi aspetti ed esercitando la sua missione profetica, attraverso la promozione della giustizia, la difesa dei diritti dei malati e la denuncia, anche esplicita, di ogni manipolazione o abuso.

L'Eucaristia è, così, il motore della vita dell'ospedale. È la celebrazione della vita che si cura, si lenisce e, nel suo caso, si accompagna fino al grande passaggio dalla morte alla vita. Si celebra e si rende grazia per il progetto evangelizzatore che si porta avanti, sostenuto e animato dal Signore. Si celebra il mistero pasquale, senso e speranza viva per gli uomini, anche quando soffrono e muoiono. L'Eucaristia ravviva l'impegno dell'ospedale a continuare l'evangelizzazione. In essa, tutti i membri dell'ospedale ricevono la forza, la fede e l'alimento per continuare a trasmettere l'amore liberatore di Gesù Cristo.

### *3.13. Creare una cultura della vita*

Che abbiano la vita: è l'appello del Signore. È la missione della Chiesa e, in concreto, dell'ospedale cattolico, dove giungono ogni giorno persone affette da molte malattie, vicine, a volte, alla morte fisica e, a volte, alla morte morale. Quando un ospedale è capace di dare vita, di migliorarla, di rispettarla, di curarla accuratamente e dignitosamente fino alla morte e inoltre di promuovere atteggiamenti di ospitalità, fraternità e solidarietà con i più bisognosi, esso crea e promuove la vita che Cristo ci offre. Contribuisce, inoltre, a creare una cultura della vita al di là della cultura della morte che tanto spesso ci circonda. Segue, infine, veramente l'invito di Giovanni Paolo II a costruire una nuova cultura della vita (EV 77, 95)<sup>22</sup>.

Desidero concludere così questo capitolo. Forse alcune persone si



## **4. Servizio di assistenza religiosa**

Se è certo che tutto l'ospedale cattolico, i servizi e le persone che lo formano sono agenti attivi della sua missione evangelizzatrice, è necessario che, all'interno dell'ospedale, esista un servizio di attenzione religiosa specializzato che si preoccupi delle necessità spirituali e religiose dei malati e delle loro famiglie.

L'esistenza di questo servizio risponde, da una parte, a un'esigenza e a un impegno dell'ospedale in quanto istituzione ecclesiale inviata da Cristo per evangelizzare. Dall'altra, alla necessità di offrire un'assistenza integrale, come indi-

cato precedentemente. Si deve, infine, a una necessità dei malati di essere attesi spiritualmente e religiosamente, che costituisce un diritto fondamentale.

#### 4.1. Orientamento del S.A.R.

Si tratta di un servizio ospedaliero che realizza il compito e la missione insieme a tutti gli altri servizi dell'ospedale. Credo che sia necessario puntare a un orientamento terapeutico del S.A.R. Con gli altri operatori professionali, con il paziente e la sua famiglia, i membri di questo servizio contribuiscono, attraverso la loro presenza, la loro testimonianza e le loro azioni, alla cura e al trattamento del malato. Se siamo convinti che la Buona Novella del Vangelo di Gesù Cristo è sanante e salvifica, essa deve giungere ai malati, in special modo attraverso il S.A.R. Tale orientamento richiede persone preparate, dinamiche e un'organizzazione adeguata del Servizio.

Tale modo di orientare il lavoro del S.A.R. esige, altresì, un lavoro interdisciplinare, assieme agli altri operatori professionali dell'ospedale, di modo che l'operatore religioso non sia un'isola in mezzo al mare, ma, al contrario, una persona integrata in un'équipe pienamente consapevole della sua missione, in cui svolge un compito terapeutico molto concreto come membro del S.A.R.

#### 4.2. Obiettivo fondamentale

Attendere le necessità spirituali e religiose dei malati, delle loro famiglie e degli operatori professionali, seguendo e ricreando i gesti e gli atteggiamenti di Gesù di Nazaret con i malati bisognosi, contribuendo, in questo modo, alla missione di evangelizzazione dell'ospedale e della Chiesa.

#### 4.3. Destinatari del S.A.R.

In generale sono quelli elencati nell'obiettivo, e cioè i malati, le loro famiglie e gli operatori professionali. Tutti sono destinatari del Servizio, ognuno in funzione delle proprie necessità.

È importante, nella misura del possibile, il contatto con le parrocchie e le comunità cristiane da cui

vengono i malati, per mantenere il vincolo con loro. Certamente ciò deve essere integrato e coordinato con la pastorale della salute della parrocchia a cui appartiene l'ospedale e della diocesi in cui è ubicato. C'è qui, sicuramente, un grande compito di sostegno e di promozione della pastorale della salute.

È molto probabile che, con una relativa frequenza, ci siano pazienti non cattolici che richiedano l'attenzione religiosa di altre confessioni. I membri del S.A.R. dovranno far sì che essi siano debitamente attesi, promuovendo anche, quando le circostanze lo richiedano e lo permettano, spazi per il dialogo e la celebrazione ecumenica.

#### 4.4. Contenuti e azioni del S.A.R.

Il contenuto sarà evangelizzatore: liberatore, sanante e fonte di vita. Si evangelizza a partire da: l'esperienza salvifica di Gesù Cristo, lo stile evangelizzatore di Gesù, la comunità dei credenti, l'ascolto della vita alla luce della fede, l'impegno che trasforma, i mezzi modesti e il contagio della speranza cristiana. In Gesù di Nazaret troviamo il modello vero e fondamentale dell'azione pastorale e anche del contenuto pastorale.

La Chiesa presente nell'ospedale cattolico, in particolare attraverso il S.A.R., vive in comunione con il malato cui va incontro, e gli offre: la sua presenza e vicinanza, il dialogo sincero sulla sua vita e la sua situazione, la Parola, i Sacramenti e la disponibilità per la sua attenzione integrale.

Perché il S.A.R. porti avanti questo contenuto evangelizzatore e sanante, proponiamo le azioni di seguito descritte<sup>23</sup>.

**4.4.1. Accompagnamento del paziente e della famiglia:** un buon accompagnamento del processo della malattia e dell'esperienza di fede del paziente è la chiave per una adeguata attenzione pastorale. Accompagnare, tendere ponti e offrire opportunità rispettando e lasciando l'iniziativa al paziente. Occorre dargli fiducia perché possa aprirsi. Spesso si tratta di momenti particolari per i malati, a cui bisogna dare tempo e offrire disponibilità e presenza. Altre volte bisogna agire come "stimolo" o

chiarire confusioni. Solo con la presenza e l'accompagnamento questo sarà, molte volte, possibile.

Di qui l'importanza della visita pastorale, una visita che probabilmente non può avvenire ogni giorno. Tuttavia, i membri del S.A.R. dovranno seguire un certo criterio di priorità nelle loro visite: alle persone che presentano maggiori difficoltà, ai moribondi o ai malati che stanno attraversando momenti difficili dopo una diagnosi. Si dovrà poi essere sempre disponibili per qualsiasi chiamata urgente.

**4.4.2. Discernere le necessità spirituali e religiose e stabilire un'adeguata diagnosi pastorale.** Si va sempre più ricercando e lavorando sulle necessità spirituali e religiose. Tuttavia c'è ancora molta strada da fare. Per molte persone continuano a essere termini confusi, che fanno riferimento a riti; ci sono molti tabù al riguardo. Spesso lo si osserva anche tra il personale medico. Di qui la necessità di formare meglio in questo aspetto tutti gli operatori sanitari, poiché anch'essi devono curare il benessere spirituale e religioso dei pazienti, in quanto questo di solito agisce come fattore di miglioramento terapeutico.

Ognuno ha una propria vita spirituale, più o meno ricca, più o meno consapevole. È questa sfera della vita dell'uomo che fa riferimento alle richieste di senso (senso della vita, della morte, della malattia, del bene e del male, ecc.), ai valori che orientano la vita (scala dei valori che sono dietro le nostre azioni e che ci muovono a compierle) e alle credenze che ci aiutano a trascenderci in diversi modi, tra i quali apprendoci a Dio e, per i cristiani, al Dio di Gesù Cristo. Quest'ultimo aspetto non è vissuto da tutti gli esseri umani allo stesso modo. Per alcuni, le credenze non vanno oltre le idee, le filosofie o elementi puramente "terreni". Altri, aperti a Dio, incontrano in Lui la risposta a molte domande e al senso dell'esistenza propria e degli altri. Nascono da qui le varie religioni e confessioni.

Secondo questa prospettiva, è possibile accompagnare e aiutare tutte le persone ammalate, a partire dalla loro realtà, offrendo loro, sempre nel rispetto e nella libertà,

l'amore e la salute di Gesù Cristo. Possiamo incontrare anche esperienze spirituali e religiose distorte che bisognerà saper discernere e trattare adeguatamente.

**4.4.3. Offrire le risorse sananti della preghiera e dei sacramenti,** tenendo conto delle particolari circostanze del ricovero ospedaliero. Per questo, occorrerà che la liturgia e l'amministrazione dei sacramenti vengano celebrate con creatività e dignità. La celebrazione sacramentale deve costituire, di solito, il culmine di una relazione significativa con il malato e il risultato di un processo di fede da lui realizzato.

Nonostante ciò, è necessario compiere uno notevole sforzo di formazione e catechesi sacramentale dei malati e delle loro famiglie e, a volte, degli operatori professionali, specialmente per quanto riguarda il sacramento dell'unzione dei malati, che spesso viene visto come un sacramento di morte.

La preghiera con i malati e da parte dei malati risulta particolarmente importante in questi momenti. Occorre collegarla con la realtà e l'esperienza vissuta dal paziente.

**4.4.4. Consigliare in questioni religiose e morali quanti lo richiedono.** È un lavoro molto importante che si potrà fare a partire dal Comitato d'Etica e dalle consulte, dalle visite e dagli incontri. In alcuni casi, potrà avere la missione di denuncia e di appello all'attenzione e, sempre, quella di contribuire alla formazione etica degli operatori professionali.

**4.4.5. Attenzione pastorale al personale sanitario.** In un ospedale cattolico, il S.A.R. deve:

- lavorare con gli altri operatori professionali. Attraverso il contatto personale e il lavoro quotidiano potrà trovare molti spazi per testimoniare, con i propri atteggiamenti e il proprio esempio, i valori del Vangelo, per condividere e dialogare su diverse situazioni orientandole secondo la prospettiva della fede, ecc.;

- aiutare e contribuire alla formazione dei professionisti nel campo spirituale e religioso, per poter attendere meglio i malati;

- potenziare e collaborare con l'impegno cristiano dei professionisti;

- promuovere gruppi di riflessione cristiana, di preghiera e di celebrazione liturgica che formino una vera comunità cristiana all'interno dell'ospedale;

- rispondere alle domande del personale sanitario, avvicinandosi nei momenti forti della sua vita, creando con tutti il maggior livello possibile di fiducia.

**4.4.6. Attenzione agli ammalati più bisognosi.** Malati gravi e moribondi, malati di mente e invalidi, anziani, emarginati, ecc., devono essere una priorità per i membri del S.A.R.

**4.4.7. Collaborazione nell'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera.** Senza attenzione spirituale e religiosa, non c'è vera umanizzazione. È questa la grande collaborazione. “Umanizzare l'assistenza ospedaliera significa considerare il malato una persona che soffre nel corpo e nello spirito e che deve essere attesa nella sua totalità, cioè in tutte le sue dimensioni. Chi è malato necessita di essere amato e riconosciuto, ascoltato e compreso, accompagnato e non abbandonato. Ciò significa considerarlo responsabile e protagonista della propria salute, della propria cura e vita e soggetto di diritti e obblighi”<sup>24</sup>.

L'operatore pastorale deve essere attento a realizzare il suo lavoro con sensibilità e stando vicino a coloro che soffrono, difendendone sempre i diritti.

**4.4.8. Collaborazione con la Chiesa locale.** Il S.A.R. deve essere aperto alla collaborazione e al coordinamento con la pastorale in generale, e con la pastorale della salute in particolare, tanto della parrocchia quanto della diocesi. Sicuramente è molto quello che potrà apportare e che potrà ricevere.

#### 4.5. Gli operatori pastorali

Dopo quanto abbiamo detto, gli operatori pastorali nell'ospedale cattolico sono<sup>25</sup>:

**4.5.1. Tutti coloro che lavorano nell'ospedale, in senso generico, e nella misura in cui rendono possi-**

bile lo sviluppo del progetto evangelizzatore del centro. Tuttavia, abbiamo già indicato che non sempre si può garantire una piena coscienza e motivazione.

**4.5.2. Tutti i credenti, tutti i cristiani che vivono e lavorano nell'ospedale** sono chiamati a essere operatori pastorali, ognuno di loro a partire dal luogo in cui lavora e con la responsabilità che gli corrisponde<sup>26</sup>.

**4.5.3. I malati e le loro famiglie.** Essi occupano il centro ospedaliero come destinatari della loro missione, ma, allo stesso tempo, sono agenti evangelizzatori per chiunque li circondi. “Può realizzare un grande lavoro pastorale essendo un testimone vivo di Cristo, che soffre, lotta, accetta i propri limiti, prega, si preoccupa, anima e aiuta gli altri ammalati, sa essere grato per ciò che riceve dagli altri, aiuta a relativizzare valori e forme di vita della nostra società e ci chiama ad essere realistici, ricordandoci che siamo limitati e fragili, ma che siamo nelle mani del Signore della vita”<sup>27</sup>.

**4.5.4. Membri del S.A.R. e dell'Equipe Pastorale.** Persone con forte esperienza di incontro con Dio, inviati dalla Chiesa per essere segno della presenza di Cristo, per portare l'amore, la consolazione e la pace del Signore ai malati e alle loro famiglie. Devono avere anche un'adeguata preparazione e formazione umana e teologico-pastorale e buona capacità per il dialogo, il lavoro d'équipe e le relazioni umane.

Sono membri del S.A.R. il cappellano, a volte religiosi/e, e anche laici. Tutti hanno la missione di portare avanti il programma del S.A.R. Non sono dei “funzionari” o semplicemente dei “professionisti della religione”, bensì testimoni della fede che illuminano, stimolano, coordinano, integrano e trasmettono speranza, esperienza e vita.

L'Equipe Pastorale sarà formata dai membri del S.A.R. e da: personale sanitario, volontari e, ove possibile, malati e familiari. Essa è, potremmo dire, il nucleo della comunità cristiana nell'ospedale e ha come finalità di aiutare il S.A.R.

nell'elaborazione, nella realizzazione e nella valutazione del piano e del programma pastorale, di motivare l'attenzione religiosa nei professionisti, di promuovere spazi di riflessione alla luce della fede, della preghiera e della celebrazione liturgica.

Benché non sia indispensabile, tanto il S.A.R. quanto l'Equipe Pastorale o altre risorse sono solitamente animati dal sacerdote come ultimo responsabile. In ogni caso, è facile comprendere che la figura dell'animatore è la chiave per il loro buon funzionamento. Egli do-

ziale, però insufficiente. Ce lo dice l'esperienza<sup>28</sup>.

Ci sono molti modi di organizzare e progettare un S.A.R., in funzione del luogo, del tipo di ospedale, delle possibilità, delle risorse umane e materiali. Indispensabile è che sia organizzato. In breve direi che dovrebbe avere almeno due livelli:

*4.6.1. Piano pastorale:* si tratta di elaborare una riflessione-quadro che getti le basi per l'assistenza religiosa, definisca le necessità dei pazienti, dei familiari e degli ope-

ma basilare dell'organizzazione del S.A.R.; molti suoi temi saranno abituali perché saranno sempre tenuti in considerazione. Il piano pastorale sarà la programmazione che il S.A.R. farà ogni anno e in cui, oltre agli elementi essenziali, incorporerà aspetti concreti e particolari sui quali si ritenga necessario insistere, sia per rafforzarli, sia per iniziarli, sia ancora per valutarli. Essi dovranno rispondere sempre ad alcune ragioni e necessità.

Il programma pastorale dovrà, fondamentalmente, rispondere ad alcuni obiettivi e avere alcune caratteristiche:

4.6.2.a. Obiettivo generale, che definisce la missione del S.A.R.

4.6.2.b. Obiettivi specifici e azioni concrete:

- assistenziali: si segneranno gli obiettivi e le azioni concrete per ognuna delle aree o tipo di malati (terminali, bambini, malati di mente, anziani, chirurgia, medicina interna, emodializzati, ecc.);

- di formazione: si programineranno obiettivi e azioni formative per il S.A.R., per l'Equipe Pastorale e per i professionisti che lavorano nell'ospedale;

- attenzione alle famiglie;

- attenzione al personale sanitario;

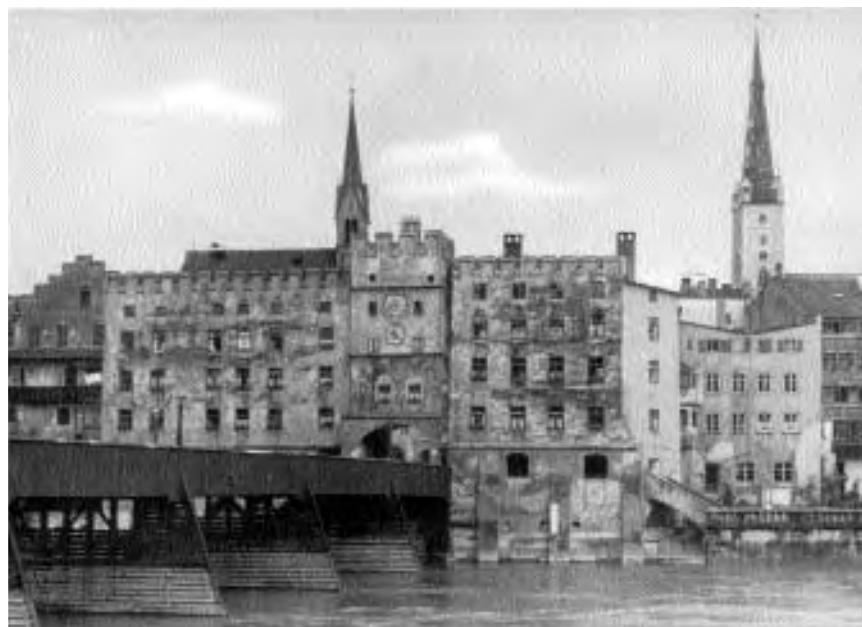
- sostegno e partecipazione all'attenzione umanizzata del centro: Comitato d'Etica, altri Comitati, gruppi di riflessione istituzionale;

- partecipazione e collaborazione con la Chiesa locale e diocesana, specialmente nella pastorale della salute;

- attenzione religiosa ai pazienti di altre confessioni religiose, ove la richiedano;

- formazione, cura e consolidamento dell'Equipe Pastorale e del S.A.R.

4.6.2.c. Valutazione del programma, usando mezzi tecnologici adeguati, per un riferimento valido e critico della valutazione. Da questo punto di vista, e con le necessarie varianti, possiamo parlare del lavoro in qualità pastorale, tanto in quanto aiuta a valutare in maniera critica il lavoro pastorale con l'unico fine di migliorare l'attenzione dei malati. Sarà una maniera anche di guadagnare credibilità nel mondo ospedaliero e un'opportunità per mostrare i benefici dell'atten-



vrà avere le migliori qualità possibili, in un sano realismo. Soprattutto, dovrà essere un pastore, un testimone, avere vocazione per questa pastorale ed essere sufficientemente formato.

**4.5.5. Altri operatori pastorali** che potremmo aggiungere: il vescovo della diocesi, la parrocchia, il Consiglio Pastorale dell'ospedale, ove esista, volontari, ecc.

#### 4.6. Organizzazione del S.A.R.

Come qualsiasi altro servizio ospedaliero, il S.A.R. deve organizzarsi adeguatamente, conservando la propria identità e le proprie caratteristiche, seguendo però, fondamentalmente, i criteri organizzativi degli altri servizi e dipartimenti. La buona volontà e disposizione è un atteggiamento essen-

ratori professionali del centro, concretizzi i servizi che deve offrire e gli strumenti necessari che deve impiegare per la sua attenzione, secondo lo stile assistenziale e l'identità dell'ospedale cattolico.

Si tratta di un quadro ampio che, partendo dalla conoscenza reale dell'ambiente e dell'ospedale, raccolga il senso, la finalità, gli strumenti, i destinatari concreti in funzione dei tipi di malati che l'ospedale attende – che esigeranno probabilmente differenti maniere, metodi e azioni –, i servizi che possiamo offrire in concreto ai malati, alle loro famiglie e ai professionisti; i mezzi che saranno necessari, le difficoltà e le possibili soluzioni che si potranno trovare nell'attuazione del nostro piano pastorale.

*4.6.2. Programma pastorale.* Il piano pastorale ci fornirà lo sche-

zione spirituale e religiosa. Tutto ciò che resta ancora da fare, è senza dubbio una sfida per il S.A.R.

## 5. Conclusione

Il nostro intervento è stato lungo ed esauriente. Per questo, desidero concludere indicando che l'ospedale cattolico è un luogo teologico di incontro di Dio con il malato e il bisognoso, dove la Chiesa realizza e incarna la missione evangelizzatrice affidatale da Gesù Cristo. Di qui l'importanza del fatto che l'ospedale sia parte integrante della pastorale ecclesiale in comunione con i suoi pastori.

Questa missione comporta un progetto evangelizzatore che richiede all'ospedale cattolico un processo di revisione e discernimento costante, alla luce della fede, tenendo conto della realtà del mondo e dell'ambiente, delle necessità reali degli uomini e delle donne e del complesso mondo ospedaliero e sanitario. Tutto ciò al fine di rispondere meglio alla sua missione, mantenendo viva la sua identità, vero fondamento del suo progetto.

In questa missione tutte le persone (direttivo, operatori sanitari e non, volontari, ecc.) e tutti i servizi dell'ospedale sono agenti di evangelizzazione. La professionalità e la testimonianza di fede a livello individuale e la coerenza dell'organizzazione con i valori evangeliici sono due aspetti fondamentali perché l'ospedale sia veramente cattolico.

“Gli aspetti essenziali che lo devono caratterizzare sono: servizio alla vita dal suo concepimento fino al termine naturale; attenzione preferenziale alle classi meno favorite escludendo interessi puramente di lucro; assistenza integrale alla persona del malato in tutte le sue necessità, senza discriminazioni di nessun tipo; professionalità esemplare; umanizzazione delle condizioni di lavoro e promozione di una vera cooperazione tra i professionisti; formazione etica del personale; attuazione efficace di un comitato d'etica che si preoccupi di salvaguardare l'identità cattolica dell'ospedale e di studiare i problemi etici”<sup>29</sup>.

“Quando l'ospedale cattolico

agisce a partire da un vero spirito evangelico ed evangelizzatore, non solo ha una ragion d'essere all'interno del servizio della Chiesa ai malati, bensì si trasforma in punto di riferimento di un'assistenza sanitaria ispirata dalla fede cattolica”<sup>30</sup>.

È questa la missione e la sfida della Chiesa e di tante istituzioni ecclesiastiche che, in tutto il mondo, hanno la missione di testimoniare la carità di Gesù Cristo nella dedizione ai malati, a coloro che soffrono, ai bisognosi.

P. JESUS ETAYO ARRONDO, O.H.  
Cappellano, Coordinatore  
della pastorale Sanitaria nella  
Provincia Religiosa dei Fatebenefratelli  
Spagna



## Bibliografia

- AAVV. Congreso Iglesia y Salud. Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española. Madrid 1994.
- Comisión Episcopal de Pastoral – Español. La Asistencia religiosa en el hospital: orientaciones pastorales. Madrid 1987.
- PAGOLA, JOSÉ ANTONIO. Acción pastoral para una nueva evangelización. Santander 1981.
- GIOVANNI PAOLO II. Lettera Encíclica *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995
- GIOVANNI PAOLO II. Lettera Apostólica *Salvifici doloris*, 11 febbraio 1984
- GIOVANNI PAOLO II. Motu Proprio Dolentium Hominum, 11 febbraio 1985.
- REDRADO, JOSÉ LUIS<sup>31</sup>. Presencia cristiana en clínicas y hospitales. Madrid 1969
- REDRADO, JOSÉ LUIS. Diversi articoli in Labor Hospitalaria e Dolentium Hominum.

PANGRAZZI, ARNALDO. *Creatividad Pastoral al servicio del enfermo*. Santander 1988.

Comisión Hospitalares Inglesa Católica (COHIC). *Configuración del Hospital Católico*. Riv. Labor Hospitalaria (188) 1983. Número monografico sull'Ospedale Cattolico.

Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute.

Religiosi nel mondo della sofferenza e della salute, 1987

I laici nel mondo della sofferenza e della salute, 1988

Formazione sacerdotale e pastorale sanitaria, 1990

Giornata mondiale del malato, perché e come celebrarla, 1992

Carta degli operatori sanitari, 1995.

Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio. Segretariato internazionale di pastorale sanitaria.

Cosa è la pastorale sanitaria? Roma 1980

Pastorale dei malati nell'ospedale e nella parrocchia. Roma 1982

Dimensione apostolica dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, Roma 1982.

Riviste. Vi si possono trovare un buon numero di articoli molto interessanti sugli ospedali cattolici, sulla loro identità e missione:

Dolentium Hominum. Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Vaticano

Labor Hospitalaria. HH. San Juan de Dios.

Sant Boi de Llobregat (Barcellona)

Selaré. San Juan de Dios, Santafé de Bogotá (Colombia)

Camilliuam, PP. Camilliani, Roma

## Note

<sup>1</sup> PAOLO VI, Lettera Encíclica *Evangelii nuntiandi*, 13-15. Roma 1975. “Evangelizzare, infatti, è la grazia e la vocazione propria della Chiesa, la sua identità più profonda. Essa esiste per evangelizzare. La Chiesa resta nel mondo, mentre il Signore della gloria ritorna al Padre ... Ed è appunto la sua missione e la sua condizione di evangelizzatore che, anzitutto, è chiamata a continuare.”

<sup>2</sup> Cf. REDRADO, J.L., “Programmazione e animazione della pastorale nel campo sanitario”, Dolentium Hominum (24) 1993, 66-75.

<sup>3</sup> Comisión Hospitalares Iglesia Católica (COHIC). *Configuración del Hospital Católico*, n. 1. Riv. Labor Hospitalaria (188) 1983, pag. 73.

<sup>4</sup> AAVV. Congreso Iglesia y Salud. Tercera ponencia: *Para que tengan vida, la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad*. Madrid 1994, pag. 167.

<sup>5</sup> *Ibidem*, pagg. 147-148.

<sup>6</sup> COHIC. *Configuración del Hospital Católico*, oc, n. 3, pag.73.

<sup>7</sup> GIOVANNI PAOLO II. Motu Proprio Dolentium Hominum, n. 1. 11 febbraio 1985.

<sup>8</sup> GIOVANNI PAOLO II. *Salvifici Doloris* n. 15. Roma 1984 “In conseguenza dell'opera salvifica di Cristo l'uomo esiste sulla terra *con la speranza* della vita e della santità eterne. E anche se la vittoria sul peccato e sulla morte, riportata da Cristo con la sua croce e risurrezione, non abolisce le sofferenze temporali dalla vita umana, né libera dalla sofferenza l'intera dimensione storica dell'esistenza umana, tuttavia su tutta questa dimensione e su ogni sofferenza essa *getta una luce nuova*, che è la luce della salvezza... Questa verità cambia dalle sue fondamenta il quadro della storia dell'uomo e della sua situazione terrena”.

<sup>9</sup> Congreso Iglesia y Salud. Tercera ponencia, o.c., pag. 148.

<sup>10</sup> COHIC. Configuración del Hospital Católico, oc, n. 4, pag.73. “In questo modo, la cura dei malati, intesa come testimonianza di valore della persona e dell’opzione cristiana a favore dei deboli, si trasforma in luogo privilegiato perché la Chiesa possa esercitare la sua missione, testimoniare la carità di Gesù Cristo, annunciare le esigenze della giustizia e dell’uguaglianza tra gli uomini e porre a disposizione di tutti la forza salvifica che essa, guidata dallo Spirito Santo, ha ricevuto dal suo Fondatore”.

<sup>11</sup> Comisión Episcopal de Pastoral – España. La Asistencia religiosa en el hospital: orientaciones pastorales. Madrid 1987, n. 39-43.

<sup>12</sup> GIOVANNI PAOLO II. *Evangelium vitae* n. 89. Roma 1995 “Queste strutture .... hanno bisogno di essere animate da persone generosamente disponibili e profondamente consapevoli di quanto decisivo sia il Vangelo della vita per il bene dell’individuo e della società. Peculiare è la responsabilità affidata agli operatori sanitari ... La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana”.

<sup>13</sup> Cf. PAGOLA, J.A. Acción pastoral para una nueva evangelización. Santander 1981.

La comunidad cristiana y los enfermos. Riv. Labor Hospitalaria (215) 1990

<sup>14</sup> Cf. LOZANO BARRAGAN, J. “Aportes para la identidad de un hospital católico”. Dolen-  
tium Hominum (41) 1992, pagg. 60-66.

<sup>15</sup> GIOVANNI PAOLO II. *Evangelium vitae* n. 88, o.c. “La sua vera identità (ospedale) non è solo quella di strutture nelle quali ci si prende cura dei malati e dei morenti, ma anzitutto quella di ambienti nei quali la sofferenza, il dolore e la morte vengono riconosciuti ed in-

terpretati nel loro significato umano e specificamente cristiano. In modo speciale tale identità deve mostrarsi chiara ed efficace negli istituti dipendenti da religiosi o, comunque, legati alla Chiesa”.

<sup>16</sup> GIOVANNI PAOLO II. Motu proprio Dolen-  
tium Hominum n. 2, o.c.

<sup>17</sup> GIOVANNI PAOLO II. *Salvifici doloris*, n. 28, o.c. “La parabola del buon Samaritano appartiene al Vangelo della sofferenza. Essa indica, infatti, quale debba essere il rapporto di ciascuno di noi verso il prossimo sofferente. Non ci è lecito ‘passare oltre’ con indifferenza, ma dobbiamo ‘fermarci’ accanto a lui... Buon Samaritano è ogni uomo sensibile alla sofferenza altrui, l’uomo che «si commuove» per la disgrazia del prossimo”.

<sup>18</sup> Cf. COHIC. Configuración del Hospital Católico, 23 y 26, o.c.

<sup>19</sup> Curia Provincial H.S.Juan de Dios. La Orden Hospitalaria, Comunidad Evangelizadora. Sant Boi de Llobregat (Barcelona) 2000, pagg. 17-18.

<sup>20</sup> *Ibidem*, pag. 18 “Gli operatori professionali devono essere scelti per la loro competenza tecnica, condizione indispensabile, però valorizzando allo stesso tempo la loro capacità umana. Devono conoscere molto bene la filosofia, l’identità e la missione dell’ospedale in cui entrano a lavorare e vi devono esser identificati giacché, al contrario, sorgerebbero problemi gravi non solo dell’ospedale con il salariato bensì di questo stesso in relazione ai suoi valori personali”.

<sup>21</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II. *Evangelium Vi-  
tae* n. 90, o.c.

<sup>22</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II. *Evangelium Vi-  
tae* n. 77, 95, o.c. “Ci è chiesto di amare e ono-

rare la vita di ogni uomo e di ogni donna e di lavorare con costanza e con coraggio, perché nel nostro tempo, attraversato da troppi segni di morte, si instauri finalmente una nuova cultura della vita, frutto della cultura della verità e dell’amore”.

<sup>23</sup> Cf. La Asistencia Religiosa en el Hospi-  
tal, o.c. n. 50-144. Cf. AAVV. Congreso Igles-  
ia y Salud. Quinto intervento: *Los servicios  
de Asistencia Religiosa Católica en los hospi-  
tales*, o.c., pagg. 241 ss.

<sup>24</sup> Idem, n. 137.

<sup>25</sup> Cf. La Asistencia Religiosa en el Hospi-  
tal, o.c., n. 145-151. Cf. REDRADO, J.L. o.c.

<sup>26</sup> La Asistencia Religiosa en el Hospital, o.c., n. 149. “Il laico professionista cattolico, che lavora nell’ospedale, partecipa alla missione della Chiesa. Egli vi svolge una parte propria e assolutamente necessaria: impregnare e perfezionare la realtà del nostro mondo con lo spirito evangelico, dando così testimo-  
nianza di Cristo, specialmente nell’esercizio della sua professione. Egli è chiamato a servire umanamente e cristianamente il malato mediante l’onestà e la competenza ... a lavorare perché l’ospedale sia al servizio della migliore attenzione del malato, a studiare ed ap-  
profondire i gravi problemi etici che si pongono, a valutare il suo lavoro come possibilità di un grande servizio, a prendere coscienza di es-  
sere unito a colui che soffre come «invito del Signore»”.

<sup>27</sup> Idem, n. 151.

<sup>28</sup> Cf. REDRADO, J.L. o.c.

<sup>29</sup> Congreso Iglesia y Salud. Terzo inter-  
vento, o.c., pp. 167-168.

<sup>30</sup> Idem, p. 167.

<sup>31</sup> Cf. REDRADO, J.L. o.c. bibliografia.



## 5. Dialogo interreligioso: L'identità dell'istituto sanitario

ABRAMO ALBERTO PIATELLI

### 5.1 L'identità dell'istituzione sanitaria ebraica

Si può senza dubbio affermare che la filosofia sociale dell'ebraismo ruota soprattutto attorno a due precisi principi che ne costituiscono l'essenza fondamentale.

Da una parte si ritrova l'affermazione della Scrittura secondo cui l'uomo è stato creato ad immagine e somiglianza della divinità, da cui deriva non solo il principio della dignità dell'uomo e la libertà d'arbitrio di questi, ma il fatto dell'identità dell'intero genere umano che tutto insieme si rifà ad un'unica immagine.

Dall'altra parte ritroviamo affermato il principio della sacralità della vita umana e lo sforzo che si richiede all'individuo affinché la preservi a tutti i costi, e ne difenda la dignità e il decoro a qualunque individuo appartenga.

Una società che voglia dichiararsi giusta non può prevedere l'assoggettamento morale e materiale di un individuo ad un altro, quale risultato della inegualianza e del pregiudizio. La promozione di relazione armoniosa tra le varie classi sociali, tra ricchi e poveri, giovani e vecchi, sani ed ammalati, sulla base di equità e di giustizia sono elemento fondamentale della tradizione ebraica. Al tempo stesso si devono creare le condizioni nelle quali la personalità dell'uomo, soprattutto là dove c'è più bisogno, possa sviluppare e maturare la propria integrità fisica e spirituale.

L'ebraismo sia biblico che rabbinico sottolinea la necessità che ogni individuo abbia un adeguato standard di vita – aspetto primario

rispetto ai beni materiali – così pure il dovere della carità tendente a proteggere ogni uomo di fronte alle disabilità derivanti dalla vecchiaia, dalla malattia o dalla disoccupazione.

Così come avviene all'interno delle religioni in generale, anche nell'ebraismo ritorna spesso il motivo dell'*imitatio Dei*. Ma come viene inteso questo tema tanto importante ed affascinante nell'ebraismo?

La rivelazione degli attributi di amore e di misericordia quali sono descritti nel libro dell'Esodo e così pure il testo del Deuteronomio secondo cui *seguite il vostro Dio, temetelo, osservate i suoi precetti, ascoltate la sua voce, servitelo e attaccatevi a Lui* (13, 5) sono intesi come la fonte del sublime principio dell'*imitatio Dei*. Israele non è soltanto il servo di Dio, ma colui che è chiamato ad attaccarsi addirittura a Lui, ovvero ad imitarlo nelle sue principali qualità: come egli veste gli ignudi (vedi la storia di Adamo ed Eva), così pure tu sii sollecito nel vestire chi ha bisogno; come Egli visita gli ammalati (vedi la visita che Dio fece ad Abramo appena circonciso) adeguati anche tu a questo ruolo; come Egli seppellisce i morti (è il caso della sepoltura di Mosè sul monte Nebo) così pure tu preoccupati di seppellire colui che richiede questo servizio.

L'uomo mortale non può imitare l'infinità, l'onnipotenza o l'eternità di Dio, aspetti che sono al di là della comprensione e della imitazione da parte dell'uomo. Questo

però conosce la sua misericordia e può quindi seguire le sue vie fatte di bontà e di altruismo. In questo modo la pietà è attributo divino, e mai l'uomo è più vicino a Dio se non in questo momento di compassione e di partecipazione verso le necessità dell'altro.

La Bibbia, come sappiamo, stabilisce molte leggi che in pratica sono delle vere e proprie tasse in favore del bisognoso. L'*eket*, la *scichà*, la *decima*, l'*angolo del campo*, l'*anno sabbatico e giubilare* e moltissimi altri riferimenti.

L'ebraismo post-biblico adotta la parola *zedakà* che significa qualcosa di più che la semplice carità. Etimologicamente vuol dire "rettitudine", "giustizia"; ma con questa scelta i rabbini hanno rivelato quanto questo principio abbia valore nella loro visione della religione e della prassi ebraica.

Per *zedakà* si intende una specie di giustizia equilibratrice. Il padrone non può fare con i propri beni ciò che vuole, *ogni bene – dice la Torà – deve innanzi tutto servire ai bisognosi*.

Dal punto di vista del diritto è molto importante notare che tutti i contributi che il bisognoso riceve, non li riceve come regalo, né il proprietario li dà per bontà di cuore, ma spettano al povero di diritto come allo Stato spettano di diritto le tasse e i contributi del cittadino.

"E viva il tuo fratello presso di te" (Lev 25-36).

Da questo insegnamento si è sviluppata tutta la complessa rete della *zedakà* presso il popolo d'Israele. La cassa (*kuppà*) della di-

stribuzione di aiuti in denaro, cucine popolari per il vitto, case di riposo per i vecchi, orfanotrofi, recoveri, depositi di vestiario, assistenza psicologica, sono elementi essenziali della struttura comunitaria e tutto ciò non viene considerato come una elargizione a favore dei poveri ma è elemento fondamentale del vivere ebraico perché l'ebreo compie una grave transgressione se si sottrae all'obbligo di dare al povero ciò che gli spetta. Abbiamo l'obbligo "di adempiere scrupolosamente il precezzo della zedakà più di qualsiasi altro precezzo affermativo" – afferma Maimonide – "poiché la zedakà è un segno dello zaddik (giusto), stirpe di Abramo; come è detto: "poiché lo ho destinato affinché

comandi ai suoi figli di praticare la zedakà". E la condizione di Israele non è stabile, e la religione della verità non si mantiene se non per merito della zedakà, com'è detto "Nella zedakà rendimi stabile". E Israele non sarà redento se non per merito della zedakà com'è detto "Sion con la giustizia sarà riscattata e i suoi esuli per merito della carità".

Queste parole non costituiscono solamente un ammonimento morale bensì sono un'halachà, norma ben stabilita.

Alla luce di quanto fin qui detto, ben si comprendono allora gli insegnamenti dei maestri i quali riasumono tutta la loro filosofia e visione della realtà.

"L'operare azioni di zedakà reca

la pace, la tranquillità e la sicurezza"; oppure: "così spiega Rabbi Shimon figlio di Jochai. È scritto in Isaia (32, 20) «Beati voi che seminate accanto all'acqua»"; il seminare non si riferisce se non alla zedakà com'è scritto in Osea (10, 12): "Seminate zedakà e mieterete opere oneste".

Potremo continuare ancora; ma tutto ciò sta a dimostrare come l'attuazione di opere di carità sia fondamentale nella filosofia e nelle strutture comunitarie della società ebraica.

Prof. ABRAMO ALBERTO PIATTELLI  
Docente di Esegesi Biblica  
al Collegio Rabbinico Italiano,  
Roma (Italia)

KAMEL AJLOUNI

## 5.2 L'identità del sistema sanitario islamico

Due credenze islamiche hanno decretato lo sviluppo delle istituzioni sanitarie ed hanno caratterizzato la loro identità:

– il rapporto tra Dio e il singolo essere umano è uno e diretto, senza alcuna intermediazione, il che elimina qualsiasi istituzione della chiesa o gerarchia;

– in uno stato islamico non c'è nessuna divisione tra lo Stato e una qualsiasi Istituzione religiosa, l'Islam cioè associa una religione e un codice di Stato.

Nell'Islam non c'è nessuna chiesa organizzata e nessun sacerdote nel senso cristiano del termine. L'Islam crede nel rapporto diretto tra Dio e l'uomo, senza l'intermediazione di sacerdoti, santi o profeti. Ogni musulmano è direttamente responsabile verso Dio e può accettare ogni interpretazione che presuma, o proporre l'interpretazione per lui giusta. Come guida, il musulmano deve seguire gli insegnamenti del Sacro Corano, che secondo noi sono le parole di Dio rivelatosi

al Profeta Maometto. Quando il Corano non contempla un argomento particolare, sono prese a guida le sentenze e le azioni del profeta. Nel Suna Islam i predicatori, i giudici religiosi ed i capi della giustizia sono tutti impiegati statali. Nel Shiah Islam l'organizzazione è più sviluppata, ma non rispetto all'organizzazione delle Chiese Chirian, è invece piuttosto simile alla Friends Society (Società degli Amici).

Le attività mediche nell'Islam devono essere viste tenendo presente questa differenza.

L'attiva partecipazione araba alla conoscenza medica universale non può essere dimenticata o ignorata, in quanto non solo costituisce un ponte che collega l'antico con il moderno, ma anche per il contributo significativo e senza uguali dato dagli Arabi<sup>1</sup>.

Lo scopo di questo intervento non è quello di parlare dei grandi medici arabi, come ad esempio Ibn Sina, ar-Razi, al-Tabari o altri, e

neanche quello di diffondere lumi sul loro ruolo nel miglioramento della conoscenza medica. Ci concentreremo, invece, sui principi dell'educazione medica, della pratica medica come scienza e come arte, su ciò che è permesso, etica, negligenza, certificati medici, controllo di qualità, ed argomenti attinenti, che governano il sistema sanitario.

### I principi islamici che controllano la medicina

Uno degli aforismi maggiormente degni di nota e affascinanti attribuiti al Profeta dell'Islam è il detto *al-Umu 'ilmān, 'ilm al-adyan wa-'ilm al-abdan*, cioè considera inscindibile l'importanza dello studio e della pratica della medicina come quella della giurisprudenza e della teologia islamica<sup>1,2</sup>.

In realtà, l'ampliamento del concetto di conservazione del benessere è una delle massime priorità nel-

l'Islam, coronato dal seguente versetto del Corano: *Chiunque ucciderà una persona senza che questa abbia ucciso un'altra o portato la corruzione sulla terra, è come se avesse ucciso l'umanità intera. E chiunque avrà vivificato una persona sarà come se avesse dato vita all'umanità intera.*

Questo ed altri concetti simili, sia religiosi che sociali, costituirono e diedero l'input all'apprezzamento della professione medica ed hanno enfatizzato il valore intrinseco delle arti curative, conferendo quindi al medico una posizione rispettabile nell'ambito della comunità e nei circoli eruditi. È stato l'Islam, inoltre, ad accentuare il diritto del corpo umano che ogni credente si prendesse cura di lui, fornendogli il nutrimento e promuovendo condizioni di vita salutari.

La medicina fu definita dai medici musulmani quali ar-Razi<sup>1</sup> (865-925) e Ibn Sina (908-1037) come un'arte, che si preoccupa di mantenere una buona salute, di combattere le malattie, e di recuperare la salute nel malato. È stato nel IX secolo che la maggior parte dei testi di medicina divideva l'arte della guarigione in due parti, secondo lo scopo della classificazione: teoria e pratica. Per quanto riguarda la teoria della medicina, lo studente ed il tirocinante studiavano gli elementi, gli umori del corpo e la loro funzione (fisiologia), le facoltà del corpo e dell'anima (anatomia), gli organi e la loro funzione, ed i caratteri. Per la parte pratica, venivano insegnate le seguenti branche: terapeutica, compreso l'uso di farmaci semplici e composti e di rimedi medici; ortopedia, e chirurgia minore.

Il ruolo degli Arabi in relazione all'educazione ed alla pratica medica può essere storicamente riassunto in tre tappe.

La prima è contrassegnata dalla trasmissione e dall'assimilazione di retaggi intellettuali e dalle civiltà primordiali. Sotto la guida dei Califfi "Abbasid", in Iraq e nei Paesi vicini studenti specialisti si sono impegnati nella traduzione in arabo degli scritti disponibili dal siriano, sanscrito, nabateo, copto, e greco. Le traduzioni dal greco furono le più ricche, le migliori e quelle che influenzaro-

no maggiormente la medicina, la farmacia e le scienze affini.

La seconda tappa ha testimoniato l'accelerazione e l'abbondanza di scritti locali di buona qualità<sup>1,2</sup>. Dopo averne acquisito il procedimento dagli artigiani di Cina e trans-Ossiana, i musulmani crearono la prima fabbrica di carta a Bagdad nel 794. Poco tempo dopo, questa industria, assieme a quella della fabbricazione di utensili per la scrittura e di inchiostri, raggiunse un livello senza precedenti di importanza nella storia del genere umano. Dall'Iraq, questa conoscenza passò in Siria, dove venne fabbricata carta di alta qualità, e da qui in Egitto, nel Nord Africa ed in Spagna (al-Maghrib). Gli Arabi monopolizzarono la fabbricazione della carta per più di 5 secoli. Tale fabbricazione non fu introdotta nell'Europa cristiana prima del

La terza tappa coincise con il nascere di organizzazioni educative e mediche: pubbliche (finanziate dallo Stato) e private, come biblioteche, ospedali e scuole di medicina che contribuirono ampiamente alla fondazione e ad uno sviluppo stabile dell'educazione medica. Il primo ospedale, nel senso moderno del termine, fu fondato a Baghdad durante il regno di Harun ar-Rashid (786-809). L'ospedale continuò a ricevere un'adeguata attenzione, oltre ad un sostegno finanziario e morale dai califfi che si succedettero. In altre città, medici di grande fama come Yuhanna b. Masawayh (d. 855), ar-Razi (d. 925) e Sinan b. Thabit (d. 941), praticavano la professione ed istruivano, allo stesso tempo, altri medici. Mano a mano che si diffondevano notizie sulle realizzazioni di Baghdad, la costruzione di ospedali proliferò in altre città, tra le quali Damasco, Antiochia, Mecca, al-Medinah, Cairo, al-Qayrawan, Marocco e Granada. Al-'Audi, il più famoso ospedale di Bagdad, fu fondato nel 978-979 da 'Adud ad-Dawlah. Fu generosamente dotato di uno staff medico composto da 24 persone, tra medici, chirurghi, oculisti e farmacisti, oltre al personale amministrativo per la gestione dell'edificio, della cucina e degli ospedali<sup>1,2</sup>.

Di particolare interesse per l'educazione medica fu l'attenzione che ar-Razi diede al rapporto medico-paziente ed il mantenimento di un elevato livello di etica professionale.

Nei testi arabi di medicina, troviamo molte tracce che ci indicano il coinvolgimento del medico non soltanto nella pratica professionale, ma anche negli affari della comunità cui apparteneva<sup>3</sup>. Il medico veniva presentato in questi testi come un individuo socialmente impegnato e come un cittadino illuminato, che si preoccupava di ciò che accadeva attorno a lui. Era anche descritto come pienamente istruito riguardo l'ontologia medica e l'etica professionale.

### Controllo di qualità

Il sistema Al-Hisbah (Ihtisab = Infinito di Hisbah) si è sviluppato



XIV secolo. La disponibilità di carta come modo per scrivere economico e pratico, ebbe come risultato la prima rivalutazione "I.T." Perciò, la copia di manoscritti, la catalogazione, rilegatura, vendita e raccolta di libri portò a nuovi mestieri, industrie e commerci che produssero ulteriore ricchezza e diedero grande reputazione a coloro che erano parti in causa. Ciò non solo diede una spinta all'educazione medica e alla diffusione della conoscenza medica, ma rese anche possibile la conservazione di singoli documenti medici ed il controllo della qualità, come vedremo in seguito.

molto presto nel mondo arabo, e raggiunse uno stato di perfezione nell'VIII e nel IX secolo<sup>4</sup>.

I principi sui quali Al-Ihtisab si basava erano in parte religiosi, ed in parte il risultato del senso comune, assieme al giudizio positivo del sovrano. Si fa menzione che il Califfo 'Umar Ibn al-Khattab (634-644) fu il primo ad aver capito ed aver messo in pratica questo tipo di etica e di sistema religioso di controllo operativo sotto la sua supervisione.

Dobbiamo però aspettare la prima metà del IX secolo, oltre dieci anni dopo la fondazione di Abbasid capitale, per vedere il sistema hisbah iniziare a diffondersi e diventare ben stabile, organizzato e riconosciuto nella struttura amministrativa statale. È possibile che ciò che al-Mamun<sup>1</sup> (813-833) e al-Mu'tasim (833-842) iniziarono a Bagdad, aprì la strada alla prima imposizione governativa di un codice etico per le professioni sanitarie.

Durante il X secolo, il sistema hisbah fu stabilito in Egitto, e da qui si diffuse al Nord Africa. È interessante notare che nella Spagna musulmana, il primo Muhtasib conosciuto ad essere nominato dal Califfo fu il pioniere riformatore medico e professionista, Ahmed b. Yunis Al Harrani (970).

L'opera di Muhtasib è vicinissima alla difesa di un avvocato difensore. Il lavoro del Muhtasib fu quello di assicurare la qualità degli standard sul mercato, partendo dalla parità tra qualità dei prodotti e servizi. I libri di Ihtisab comprendevano regole e procedimenti per il controllo della pratica medica. Ora essi comprendono: i procedimenti per l'attestazione dei medici, il tenere singoli e dettagliati registri medici, decidere di conseguenza ogniqualvolta sopravvenga negligenza, e le procedure per il consenso informato nei procedimenti medici, tutto reso possibile grazie alla disponibilità della carta a buon mercato. I Muhtasib venivano assistiti nei loro compiti dal Capo Medico di una città ed in casi seri venivano deferiti all'alta corte. I registri di queste corti mostrano la precisione delle ricerche e l'imparzialità dei giudici rispetto alla razza o alla religione.

## Mondo Islamico (Medicina Araba)

Il termine 'Islam' indica non solo un religione, ma un'intera civiltà, comprese molte cose che, se il mondo occidentale le classificasse, non verrebbero viste come religiose in alcun senso. Il termine "arte Islamica", ad esempio, indica virtualmente ogni tipo di arte prodotta nell'ambito del mondo Islamico e contrassegnata da certe ca-

ratteristiche culturali e non soltanto religiose. Il termine "arte cristiana", ad esempio, è limitato all'arte votiva ed ecclesiastica, e certamente non può essere esteso e comprendere l'arte prodotta dai cristiani, ancor meno dai non cristiani che vivono nel mondo contrassegnato dalla cristianità. Allo stesso modo, "Medicina Islamica" significa tutte le scienze mediche (di base e curative), prodotte nell'ambito della civiltà islamica.

## Istituzioni mediche gestite da Organizzazioni islamiche

Giordania	The Society of the Islamic Philanthropic Centre Ospedale – Amman, Aquapa
Libano	The Islamic Philanthropic Society Ospedale Tripolis, Lebanon
Libano	The Islamic Maqasid Charity Institutions: Schools, Hospitals, ecc.
Yemen	The Welfare Reform Society Università di Scienze e Tecnologia – Medicina odontoiatrica
Egitto	Al Azhar Medical School = di proprietà dello stato Islamico
Indonesia	Diverse Organizzazioni Islamiche (non politiche) 1. The Indonesian Forum for Islamic medical studies Opera: - YARSI University (compreso un college medico) 2. Islamic University-Sultan Agung Semarang – Indonesia 3. Muhammadiyan Movement (non politico) Opera: - Muhammadiyan University di Yogyakarta - Circa 30 ospedali
Pakistan	1. Islamic International College Trust - Islamico - Non profit - Non politico - Non settario Missione <u>"Stabilire le istituzioni educative, con particolare attenzione ad inculcare i valori etici Islamici"</u> Gestisce: - College medico - College di ingegneria - Diversi ospedali 2. Islamic Medical Association of Pakistan Opera in: Ospedali Centri medici Istituzioni mediche e opere assistenziali
Turchia	Hayat Foundation for Health & Social Services Opera in: Diversi ospedali Centri sociali e medici
Uganda	Organizzazione Islamica assistenziale e culturale Opera in: - Kibuli Muslim Hospital di Kampala - Centri sociali

mica ed espresse normalmente in arabo, occasionalmente in una delle altre lingue dell'Islam. Una buona parte della scienza medica è il lavoro non dei musulmani, ma dei cristiani e degli ebrei che vivono nelle terre islamiche e che costituiscono una parte della civiltà islamica nella quale hanno ricevuto la loro formazione.

Viceversa, il termine “Medicina Cristiana” non viene usato per designare le conquiste mediche da parte dei cristiani e di altri nel mondo cristiano. In verità, non è un termine esistente e, qualora lo fosse, il suo significato sarebbe completamente diverso.

Dato che non c'è una "Chiesa" organizzata, i servizi medici islamici sono sempre stati, e lo sono ancora ampiamente, frutto di iniziative di singoli benefattori, o comitati di benefattori, che mirano ad istituire dei servizi medici o scuole mediche al servizio del Creatore. Ciò non vuol dire che il movente non sia "politico" o "missionario", spesso essi sono presenti in ogni attività medica ed educativa.

In modo piuttosto interessante, le attività missionarie organizzate nell'Islam erano sempre dirette alla conversione dei musulmani da una setta Islamica ad un'altra, ed erano quasi sempre motivate. L'adozione dell'Islam da parte di un

vasto numero di africani e di est-asiatici, fu dovuta ad attività ad hoc portate avanti da singoli mercanti e non da organizzazioni missionarie né dalla conquista.

I più vasti paesi islamici, come l'Indonesia e la Nigeria, hanno aderito all'Islam attraverso le attività di singoli mercanti.

Una buona parte (forse la maggioranza) dei medici praticanti nelle società islamiche non erano musulmani (giudei, cristiani o appartenenti a diverse sette). Ciò è continuato fino ai giorni nostri. Tra i medici nel mondo arabo, oggi i cristiani contribuiscono in proporzione molto di più rispetto al numero dei loro servizi medici (sono medici, farmacisti, infermieri, personale di laboratorio, ecc.).

È interessante notare ad esempio che i primi due direttori dell'ospedale "Moslem Makassid Benevolent Society" di Gerusalemme erano cristiani: il primo un greco ortodosso ed il secondo un protestante. Questo ospedale fu istituito e mantenuto da una società privata musulmana.

Da qualche anno, alcune ONG hanno intrapreso dei rapporti con la medicina islamica, supportati da medici islamici provenienti da molti Paesi dell'Asia occidentale ed orientale, e sostenuti con fondi provenienti dagli Stati del golfo; le loro attività principali si svolgono

in Africa e in Asia orientale.

Queste organizzazioni sono ancora limitate, ma hanno buone possibilità di crescita. L'equivalente delle Società appartenenti alla Croce Rossa e costituite a modello di queste, sono le società della Mezzaluna Rossa: sono membri della federazione mondiale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa e portano avanti attività identiche a quelle della Croce Rossa.

**Professor KAMEL AJLOUNI**  
*Presidente del Centro Nazionale di  
Endocrinologia Diabetica e Genetica  
Amman, Giordania*

## Bibliografia

<sup>1</sup> HAMARNEH S, ANEES MA, *Health Sciences in Early Islam*, Anoor health foundation and Zahra publication monograph, 1983 Volume I.

<sup>2</sup> HAMARNEH S, ANEES MA, *Health Sciences in Early Islam*, Anoor health foundation and Zahra publication monograph, 1983, Volume II.

<sup>4</sup> AL-SHAIZARI AR. *Attainment to the Highest Rank by Seeking the Hisbah* (Edited in the 12<sup>th</sup> century, published in Cairo in 1946 by Al-Baz Al-Arini). Reprinted in Beirut: Dar Al-Thaqafah, 1981.

VITTHALDAS S. BHAT

### **5.3 La prospettiva induista**

L'affermazione secondo cui "l'oriente è ad est e l'occidente ad ovest, e mai si incontreranno", è stata contestata in quest'epoca astronomica. Nel secolo attuale, più ci avviciniamo gli uni agli altri, più ci rendiamo conto di quanto abbiammo in comune: origine, retaggio, patrimonio culturale e identità dei nostri scopi, delle nostre aspirazioni ed esperienze, come se ci fosse un solo uomo al

mondo. È questo lo spirito della ricerca scientifica del secolo presente. Non viviamo più in torri d'avorio e non distinguiamo più i confini internazionali o le barriere intellettive.

Con l'avanzare del progresso, la razza umana ha compiuto enormi passi avanti in tanti campi. Un grande risultato è stato il controllo di molte malattie infettive e contagiose; come risultato, l'aspettativa

di vita è pressoché duplicata. Dall'altra parte però, ci troviamo di fronte a molte nuove malattie, direttamente connesse con il nostro stile di vita, che comporta un elevato livello di stress e di tensione, dato che viviamo in quelle che possiamo chiamare giungle dell'età moderna. Le malattie del cuore sono diventate una delle principali cause di morte. Viviamo in un periodo in cui la perso-

nalità nevrotica è diventata la più comune. La medicina sta facendo del proprio meglio per combattere un temibile nemico, costituito dalle malattie psicosomatiche.

Ringrazio gli organizzatori di questa 17° Conferenza Internazionale sulle istituzioni cattoliche che operano nel campo della salute, per avermi invitato a partecipare al dialogo interreligioso, e per avermi offerto l'opportunità di esprimere il mio punto di vista sulle Istituzioni sanitarie da una prospettiva Induista.

Il ruolo della religione nel sistema sanitario è molto importante, in quanto la fede e la devozione portano dei risultati. Lo studio della religione fornisce delle informazioni di base, un apprezzamento dei contesti culturali, ed una consapevolezza della sensibilità personale che sono essenziali in un'azione intelligente e responsabile. La religione è un codice di condotta per l'uomo nella sua società; è un sistema sociale nel nome di Dio per il beneficio della società umana. Dio, anima e natura sono tre entità differenti, che costituiscono la base della religione. Lo sforzo della religione è quello di liberarsi dell'abisso che esiste tra l'uomo e Dio, e di ristabilire il perduto senso di unità.

L'Induismo è una regola di vita. In confronto ad altre religioni, non c'è nessun fondatore di questa religione. Essa non adora un solo Dio; non si basa su un solo principio; non crede in un'unica dottrina filosofica; non riconosce un rituale o un'azione particolare. Inoltre, non minimizza la fede ed il credo delle altre religioni, ma rappresenta un sistema di vita.

La salute è argomento comune in molte culture; tutte le comunità, infatti, hanno le proprie nozioni di salute, che considerano come facenti parte della propria cultura. Tra tutte le definizioni ancora usate, probabilmente la più antica è quella che considera la salute come la 'mancanza di malattie'. In alcune culture, la salute e l'armonia sono considerate equivalenti, l'armonia è definita come 'l'essere in pace con se stessi, la comunità, Dio ed il cosmo'. Gli antichi Indiani ed i Greci condividevano questo concetto, e attribuivano la malattia a disturbi nell'equilibrio

del corpo, in quelli che chiamavano 'umori'.

L'Organizzazione Mondiale della Salute definisce così la salute: 'uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o di infermità'.

I sostenitori della salute olistica credono che sia giunto il momento di considerare seriamente la dimensione spirituale ed il ruolo che essa ha nella salute e nella malattia. La salute spirituale si riferisce a quella parte dell'individuo che desidera e si adopera per dare un significato e uno scopo alla vita. Essa comprende l'integrità, i prin-



cipi e l'etica, lo scopo nella vita, l'impegno verso esseri superiori ed il credo nei concetti.

La cura della salute è un'espressione della preoccupazione degli esseri umani. Viene definita come la "quantità di servizi prestati ad individui, famiglie o comunità dagli agenti dei servizi sanitari o dai professionisti del settore, allo scopo di promuovere, mantenere, controllare o ripristinare la salute". La cura della salute comprende le 'cure mediche', e molte persone credono erroneamente che siano sinonimi. Le cure mediche sono una branca del sistema sanitario.

L'uomo primitivo trovò istintivamente il trattamento per i propri disturbi e ferite. Man mano che la mente umana maturava, la medicina arcaica diventava una combinazione di vedute e pratiche religiose, magiche ed empiriche. Co-

sì, nella civiltà antica, che si estendeva dalle Indie al Nilo, là dove la religione costituiva una parte importante della vita, la malattia era considerata come una punizione da parte dei corpi celesti, degli spiriti dei demoni, e delle streghe. Ciò portò alla creazione di vari dei, semidei ed eroi mitici, ad essi attribuiti.

La medicina alopatica fece la sua comparsa nel XV secolo. Louis Pasteur avanzò la teoria che a provocare le malattie fossero i germi. Nonostante molte malattie trasmissibili furono sconfitte grazie agli antibiotici e ai metodi preventivi, non veniva fatto alcun passo avanti per il trattamento delle malattie psico-sociali. Divenne categorico trovare sistemi alternativi di medicina, che fossero accettabili ed accessibili, tenuto conto dei fattori culturali e dei costumi prevalenti tra le masse.

La principale fonte della cultura e della medicina Ariana erano i quattro *Veda*. Si dice che siano stati rivelati originariamente dal creatore, *Brama*, ai saggi circa 6.000 anni prima dell'era cristiana, secondo le tradizioni indiane. Il *Veda Rig* è considerato dalla maggior parte degli studiosi come la fonte originale della medicina Indù, e consta di inni e preghiere rivolte alle diverse divinità, delle quali si celebravano le capacità mediche e chirurgiche. Il *Veda Atharva*, che fu composto in un'epoca più avanzata, abbonda di preghiere, formule magiche e incantesimi per proteggere contro tutti i tipi di malattie e disastri naturali.

È provato che in India il sistema di medicina ayurvedico è altamente popolare non solo nelle città, ma anche nelle aree rurali; molti qualificati medici ayurvedici praticano in tutti gli angoli dell'India. Le persone accettano l'Ayurveda non soltanto perché possono accedervi a basso costo, ma anche perché è adatto ai loro principi culturali.

L'Ayurveda è un sistema medico veramente indiano nell'origine e nello sviluppo. Per definizione, esso comporta la 'conoscenza della vita' o la conoscenza attraverso la quale la vita può essere prolungata. La sua origine può essere fatta risalire ai tempi Vedici, al

5000 a.C. circa. Durante quel periodo, la storia medica era associata a figure mitologiche, a saggi e a veggenti. Si narra che *Dhanvantari*, il dio Indù della medicina, sia nato come risultato dello sconvolgimento degli oceani durante la guerra tra gli dei ed i demoni. Secondo alcune autorità, la conoscenza medica nell'*Atharva Veda* (uno dei quattro *Veda*) si è gradualmente sviluppata nella scienza dell'Ayurveda.

Si potrebbe rilevare che gli antichi anticiparono il nostro atteggiamento verso la pratica della medicina e non la definirono come una scienza di terapia o cura, ma come scienza che pervade tutte le conoscenze della vita. L'Ayurveda è forse la più antica scienza medica che evidenzia la salute positiva, una miscela di benessere fisico, mentale, sociale, morale e spirituale. Suo scopo principale è bene espresso dal *charaka*, quando afferma che “è la conoscenza della vita che si occupa minuziosamente ed esaurientemente delle condizioni che portano beneficio o meno all'umanità, e dei fattori che portano alla felicità, o che sono responsabili della sofferenza o del dolore, oltre ad indicare le misure per un modo di vita salutare per tutta il corso dell'esistenza”. Ciò evidenzia il bisogno di una vita equilibrata per assicurare una salute normale o uno stato libero da malattie (*arogya*). Tutte le antiche scritture enfatizzano la vita sana come prerequisito per raggiungere i quattro massimi fini della vita, cioè rettitudine (*dharma*), abbondanza (*artha*), valori artistici e culturali (*kama*) e libertà (*moksha*).

L'insegnamento e i veggenti dell'Ayurveda hanno indicato chiaramente che il corpo umano è il prodotto del cibo che ingeriamo. Una salute più o meno normale dipende ampiamente da: ingestione, digestione, assorbimento, assimilazione e metabolismo del cibo. La salute o la malattia hanno rapporti definiti e distinti con l'ingestione del cibo, cioè salutare o malsano, gradevole o meno. È stata prestata una cura meticolosa per indicare le sostanze alimentari che sono salutari e gradevoli per il normale funzionamento del corpo. Il tipo di dieta influenza allo

stesso modo lo sviluppo mentale e quello spirituale. Il *Charaka samhita* valuta in modo molto chiaro che un numero di malattie, difficili da curare o incurabili, derivano da sbagli o imprudenze riguardo alle abitudini dietetiche. Anche i concetti di nutrizione che si trovano in studi più recenti sulla fisiologia richiamano alla mente le idee degli antichi medici indiani e il loro riconoscimento del ruolo della dieta nel mantenimento della salute e nella causa della malattia.

Secondo l'Ayurveda, una persona sana (*swastha*) è una persona nella quale c'è un equilibrio tra gli umori e i tessuti del corpo, con funzioni digestive ed escretive associate alla gratificazione dei sensi, della mente e dell'anima. La

ignoranza. Tutti questi stati che abbiamo descritto appartengono alla mente, così com'è adeguato specificare che *satva*, *rajas* e *tamas* sono qualità (*gunas*) della mente (*manas*).

Proprio come ci sono tre qualità della mente, ci sono tre componenti connesse con il corpo, il cui equilibrio decide il suo stato. Ci sono tre umori, *vata*, *pitta* e *kapha*. I testi ayurvedici, inoltre, riassumono la composizione di un uomo come l'unione di fattori mentali, spirituali e fisici. L'Ayurveda è un sistema che ha spiegato dettagliatamente non solo come possiamo controllare, ma anche come possiamo prevenire le malattie psicosomatiche o psicosociali.

La medicina moderna riconosce



malattia è dovuta ad uno sbilanciamento dell'equilibrio di tutti o qualcuno di essi. Di questi componenti, l'anima (*atma*) è la causa dell'animazione, la mente (*manas*) costituisce la componente psichica o mentale, e l'equilibrio dipende dalle qualità intrinseche di queste componenti (*trigunas*, cioè *satva*, *rajas* e *tamas*). Una persona con predominanza di qualità *satwa* possiede equilibrio mentale, chiarezza, purezza di pensiero e di idee, piaceri, ecc.; una con qualità *rajas* è piena di attività e di energia; ed una con qualità *tamas* possiede in abbondanza inerzia, passività, perplessità, delusione ed

il ruolo della mente e delle emozioni come causa delle malattie definite psicosomatiche. “Cariche emotive cattive” o “un'intensa energia” stanno diventando frasi familiari. Quando incontriamo qualcuno che è subito di nostro gradimento, o lo respingiamo pur senza conoscere nulla di lui, siamo attratti o meno dalla sua carica emotiva. Possiamo dire che quando qualcuno ci fissa, noi cerchiamo di vedere chi egli sia. Possiamo avvertire che qualcosa sta per accadere, e poi accade veramente. Iniziamo a dare ascolto al nostro intuito. Noi “conosciamo” le cose ma non sempre sappiamo in che

modo “le sappiamo”. Talvolta, durante una discussione con qualcuno, possiamo avvertire come se qualcosa partisse dal nostro plesso solare, o possiamo sentirci trafitti da una pugnalata. Dall’altra parte, talvolta ci sentiamo circondati dall’amore, vezzeggiati, immersi in un mare di dolcezza, benessere e luce. Tutte queste esperienze trovano una realtà nei campi dell’energia.

La scienza moderna ci dice che l’organismo umano non è soltanto una struttura fisica composta da molecole, ma che, come qualsiasi altra cosa, noi siamo composti da campi di energia umana (HEF – Human Energy Fields). Possiamo perfino misurare i campi elettromagnetici attorno al corpo con un congegno sensoriale, chiamato SQUID (*super conducting quantum interference device*).

L’antica tradizione spirituale indiana, risalente ad oltre 5000 anni fa, ci parla dell’energia universale chiamata PRANA. Questa energia universale viene vista come il componente fondamentale e fonte di ogni vita. PRANA è il soffio della vita, che si muove attraverso tutte le forme dando loro la vita.

I cinesi hanno dichiarato l’esistenza di un’energia vitale che chiamano “Chi”. Ogni cosa animata ed inanimata è composta e pervasa da questa energia universale. Questo “chi” contiene due forze polari, YIN e YANG. Quando YIN e YANG sono bilanciati, il sistema vitale mostra una salute fisica. Quando sono sbilanciati, il risultato è uno stato di malattia. L’antica arte dell’agopuntura si basa sul bilanciamento di YIN e YANG.

Gli antichi testi Indù Vedici, i Buddisti Tibetani e Indiani, i Budisti Zen Giapponesi, descrivono dettagliatamente il campo dell’energia umana. Il sistema sanitario indù punta ad un aumento dell’energia positiva, sia nel paziente sia nel guaritore. Per diventare un guaritore c’è bisogno di preparazione spirituale e tecnica. L’energia e la potenza acquisiti dalla preparazione spirituale devono essere usati con integrità, onestà ed amore, perché causa ed effetto sono sempre all’opera in ogni azione. Ciò che hai sprigionato ti tornerà sempre indietro. È quello

che viene chiamato KARMA. Così come l’energia che scorre fa aumentare il potere di guarigione, così fa la tua potenza. Se usi questa potenza in modo negativo, potrai sperimentare che la stessa negatività ti ritornerà indietro.

La pratica degli Yogi è di guidare questa energia attraverso tecniche respiratorie, la meditazione e l’esercizio fisico per mantenere degli stati di consapevolezza e di gioventù ben oltre la loro portata normale. Maharshi Patanjali, padre del concetto moderno di Yoga, e grande medico egli stesso, nel III secolo a.C. definiva lo Yoga come il completo controllo della mente e delle emozioni. Chiariamo anzitutto alcune idee popolari sbagliate sullo Yoga.

– Lo Yoga non è, ad esempio, una religione ortodossa come il Cristianesimo, l’Islam o il Buddismo.

– Potete appartenere ad una religione qualsiasi o a nessuna, ed essere uno Yogi.

– Lo Yoga non è una filosofia, sebbene vi sia in esso molta filosofia.

– Lo Yoga non è un culto ascetico che rifiuta tutte le gioie della vita. Viceversa, porta molta gioia e significato alla vita.

– Lo Yoga non è pericoloso da praticare, non più di quanto sia pericoloso mangiare o bere o giocare a tennis.

– Diversamente da molte altre filosofie del mondo, è una filosofia scientifica del tutto pratica.

– Lo Yoga è una scienza esatta, che si basa su leggi certe ed immutabili della natura e che dispone ‘la Mente sul Corpo’. L’ottenimento di un corpo sano con una mente calma e stabile in tutte le circostanze è ciò cui aspira ogni individuo. Il vero *Yoga-Sadhana* porta all’armonia ed alla perfezione del corpo, della mente e dello spirito.

Il termine Yoga deriva dalla parola sanscrita ‘*Yuj*’, che significa ‘controllo’ o ‘unione’. Lo Yoga è una scienza, che ci consente di imparare ad unire la nostra ‘anima Individuale’ (*Jivatma*) con la ‘anima Universale’ (*Paramatma*). La struttura mentale e la conquista intellettuale sono diverse in individui diversi. Su questa base, la razza umana è divisa in quattro

categorie. Nell’Induismo ci sono quattro percorsi classici per raggiungere lo scopo finale dello Yoga.

1. BHAKTI YOGA – il percorso della devozione, per l’Uomo del cuore – L’Emozionale.

2. GNANA YOGA – il percorso della conoscenza, per l’Uomo della testa – L’Intellettuale.

3. KARMA YOGA – il percorso dell’azione per l’Uomo con lo stesso sviluppo di cuore e testa – L’Attivo.

4. HATHA YOGA – il percorso del misticismo per l’Uomo che è poco sviluppato in cuore e testa.

Il tema di tutti questi YOGA è uno ed identico e la teoria scientifica in queste tecniche è basata sull’integrazione mentale e l’auto-purificazione. Le differenti tecniche radicate in questi Yoga si devono adattare ai diversi temperamenti e tipi di persone.

Tutti e quattro gli Yogas aiutano a isolare la mente dalle sue preoccupazioni usando i sensi e raggiungendo la confluenza, che unisce la strada principale che conduce al tempio della verità. La prima parte della pratica è chiamata ‘DHARANA’, vale a dire la concentrazione che porta al ‘DHYANA’, cioè alla meditazione.

La meditazione è il passaggio finale attraverso il quale l’uomo entra nell’arena dell’esperienza finale dell’ASSOLUTO. Il grande *Maharshi Patanjali* descrive otto tappe di Hatha Yoga:

1. YAMA – Disciplina
2. NIYAMA – Osservanza
3. ASANA – Posizioni
4. PRANAYAMA – Controllo del *prana*, cioè del respiro
5. PRATYHARA – Senso di distacco
6. DHARANA – Concentrazione
7. DHYANA – Meditazione
8. SAMADHI – Consapevolezza trascendentale sublimata.

L’unica forma di Yoga che è stata studiata scientificamente è la meditazione Trascendentale, una tecnica speciale di meditazione così come è stata insegnata da *Maharshi Mahesh Yogi*, che ha fondato in Svizzera l’Università Europea per diffondere i principi dello Yoga.

Attorno a noi ritroviamo le condizioni ambientali di quattro tipi

principali: Fisico, Psicologico, Fisiologico e Sociale o Culturale. Lo Yoga, con le sue discipline fisiche e mentali, può plasmare il comportamento di un individuo favorendone la perfetta armonia con l'ambiente, sollevandolo da ogni sofferenza. Lo Yoga è una disciplina che cerca di portare l'ambiente interno di un individuo sotto il suo controllo, operando perciò un buon adattamento della persona con ciò che la circonda.

Tutti siamo d'accordo nell'affermare che l'uomo è una creatura misteriosa. Egli è composto di molti elementi: un corpo, una mente pensante, sentimenti e desideri, ideali ed una coscienza – solo per elencarne alcuni. Molti di questi elementi sono spesso in contrasto tra di loro. Siamo un campo di battaglia per i nostri impulsi, i desideri, le repressioni, ecc. Anche se forse non ne abbiamo ancora incontrata una, immaginiamo una persona ideale e perfetta, nella quale tutti questi ele-

menti combattenti siano uniti sotto il comando della volontà. Questa persona, come risultato, dovrebbe avere una salute perfetta, un gran coraggio, una completa sicurezza di sé e un immenso vigore. Naturalmente però, la volontà che comanda tutti i piccoli sé dev'essere una volontà illuminata; in caso contrario il risultato sarebbe quello di un Mago Nero che usa la sua grande conoscenza ed il proprio potere in modo egoista ed egocentrico, arrecando sofferenza ai suoi simili.

Gli antichi saggi indiani, gli Yogi, credevano – ed i mistici di ogni età concordano con essi – che l'uomo ha in sé le potenzialità della volontà altruista illuminata. Questa potenzialità è la scintilla Divina. Quando scaturisce in una fiamma, le parti inferiori si sottomettono alla sapienza infinita. La volontà dell'uomo si identifica con quella divina.

È questo lo scopo nobile e supremo dello Yoga: insegnare all'uomo ad integrarsi, in modo da

sentire dentro di sé la completa unione con l'intero universo e con il suo creatore.

Prof. VITTHALDAS S. BHAT

Dipartimento di Fisiologia  
Terna Medical College  
Mumbai (India)

## Bibliografia

BARBARA ANN BRENNAN, *Hands of Light*, Bantam Books, New York – June 1988.

CHAKRABARTI, GHOSH AND SAHANA, *Human physiology*, 2<sup>nd</sup> edition.

CHAKRABARTI, GHOSH AND SAHANA, *Physiological aspects of Yogic discipline*, The new bookstall, Calcutta, India.

CHITRALEKHA SING. PREM NATH, *Hinduism*, Crest Publishing House, Jaico Enterprise, New Delhi.

KESHAWANI, N.H., *Medical Heritage of India*.

KURUP P.N.V. and RAGHUNATHAN K., *Human Physiology in Ayurveda, The Science of Medicine and Physiological concepts in Ancient and Medieval India*. Published by Dr. S.K. Manchanda, 1974. Secretary General, XXVI International Congress of Physiological Sciences, All India Institute of Medical Sciences – New Delhi.

PARK, *Man and Medicine towards health for all. Park's text book of preventive and social Medicine*. 16<sup>th</sup> edition, M/s Banarsidas Bhanot Publishers, Jabalpur, India.

MASAHIRO TANAKA

## 5.4 L'identità delle istituzioni sanitarie buddiste

Sono il Superiore di un tempio buddista chiamato Saimyouji, situato poco a nord di Tokio, in Giappone e costruito nel 737 A.D. E sono anche un medico internista. Saimyouji è un tempio collegato ad uno dei quattro principali pellegrinaggi buddisti in Giappone. Nei templi del nostro pellegrinaggio, le ceremonie buddiste nelle quali si prega per la pace nel mondo vengono celebrate per due mesi, in ottobre e novembre. Nel nostro tempio ospitiamo diverse istituzioni di assistenza medica e per gli anziani, come un ospedale, una casa di riposo, un centro infermieristico per l'assistenza domiciliare, e due case

famiglia. Poiché io sono sia un monaco buddista, sia un medico, oggi vorrei parlare di scienza e buddismo. Ritengo che, quando si discutono questioni confutabili, per la nostra analisi critica dovremmo usare la conoscenza scientifica, mentre quando si discutono questioni inconfutabili dovremmo considerarle in termini di umanesimo e facendo riferimento ai classici.

In questo intervento vorrei discutere due argomenti. Prima di tutto vorrei parlare della questione della morte dignitosa e del trapianto di organi, con riferimento ad uno specifico caso che ha coinvolto il nostro ospedale. Vorrei poi far seguire

una discussione scientifica ed umanitaria e finire esaminando questi concetti dal punto di vista della religione buddista.

Il caso riguardante gli argomenti della morte dignitosa e del trapianto di organi di cui vorrei parlare riguarda una donna di 53 anni che arrivò al nostro ospedale come un cosiddetto caso DOA (deceduto all'arrivo).

Il 9 ottobre 1992, all'una circa del pomeriggio, la donna fu punta da un calabrone e mezz'ora dopo entrò in shock anafilattico. Mentre veniva trasportata al nostro ospedale con l'auto di un vicino, si manifestarono perdita dei sensi, convul-

sioni ed arresto cardiaco. Immediatamente dopo l'arrivo le fu praticata la rianimazione cardiopolmonare, ed un esperto anestesista eseguì l'intubazione endotracheale. Le furono somministrati liquidi goccia a goccia ed iniettati farmaci come adrenalina e steroidi. Benché la circolazione sanguigna avesse ripreso, erano passati 13 minuti dal momento dell'arresto cardiaco all'inizio della rianimazione e, malgrado i nostri sforzi, le funzioni cerebrali della paziente non ripresero. Durante tutta l'ospedalizzazione per durò uno stato di coma profondo. Si continuò la respirazione artificiale per mezzo di un respiratore e, malgrado la respirazione spontanea comparisse a tratti, poi scompariva nuovamente. Il test della tosse riflessa rimase negativo e, benché si potesse notare la debole temporanea comparsa del riflesso pupillare alla luce, anch'esso scomparve nuovamente. La quantità di dopamina somministrata per mantenere la pressione sanguigna fu gradualmente aumentata. Dopo una settimana fummo costretti a spiegare alla famiglia che il recupero era impossibile.

Una volta presentata questa diagnosi alla famiglia, proponemmo l'interruzione del supporto artificiale delle funzioni vitali e la donazione degli organi. Queste proposte incontrarono l'approvazione dei familiari perché la paziente possedeva una tessera di donatore ed aveva espresso in vita la volontà di morire con dignità. Tuttavia, sia il suo desiderio di una morte dignitosa sia quello di essere donatrice dei propri organi incontrarono delle difficoltà. La paziente era positiva all'antigene di HBs e, in quanto tale, il Kidney Transplant Network regionale ritenne che essa non fosse idonea come donatrice e rifiutò la donazione. Non potevamo essere d'accordo con questo giudizio e quindi facemmo una ricerca in rete di documenti medici sull'argomento. Cercando su Index Medicus la documentazione relativa a trapianti di rene ed epatite B, trovammo 20 documenti<sup>1-20</sup>. Dei 20 documenti trovati alcuni<sup>1-10</sup> concludevano che il rapporto tra donatori positivi all'antigene HBs e la prognosi del destinatario erano indipendenti. Non esistevano documenti che as-

serissero che una persona positiva all'antigene dell'epatite B fosse inadatta come donatore di organi. In 2 documenti si specificava che la prognosi era negativa quando il destinatario era positivo all'antigene HBe. Pertanto, dal punto di vista medico, i reni dei donatori positivi all'antigene HBs, che sono al tempo stesso negativi all'antigene HBe, possono essere offerti per il trapianto. Ritenevamo che il Kidney Transplant Network regionale non avrebbe dovuto opporsi a questo parere a meno che non avesse un documento che potesse confutarlo portando nuove prove – qualcosa come un documento approvato che comparisse su Index Medicus. Un simile documento non esiste, almeno in quel momento.



Prendemmo contatto con una clinica universitaria esterna all'area controllata dal Kidney Transplant Network regionale e la donazione divenne possibile. La somministrazione di dopamina venne interrotta dopo la conferma della cessazione del processo respiratorio spontaneo attraverso un test di apnea eseguito in presenza della famiglia. La pressione sanguigna precipitò ed il battito della paziente si arrestò dopo 10 minuti. L'arresto cardiaco fu confermato per mezzo del monitor dell'elettrocardiogramma, sempre in presenza della famiglia. A quel punto venne diagnosticata la morte e venne eseguita un'operazione per l'asportazione dei reni che furono immediatamente trasportati alla clinica universitaria per il trapianto ai destinatari.

Mi dispiace dire che gli articoli giornalistici che seguirono non furono buoni. Erano scritti in modo tale che era facile confondere l'interruzione del trattamento a seguito di una diagnosi di morte cerebrale, con la decisione di interrompere le cure allo scopo di trapiantare gli organi! Il risultato fu che alcuni medici e cittadini che lessero questi articoli ci accusarono e ci denunciarono per omicidio. Naturalmente il personale medico non dovrebbe giudicare unilateralmente la morte cerebrale ed al solo scopo del trapianto di organi. Su questo punto siamo perfettamente d'accordo con i nostri accusatori! Ma non dovremmo chiederci se possano o meno esserci ragioni per cui è possibile interrompere il prolungamento del trattamento sulla base dell'autodeterminazione del paziente? Ci sono, ovviamente, punti di vista diversi per quanto riguarda la propria morte e nessuno di questi può essere confutato attraverso test, con esperimenti od osservazioni. Però, la scienza non può essere di aiuto nel risolvere il problema e per questo vorrei discutere la questione, non facendo riferimento alla scienza e alla teoria medica, ma riferendoci ai classici – documenti che sono sopravvissuti ad una lunga storia di critica.

Il primo concetto cui vorrei fare riferimento è di Albert Camus. All'inizio del suo *Il mito di Sisifo* egli scrive: "Esiste un solo problema filosofico veramente serio ed è il suicidio [...] Galileo, che deteneva una verità scientifica di grande importanza, la abiurò con estrema facilità non appena questa mise in pericolo la sua vita. In un certo senso, ha fatto bene. La verità non valeva la posta."

D'altra parte, Tommaso Campanella difese Galileo e dal carcere scrisse *Apologia pro Galilaeo* a rischio della propria vita. Rischiò la propria vita perché riteneva ci fosse qualcosa di più importante di quanto la sua vita non fosse per lui. Se c'è qualcosa di prezioso oltre la propria vita, si potrebbe dire che questo è il credo di ciascuna persona. Questo credo è necessario se si deve amare la vita.

Consentitemi di tornare un attimo alla controversia del *morire con dignità* che ha coinvolto il nostro ospedale, e al ruolo della religione

in tutto questo. In quel periodo, al nostro ospedale venne un'emittente televisiva di Vienna per riprendere la storia. A Vienna, dicevano, l'eutanasia passiva, o il cosiddetto *morire con dignità*, era proibita da disposizioni cristiane. Poiché avevano sentito che *morire con dignità* era consentito nell'ospedale di un tempio buddista in Giappone, erano venuti per un reportage completo. Questo solleva un'interessante questione sul rapporto tra la religione ed il morire con dignità. Per questo vorrei parlare per un momento di come le due cose sono correlate. Vorrei citare la prima parte di *Sul suicidio*, di Schopenhauer, che tratta questo argomento: "Per quanto mi è dato vedere, sono solo i seguaci delle religioni monoteistiche, e quindi ebraiche, a considerare il suicidio un crimine. Questo è ancor più sorprendente in quanto né nel Vecchio né nel Nuovo Testamento è possibile trovare la proibizione, o anche semplicemente una ferma condanna, del suicidio".

Il Buddismo accetta l'idea di morire con dignità? Il Buddismo accetta il suicidio? Nelle scritture buddiste, Buddha accettò il fatto di un monaco che commise suicidio. Il Buddismo aveva incoraggiato il suicidio? Consentitemi di citare da *Il suicidio* di Durkheim: "Benché il Buddismo sia stato spesso accusato di aver portato questo principio alle sue estreme conseguenze ed elevato il suicidio a pratica religiosa, in realtà lo condannava. È vero che insegnava che la beatitudine più grande era l'autodistruzione nel Nirvana; ma questa sospensione dell'esistenza potrebbe e dovrebbe essere raggiunta anche durante questa vita senza necessità di misure violente per la sua realizzazione".

L'interpretazione del Nirvana di Durkheim è esatta ed a conferma di questo prendiamo in considerazione per un attimo la dottrina di Buddha.

La dottrina di Buddha si riassume nelle "Quattro Nobili Verità". Esse sono "la verità sul dolore", "la verità sull'origine del dolore", "la verità sulla soppressione del dolore, Nirvana" e "la verità sulla via che porta al Nirvana".

"La verità sul dolore" era l'argomento di Buddha. Qui *dolore* è la traduzione della parola sanscrita

*dukkha*, il cui significato letterale è *negazione di ciò che si desidera*. Buddha disse che ci sono otto dolori. I primi quattro sono la nascita, l'invecchiamento, la malattia e la morte. Questi sono esempi del cosiddetto dolore, la categoria di eventi che, semplicemente, sono indipendenti dai nostri desideri. L'ultimo dolore elencato da Buddha riassumeva tutti i dolori. È l'attaccamento a se stessi, che ha cinque componenti che sono rispettivamente: attaccamento al proprio corpo, percezione, concezione, volontà e coscienza. Gli attaccamenti a se stessi rappresentano i dolori fondamentali.

"La verità sull'origine del dolore" indica che causa del dolore sono le passioni, come la passione per il sesso, la passione per la vita e la passione per la morte. Queste tre passioni in biologia corrispondono a tre elementi della vita: riproduzione, equilibrio dinamico e morte.

"La verità sulla soppressione del dolore" è lo stato del Nirvana, dove queste tre passioni si spengono ed anche i dolori, cioè l'attaccamento a sé, si estinguono.

"La verità sulla via che porta al Nirvana" è il modo di vivere in cui si continuano a tenere continuamente sotto controllo queste tre passioni. Anche l'attaccamento a sé è tenuto completamente sotto controllo, e da ciò emerge la compassione per gli altri.

I monaci buddisti sono coloro che fanno il giuramento di perseguire il cammino verso il Nirvana. Perciò essi non commettono suicidio, né sono irragionevolmente attaccati alla vita. Questo è un punto che essi hanno in comune con coloro che decidono di morire con dignità. Tuttavia, questo avviene nel caso dei monaci, ed il Buddismo non suggerisce che tutte le persone scelgano di morire con dignità. Avere compassione per tutti, senza attaccamento a sé stessi, questa è la posizione del Buddhista che riafferma il credo di tutti gli altri in egual misura. Ciò ci consente di sostenere sia la decisione di morire con dignità che la decisione di prolungare la propria vita attraverso l'intervento medico.

La dottrina di Buddha non ha in sé e di per sé un fine, ma è il mezzo che porta la felicità alle persone. E Buddha ha dimostrato, utilizzando la

metafora di una zattera, che l'essenza della dottrina è quella di lasciare i propri legami. Per aiutarvi a comprendere la metafora, vi racconterò la storia raccontata da Buddha. Immaginate un uomo che cammina lungo una strada. Egli arriva ad un grande fiume. La riva da questo lato è pericolosa, ma quella dall'altra parte è tranquilla. Non ci sono né una barca né un ponte per portarlo sull'altra riva, allora l'uomo si costruisce una zattera. Attraversa il fiume usando la zattera ed arriva sull'altra sponda. Dopo essere arrivato pensa di proseguire il proprio cammino portando la zattera con sé, trasportandola sulla testa o sulle spalle. Ma, in realtà, come dovrebbe comportarsi con la zattera? Dovrebbe portarla con sé anche se essa ha ormai servito al suo scopo? Naturalmente no. Ciò che dovrebbe fare è lasciare la zattera sulla riva e continuare il proprio cammino. Così, la dottrina è stata insegnata usando la metafora di una zattera, per mostrarci come passare da una sponda all'altra, lasciandoci alle spalle i nostri legami. E, in questo caso, la zattera è una metafora della dottrina stessa di Buddha! Anche la dottrina di Buddha dovrebbe essere lasciata sull'altra sponda da coloro che sono giunti a comprenderla attraverso questa metafora.

La zattera usata per raggiungere la sponda del Nirvana dalla sponda della sofferenza è il Buddismo stesso! La zattera è una metafora. Il significato letterale della parola *metafora* è *trasferire*, ed anche il Buddismo è solo una metafora che trasferisce le persone sull'altra sponda della felicità. Un Buddhista non è attaccato al Buddismo stesso. La metafora della zattera indica il Buddismo come non-attaccato a se stesso ed anche un non-attaccamento a non essere attaccati al non-attaccamento. Buddha ha detto che ciò che posso controllare liberamente secondo il mio desiderio è mio. Noi non abbiamo il controllo sul nostro corpo per quanto riguarda nascita, invecchiamento, malattie e morte. Così, per controllare noi stessi dobbiamo riconoscere che il nostro corpo non ci appartiene. Non c'è nulla che possa dirsi mio perché persino questo corpo non mi appartiene. Se una persona si considera in questo modo, quella persona non

discriminerà gli altri rispetto a se stesso. Questa è la saggezza dell'eguaglianza nel Buddismo. E l'atto o l'azione di misericordia che si dedicherebbe al dolore di un altro è lo stesso che si dedicherebbe a noi stessi. L'insegnamento di Buddha è basato su questo principio e lo scopo è quello di aiutare coloro che si trovano sulla sponda della sofferenza a raggiungere la sponda della felicità.

Non c'è discriminazione nel punto di arrivo del cammino verso il non-attaccamento percorso dai monaci buddisti. Tutti i modi di vivere, cioè il credo di ciascuno, sono egualmente affermati. È giusto dare consigli ed aiutare i pazienti a prendere le proprie decisioni quando noi, come monaci buddisti, veniamo interpellati. Anche la posizione del Buddismo nei confronti del trapianto di organi è uguale. Noi monaci buddisti dovremmo, da una parte, partecipare alla registrazione dei donatori, e, dall'altra, sostenere la posizione di coloro che ricevono un trapianto di organi.

Vorrei infine citare le parole di Schopenhauer ed offrirle come lezione ai monaci buddisti: "Un vero monaco (buddista) è estremamente venerabile, ma nella maggioranza dei casi il saio è una semplice maschera dietro alla quale c'è solo un

poco del vero monaco, come c'è dietro ad una persona in una mascherata".

Dott. MASAHIRO TANAKA

*Medico presso la  
Medical Clinic Fumon-in  
Superiore del  
Buddhist Temple Saimyouji,  
Mashiko (Japan)*

## Bibliografia

- <sup>1</sup> KIM YS, ET AL: Renal transplantation is not contraindicated in hepatitis B surface antigen positive patients. *Transplant Proc* (United States), 24: p1541, 1992.
- <sup>2</sup> CHAN PC, ET AL: The impact of donor and recipient hepatitis B surface antigen status on liver disease and survival in renal transplant recipients. *Transplantation*, 53: p128, 1992.
- <sup>3</sup> LAI MK, ET AL: Renal transplantation in hepatitis B carriers: comparison of azathioprine- and cyclosporine-treated recipients. *Clin Transpl*, p281, 1989.
- <sup>4</sup> RANIAN D, ET AL: Factors affecting the ten-year outcome of human renal allografts. The effect of viral infections. *Transplantation*, 51: p113, 1991.
- <sup>5</sup> RIVOLTA E, ET AL: Prognostic significance of hepatitis B surface antigenemia in cadaveric renal transplant patients. *Transplant Proc*, 19: p2153-4, 1987.
- <sup>6</sup> FRIEDLANDER MM, KASPA R T: Chronic hepatitis in kidney allograft recipients [letter; comment] *Lancet*, 335: p1465, 1990.
- <sup>7</sup> SENGAR DP, ET AL: Long-term patient and renal allograft survival in HBsAg infection: a recent update. *Transplant Proc*, 21: p3358, 1989.
- <sup>8</sup> AL-KHADER AA, ET AL: Renal transplantation from HBsAg positive donors to HBsAg negative recipients [letter] *BMJ*, 297:p854,1988.
- <sup>9</sup> CHAN MK, ET AL: Renal transplantation from HBsAg positive donors to HBsAg negative recipients. *BMJ*, 297: p522-3, 1988.
- <sup>10</sup> GARCIA G, ET AL: Hepatitis B virus infection and renal transplantation. *Hepatology*, 8: p1172, 1988.
- <sup>11</sup> SANDRINI S, ET AL: Viral hepatitis in HBsAg-positive renal transplant patients treated with cyclosporin and steroids. *Nephrol Dial Transplant*, 5: p525, 1990.
- <sup>12</sup> FAIRLEY CK, ET AL: The increased risk of fatal liver disease in renal transplant patients who are hepatitis Be antigen and/or HBV DNA positive. *Transplantation*, 52: p497, 1991.
- <sup>13</sup> MARCELLIN P, ET AL: Redevlopment of hepatitis B surface antigen after renal transplantation. *Gastroenterology*, 100: p1432, 1991.
- <sup>14</sup> RAO KV, ET AL: Variability in the morphological spectrum and clinical outcome of chronic liver disease in hepatitis B-positive and B-negative renal transplant recipients. *Transplantation*, 51: p391-6, 1991.
- <sup>15</sup> STEMPFL C, ET AL: Effect of cyclosporine on the clinical course of HBsAg-positive renal transplant patients. *Transplant Proc*, 23: p1251, 1991.
- <sup>16</sup> SCOTT D, ET AL: Hepatitis B and renal transplantation. *Transplant Proc*, 19: p2159, 1987.
- <sup>17</sup> DEGOS F, DEGOTT C: Hepatitis in renal transplant recipients. *J Hepatol*, 9: p114, 1989.
- <sup>18</sup> GOTTESDIENER KM: Transplanted infections: donor-to-host transmission with the allograft. *Ann Intern Med*, 110: p1001-16, 1989.
- <sup>19</sup> DIENSTAG JL: Renal transplantation and hepatitis B. *Gastroenterology*, 94: p235, 1988.
- <sup>20</sup> TAKAHARA S, ET AL: Prospective study and long-term follow-up of liver damage in renal transplant recipients. *Transplant Proc*, 19: p2221-4, 1987.
- <sup>21</sup> ALBERT CAMUS "The Myth of Sisyphus" Translated by Justin O'Brien. Penguin Books. 1955.
- <sup>22</sup> SCHOPENHAUER "Parerga and Paralipomena Vol 2 chapter 13 On Suicide" Translated by E.F.J. Payne. Oxford University Press. 1974.
- <sup>23</sup> EMIL DURKHEIM "Suicide" Translated by J.A. Spaulding and G. Simpson. The Free Press, 1979.



## Terza Sessione

# Cosa fare per migliorare l'identità degli Ospedali Cattolici

MARY ANN LOU

## 1. Migliorare la missione dell'Ospedale Cattolico

### Introduzione

Taiwan è una grande isola situata nel sud-est della Cina continentale, con un'estensione di 11.418.174 mq ed una popolazione di 22.459.000 abitanti. I cattolici sono soltanto l'1,7 % della popolazione totale; la Chiesa è presente con 1 Cardinale, 1 Arcivescovo (Taipei) e 7 Vescovi, a capo di altrettante diocesi.

Per quanto riguarda i servizi medici cattolici, a Taiwan ci sono 11 ospedali sparsi in tutta l'isola, per un totale di 3.272 posti letto, il che rappresenta il 2,85% di tutti i posti letto ospedalieri del Paese. Cinque di questi ospedali appartengono e sono gestiti dalla diocesi, mentre gli altri 6 da ordini religiosi. Ci sono 6 case di cura, per la convalescenza e le cure ai malati o agli anziani. Dieci servizi forniscono alloggio e cure per lunghe degenze. Ventinove case, di dimensioni diverse, si occupano dei malati mentali o dei disabili fisici, siano essi adulti o bambini. Nove case famiglia sono destinate agli anziani.

Gli istituti che si occupano dell'insegnamento in questo campo specifico comprendono: 2 scuole per infermieri; 1 college infermieristico; il college medico presso la *Fu Jen Catholic University*, che annovera una scuola per infermieri, una di salute pubblica, una scuola

per la riabilitazione mentale ed una nuova scuola di Medicina per studenti fino al 3° anno. Ci sono anche 11 fondazioni connesse con la sanità, che si occupano della raccolta fondi e che patrocinano cure particolari per vari tipi di persone bisognose, come la fondazione per la demenza, quella per i ciechi, ecc.

Stiamo forse vivendo una crisi d'identità? La risposta è NO.

Sappiamo che siamo operatori sanitari cattolici, e che vogliamo manifestare l'amore di Dio attraverso i nostri servizi medici a coloro che hanno bisogno di noi (La nostra visione → Missione).

Sono tempi difficili a Taiwan per mettere in pratica tutto ciò? La risposta in questo caso è SÌ, perché il Paese si sta muovendo rapidamente sulla scia dei 'Paesi industrializzati'; i cambiamenti sono tanti e rapidi, ed ogni giorno ci pongono di fronte delle sfide che riguardano questioni economiche, sociali e culturali, politiche, religiose ed etiche.

Da un punto di vista economico, Taiwan è un Paese tanto fortunato da avere un Piano Nazionale di Sanità per circa il 97% della popolazione, istituito 7 anni fa. Per evitare di arrivare alla bancarotta, sono stati adottati molti criteri che permettono di ridurre le spese. Sotto la recente politica di bilancio, tutti i fornitori devono competere per

l'importo fissato in dollari dalla previdenza sanitaria nazionale. L'unica risposta che possiamo dare è quella di competere ancora ostinatamente per il bene dei pazienti e degli assistiti, migliorando costantemente la nostra qualità e l'efficienza delle cure mediche e del servizio che rendiamo. Purtroppo, la recessione economica sta peggiorando, molte persone sono rimaste senza lavoro, la classe media è in crisi e i tempi sono difficili per chiedere donazioni in favore dei bisognosi che bussano alla nostra porta.

Da un punto di vista sociale e culturale, Taiwan sta cambiando rapidamente, e si sta muovendo verso l'occidente. Molti preferiscono non sposarsi ed avere pochi o addirittura nessun figlio. Il tasso di natalità si sta dimezzando, mentre aumenta l'età media della popolazione, viste le migliori cure mediche a disposizione. Dato che la dimensione della famiglia si riduce, e i legami familiari si indeboliscono, c'è più bisogno di persone senza famiglia che si prendano cura dei malati e degli anziani. Noi rispondiamo aumentando le relazioni con la comunità e gli sforzi all'esterno dei nostri centri, amplificando in modo consapevole i servizi sociali e comunitari. È questo un modo concreto per mostrare lo spirito cristiano, in quan-

to incoraggiamo chiunque a servire il prossimo con amore, senza scopo di lucro.

Politicamente, se guardiamo alle ultime elezioni, il partito che ha governato per 40 anni improvvisamente ha ceduto il posto a un nuovo partito. La Chiesa Cattolica ha provato ad essere neutrale in politica, ma alcuni ritengono che sia ancorata al vecchio partito, e per questo sono diffusi dei pregiudizi nei suoi confronti. Noi però cerchiamo di rimanere neutrali, assistendo tutti, senza ostilità nei confronti di nessuno. Dopotutto, stiamo cercando solo di servire la gente comune, mentre i governanti vanno e vengono.

Da un punto di vista religioso, Taiwan è molto più aperta alla libertà di culto della Cina continentale. Il materialismo rende le persone troppo indaffarate per occuparsi anche dei bisogni spirituali. L'evangelizzazione, senza alcuna speranza di un guadagno materiale, non è poi così allettante, ma noi continuiamo a dare importanza alla cura pastorale nel nostro ministero sanante, sforzandoci di migliorare le nostre capacità pastorali e il nostro entusiasmo, oltre a promuovere un'accettazione più diffusa della nostra visione, e una maggiore partecipazione di collaboratori e volontari al 'servire con amore', indipendentemente dalla loro fede religiosa.

Si dice che la funzione di leadership sia quella di catalizzare una *visione* chiara e condivisa dell'azienda, per assicurarsi l'impegno dei dipendenti ed una solida attività<sup>1</sup>. Ma in che modo farlo? È lo scopo di questo progetto.

## Materiali e metodo

Con il dipartimento, abbiamo imparato molto dagli ospedali cattolici americani, e 10 anni fa abbiamo elaborato una Descrizione della Missione, come impegno del nostro punto centrale.

### *Descrizione della Missione dell'Ospedale Cardinal Tien*

Per manifestare lo spirito di Gesù Cristo che ci ama disinteressatamente e incondizionatamente, promettiamo con tutto il cuore e secondo le nostre possibilità di porta-

re avanti la missione di un Ospedale Cattolico.

*Promettiamo:* di praticare lo spirito del Vangelo di "amare Dio ed il prossimo", di rispettare ed obbedire all'etica medica cattolica, di fornire cure olistiche per la salute fisica, emotiva e psicologica.

*Promettiamo:* di curare i bisogni sanitari della nostra società, di adempiere ai compiti di una clinica universitaria, in cooperazione con le politiche sanitarie del governo, di migliorare la qualità delle cure sanitarie di tutti, di fornire un servizio medico con diligenza ed eccellenza.

*Promettiamo:* di amare i nostri collaboratori, di usare bene le nostre risorse, di tenere in gran conto i nostri doni e di sviluppare i talenti che il Signore ha dato a ognuno di noi.

Questa descrizione è formata da oltre 100 parole, e non poteva essere recitata dai nostri impiegati come uno slogan. Per questo è stato necessario riscriverla.

Negli ultimi 3 anni, i massimi dirigenti dell'Ospedale Cardinal Tien hanno avvertito fortemente l'urgenza di cambiare, perché: (1) siamo diventati la prima clinica universitaria per il College Medico Cattolico Fu-Jen. Io stessa sono stata nominata Direttore di coordinamento dell'Ospedale. Speriamo di fornire agli studenti un orientamento cattolico nei 7 anni di studi, affinché diventino buoni medici secondo i modelli cattolici; (2) dobbiamo passare, nel prossimo Accreditamento dell'Ospedale, dal tipo B al tipo A come clinica universitaria, per favorire il tirocinio dei nostri studenti; (3) i buddisti stanno costruendo un grande ospedale nelle vicinanze, e hanno molto denaro per comprare ciò di cui hanno bisogno. Essi sono circa il 60% della popolazione, e la maggior parte delle donazioni che provengono dalle organizzazioni caritatevoli del Paese è destinata a loro. Questo nuovo ospedale potrebbe essere una fonte di competizione.

Grazie alla Provvidenza, ci è stato concesso, da parte del *Taiwan JCAH*, di diventare 'un'organizzazione culturale', dotata di consulti propri. È stata una cosa giusta, eseguita al momento giusto. *Deo gratias.* Ci assumiamo il compito

proposto dal Vice Presidente Senior Robert Wagner. Sono 8 le tappe che bisogna superare per la trasformazione di un'organizzazione: (1) stabilire un senso di urgenza, (2) formare una coalizione con una guida forte, (3) creare una visione, (4) comunicare la visione, (5) mettere gli altri in grado di agire sulla visione, (6) pianificare e creare dei successi a breve termine, (7) consolidare i miglioramenti e produrre un cambiamento, (8) istituzionalizzare nuovi approcci.

Stabilire un senso di urgenza per il cambiamento era necessario, vista la situazione sussurrata. Dopo 6 incontri, credo che tra i nostri dirigenti non ci fosse spazio per il complacimento. Uno dei consulenti era cristiano, e ha zelantemente



aiutato i dirigenti dei nostri 3 ospedali del sistema Cardinal Tien a intraprendere il compito di ri-creare la nostra visione. Basandoci sulla struttura della visione 'Collins-Porras'<sup>1</sup>, abbiamo formato una task-force e abbiamo cominciato. Primo, i consulenti hanno fornito una spiegazione della teoria in due sessioni. La nostra vecchia descrizione sulla missione comprende i componenti della visione. Nella teoria Collins-Porras, la visione viene ricostruita in 3 parti: (1) Valori essenziali e credo: ad esempio un sistema di principi guida e credo, una filosofia di impresa e di vita che deve ritenersi inviolata. Ciò dovrebbe essere un'estensione dei valori e credo personali essenziali dei leader dell'organizzazione; (2) scopo dell'esistenza dell'organiz-

zazione: dovrebbe essere espresso chiaramente a parole. Ovviamen-  
te ciò scaturisce dai valori essenziali.  
E come una stella che funge da  
guida, verso la quale tendiamo  
sempre ma che non raggiungiamo  
mai completamente. Generalmen-  
te, uno scopo valido dovrebbe ser-  
vire da guida alla società/organiz-  
zazione per 100 anni; (3) missione:  
deriva dallo scopo come azione  
specifico e pratica, è un obiettivo  
chiaro, convincente e audace, con  
una linea di arrivo chiara ed una  
struttura temporale specifica. Una  
volta raggiunta, la missione è stabi-  
lita. Può essere di 4 tipi, ad esem-  
pio, un target da raggiungere, un  
avversario comune da conquistare,  
un modello di ruolo da stabilire, o  
alcune trasformazioni specifiche  
interne da ultimare per tempo.

Dopo aver raggiunto una comune  
conoscenza di quanto suesposto,  
i suggerimenti sulla ‘descrizio-  
ne della visione’ sono stati richiesti  
a tutte le nostre 90 unità funzionali  
negli ospedali. Come risposta ab-  
biamo ottenuto 44 dichiarazioni.  
Quindi a tutti i nostri impiegati è  
stato chiesto di votare una loro pri-  
ma scelta, e sono state selezionate  
16 dichiarazioni per entrare nella  
selezione finale. Dopo un gruppo  
di lavoro durato una giornata, cui  
hanno partecipato 58 dirigenti di li-  
vello medio-alto, è emersa una de-  
scrizione ‘consensus’ della nostra  
comune visione.

## Risultati

La nostra visione comune, come  
valori e credo essenziali, in cinese  
consta semplicemente di 8 parole;  
tradotta in italiano suona come:  
Ama Dio e il prossimo. Rispetta la  
vita.

Come scopo esistenziale, in ci-  
nese abbiamo 4 frasi, che significa-  
no: evangelizzazione medica, pro-  
mozione della salute, diventare un  
modello della sanità olistica, co-  
municare lo spirito d’amore di Cri-  
sto.

Per quanto riguarda la missione,  
molti suggerimenti simili sono sta-  
ti riassunti in queste 2 categorie,  
ognuna poi suddivisa in 4 strategie.

*Missione I.* Per il 2005 un mo-  
dello di sanità olistica. Strategia 1:  
per il 2003 rendere effettiva l’azio-  
ne del nostro principio olistico nel-

l’attenzione nei confronti di colla-  
boratori, pazienti e comunità su  
larga scala. Strategia 2: per il 2003  
intensificare la nostra educazione  
medico-etica. Strategia 3: per il  
2004 stabilire un Centro di Forma-  
zione per gli operatori di pastorale  
sanitaria. Strategia 4: per il 2005  
rafforzare il nostro carisma nella  
cultura e nella gestione.

*Missione II.* Per il 2007 ottenere  
il livello di Ospedale Universitario  
(= centro medico) per i servizi me-  
dici. Strategia 1: per il 2003 passare  
dalla classe A di accreditamento  
come Clinica Universitaria. Strate-  
gia 2: per il 2003 rafforzare l’Unio-  
ne con il College Medico Cattolico  
Fu-Jen. Strategia 3: per il 2004 con-  
solidare il sistema *Cardinal  
Tien*. Strategia 4: per il 2007 essere  
accreditati come Centro Medico.

Ogni strategia è suddivisa in  
molte tattiche, secondo i bisogni  
del momento. Ad intervalli regola-  
ri saranno valutati i progressi com-  
piuti, e verranno apportate le corre-  
zioni del caso.

## Confronto

Ora che abbiamo definito chiara-  
mente la nostra visione, dobbiamo  
comunicarla a tutti i nostri collabo-  
ratori. La leadership del gruppo di  
preparazione è stata affidata a per-  
sona chiave, cui è stato conferito il  
compito di spiegare la visione a  
tutti i nostri 1.140 impiegati in ses-  
sioni che durano 10 mezze giorno-  
te. Dopo di ciò, a ogni unità sarà  
chiesto di sviluppare una strategia

e delle tattiche per realizzare la  
missione prefissata, secondo la  
propria funzione nell’ambito del  
sistema ospedaliero. I progetti sa-  
ranno verificati e approvati dai di-  
rigenti di alto livello, e verrà dato  
supporto e incoraggiamento per  
raggiungere il risultato. I risultati  
saranno poi presentati e approvati,  
dopo un appropriato intervallo di  
tempo. Durante il processo di riela-  
borazione/rinnovamento della no-  
stra Missione in Visione, abbiamo  
ricevuto da Padre Michael Place  
una copia di *A Shared Statement of  
Identity for the Catholic Health  
Ministry* dell’Associazione Sanita-  
ria Cattolica degli Stati Uniti<sup>2</sup>. Il  
contenuto era così simile a ciò che  
stiamo cercando di fare, che ho av-  
vertito la presenza dello Spirito  
Santo dietro tutta questa attività nel  
mondo. L’ultima parte della descri-  
zione dice che il ministero sanante  
in cui ci impegniamo è quello di  
promuovere e difendere la dignità  
umana, di accudire tutta la persona,  
di prenderci cura delle persone po-  
vere e vulnerabili, di promuovere il  
bene comune, di agire per conto  
della giustizia, di amministrare le  
risorse, e di agire in comunione  
con la Chiesa.

Ciò risuonava come il carisma  
della nostra sanità cattolica nel  
mondo in generale. Era veramente  
così? Ho inviato un questionario ai  
nostri ospedali cattolici di Taiwan,  
che prevedeva domande sul servi-  
zio che rendiamo alle persone po-  
vere e vulnerabili. Abbiamo otte-  
nuto una visione confortante del  
nostro ministero (Tabella 1). Stia-

**Tabella 1 - Servizi a persone povere e vulnerabili resi da 9 Ospedali  
Cattolici di Taiwan**

Tipo di servizio	Prestato da n° ospedali	N° di posti letto	Servizio reso a n° persone
Cure di tipo hospice	6	42	620
Cure psichiatriche	5	441	11.284
Bambini prematuri	6	134	1.054
Aborigeni	5		3.056
Lavoratori stranieri	6		4.760
Anziani soli	9		1.051
Cure a lungo termine	7	575	3.482
Anziani con demenza	4	256	4.007
Disabili mentali	7	272	1.044
Stati vegetativi	5	278	1.517
Servizi sanitari comunitari	8		9.535
Ritardati mentali	4		358

mo scalando la collina per continuare questo ministero in un mondo che ci pone delle sfide, ma siamo ancora fedeli alla nostra missione, allo spirito di Gesù e a quello di coloro che hanno iniziato il ministero sanante a Taiwan.

La nostra visione: *Ama Dio e il prossimo; e Rispetta la vita*, racchiude realmente i nostri valori essenziali, i nostri scopi e la missione. Siamo sulla strada giusta quando ci impegniamo in modo particolare nel potenziare la Pastorale Sanitaria, i Servizi Sociali, ed il Servizio Sanitario Comunitario nelle istituzioni cattoliche. Il nostro rispetto per la vita si manifesta fornendo cure professionali di qualità, con spirito d'amore, sia esso in caso di malati gravi, cure a lungo termine, a domicilio o servizi comunitari. Primeggiamo nel servizio amorevole verso le persone povere e vulnerabili. Pochi ospedali a Taiwan (nel mondo?) possono offrire una gamma così completa di cure come l'Ospedale *Cardinal Tien*.

Siamo sviluppando il principio delle cure olistiche come nostro motto, offrire cioè cure a tutta la persona, all'intera famiglia, con tutto il gruppo e lungo il viaggio della vita. Desideriamo proclamare quest'ideale nell'attenzione verso i

pazienti, i collaboratori e noi stessi. In questo modo, speriamo di acquisire consapevolezza, accettazione e pratica dei valori cristiani da parte di tutti, senza distinzione di credo religioso. Nella nostra ricerca dell'eccellenza e della competenza, ci ricordiamo ogni giorno che Dio è nostro principio e fine.

### Conclusione

Cercando di migliorare la Missione degli Ospedali Cattolici a Taiwan, abbiamo realizzato il bisogno di formare una rete più significativa, per diverse ragioni. (1) Possiamo condividere le nostre capacità nei campi di competenza di ogni istituzione, ad esempio medico, finanziario, di acquisizione, gestionale, informatico, ecc. (2) Possiamo condividere le nostre capacità nel campo della evangelizzazione/pastorale, e opportunità di formazione. (3) Possiamo supportare/incoraggiare gli sforzi reciproci verso un'identità condivisa, mettendo in pratica la nostra visione nelle strategie della missione. A tal fine, abbiamo ufficialmente organizzato la Federazione delle Associazioni Sanitarie Cattoliche di Taiwan, registrata dal governo nel dicembre del 2001. I membri fon-

datori sono: l'Associazione degli Ospedali Cattolici, l'Associazione dei Medici Cattolici, l'Associazione degli Infermieri Cattolici. Attualmente è in fase di costituzione l'Associazione degli Operatori di Pastorale Sanitaria, che ha come scopo di migliorare e standardizzare la formazione degli operatori pastorali per Taiwan. Nel frattempo, stiamo facendo degli sforzi per unire i lavoratori sociali cattolici in modo sostenibile e reciproco. Vogliamo essere gli assistenti di Dio, per portare doni vecchi e nuovi, aspirando a fare la cosa più bella, la Sua volontà.

Suor MARY ANN LOU  
Direttore dell'*Ospedale Cardinal Tien*  
Presidente della *Federation of Catholic Health Care Association di Taiwan*  
Già Preside del *College Medico*,  
Università Cattolica Fu-Jen

### Bibliografia

<sup>1</sup> COLLINS, JAMES C., LAZIER, WILLIAM C. Beyond Entrepreneurship 1992 Prentice Hall Publication.

<sup>2</sup> A shared statement of Identity for the Catholic Health Ministry – 2001 AD By the Catholic Health Association of the United States.



*LEONHARD GREGOTSCHE*

## 2. Migliorare la formazione iniziale e permanente

### 1. Introduzione.

#### **Istituto Camilliano per la Formazione iniziale e permanente nel campo della Salute**

La Provincia Austriaca dell'Ordine dei Ministri degli Infermi (Camilliani) fondata nel 1992 l'Istituto per la Formazione nel servizio sanitario. Lo scopo dell'Istituto è di offrire corsi di studi per la Formazione iniziale e permanente nel campo della salute per Religiosi e di Collaboratori Laici nelle Istituzioni Cattoliche sanitarie.

L'Istituto si orienta al Vangelo per il servizio sociale e per la cura degli ammalati, agisce secondo i criteri dell'amministrazione economica e prende forza dalla spiritualità dell'Ordine di S. Camillo.

#### *Dati statistici*

Dal 1992 hanno frequentato i vari corsi 3.400 persone dalle Istituzioni Sanitarie Cattoliche in Austria.

Sono stati organizzati in questi 10 anni 303 corsi di Formazione.

La formazione iniziale e la formazione permanente sono una condizione indispensabile per essere competente come responsabili nelle Istituzioni sanitarie e sociali cattoliche.

Essere competente aumenta la fiducia nella qualifica dei responsabili rappresentanti dell'Istituzione sanitaria e dei responsabili collaboratori in ogni ambito dell'Istituto:

- nel servizio medico e nella ricerca medica;
- nella cura di malati e nell'assistenza personale;
- nell'amministrazione, organizzazione e nella valutazione di qualità (controlling);
- nell'assistenza medico-tecnica;
- nella fisioterapia e nella riabilitazione motoria;

– nel servizio tecnico e nell'accoglienza.

Noi intendiamo la formazione per tutti i responsabili delle Istituzioni sanitarie e sociali cattoliche nel senso di una formazione complessiva secondo l'immagine cristiana dell'uomo. L'etica cristiana deve essere in sintonia con la competenza professionale a tutti i livelli di servizio e di responsabilità.

La formazione è connessa alle scienze medico-sociali e amministrative e fa crescere una sensibilità che garantisce e sviluppa un autentico servizio nelle Istituzioni sanitarie e sociali cattoliche.

La formazione iniziale e permanente apre la strada per un futuro delle Istituzioni sanitarie cattoliche, è un investimento per un successo operativo e una espressione dell'identità delle Istituzioni sanitarie cattoliche.

Si garantisce l'alta qualità del lavoro nella pratica quotidiana e concreta attraverso la formazione permanente con corsi formativi che trasferiscono conoscenze professionali e orientano le capacità/qualità personali. La competenza fa crescere fiducia e garantisce qualità.

### 2. Criteri e linee guida per la formazione

#### *2.1 L'immagine dell'uomo cristiano*

L'attività formativa è vista come formazione complessiva dei responsabili dei rappresentanti degli Istituti sanitari e dei collaboratori a tutti i livelli di servizio: servizio medico, assistenziale, amministrativo e tecnico. Vogliamo unire professionalità e competenza con un atteggiamento fondamentalmente cristiano.

#### *2.2 L'incitamento e la promozione della collaborazione deve essere realizzata*

– Tra i vari rappresentanti delle Istituzioni sanitarie e sociali cattoliche;

– tra i gruppi di professionisti delle Istituzioni sanitarie cattoliche attraverso corsi di studi interdisciplinari;

– attraverso corsi di studi in forma partecipativa, dove i partecipanti imparano l'uno dall'altro e tutti insieme.

#### *2.3 L'orientamento della formazione dei collaboratori in sintonia con l'identità del rispettivo Istituto cattolico*

Il programma dei corsi di studi per i vari gruppi dei collaboratori si elabora insieme ai rappresentanti delle rispettive Istituzioni cattoliche sanitarie.

#### *2.4 La responsabilizzazione dei partecipanti*

I partecipanti fanno parte della creazione delle condizioni ambientali e organizzative dei corsi formativi, per arrivare a una integrazione ottimale e complessiva.

#### *2.5 "Partnership" nel rapporto formatori e formandi*

I nostri corsi di studi (all'Istituto Camilliano per la Formazione nel Campo della Salute) non vengono più denominati "corsi educativi o di insegnamento" ma piuttosto "corsi di apprendimento o dell'imparare", per evitare il concetto classico della relazione "maestro-discepolo" o "professore/docente-uditore". La "partnership" tra docenti e uditori sottolinea l'interscambio d'idee tra loro e l'arricchimento della relazione nel gruppo formativo.

#### *2.6 L'orientamento per uno sviluppo personale/individuale*

Ogni partecipante ai corsi di stu-

di può scoprire le proprie doti e capacità e può svilupparle nella comunità formativa e nel suo gruppo operativo. Questa scoperta delle proprie qualità in favore della comunità dell'Istituzione cattolica sanitaria crea entusiasmo e impegno (engagement) per l'Istituzione e per il servizio professionale.

### *2.7 Orientamento verso un obiettivo di formazione*

Ogni Istituto cattolico ha bisogno di un concetto proprio di formazione e un programma adatto per l'istituto stesso. In questa maniera si rende possibile per i rappresentanti dell'Istituto e per i vari gruppi di collaboratori un'ottima sintonia tra gli obiettivi dell'Istituto cattolico e delle capacità e le cognizioni personali di ogni persona.

### *2.8 Realizzazione e progettazione*

Si studia per avere i frutti nella pratica concreta. La realizzazione è un fattore di successo nella formazione. Si cerca di assicurare la pratica a vari livelli:

- nella parte preparatoria;
- nel lavoro consecutivo;
- durante il processo formativo;
- attraverso la progettazione di nuovi programmi durante il processo formativo e nel proprio campo di lavoro nell'Istituto;
- a livello dei partecipanti del corso di studi;
- a livello del team nel luogo di lavoro nell'Istituzione cattolica sanitaria.

## **3. Programma e temi dei Corsi di Formazione**

Le nostre Istituzioni sanitarie e sociali si trovano in una situazione complessa e in una crescente tensione economico-sociale. In Europa – anche nell'Europa post-comunista – in America, in Asia e in Australia le nostre Istituzioni sanitarie e sociali sono politicamente e socio-economicamente in posizione di concorrenza con gli Istituti statali e con le Unità Sanitarie Regionali e Locali. Come si conserva sotto queste condizioni il profilo, la identità cattolica e cristiana delle nostre Istituzioni sanitarie? Quali sono i criteri di qualità di una prassi cattolica e cristiana?

### *3.1. Tema del 1° Corso di Formazione*

#### *Spiritualità e professionalità.*

Sono questi concetti una contraddizione o un presupposto per un'Istituzione Cattolica?

#### *Gruppo dei partecipanti del corso.*

Rappresentanti dell'Istituto cattolico sono religiosi e laici in funzioni e compiti di responsabilità direttiva e amministrativa.

#### *Obiettivi del corso*

- La riflessione sul tema: “il cambiamento dei valori etico-religiosi e l'orientamento nuovo”;

ri, Scuole) è segnata da molti interrogativi:

– Come realizzare oggi il Carisma dell'Ordine e l'Intenzione del Fondatore/della Fondatrice, l'idea originale dell'Istituto Religioso nelle opere sanitarie e sociali?

– Chi dirige le nostre Opere nel futuro prossimo, vicino e lontano, in mancanza di Religiosi?

– Come trovare l'equilibrio tra economia e missione specifica di un Istituto religioso?

– Come si organizza un'Opera socio-sanitaria di un Istituto Religioso?

– Come accordare i cambiamenti giuridici ed economici della



– l'avvicinamento dei concetti contrapposti: “professionalità e spiritualità”;

– l'integrazione individuale di professionalità e spiritualità;

– qualità e profilo personale dei responsabili delle Istituzioni cattoliche;

– formazione culturale come base di professionalità e spiritualità.

### *3.2. Tema del 2° Corso di Formazione*

#### *Istituzioni Sanitarie e Sociali degli Ordini Religiosi – Workshop per Superiori e Superiore Maggiore*

La situazione attuale degli Istituti Sanitari e Sociali dei Religiosi e delle Religiose (Ospedali, Case di Cura, Cliniche private, Ricove-

società con la missione propria dell'Istituto?

I Superiori con i rispettivi consigli e i responsabili delle Opere sono chiamati a rispondere su queste domande e questi problemi. Essi sono responsabili per lo scopo, per la cultura e la struttura delle loro Opere e anche per i collaboratori e per gli uomini che vengono assistiti nelle varie Opere.

#### *Obiettivi del Workshop*

I partecipanti al corso imparano a tradurre la Missione del proprio Istituto verso le Opere loro affidate oggi e in futuro:

– sensibilità e comprensione del compito di guidare le Opere secondo i principi e i valori cristiani nel contesto della società di oggi;

– in base all'Identità del proprio

Istituto i partecipanti del corso imparano il discernimento nel processo della ricerca degli obiettivi delle loro Opere;

- si studiano le possibilità delle diverse forme giuridiche per le Opere sociali e sanitarie e per le Scuole Cattoliche degli Istituti Religiosi;

- si impara a trovare vie positive di discernimento e acquisire sicurezza nel proprio compito come proprietari delle Istituzioni sanitarie;

- si approfondisce lo spirito genuino dell'Istituto, e si incoraggia la valorizzazione dell'identità religiosa con fiducia e competenza.

#### *Metodologia del lavoro formativo*

- Si lavora sulla base di un Workshop con conferenze introduttive, lavoro individuale e lavoro in gruppo, presentazione in plenaria, discussione e concretizzazione in progetti concreti.

- Durante il Workshop, dietro presentazione e domande dei partecipanti si trattano i problemi concreti che si pongono in un Istituto con le Opere socio-sanitarie o con le Scuole cattoliche private.

#### *3.3. Tema del 3° Corso di Formazione*

#### *Management nelle Istituzioni senza scopo di lucro (Non-Profit-Institutions)*

Il management è anche nelle nostre Opere un metodo indispensabile. Viviamo però la tensione e la problematica/difficoltà di garantire un servizio complessivo e di qualità per gli ammalati, handicappati e le persone anziane, sfruttando le risorse umane e materiali a disposizione.

*Gruppo di partecipanti del corso di studi sono i Responsabili delle Istituzioni socio-sanitarie cattoliche.*

#### *Obiettivi del corso*

I partecipanti imparano nel corso di studi a:

- trovare la posizione delle Istituzioni Cattoliche Socio-Sanitarie nella società e di presentarle convenientemente;

- avere chiaro il compito della "leadership" e di essere sicuri nel

guidare e dirigere nel proprio campo di competenza;

- come potenziare la propria efficienza e quella della organizzazione;

- promuovere la comunicazione partecipativa e strettamente orientata verso l'obiettivo dell'Istituzione Cattolica;

- usare gli strumenti di pianificazione e di direzione;

- discernere come la operatività sia fondata su una contabilità chiara dei costi e dei ricavi;

- lavorare con gli strumenti del marketing;

- trattare temi attuali e organizzare progetti nell'ambito delle Istituzioni sanitarie cattoliche.

#### *3.4. Tema del 4° Corso di Formazione*

#### *La qualifica del personale direttivo*

Occorre sviluppare le qualità di "leadership" dei dirigenti del personale per orientarlo verso il paziente come centro del nostro servizio nelle opere nostre.

Per un lavoro professionale competente nelle nostre Opere sanitarie si esige capacità professionale e qualità personale e sociale per il bene dei pazienti a noi affidati. Nelle nostre Opere viene richiesta la professionalità completa con la dimensione religiosa e cristiana.

Il "Proprio", "l'Identità specifica" dell'Istituto sanitario cristiano si fa sentire attraverso le persone che lavorano, che dirigono e organizzano il servizio. La diminuzione numerica dei Religiosi fa diventare sempre più importante l'orientamento cristiano e la promozione cristiana religiosa come base della collaborazione specialmente per i dirigenti a tutti i livelli dell'Istituto Sanitario Cattolico.

La formazione permanente con questi corsi educativi stimola i partecipanti ad occuparsi del compito professionale della leadership in senso cristiano e così garantire il futuro positivo delle Istituzioni Cattoliche Sanitarie.

#### *Obiettivi del corso di studi*

I partecipanti:

- riconoscono gli obiettivi dell'Istituzione Sanitaria Cattolica e sviluppano una consapevolezza

per l'identità cattolica, cristiana e del "MAGIS" (valore aggiunto) delle nostre Istituzioni Sanitarie;

- distinguono e sviluppano le forze specifiche dell'Istituzione Sociale Sanitaria Cattolica del proprio reparto e della persona stessa;

- approfondiscono la competenza professionale – anche nell'apprendimento di lavoro con i mezzi moderni come il computer;

- sviluppano competenza di leadership dei collaboratori e competenza economica amministrativa.

#### *3.5. Tema del 5° Corso di Formazione*

#### *Management per i ricoveri e opere assistenziali per gli anziani*

Il cambiamento veloce nella società, nell'ambiente politico ed economico richiede dalle Istituzioni Socio-Assistenziali un orientamento nuovo. Non bastano sensibilità e competenza sociale, bisogna avere anche conoscenze economico-amministrative e del Management delle Opere Sociali.

In conseguenza a questi cambiamenti esterni, si ha anche bisogno di un personale direttivo e responsabile qualificato, insieme con collaboratori preparati per le Opere assistenziali d'oggi.

In un corso speciale per i dirigenti responsabili dei Ricoveri per anziani in proprietà degli Istituti Religiosi, della Caritas, delle Parrocchie si evidenziano il "Proprio" e "l'Identità" delle Istituzioni Socio-Sanitarie Cattoliche.

Il corso per i dirigenti con varie discipline è riconosciuto dall'autorità governativa austriaca e certificato dalle autorità europee di Bruxelles.

#### *Obiettivi del corso*

Il lavoro professionale nelle Opere assistenziali per gli anziani e portatori di handicap esige competenza professionale unità e qualità individuale e sociale. Il nostro lavoro nelle Istituzioni Cattoliche è fondato sulla dottrina evangelica e cristiana.

Il "Proprio", l'"Identità specifica" delle Opere Assistenziali si fa sentire attraverso il personale di lavoro, dei dirigenti e dell'amministrazione economica. Il personale forma essenzialmente l'atmosfera

dell'Istituzione Socio-Sanitaria Cattolica.

La formazione dei responsabili e del personale al servizio delle persone anziane e degli handicappati stimola ad occuparsi nel compito professionale con animo cristiano che garantisce l'Identità e il Futuro delle Opere Sociali Cattoliche.

### *3.6. Tema del 6° Corso di Formazione*

#### *Assistenza di passaggio dall'Ospedale al domicilio privato*

L'organizzazione dell'Ospedale e la cura degli ammalati è confrontato con cambiamenti fondamentali della società:

- il crescente numero delle persone anziane con pluripatologie;
- il cambiamento nelle famiglie e nelle strutture sociali;
- la diminuzione della degenza media in Ospedale;
- il bisogno di cura assistenziale in casa privata dopo il ricovero ospedaliero;
- l'esigenza di rientro in ospedale a breve scadenza.

Una risposta adeguata viene offerta dalla "cura assistenziale di passaggio" che per il paziente fa

da "ponte" dall'Ospedale al domicilio privato.

### *3.7. Tema del 7° Corso di Formazione*

#### *"Controlling" nelle Istituzioni Sanitarie Cattoliche*

Il management delle nostre Opere si muove tra assistenza qualificata e gestione più efficiente delle risorse umane e materiali. Una "valutazione di qualità" ("Controlling") efficiente permette un discernimento conveniente e diventa rilevante per la pianificazione e direzione dell'Istituzione sanitaria cattolica. Per una realizzazione della "valutazione di qualità" ("Controlling") nel campo sanitario occorrono dirigenti sensibili a una responsabilità economica e amministrativa.

### *3.8. Tema del 8° Corso di Formazione*

#### *Reclutamento del personale – L'arte della scelta delle persone giuste per le nostre Istituzioni socio-sanitarie*

Corrisponde alla ricerca del collaboratore adatto e giusto per un'I-

stituzione sanitaria cattolica l'esigenza del professionista per un posto di lavoro, giusto e conveniente per lui. Il corso tratta questa realtà e aiuta a mettere insieme le aspettative dell'Istituzione e della persona alla ricerca del lavoro giusto.

### **4. Compiti e tendenze verso il futuro**

– È in forte crescita la richiesta di formazione permanente per i responsabili e collaboratori di Istituzioni intere in forma di corsi interdisciplinari.

– La stessa tendenza si constata per i corsi specifici e interdisciplinari per i rappresentanti responsabili di vari Istituti dello stesso Istituto religioso.

– Aumenta la richiesta per i nostri Corsi di Formazione da parte degli Istituti Sanitari Regionali e Locali dello Stato.

– L'Istituto Camilliano è riconosciuto dalla Regione e dallo Stato come Istituto di Formazione nel campo Sanitario.

P. LEONHARD

GREGOTSCHE, M.I.

*Presidente della Associazione  
degli Ospedali Cattolici in Austria*



*FRANCIS G. MORRISEY*

### 3. Migliorare gli aspetti strutturali

#### Introduzione

Tratterò l'argomento in questione dal punto di vista del diritto canonico, così come viene applicato in America del Nord, esaminando le varie possibilità che il diritto ecclesiastico fornisce alle future strutture delle nostre istituzioni sanitarie.

Dopo aver ricordato brevemente la situazione attuale, consideremo le varie possibilità che ci offre oggi il Diritto Canonico, osservando le sfide che ne derivano e individuando, me lo auguro, dove ci possono portare nel futuro.

#### 1. Dalla situazione attuale al futuro

La struttura delle istituzioni sanitarie cattoliche si è molto evoluta negli ultimi venticinque anni<sup>1</sup>. In America del Nord, abbiamo notato che i modelli di governo sono passati dal lavoro come parte integrale di un istituto religioso o di una missione diocesana, strettamente identificato con le autorità in carica in quel momento, a una forma più complessa di governo, identificata solitamente con consigli a diversi livelli e condivisione di responsabilità. Allo stesso tempo, sono stati compiuti degli sforzi per un riconoscimento civile separato dei vari enti, affinché operassero nella sfera secolare indipendentemente dalla diocesi o dalle istituzioni finanziarie.

Non è stato così nel mondo canonico, almeno all'inizio. Il fatto che ci fossero identità separate – quella civile e quella canonica – poneva in un certo modo l'istituzione sanitaria fra le due autorità. Essa non aveva un'identità canonica propria. Tuttavia, nel tentativo di far sì che i due livelli funzionassero congiuntamente, il Cardi-

nale Adam Maida, che faceva parte anche dell'Associazione Sanitaria Cattolica degli Stati Uniti, ideò un sistema di poteri riservati per permettere agli amministratori canonici di tali istituzioni di continuare a occuparsi delle decisioni più importanti, lasciando le attività quotidiane ad altri che avrebbero operato secondo i documenti corporativi civili<sup>2</sup>. Tale sistema si è rivelato molto efficace e ora è una pratica corrente. Questi poteri di solito riguardavano tre settori importanti riservati agli amministratori canonici: cambiare i documenti corporativi civili, designare il personale chiave, assicurare una sana amministrazione della proprietà. Funzionavano in modo tale che le decisioni civili non sarebbero state prese dalla direzione dell'ospedale finché non fossero state prima ottenute le approvazioni canoniche.

Quindi, col passare del tempo, divenne evidente che molte istituzioni autonome non avrebbero potuto funzionare bene e rimanere competitive nel mondo di oggi, laddove le compagnie assicuratrici e altre agenzie offrono il miglior servizio al minor prezzo. Ciò portò alla creazione di sistemi di distribuzione, che all'origine raggruppavano un certo numero di istituzioni simili, come ospedali, ma che presto divennero sistemi integrati che avrebbero seguito un paziente dalla nascita alla morte, compresi i pazienti esterni, gli anziani nelle case di riposo, i centri per le cure palliative, ecc.

Ma, anche così, non era abbastanza. I sistemi stessi ritenevano necessario amalgamarsi con altri, così che ora molti di essi hanno superato i confini delle diocesi e si sono estesi a numerosi territori civili. Alcuni hanno perfino superato le frontiere del Paese<sup>3</sup>. Ciò spesso comporta la fusione delle

risorse finanziarie di istituti religiosi e diocesi, cosa che non è direttamente prevista nel Codice, benché il can. 1274, §4 stabilisca la possibile fusione di risorse finanziarie inter-diocesane.

Oggi, in molti casi, i sistemi operano per conto di istituti religiosi, che lavorano insieme per promuovere la missione. Mentre, originariamente, ci si preoccupava molto di proteggere il carisma proprio di ogni istituto, divenne evidente che tali carismi non differiscono molto gli uni dagli altri, e probabilmente ciò che conta di più è la missione. Forse oggi questi carismi vengono riscoperti. È questo il significato del riferimento di Giovanni Paolo II al "carisma fondazionale" (cosa che non è mai completa finché c'è vita) piuttosto che a quello che era prima chiamato il "carisma del Fondatore" (qualcosa che è fisso nel tempo)<sup>4</sup>.

Fino a poco tempo fa, come nel caso delle istituzioni autonome, questi sistemi sanitari derivavano la loro esistenza canonica nella Chiesa da un rapporto diretto con l'istituto religioso o la diocesi finanziatrice. Tuttavia, usando le possibilità previste dal Codice di Diritto Canonico del 1983, la Santa Sede, anzitutto attraverso la Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica, ha concesso loro una personalità giuridica separata e distinta, così che la loro esistenza ecclesiale è ora distinta da quella del finanziatore o dei finanziatori originali<sup>5</sup>. Si tratta di un importante sviluppo ecclesiale perché fornisce un maggiore coinvolgimento diretto da parte del laicato nella missione sanitaria della Chiesa.

Questi sistemi esistono anche nel mondo economico, e danno lavoro a migliaia di persone. Non

è raro che il loro reddito annuale superi molti miliardi di dollari, più del reddito nazionale lordo di molti Paesi. Essi svolgono, pertanto, un importante ruolo sociale rendendo le persone sempre più consapevoli di ciò che la Chiesa ha da offrire nel campo delle cure sanitarie e promuovendone i valori.

## **2. Possibilità strutturali canoniche**

Se guardiamo al futuro, partendo dal presente, vediamo che nel Codice del 1983 ci sono molte possibilità di una ristrutturazione canonica delle istituzioni sanitarie, particolarmente in un momento in cui gli enti religiosi o diocesani non sono più in grado di operarle direttamente, a causa della mancanza di personale.

È piuttosto interessante notare che, nel Codice, non esiste un riferimento diretto agli ospedali o alle istituzioni sanitarie. Pertanto, dobbiamo procedere per analogia di legge (c. 19) per esaminare le varie possibilità.

### *a. Mantenere le attuali strutture di governo diretto*

Il primo modo sarebbe quello di continuare a usare le strutture attuali, in cui ogni attività o sistema risponde direttamente a un finanziatore religioso o diocesano. Tuttavia, ci sono molti svantaggi in un approccio del genere poiché i responsabili diocesani e i superiori religiosi spesso non hanno l'esperienza personale né il tempo per dirigere direttamente queste attività. Inoltre, poiché le linee diocesane e delle congregazioni si incrociano spesso con questi sistemi, è difficile determinare chi sia in definitiva lo sponsor in un particolare caso. Tuttavia, il più vasto sistema sanitario cattolico degli Stati Uniti, Ascension Health, opera con successo sotto questo modello con sei diversi finanziatori canonici.

### *b. Associazione privata di fedeli*

Il Codice prevede l'esistenza di associazioni private responsabili

di un determinato lavoro nella Chiesa, ma che non opererebbero in quanto tali in suo nome (v. can. 321). Una delle difficoltà che nascono da questo approccio sta nel fatto che l'attenzione principale è rivolta alle persone che l'associazione comprende, più che al ministero reale. Presto dovremo affrontare questioni relative alla posizione dei membri all'interno della Chiesa cattolica, in particolare nelle aree geografiche in cui



la popolazione cattolica non è troppo numerosa. Un altro fattore è che le attività intraprese da un'associazione privata non sono attività della Chiesa. Dobbiamo tenere presente che attualmente la Chiesa cattolica, attraverso i suoi vari organismi, è la più grande dispensatrice di cure sanitarie nel mondo e vorrebbe mantenere questa posizione. Poiché le attività intraprese da un'associazione privata non sarebbero attività della Chiesa, non vedo molte possibilità pratiche nell'uso di questo modello.

### *c. Associazione pubblica di fedeli*

Un terzo approccio potrebbe vagliare l'uso di un'associazione pubblica di fedeli come sponsor canonico dell'attività (v. can. 313). In questo caso, il ministero sanitario è operato direttamente in nome della Chiesa, ma, di nuovo, l'attenzione è rivolta alla persona. Poiché in molte nostre istituzioni ci sono persone non cattoliche che

occupano ruoli di leadership, questo modello non si è rivelato troppo soddisfacente, e ha portato ad una dispersione delle forze (cosa contro cui il can. 321 mette in guardia nel caso di associazioni private). Tale metodo è stato sperimentato negli Stati Uniti, ma non sembra essere diventato molto popolare.

### *d. Persona giuridica privata*

Un quarto approccio, che la Santa Sede ha autorizzato di volta in volta, consiste nel concedere personalità giuridica privata a un sistema sanitario<sup>6</sup>. Nel caso di persona giuridica privata, i suoi beni temporali non sono considerati beni ecclesiastici (almeno secondo il can. 1257, §1). Ciò vorrebbe dire che se un'attività cattolica deve essere intrapresa da un'associazione privata, i suoi beni temporali non sarebbero più soggetti alle norme del Libro V del Codice, tranne quando specificatamente menzionato.

Perché la Chiesa dovrebbe rinunciare a ciò per cui le precedenti generazioni hanno combattuto, a meno che non ci sia una ragione che costringa a farlo? La situazione potrebbe essere completamente differente quando un gruppo che non ha relazione diretta con la Chiesa vuole essere riconosciuto dalle autorità ecclesiastiche. I suoi beni non sono beni ecclesiastici e, quindi, non si perdono i diritti di proprietà se viene concessa personalità giuridica privata.

### *e. Personalità giuridica pubblica*

Il quinto approccio, che raccomando su tutti gli altri, consiste nell'ottenere, per varie imprese, personalità giuridica pubblica, distinta da quella dell'istituto o della diocesi finanziatrice.

#### *e.1. Concessione di personalità giuridica*

Il Codice di Diritto Canonico non stabilisce in maniera specifica chi può concedere personalità giuridica. Ma non c'è dubbio che, oltre alla Santa Sede, può farlo, in un caso particolare, un vescovo diocesano. Tuttavia, cosa dire a proposito dell'assemblea provinciale dei Vescovi, o della Confe-

renza Episcopale per attività nel loro territorio, o di quei Superiori maggiori degli istituti religiosi che sono ordinari, o di quelli che non lo sono? Una lettura parallela del can. 312, su chi può erigere un'associazione di fedeli, potrebbe darci alcuni chiarimenti; secondo tale canone le autorità competenti sono tre: la Santa Sede, la Conferenza Episcopale e il Vescovo diocesano. Nel caso degli istituti religiosi, il Codice stabilisce (nel can. 634) che quando i Superiori maggiori ergono una provincia o una casa della comunità, è il diritto stesso a conferire personalità giuridica alla nuova entità.

Anche se la Congregazione per gli Istituti di Vita Consacrata e le Società di Vita Apostolica è stata attivamente coinvolta nel promuovere la creazione di nuove persone giuridiche, ci si può chiedere: a quale Congregazione o Dicastero si dovrebbero rivolgere gli stessi vescovi se vogliono che i lavori sponsorizzati dalla diocesi ottengano un tale riconoscimento? E questi officiali sarebbero pronti poi a considerare una tale richiesta?

Quando un'opera ha ricevuto personalità giuridica pubblica, è relativamente facile ottenere il permesso di alienargli le opere, poiché i beni rimarrebbero beni ecclesiastici. Ma, quando la personalità giuridica non è stata concessa, c'è una legittima riluttanza da parte della Santa Sede ad autorizzare tali trasferimenti, in quanto i beni allora non sarebbero più beni ecclesiastici<sup>7</sup>.

Attualmente, per quanto io sappia, nessuna Conferenza episcopale ha concesso personalità giuridica a un sistema o istituzione sanitaria. Quindi, restano due possibilità: approvazione pontificia o diocesana. Ma, quando un'opera si estende su molte diocesi, il vescovo diocesano del luogo in cui è situata la sede può essere piuttosto riluttante a conferire personalità giuridica, perché potrebbero esistere istituti diocesani di vita consacrata i cui membri lavorano in più di una diocesi.

#### e.2. Punti di particolare interesse

Se esaminiamo le varie istanze in cui la Santa Sede ha concesso personalità giuridica pubblica ai

sistemi, notiamo un certo numero di elementi costanti negli statuti approvati. Tre possono essere portati alla nostra attenzione, poiché molto probabilmente forniscono la chiave per sondare uno sviluppo futuro.

Il primo riguarda il controllo dell'osservanza delle direttive etiche secondo quanto prescritto nel territorio<sup>8</sup>. Mentre questo è ovviamente responsabilità del vescovo diocesano (can. 392 e 394), la questione richiede un più diretto coinvolgimento su base quotidiana. I problemi sorgono, tuttavia, quando, come ho detto prima, il sistema opera in un certo numero di diocesi, in quanto non ogni vescovo ap-

collegio che si autoperpetua, o che è nominato dal finanziatore originale, religioso o diocesano? La questione che sorge spesso è come preparare i membri del collegio alle loro responsabilità di fede. Non possiamo presumere che semplicemente perché è cattolica, una persona sia consapevole degli intricati insegnamenti morali della Chiesa e dei mezzi per applicarli correttamente. Papa Giovanni Paolo II ha affrontato la questione nella sua Esortazione Apostolica *Ecclesia in Oceania*: «Gli amministratori e il personale delle istituzioni cattoliche necessitano di formazione nell'applicazione dei principi morali cattolici alla loro



plifica tali direttive allo stesso modo. Alcuni sono capaci di tollerare certe situazioni più prontamente, applicando norme morali di prudenza a situazione impreviste. Altri sembrano preferire un approccio categorico, che non sempre tiene conto delle circostanze che determinano una decisione morale. È molto frustrante per quanti sono responsabili di sistemi multi-diocesani tenere in mente cosa è permesso in un posto, e cosa non lo è in un altro. In pochissime occasioni, è stato fatto un provvedimento per un Consiglio di Finanziatori per sovrintendere alla realizzazione di queste direttive.

Un secondo punto riguarda la designazione dei membri della persona giuridica. Si tratta di un

vita professionale, e questo è un compito delicato, dato che alcuni di quelli che sono coinvolti nell'attività in ospedali cattolici non conoscono a sufficienza tali principi o non sono d'accordo con essi<sup>9</sup>.

Il terzo si riferisce ai beni temporali in questione. Quando i beni precedentemente di proprietà di un istituto religioso o di una diocesi non sono stati legittimamente ceduti alla nuova persona giuridica, lo sponsor originale è il responsabile ultimo della loro giusta amministrazione e, a volte, della loro alienazione. Tuttavia, poiché un numero sempre maggiore di istituti e diocesi uniscono le loro risorse finanziarie, diventa sempre più difficile determinare quali beni appartengono ai finan-

ziatori originali, e quali siano ora proprietà della nuova persona giuridica o beni posseduti in comune.

C'è anche un altro fattore: molti edifici, pur non essendo di proprietà dei finanziatori, sono stati affidati loro da autorità secolari per fornire cure sanitarie nella zona. Mentre i finanziatori hanno il controllo sul lavoro finché rimangono lì, i beni non sono beni ecclesiastici ma di proprietà dello Stato o di qualche altro ente. Notiamo anche un cambiamento recente nel tono riguardo ai terreni e agli edifici. Mentre prima essi erano considerati i beni più importanti, oggi possono facilmente diventare passività perché gli edifici e le attrezzature diventano obsoleti, e a volte molto rapidamente. Così oggi l'attenzione è rivolta molto più all'apostolato stesso. Forse qui entra in gioco il can. 1295: in che misura può l'uso di un nome, o varie forme di partnership mettere a repentaglio la stabilità del patrimonio di una persona giuridica?

Questi tre punti diventano ancor più significativi quando consideriamo che un certo numero di partnership non avvengono esclusivamente con partner cattolici. Altre comunità basate sulla fede desiderano condividere il ministero sanitario e sono disposte ad abbracciare il Magistero della Chiesa, in particolare in relazione all'aborto e all'eutanasia. Se le istituzioni cattoliche non accettano di entrare in associazione con altri gruppi, i cui valori forse non coincidono del tutto con quelli cattolici, c'è spazio per negoziazioni e ragionevoli compromessi? Non farlo, spesso vuol dire per la Chiesa chiudere le proprie istituzioni perché essa non ha lo stesso accesso alle finanze di cui dispongono le istituzioni pubbliche, e pertanto la sua presenza nel campo sanitario diminuisce seriamente.

Ciò non vuol dire che essa debba mantenere un'istituzione a tutti i costi. Il can. 806 (sulle scuole cattoliche) può essere letto nel seguente contesto: se la Chiesa offre un lavoro, la qualità di tale lavoro deve essere eccellente almeno quanto quello delle altre istituzioni operanti nel campo.

Inoltre, come stabilisce il can.

114, dobbiamo rispondere a una reale necessità. Se questa non c'è, o se dissipiamo le risorse inutilmente, allora forse può essere preferibile che la Chiesa riconsideri la responsabilità gestionale del suo tempo, delle sue risorse e delle sue attività. Ciò può voler dire concentrare gli sforzi in quelle aree in cui la società non si prende cura dei bisogni reali, più che duplicare inutilmente i servizi solo per avere una presenza nell'area. Riconosco che si tratta di un punto molto delicato, che deve essere considerato con attenzione. Ma non possiamo trascurare questi due punti: qualità eccellente e risposta a un bisogno reale. Ne parleremo più avanti.

### **3. Le sfide che nascono da queste nuove strutture**

Le strutture, da sole, non bastano ad assicurare la possibilità di una sopravvivenza futura delle nostre istituzioni. Passiamo ora ad esaminare alcune di queste sfide, per vedere come possono essere affrontate negli anni a venire. Noteremo che esse corrispondono strettamente ai tre punti citati sopra.

#### *a. Trovare membri appropriati*

Probabilmente, la sfida più importante a cui il ministero sanante si trova di fronte, mentre il numero di religiosi disponibili diminuisce molto rapidamente – parlando sempre dalla prospettiva nordamericana –, è quella di trovare delle persone che siano completamente consacrate al ministero e che desiderino svolgerlo. Ciò non vuol dire sempre e necessariamente che tali persone debbano essere cattoliche, ma esse devono abbracciare i valori promossi dalla Chiesa. La Santa Sede ha riconosciuto che questa situazione veramente non esiste e l'ha sanzionata<sup>10</sup>. Tuttavia, sarà essenziale istituire programmi di formazione adeguati per quanti occupano posizioni di leadership. Altrimenti, rischiamo di perdere i nostri lavori dall'interno, nel senso che non ci saranno persone che conoscono e si preoccupano dei valori cattolici abbracciati nel nostro ministero.

#### *b. Applicazione di direttive etiche*

Una seconda sfida riguarda l'applicazione delle direttive etiche vigenti nel territorio<sup>11</sup>. Non tutte le Conferenze Episcopali hanno redatto direttive da applicare nelle istituzioni cattoliche della regione. Il settore sta cambiando così rapidamente che è difficile stargli al passo. Ad esempio, devono essere tenuti presenti i principi delineati da Giovanni Paolo II in materia di trapianti umani e animali<sup>12</sup>. Anche le nuove questioni che riguardano la clonazione e la ricerca nel campo delle cellule staminali devono essere affrontate con attenzione. Lo stesso dicasi delle nuove tecniche mediche che mostrano segni promettenti, ma che non sono state ancora completamente testate, specialmente per un periodo di tempo prolungato. Le direttive etiche riguarderanno anche l'uso responsabile di risorse limitate. Pensiamo per un momento all'epidemia di AIDS in determinate parti del mondo e vedremo come sono limitate attualmente le nostre risorse. Sarebbe molto importante che gli istituti religiosi e le diocesi sostengano quegli studenti che vogliono studiare l'etica medica, così che, negli anni a venire, siano a nostra disposizione dei professionisti ampiamente qualificati per aiutarci a rispondere a delicate questioni morali e mediche irrisolte. In questo modo, metteremo le basi per un futuro più forte.

Papa Giovanni Paolo II, nella sua Esortazione Apostolica *Ecclesia in Oceania*, ha affrontato questo argomento: “Su questo punto [ad. es. la santità della vita] la testimonianza delle istituzioni sanitarie cattoliche è essenziale, come lo è quella dei *mass media* nel promuovere il valore della vita. Per presentare la posizione della Chiesa alla pubblica opinione in modo chiaro e fedele su questioni bioetiche e sanitarie, i Vescovi, i sacerdoti e gli esperti in diritto e medicina debbono essere istruiti in modo adeguato”<sup>13</sup>.

#### *c. Uso responsabile dei beni temporali*

Una terza sfida nasce dall'uso responsabile dei beni temporali.

Le somme di denaro approvate dalle Conferenze Episcopali per la regione non sono sempre realistiche quando si tratta di multi-sistemi, con transazioni di milioni di dollari. La Santa Sede ha, ancora una volta, risposto a questa situazione concedendo indulti che permettono agli istituti finanziatori di accumulare debiti in alcuni casi fino a miliardi di dollari. Molto di questo debito è sulla carta, in quanto i vari programmi di rimborso governativo aiutano a gestirlo. Non di meno, dobbiamo riconoscere che il Libro V del Codice non è stato scritto nella prospettiva di transazioni massicce, come emissioni di obbligazioni, trasferimento di beni, accettazione del debito esterno quando si prevedono nuove fusioni, chiusura di istituzioni, e così via. Potrebbe essere opportuno considerare la possibilità di preparare una speciale legislazione per facilitare il compito degli amministratori di tali lavori in vista delle nuove situazioni affrontate, particolarmente quando gli investimenti non portano i risultati necessari per permettere ai lavori di continuare per proprio conto.

#### *d. La sanità è un prodotto in vendita?*

Una quarta sfida nasce dall'attuale natura commerciale del ministero. La Chiesa ha coerentemente offerto i propri servizi in quello che si potrebbe chiamare un contesto di "non profit", condividendo generosamente le risorse di cui dispone. Tuttavia, oggi c'è molta pressione ad entrare in partnership con istituzioni che sono di proprietà di investitori. Le opinioni su questo argomento sono diverse. In genere, l'atteggiamento è negativo – le attività cattoliche non entreranno in partnership con tali gruppi. Ma, d'altro lato, dobbiamo riconoscere il bisogno delle partnership. Forse, se i proprietari desiderano abbracciare l'insegnamento sociale della Chiesa e applicarlo nelle loro istituzioni, ciò sarebbe preferibile al lavorare con altri che non accettano i principi morali operativi nelle nostre istituzioni.

Recentemente, S.E. Mons. Anthony Pilla, Vescovo di Cleve-

land, in Ohio, ha detto a proposito di tale questione: "Molti di coloro che sono coinvolti nel campo sanitario non concordano più sui principi universali o sul modo appropriato per metterli in pratica. Anche i professionisti più consciensiosi sono spesso perplessi su come agire quando sono cattu-

alcuni nostri interessi verso l'assistenza domiciliare per i malati e gli anziani. Il Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute ha affrontato l'argomento in un intervento alla seconda Assemblea Mondiale sulla Terza Età, durante il quale ha affermato che troppi anziani sono la-



rati in una rete di forze economiche, politiche, in pratiche di affari e responsabilità sociali. Il risultato è che, a volte, la sanità sembra mancare di quel senso sicuro e accurato per trovare la propria strada in tempi difficili”<sup>14</sup>.

#### *e. Stiamo rispondendo a bisogni reali?*

Una quinta sfida nasce dalla necessità di determinare se stiamo rispondendo a un bisogno reale. Naturalmente, dobbiamo riconoscere che gli enti ecclesiastici hanno assunto una serie di impegni a lungo termine e devono pertanto onorarli. Ma, poiché le tecniche mediche si estendono sempre più ai servizi a domicilio, dobbiamo chiederci se le nostre grandi istituzioni siano realmente necessarie ovunque. Si tratta di una questione estremamente delicata. Inoltre, poiché i pazienti restano in ospedale o in clinica solo per un breve periodo di tempo, e spesso non vi trascorrono la notte, c'è meno opportunità per una pastorale diretta in queste circostanze. Forse dovremmo dirigere maggiormente

sciati da soli o sono costretti ad assumersi la responsabilità di badare ai bambini abbandonati o separati dai genitori e dalle case<sup>15</sup>.

#### *f. Uniformità nelle pratiche pastorali*

Una sesta sfida che intravedo è quella di portare una certa uniformità nelle nostre pratiche pastorali in relazione alla salute, senza necessariamente adottare la posizione più chiusa e stretta possibile. Attualmente, non possiamo non notare una polarizzazione nella Chiesa su un certo numero di questioni che riguardano le cure sanitarie. Di solito, la verità non sta agli estremi, particolarmente quando trattiamo con questioni nuove e irrisolte. Ad esempio, chi si azzarderebbe a dire che la Chiesa ha oggi la risposta finale sulle questioni che riguardano la clonazione, quando le questioni stesse non sono state ancora sollevate?

#### *g. Relazioni con il mondo medico*

La settima sfida sarà quella di trovare un approccio maggior-

mente equilibrato al mondo medico, come pure a quello della scienza. Come la Chiesa, durante il Concilio Vaticano II, parlò del "mondo" considerandolo in attesa di evangelizzazione, piuttosto che fonte di male, così anche oggi possiamo aver bisogno di mostrare una maggiore disposizione a considerare i progressi nelle tecniche mediche in una luce positiva. Dispiace vedere che un certo numero di ospedali cattolici hanno dovuto chiudere i loro reparti di maternità poiché non possono applicare le tecniche mediche che i medici ritengono necessarie, ma che certe autorità ecclesiali non permettono. La posizione della Chiesa in favore della vita umana è talmente incrollabile che ci deve essere un modo con cui avviare un sano dialogo con rappresentanti del mondo medico per poter continuare a offrire questi importanti servizi.

#### **4. La sanità cattolica nel futuro**

##### *a. Conseguenze della personalità giuridica separata*

Se le varie istituzioni, o almeno i sistemi ricevono una personalità giuridica distinta, i loro beni temporali appartengono a loro. Il sistema, allora, è libero di usare questi beni a vantaggio del ministero, senza dover fronteggiare numerose pressioni esterne.

Naturalmente, se il sistema non è proprietario dei suoi beni, ma amministra semplicemente quelli messi a sua disposizione, questo vantaggio non sarà avvertito.

Dato che i sistemi si stanno estendendo al di là dei confini diocesani e perfino nazionali, l'avere un'identità distinta rafforza il lavoro della Chiesa. Poiché gli istituti religiosi operano in molte diocesi e Paesi, un sistema con propria personalità giuridica sarebbe in grado di imprimere le proprie caratteristiche del lavoro svolto.

Ci si può chiedere se è prematuro pensare alla possibilità che un sistema, che ha acquistato personalità giuridica per svolgere la missione, possa avere un carisma proprio. L'idea non è troppo invrosimile e potrebbe essere considerata in futuro.

##### *b. Un ruolo maggiore dei laici*

Dato il numero dei sacerdoti nella Chiesa del Nord America, dobbiamo ritenere che un maggiore coinvolgimento dei laici nel ministero sanitario del futuro sarà una grazia speciale per noi.

Quando le persone vivono il proprio battesimo e assumono un ruolo attivo nella missione della Chiesa, sono capaci di animare l'ordine temporale con spirito cristiano (can. 298), forse in modi che erano nascosti ai sacerdoti e ai religiosi. Come ho notato prima, la sfida per noi sarà di unire il loro lavoro alla missione, in modo tale che non si tratti semplicemente di opportunità di impiego.

##### *c. Un nuovo ruolo sociale*

È assolutamente possibile che, a mano a mano che il ministero sanitario si evolve, nuovi metodi vengano messi in atto per i servizi di quanti ne hanno bisogno. L'uso esteso di Internet per ottenere informazioni rapide ed accurate ci permetterebbe di offrire servizi competenti in un modo molto più vicino agli utenti. I sistemi sanitari della Chiesa dovrebbero già fornire informazioni uniformi al paziente, ovunque egli sia in un determinato momento. Naturalmente, qui sorgono questioni di privacy, che possono però essere facilmente superate da un'adeguata identificazione.

##### *d. Un nuovo ruolo politico*

Poiché molti interventi della Chiesa sono centrati sulla dignità della persona umana, sarà importante mantenere quella che ora è una preoccupazione particolare per ogni individuo che si avvale delle cure sanitarie della Chiesa. In questo modo, viene inviato alla società un forte messaggio, così che anch'essa possa rendersi conto di cosa è in gioco per il futuro dell'umanità.

Non mi sto necessariamente riferendo all'attivismo, ma penso più in particolare all'esempio, poiché le azioni valgono più delle parole.

##### *e. Un nuovo ruolo organizzativo*

Poiché le istituzioni sanitarie

tendono sempre più a raggrupparsi, dobbiamo renderci conto che il tempo della piccola clinica indipendente sta rapidamente tramontando. Siamo ora letteralmente in un villaggio globale. Non si tratta di centralizzare per il bene dell'uniformità, ma per presentare un approccio più coerente alle nuove tecniche mediche e sanitarie.

Il Cardinale Anthony Bevilacqua, di Filadelfia, ha stabilito cinque principi che ritiene debbano essere alla base di ogni nuovo appoggio organizzativo e che possono costituire un obiettivo realistico per noi, in qualunque regione del mondo siamo.

1. Noi miriamo a far sì che le cure sanitarie siano accessibili e disponibili per tutti. Ciò implica cure di qualità a un costo ragionevole.

2. L'ambiente sanitario deve sostener e preservare l'integrità etica.

3. Ci dovrebbe essere una politica equa di pagamento, che risponda, allo stesso tempo, ai bisogni dei singoli individui e delle loro comunità.

4. I servizi offerti devono essere appropriati, compassionevoli e della migliore qualità, nel rispetto dei diritti dei pazienti.

5. Devono essere promosse cure sanitarie non profit affinché esse non siano viste puramente come una merce di scambio per il profitto<sup>16</sup>.

In questi punti c'è molta saggezza ed esperienza. Dovrebbero essere usati come un elenco da seguire quando viene considerata la creazione di nuove strutture.

#### **Conclusione**

Non credo che ci sia molto di nuovo in quanto ho detto. Piuttosto, il mio intento è stato quello di riunire differenti tendenze che troviamo oggi nell'organizzazione delle cure sanitarie.

L'eredità della Chiesa nel campo della sanità è qualcosa di cui essere molto fieri. Non può essere trascurata solo perché ci sono nuove sfide. Nuove strutture canoniche sono certamente un passo nella giusta direzione per dare a questo apostolato una forte base con cui guardare al futuro con si-

curezza e libertà. Molto però dipende dalle persone coinvolte e dal loro impegno individuale nella missione salvifica di Cristo così come viene vissuta nella Chiesa.

P. FRANCIS G. MORRISEY, OMI  
Professore titolare,  
Facoltà di Diritto Canonico  
Saint Paul University  
OTTAWA, Canada

## Note

<sup>1</sup> Su questo argomento, si veda F.G. MORRISEY, "Toward Juridic Personality", in *Health Progress*, 82 (2001), pp. 27-31, 51.

<sup>2</sup> A.J. MAIDA e N. CAFARDI, *Church Property, Church Finances, and Church-related Corporations*, St. Louis, The Catholic Health Association, 1984, xxii-339p., pp. 155-163.

<sup>3</sup> "Catholic Health East", con sede nell'Arcidiocesi di Filadelfia, ha attività anche nella regione caraibica.

<sup>4</sup> GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica "Vita consacrata", 25 marzo 1996, n. 36.

<sup>5</sup> Esempi di tali persone giuridiche pontificie negli Stati Uniti sono: "Catholic Health Care Federation" (1991), "Covenant Health System" (1996), "Peace Health" (1997), "Catholic Health Ministries" (2000), "Hope Ministries" (2000). In Canada, i seguenti sistemi hanno ricevuto approvazione pontificia: "Catholic Health Sponsors of Ontario" (1997), "Catholic Health Sponsors of Manitoba" (1999) e "Catholic Health Sponsors of New Brunswick" (2001).

<sup>6</sup> Come avvenne con "Peace Health" nel 1997.

<sup>7</sup> Si veda, per esempio, CICLSAL, Prot. N. 15050/2000, 3 febbraio 2000: "Allegato a questa lettera il rescritto che autorizza la richiesta alienazione di certe opere sanitarie e fondazioni di N.N. alla nuova persona pubblica giuridica canonica, AA.BB. [Tuttavia], poiché il CC.DD. non ha ancora ottenuto la personalità pubblica giuridica canonica, preferiamo attendere prima di emettere il richiesto rescritto per quelle opere e per le loro rispettive fondazioni. Quando la personalità giuridica sarà concessa, sarà sufficiente informarcene, facendo riferimento a questa lettera e a questo numero di protocollo...".

<sup>8</sup> Le direttive etiche interessano molto più delle proibizioni contro certe tecniche mediche. Riguardano altresì la corretta applicazione dell'insegnamento sociale della Chiesa. Si veda, ad esempio, "Agreement Outlines Guidelines for Union Organizing Campaign", April 6, 2001, tra "Catholic Health West" e "Service Employees International Union", in *Origins*, 30 (2000-2001), pp. 728-732.

<sup>9</sup> GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica "Ecclesia in Oceania", 22 novembre 2001.

<sup>10</sup> Ad esempio, gli statuti approvati per "Catholic Health Ministries" riconoscono che una maggioranza dei membri deve essere cattolica, ma non richiedono che tutti siano cattolici.

<sup>11</sup> Si veda "Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services", approvate il 15 giugno 2001 per gli Stati Uniti; *Origins*, 31 (2001-2002), pp.153, 155-163. Per il Canada, CATHOLIC HEALTH ASSOCIATION OF CANADA, *Health Ethic Guide*, approvate dal Consiglio Permanente della CCCB, Marzo 2000; Ottawa, CHAC, 2000, x-120p.

<sup>12</sup> GIOVANNI PAOLO II, Discorso al XVIII Congresso Internazionale sui Trapianti, 29 agosto 2000. Testo francese "Transplantation d'organes: les limites à ne pas dépasser", in *La Documentation Catholique*, 97 (2000), pp. 852-854.

<sup>13</sup> *Ecclesia in Oceania*.

<sup>14</sup> S.E. MONS. A. PILLA, "Tra Practice of Faith in the Practice of Medicine", October 18, 2000, in *Origins*, 30 (2000-2001), p. 364.

<sup>15</sup> S.E. MONS. JAVIER LOZANO BARRAGÁN, 8 aprile 2000, discorso alla Seconda Assemblea Mondiale sulla Terza Età, Madrid, *Origins*, 31 (2001-2002), p. 726

<sup>16</sup> S.E. CARD. ANTHONY BEVILACQUA, "Assuring the Future of Catholic Health Care", October 18, 2000, in *Origins*, 30 (2000-2001), p. 371.



MICHAEL D. PLACE

## 4. Come migliorare l'associazione internazionale delle istituzioni sanitarie cattoliche (AISAC)

Fino ad ora abbiamo ascoltato gli interventi di molti esperti. Le loro riflessioni ci hanno ricordato, in parte, la complessità del nostro servizio ecclesiale. Per quanto tale complessità ci possa impressionare, non possiamo permetterle di distrarci dal nostro fondamento, cioè il ministero sanante del Signore Gesù. I racconti sulle guarigioni operate da Gesù – l'emorroissa, o il lebbroso, il cieco o il Buon Samaritano – ci ricordano l'attiva presenza di Dio nel mondo, una presenza che ci rivela che il regno di Dio è in mezzo a noi. I racconti evangelici testimoniano altresì la globalità dell'amore di Dio, una globalità che rivolge un'attenzione particolare ai poveri, ai deboli e agli indifesi. La cosa più importante, tuttavia, è che questi racconti ci parlano della fede, ci invitano ad "andare" e a confidare pienamente nella generosità immetitata dell'amore di Dio, fonte di ogni guarigione.

Gesù ha affidato questa missione sanante alla Chiesa perché la realizzi sotto la guida del Santo Padre e dei Vescovi. Il modo con cui questa missione viene messa in pratica è cambiato nel corso dei secoli. In anni recenti, con i progressi scientifici e tecnologici nella pratica della medicina, il ministero sanante di Gesù viene svolto sempre più nelle istituzioni. Tuttavia, sia che si tratta di un dispensario in India, o di una clinica rurale in Messico o ancora di un grande ospedale cittadino a Taiwan, il cuore dell'assistenza sanitaria cattolica rimane sempre il tocco sanante di Gesù.

Quando visitò gli Stati Uniti nel 1987, Sua Santità Giovanni Paolo II, rivolgendosi alle organizzazioni sanitarie cattoliche, fece diverse osservazioni fondamentali riguardanti il nostro ministero.

*Apostolato vitale.* "Il vostro ministero di assistenza sanitaria iniziato e sviluppato dalle Congregazioni religiose femminili e da quelle maschili è uno degli apostolati più vitali della comunità ecclesiale e uno dei servizi più significativi che la Chiesa cattolica offre alla società nel nome di Gesù Cristo"<sup>1</sup>.

*Testimonianza.* "Ogni preoccupazione per la malattia e la sofferenza è parte della vita e della missione della Chiesa. Da sempre la Chiesa si è sentita chiamata da Cristo ad occuparsi dell'assistenza ai poveri, ai deboli, agli indifesi, ai sofferenti e agli afflitti. Questo significa che voi, mentre alleviate le sofferenze e cercate di guarirle, nello stesso tempo siete testimoni di una visione cristiana della sofferenza e del significato della vita e della morte, così come viene insegnato dalla vostra fede cristiana".

*Dignità della persona umana.* "Allo stesso modo l'eccellente preparazione professionale e l'amore che caratterizza l'assistenza sanitaria cattolica hanno il valore di segno che testimonia la visione cristiana della persona umana. L'inalienabile dignità di ogni essere umano è naturalmente fondamentale per tutta l'assistenza sanitaria cattolica".

*Missione di verità.* "Il vostro ministero deve anche riflettere la missione della Chiesa come maestra di verità morale, specialmente nei confronti delle nuove frontiere della ricerca scientifica e delle conquiste tecnologiche".

*Società giusta.* "Mentre date il meglio di voi stessi nell'adempiere le vostre responsabilità cristiane, sarete anche consapevoli dell'importante contributo che dovete da-

re alla costruzione di una società basata sulla verità e la giustizia. Il vostro servizio verso i malati vi permette di proclamare al mondo con grande credibilità le esigenze e i valori del Vangelo di Gesù Cristo, e di incoraggiare la speranza e il rinnovamento del cuore".

*Comunione ecclesiale.* "Dovete sempre considerare voi stessi e la vostra opera come parte della vita e della missione della Chiesa. In verità voi siete una parte molto speciale del popolo di Dio. Voi e le vostre istituzioni avete precise responsabilità nei confronti della comunità ecclesiale proprio come tale comunità ha delle responsabilità verso di voi".

Lo scorso anno, S.E. Mons. Javier Lozano Barragán, Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, ha fornito una guida preziosa su cosa rende singolare la sanità cattolica. Il mondo, egli ha detto, ha bisogno che il Vangelo entri "nel cuore stesso della salute e vi si radichi, così che il mondo della salute venga trasformato dal Vangelo. Ciò presuppone una nuova evangelizzazione della salute, cioè la trasformazione delle cure sanitarie in cure sanitarie cristiane. Questa inculcatura della salute costituisce l'autentica pastorale della salute. Dobbiamo entrare nei valori fondamentali del mondo della salute per trasformarli e renderli ogni volta più conformi al Vangelo"<sup>2</sup>.

È in questo contesto ecclesiale che guardiamo all'aspetto dell'assistenza sanitaria cattolica nel mondo. Il numero delle istituzioni sanitarie cattoliche – ospedali, case di cura, centri sanitari per anziani, centri per lunga degenza, day hospital, unità per pazienti esterni (cliniche mobili, stazioni di primo

soccorso, ecc.), consultori e centri per la cura dei lebbrosi – è sbalorditivo.

### Istituzioni sanitarie nel mondo

Secondo il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, nel mondo ci sono 21.757 istituzioni sanitarie cattoliche, tra ospedali per cure intensive, cliniche, centri di riabilitazione, ecc., ripartite come segue:

Africa	3.665 (17%)
America	4.363 (20%)
Asia	3.905 (18%)
Europa	9.500 (43,5%)
Oceania	324 (1,5%)

Esso ci ricorda quanto universali siano gli sforzi apostolici della sanità cattolica. Naturalmente, si tratta di sforzi estremamente diversi. Tuttavia, tale diversità esiste nel contesto della famiglia di fede che è l'unica Chiesa di Gesù Cristo, una Chiesa con un Pastore Supremo la cui sollecitudine è rivolta al benessere di tutta la Chiesa e di tutti coloro che lavorano per realizzare la sua missione. Per noi che operiamo nel campo sanitario, la sollecitudine del Papa è espressa, in parte, attraverso il Dicastero che ha organizzato questa Conferenza, e cioè il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute con il suo Presidente, l'Arcivescovo Lozano.

### Storia

L'11 febbraio 1985, con la Lettera Apostolica *Dolentium Hominum*, Sua Santità Giovanni Paolo II creava la Pontificia Commissione per l'Assistenza Pastorale degli Operatori Pastorali che, con la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus* del 1988, divenne Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari (ora Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute).

Una delle responsabilità di questo Dicastero è quella di stimolare e di promuovere il lavoro, la formazione, lo studio e l'operato delle diverse organizzazioni internazionali cattoliche nel campo sanitario, come pure quella di altri gruppi e associazioni che operano in questo settore a diversi livelli e in diversi modi.

Nell'adempiere il compito affidatogli dal Santo Padre, il Pontificio Consiglio ha rivolto una particolare attenzione ai diversi elementi costitutivi dell'assistenza sanitaria cattolica: medici, infermieri, farmacisti e istituzioni sanitarie. Una dimensione del servizio pastorale del Consiglio ha riguardato la promozione di un senso di solidarietà internazionale all'interno di queste realtà pastorali, nella speranza che tale solidarietà possa fornire un sostegno e costituire il contesto per attuare sforzi a livello locale. A questo scopo ha sostenuto il lavoro delle Federazioni Internazionali di medici, infermieri, farmacisti e istituzioni sanitarie. Come risultato, attualmente esistono le seguenti Federazioni:

- Federazione Internazionale dei Farmacisti Cattolici;
- Comitato Internazionale Cattolico degli Infermieri e Assistenti medico-sociali;
- Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici;
- Federazione Internazionale delle Associazioni Sanitarie Cattoliche (AISAC).

In un incontro il cui tema è sostenere l'identità degli ospedali cattolici, è opportuno riflettere sulla storia della Federazione Internazionale Associazioni Sanitarie Cattoliche.

Originariamente, l'AISAC era chiamata Confederazione degli Istituti Sanitari Cattolici. Fondata su incoraggiamento di Papa Giovanni Paolo II nel 1984, fu rifondata nel luglio 1999 durante un simposio mondiale. Come sappiamo, le "istituzioni sanitarie cattoliche" non sono solo ospedali per cure intensive, ma istituzioni sanitarie, riconosciute dai vescovi locali (can. 216, 300, 312 e 807-814), che accettano l'insegnamento del magistero ecclesiale. Negli anni, sono state spese molte energie nel cercare di realizzare il sogno dell'AISAC di diventare un'organizzazione vitale. Per quanto nobili fossero questi sforzi, l'AISAC, a differenza di alcune federazioni sorelle e per una varietà di ragioni, ha provato grande difficoltà a mantenere il proprio entusiasmo.

Alla luce di queste difficoltà, ma convinto dell'importanza dell'organizzazione, negli ultimi anni

S.E. Mons. Lozano si è adoperato con particolare cura per una revisione dell'AISAC. Nel 1999, dopo una consultazione con le conferenze episcopali del mondo, egli riunì rappresentanti di molte nazioni per discutere il futuro della Federazione.

Nel maggio 2000, si tenne un altro incontro che portò all'elezione di delegati continentali per continuare il dialogo sul futuro dell'AISAC. Tali delegati si sono riuniti in diverse occasioni negli anni passati per discutere come l'AISAC potesse trovare un senso rinnovato di vitalità. Le discussioni furono guidate dai parametri forniti dall'Arcivescovo Lozano, come pure dal suo incoraggiamento e da quello del Segretario del Consiglio, S.E. Mons. José Luis Redrado Marchite. I lavori furono alimentati, in modo speciale, da uno dei recenti eroi della sanità cattolica, Pierluigi Marchesi, scomparso nel marzo 2002. P. Marchesi fu priore generale dei Fatebenefratelli e Direttore dell'AISAC, su nomina del Pontificio



Consiglio. Ringraziamo il Signore per l'opera infaticabile svolta da Padre Marchesi a favore dell'AISAC, iniziando con la sua fondazione nel 1984. Siamo grati altresì per il sostegno di Mons. James P. Cassidy, Presidente emerito dell'AISAC e per gli sforzi di molte altre persone che assistono il lavoro del Pontificio Consiglio, in particolare Isabella Biondi e Pietro Quattrocchi.

Nel tempo, la riunione dei dele-

gati continentali fu considerata un “comitato ad interim” per assistere il Pontificio Consiglio nella ricerca di una nuova vitalità per l’AISAC. Il comitato suggerì che l’AISAC, pur continuando a dipendere dal Consiglio, diventasse una Federazione di associazioni sanitarie cattoliche al fine di stimolare la creazione di nuove associazioni nazionali e rafforzare le iniziative di quelle già esistenti. Un altro esempio di assistenza fornita dal comitato ad interim al Dicastero sono le osservazioni sul tema della conferenza internazionale. Il comitato ha suggerito inoltre che la conferenza avrebbe offerto una buona opportunità per un altro incontro programmatico dell’AISAC, che potesse applicare i frutti di tali deliberazioni al lavoro futuro della federazione. Tali deliberazioni saranno guidate dalla dichiarazione di intenti dell’AISAC:

- rafforzare l’identità della sanità cattolica;
- scambiare le informazioni sulla condizione della sanità cattolica nel mondo e le sfide che deve affrontare;
- incoraggiare la formazione degli operatori sanitari cattolici, specialmente in questioni di etica e pastorale;
- mantenere informazioni/documentazione sull’assistenza sanitaria cattolica per sostenere il lavoro del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute e l’associazione internazionale.

## Sfide

Queste deliberazioni saranno anche ispirate da alcune sfide particolarmente gravi che l’assistenza sanitaria cattolica nel mondo deve affrontare. Alcune di queste sono state già discusse in precedenti incontri dell’AISAC.

## Cultura di Morte

L’inviolabile dignità della vita umana creata ad immagine e somiglianza del suo Creatore è minacciata da una cultura di morte, sotto forma di attentati alla vita dei non-nati, o del movimento per legalizzare l’eutanasia, o ancora della tendenza attuale a ridurre il valore del-

l’essere umano alla cosiddetta capacità produttiva o relazionale. L’assistenza sanitaria cattolica, che presta le sue cure alla madre e al suo bambino non-nato, ai malati terminali o ai morenti, e a tutti coloro che provano una debolezza fisica o emotiva, si trova spesso ad essere una protagonista della promozione di una cultura a favore della vita proponendo ciò che Giovanni Paolo II chiama una “etica della vita coerente”.

*Imperativo tecnologico/scientifico.* Tra i grandi contributi dello scorso secolo al progresso della famiglia umana, ci sono gli incredibili sviluppi scientifici e tecnologici che hanno trasformato il panorama dell’assistenza sanitaria. La scoperta della penicillina e degli antibiotici, l’introduzione dei vaccini, le evoluzioni della radiologia, e lo sviluppo della chirurgia non invasiva e del trattamento farmacologico, hanno trasformato l’intera sanità, quantunque con diseguaglianze globali. L’aspetto negativo di questi progressi è che essi hanno illuso chi crede che il Dio di Abramo, Isacco e Giacobbe è stato sostituito da un nuovo imperativo, cioè se una terapia è scientificamente o tecnologicamente fattibile, allora *deve* essere perseguita. Viene proposta una comprensione autonoma della natura della scienza come alternativa alla natura umana pienamente e adeguatamente considerata. Per la sanità cattolica, la sfida grave sta nel preservare il primato del tocco umano che funge da mediatore dell’amore salvifico di Dio, guidato da verità immutabili, pur onorando il ruolo legittimo della ricerca scientifica.

*La sanità come merce.* Una terza sfida cui la sanità cattolica di tutto il mondo si trova davanti è il movimento diretto a considerare l’assistenza sanitaria come un prodotto economico. Ciò è in assoluto contrasto con l’insegnamento della *Pacem in Terris* del Beato Giovanni XXIII: “Ogni essere umano ha il diritto all’esistenza, all’integrità fisica, ai mezzi indispensabili e sufficienti per un dignitoso tenore di vita, specialmente per quanto riguarda l’alimentazione, il vestiario, l’abitazione, il riposo, le cure mediche, i servizi sociali necessa-

ri; e ha quindi il diritto alla sicurezza in caso di malattia, di invalidità, di vedovanza, di vecchiaia, di disoccupazione, e in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà”<sup>3</sup>.

Ovviamente, la maniera con cui questa affermazione di principio è stata realizzata ha subito cambiamenti significativi a seconda di come viene compreso il diritto di accesso all’assistenza sanitaria nell’ambiente sociale, economico e politico. Ad esempio, il modo con cui le cure sanitarie furono dispensate e sovvenzionate a metà dello scorso secolo avvenne, da una parte, in un’economia capitalistica, come quella degli Stati Uniti, e, dall’altra, in un’struttura più socialista, come quella della Gran Bretagna. Tuttavia, all’interno di questa eterogeneità, nel cosiddetto Primo Mondo ci fu, in senso lato, almeno un implicito riconoscimento che l’assistenza sanitaria, al pari della sicurezza e dell’educazione pubblica, fosse tanto importante per il benessere della società da essere protetta dalle forze competitive dell’economia di mercato.

In anni recenti, per ragioni troppo complesse da analizzare in questa sede, è stata attaccata la natura particolare della sanità. Tanto il governo quanto il settore privato sono arrivati sempre più a vederla come un prodotto da gestire come ogni altro prodotto inteso a generare un profitto. Nel passato, il servizio ai singoli pazienti e alla comunità, cuore dell’assistenza sanitaria, era uno strumento e un fine allo stesso tempo; oggi questo servizio è visto sempre più come un mezzo allo scopo di un ritorno positivo sull’investimento. Nei Paesi maggiormente sviluppati, tale movimento è stato parzialmente responsabile di un sempre maggiore razionamento dell’accesso sulla base della condizione economica, come pure di un ritiro del sostegno da parte del governo. Nei Paesi in via di sviluppo, esso ha accresciuto le ingiustizie già esistenti. È in questa giungla economica di pressioni conflittuali e trasformazioni che continuiamo la missione sanguante di Gesù, nella consapevolezza che la nostra chiamata non può essere definita da una teoria economica o politica.

## Incontro programmatico dell'AISAC

Come rispondiamo a queste e ad altre sfide? Questa domanda ci porta ai quattro temi dell'incontro programmatico dell'AISAC. Dopo estesa riflessione, i delegati continentali della Federazione hanno proposto quattro ambiti di riflessione che potrebbero servire da base per attività a livello nazionale, regionale e internazionale.

*Missione e identità cattolica.* Primo, alla luce di queste sfide, come possiamo sostenere meglio la missione e l'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche? Quando le pressioni esterne sono così forti, come assicuriamo, ad esempio, che la vita interna delle nostre istituzioni rifletta realmente una cultura della vita? La nostra testimonianza non riguarda semplicemente ciò che evitiamo ma, cosa più importante, ciò che promuoviamo attivamente. Ad esempio, se nella maniera in cui sono trattati insieme alle loro famiglie, i nostri pazienti non sperimentano il nostro impegno nei confronti della vita, allora la nostra è una testimonianza vuota. S.E. Mons. Lozano ci ricorda costantemente che il nostro è un lavoro di carità, e non di benevolenza. Come possiamo assicurare che l'anima di ogni istituzione è l'amore di Cristo?

*Leadership.* Secondo, dato l'aumento della specializzazione e della competenza necessarie per l'assistenza sanitaria, da un lato, e la riduzione del numero di religiose e religiosi disponibili a servire e a guidare la sanità cattolica, dall'altro, come assicuriamo che in futuro ci saranno leader profondamente devoti alla Chiesa e al suo insegnamento? Come, senza il vantaggio degli anni di formazione associati alla vita religiosa e sacerdotale, procuriamo la formazione, iniziale e continua, dei leader di oggi e di domani?

*Strutture ecclesiali.* Terzo, quali sono le strutture ecclesiache getteranno le basi delle istituzioni sanitarie cattoliche come vere opere ecclesiali se e quando queste istituzioni non sono più identificate con una comunità religiosa? Il nuovo

Codice di Diritto Canonico offre diverse opportunità. Le abbiamo adeguatamente esaminate? Ci sono altre opzioni ecclesiali che dovremmo esplorare? Importante in queste discussioni è il fatto che l'assistenza sanitaria cattolica non può essere un'attività della Chiesa realizzata in nome della Chiesa se non è formalmente legata al ministero pastorale del Papa e dei Vescovi. Poiché alcuni aspetti della missione sanitaria sono sempre più responsabilità dei Christi fidelis, come assicuriamo questa essenziale connessione?



*Giustizia.* Infine, come lavoriamo per la giustizia nell'assistenza sanitaria come un bene sociale a livello nazionale e internazionale? Non esiste testimonianza più forte per la causa della giustizia del Santo Padre e della Sede Apostolica. Ma il lavoro di giustizia è una componente essenziale di tutta la vita ecclesiale. Per noi che operiamo nel campo della sanità cattolica, non è abbastanza fornire cure a coloro che sono emarginati. Noi dobbiamo anche far sì che ci sia un posto alla tavola dell'assistenza sanitaria per tutti i figli di Dio.

## Solidarità "in Communio"

Benché il futuro dell'AISAC debba ancora essere scritto, ho fiducia che non sarà scritto bene fino a che quanti di noi che hanno avuto l'opportunità di servire nell'assistenza sanitaria cattolica non fac-

ciano proprio il seguente motto: "solidarietà 'in communio'". Il Santo Padre ci ha insegnato che la "communio" è la Chiesa. L'assistenza sanitaria cattolica è un aspetto essenziale della vita interiore ed esteriore di tale "communio". Anche se, in fin dei conti, la forza di questa "communio" è lo Spirito Santo, i suoi vincoli umani fluiscano da uno spirito di solidarietà. Purtroppo, a volte l'assistenza sanitaria cattolica sembra aver adottato quella che, negli Stati Uniti, verrebbe descritta come una mentalità "lone ranger", cioè di colui che va avanti per la sua strada convinto dei propri principi. Poiché siamo consapevoli dei bisogni immediati di coloro che serviamo, o del carisma distintivo della comunità religiosa di cui siamo parte, tendiamo a pensare e ad agire come se il nostro lavoro apostolico o la nostra comunità religiosa fossero il centro di tutta la realtà. Di conseguenza, potrebbe essere difficile trovare il tempo o la motivazione per ricercare un'effettiva collaborazione ecclesiale.

Partecipare ad una conferenza come questa dovrebbe ricordarci l'inadeguatezza di una tale prospettiva a livello pratico, se non teologico. Non si risponderà con successo né alle sfide né alle opportunità con sforzi individuali. Né possono le istituzioni che hanno maggiore successo (in termini mondiali) ignorare la propria responsabilità di assistere coloro che lottano come pure di imparare dai loro successi. Perseguendo un cammino di "solidarietà 'in communio'", saremo capaci di realizzare molto più di quello che gli altri credono possibile. Se verrà ricercata la vera solidarietà all'interno dell'assistenza sanitaria cattolica, il mondo intero sperimenterà – in modo nuovo – il tocco sanguine di Gesù.

P. MICHAEL D. PLACE, STD  
Presidente e Chief Executive Officer  
Catholic Health Association,  
St. Louis, MO (USA)

## Note

<sup>1</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Alle Organizzazioni Sanitarie Cattoliche*, settembre 1987.

<sup>2</sup> JAVIER LOZANO BARRAGAN, *Dolentium Hominum*, n.46/ 2001, p. 10. Città del Vaticano

<sup>3</sup> GIOVANNI XIII, *Pacem in Terris*, 1963, par. 11.

ANGELO BRUSCO

sabato  
9  
novembre

## 5. Migliorare l'aspetto religioso cattolico dell'ospedale

### Introduzione

Un leone spalancò le fauci sotto il naso di una pecora e le chiese se gli trovava l'alito cattivo. La pecora rispose: "Sì".

"Stupida", disse il leone e le staccò la testa con un possente morso.

Poi fece la stessa domanda al lupo.

"No", rispose il lupo.

"Adulatore!", disse il leone. E lo sbranò.

Poi andò a trovare la volpe per porle la stessa domanda.

"A dire il vero, sire", rispose la volpe, "ho un tale raffreddore che proprio non riesco a sentire gli odori...".

Questo aneddoto mi sembra ben illustrare la posizione in cui viene a trovarsi chi è chiamato a indicare cammini di crescita a una persona, un gruppo o a un'istituzione.

Infatti, quale risposta dare ad una domanda come la seguente: "Le Istituzioni sanitarie cattoliche corrispondono veramente alla loro finalità di essere 'un dono di Dio', un 'segno' della sua cura"; una "risposta di fedeltà a Cristo che nello specifico comando di evangelizzare e di curare i malati dato ai suoi discepoli partecipa la sua missione evangelizzatrice alla Chiesa intera; un servizio di amore all'uomo"?<sup>1</sup> La risposta della pecora, del lupo o quella della volpe?

La posizione migliore forse consiste nel riassumere in una tute e tre le risposte, affermando che come in tutti gli altri settori del vivere e dell'agire, anche in quello delle Istituzioni sanitarie cattoliche la Chiesa, sia nel passato come pure attualmente, appare santa e peccatrice. Santa perché ha saputo rivelare il volto misericor-

dioso del Cristo attraverso la testimonianza di tante persone che, lavorando in esse, hanno raggiunto la perfezione della carità, dando un contributo significativo alla promozione della salute. Peccatrice, perché spesse volte la comunicazione dell'amore redentivo del Signore è stata rallentata e impedita da molti ostacoli dovuti all'egoismo, alla ristrettezza di vedute, alla resistenza al cambiamento, al poco fervore religioso, all'influsso del contesto culturale in cui sono necessariamente inserite.

Ciò è comprensibile quando si pensi che un'istituzione sanitaria cattolica non è estranea al più vasto mondo della salute, suscettibile quindi ad essere influenzata negativamente dai principi e dai modelli di comportamento che dominano in esso.

Ora, il mondo della salute, quale è venuto formandosi in questi ultimi decenni, tende ad essere:

– un mondo *secularizzato*, cioè dominato dalla coscienza della sua autonomia nei confronti del sacro e dallo sviluppo di una serie di saperi e tecniche orientati a rispondere ai problemi posti dall'umanità in quell'area della vita umana costituita dal vivere, dal soffrire e dal morire. La domanda sul senso della salute e dell'infirmità è trasferita dalla sfera della religione a quella della tecnica; il *mistero* è ridotto a *problema*<sup>2</sup>;

– un mondo *in cerca d'umanità*. L'umanizzazione della medicina e dell'assistenza ai malati è uno dei problemi che maggiormente preoccupano il mondo della salute. Infatti, al progresso della scienza e della tecnica non sempre fa riscontro un'eguale evoluzione positiva della qualità umana dell'assistenza sanitaria;

– un mondo dove *logica tecnica*

e *logica etica* si contrastano, creando gravi conflitti;

– un mondo *carico di contraddizioni*, dove convivono meravigliosi slanci altruistici e forti sentimenti d'indifferenza.

Se le istituzioni sanitarie cattoliche sono soggette all'influsso, spesso negativo, del mondo della salute in cui sono inserite, ciò non significa che ne debbano essere necessariamente vittime. Al contrario esse sono chiamate ad essere agenti di controcultura, offrendo un valido contributo all'assistenza del malato e alla promozione della salute, proponendo modi nuovi di porsi di fronte alla sofferenza e ai sofferenti, ispirati a una autentica umanità e al Vangelo<sup>3</sup>.

### Una chiara identità

Per raggiungere tale scopo l'ospedale cattolico deve trovare la sua identità.

Se diamo uno sguardo alla storia, possiamo renderci conto che la domanda sull'identità e sul ruolo delle Istituzioni sanitarie cattoliche è emersa periodicamente nell'ambito della comunità ecclesiastica. In alcune epoche ciò è avvenuto in un clima di serena sicurezza, in altre tale interrogativo è stato vissuto conflittualmente, creando profondi disagi.

Ciò si comprende bene se si pensa a ciò che accade a livello personale. Ciascuno di noi, durante il processo di crescita, poco a poco mette insieme i diversi pezzi di sé fino a formare un'auto-immagine più o meno soddisfacente. Tale immagine, però, durante il percorso esistenziale sarà continuamente messa alla prova dal sopraggiungere di nuove situazioni. Una malattia, il trascorrere degli anni, una ricerca interiore... pos-

sono scuotere o annebbiare la percezione di sé, creando un'impresione di insicurezza e di smarrimento, le cui conseguenze possono essere o una dolorosa diffusione d'identità o un ricomporsi più ricco della propria immagine.

I dibattiti che ne sono nati, a volte molto accesi, hanno contribuito ad approfondire la riflessione sulle Istituzioni sanitarie cattoliche.

Vari sono stati gli interventi da parte di pontefici, vescovi e organismi ecclesiastici. Da essi appare che se la progressiva laicizzazione delle istituzioni della salute ha liberato la Chiesa da un compito di supplenza, essa però non le ha tolto né il diritto né la volontà di coinvolgersi nella cura dei malati attraverso strutture proprie. Secondo un'espressione di Paolo VI, pronunciata poco dopo il Concilio, le istituzioni cristiane create in campo educativo, culturale, caritativo e sociale “restano indispensabili all'irraggiamento del Vangelo”<sup>4</sup>.

Tale concetto è stato ribadito da un recente documento ecclesiale italiano<sup>5</sup>, dove si afferma che “le istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di ‘curare i malati’. Esse, pertanto, sono da considerarsi non solo utili ma necessarie alla missione della Chiesa, dando consistenza e continuità all'azione caritativa e di promozione umana della comunità cristiana”<sup>6</sup>.

Pur potendo avere un valore sociale, esse “hanno in primo luogo un valore religioso e profetico perché si propongono come un fatto di salvezza: la manifestazione dell'amore gratuito di Dio che cerca l'uomo”<sup>7</sup>. Ne deriva che le Istituzioni sanitarie cattoliche “non sono mai per la Chiesa una supplenza”<sup>8</sup>, anche se lo possono essere per lo Stato. La loro ragion d'essere, infatti, consiste nell'essere espressioni originali dell'amore di Dio per gli uomini.

## Mantenere alta la qualità dell'aspetto religioso

L'affermazione della legittimità delle istituzioni sanitarie cattoliche e il chiarimento della loro

identità avrebbero poca efficacia se non fossero accompagnate dall'impegno di mantenerle all'altezza della loro missione, migliorandole costantemente.

Tra le dimensioni in cui tale miglioramento va attuato occupa un posto tutto speciale quella religiosa. Pur non essendo separata dagli altri aspetti dell'istituzione sanitaria cattolica – sanitario, economico e amministrativo – essa però ne è distinta e va intesa non in senso generico bensì nella specificità che le viene dal contesto particolare cui è applicato.

L'ospedale, infatti, anche quello cattolico, è il luogo dove il malato potrebbe rispondere a chi lo invita a lodare il Signore con le parole del salmo: “Come cantare i canti del Signore in terra straniera?” (Sal 137, 4). Durante l'esilio della malattia, quando vengono messe a dura prova le certezze fondamentali e il senso d'identità personale s'affievolisce, non è facile fare della propria dolorosa esperienza un luogo di celebrazione. Ne consegue che chi offre al malato la possibilità di essere toccato dalle parole e dai gesti del Cristo misericordioso deve possedere la consapevolezza di muoversi in un territorio pieno di difficoltà, senza dimenticare, nello stesso tempo, che là dove sembra esserci silenzio arido possono echeggiare, attraverso l'esperienza risanatrice di Dio, le note serene della speranza e presentarsi l'occasione della salvezza.

## Strumento di evangelizzazione

La dimensione religiosa dell'ospedale cattolico si esprime prioritariamente nell'evangelizzazione. Essendo *opere di Chiesa*, infatti, le Istituzioni sanitarie cattoliche sono chiamate a partecipare alla sua missione evangelizzatrice, ad essere, quindi, degli autentici strumenti attraverso cui viene proclamato il Vangelo.

È importante osservare che il vocabolo *evangelizzazione* è adoperato dai documenti conciliari e postconciliari con una notevole varietà di significati, oscillando tra un senso restrittivo limitato alla sfera del servizio della Parola o al primo annuncio di essa e una

accezione più vasta che non si limita a un aspetto dell'azione della Chiesa, ma ne comprende tutta la missione.

Essa esprime nell'annuncio della Parola, attua nei sacramenti e testimonia nella vita quella salvezza che Gesù Cristo morto e risorto comunica agli uomini<sup>9</sup>.

Aderendo a questo significato di evangelizzazione, possiamo affermare che l'istituzione sanitaria cattolica è chiamata a proclamare la buona novella divenendo una *comunità sanante*, “segno efficace (sacramento) di una salvezza integrale che il Signore compie, attraverso la potenza del suo Spirito di guarigione”<sup>10</sup>.

Numerose sono le modalità di attuazione del compito evangelizzatore dell'ospedale cattolico.

## La carità misericordiosa

La prima modalità è mirabilmente illustrata dalla figura del *buon samaritano*.

All'uomo che scendeva da Gerusalemme a Gerico si avvicinano tre gruppi di persone.

In primo luogo i briganti. Forse con le parole, certamente con il comportamento gli dicono: “Il tuo è mio”. È l'atteggiamento della violenza, del sopruso, del ricatto, della manipolazione.

Vengono, poi, il sacerdote e il levita. Il messaggio che essi rivolgono al ferito è il seguente: “Il mio è mio”. Tale messaggio esprime indifferenza, chiusura nel proprio mondo, attaccamento a prescrizioni e abitudini che impediscono di uscire dal proprio mondo.

Vi è, infine, il samaritano che rappresenta la terza categoria di persone. Il suo modo essere e di fare si traduce in questa frase: “Il mio è tuo”. È l'atteggiamento altruistico che, pur essendo presente in ogni forma di solidarietà, trova la sua più alta espressione nella carità cristiana.

Che l'atteggiamento raffigurato dal buon samaritano sia evangelizzatore viene spiegato in maniera chiara e significativa da un passo dell'Esortazione apostolica *Evangelii Nuntiandi*, così parafrato da un autore: “Quando i gesti di attenzione siano informati dalla carità, tradotta in dedizione gene-

rosa, approccio caloroso, sensibilità attenta, presenza umile e gratuita, possiedono una forte carica interna che li trascende: pongono domande irresistibili (EN 21), allargano gli spazi di comprensione e d'intesa comune, costituiscono una specie di piattaforma da cui partire per ulteriori traguardi, aprono la mente e il cuore degli uomini a orizzonti nuovi, diventano proclamazione silenziosa, ma molto forte ed efficace della buona novella, sono la prima forma di evangelizzazione”<sup>11</sup>.

Ne consegue che quanti operano in una Istituzione sanitaria cattolica possono svolgere, attraverso la loro attività professionale o volontaria, una missione salvifica. Infatti, svolgendo la loro profes-



sione, essi esercitano la loro missione salvifica senza dover aggiungere parola alcuna su Cristo o la religione. Se sarà il caso, anche quella parola potrà essere pronunciata, senza mai dimenticare però che la loro azione guaritrice è per se stessa salvifica, perché il loro modo specifico di evangelizzare non transita per la via della parola ma per quello del gesto guaritore. La loro azione evangelizzatrice non si realizza tramite “l'avete sentito”, ma tramite “l'avete visto” (*Lc 7, 22*).

Ne deriva allora che l'offrire il proprio contributo alla cura del malato e alla promozione della salute non solo apre la porta all'evangelizzazione, ma è già attività evangelizzatrice. I gesti compiuti

per contribuire, con competenza, al miglioramento umano dell'atmosfera delle istituzioni sanitarie, per difendere i diritti dei malati e migliorare i rapporti tra personale e pazienti, fanno parte integrante della missione apostolica della Istituzione sanitaria cattolica. Tali gesti, infatti, proclamano che l'uomo, anche nella condizione di malattia fisica e mentale, mantiene il suo valore di figlio di Dio e merita di essere trattato come persona e aiutato a riacquistare la *salute* nel senso integrale del termine.

Questa dimensione evangelizzatrice delle Istituzioni sanitarie cattoliche è sufficientemente coscientizzata dalla comunità ecclesiale? Un'attenta analisi della situazione porta a credere che tante trascuratezze, tanti atteggiamenti rinunciatori da parte degli ospedali cattolici, tanti cali d'entusiasmo, dipendono da una inadeguata consapevolezza del nesso esistente tra il servizio prestato al malato e l'evangelizzazione.

Non è forse un fenomeno assai diffuso che la gente apprezzi i servizi offerti dalla Chiesa senza coglierne però la radice da cui provengono? La gente non dovrebbe prendere dalla Chiesa solo i servizi, ma anche le ragioni per vivere. Ciò implica, per esempio, che i servizi socio-sanitari offerti dalla comunità ecclesiale non siano finalizzati solo a raggiungere obiettivi pratici, ma anche a riconvertire una mentalità su cosa sia potere, denaro, salute, sofferenza, vita, morte, socialità, festa...

“Oggi come non mai – afferma il card. Martini – la carità della Chiesa deve mostrare qualcosa di unico, di originale, di irriducibile a tutte le opere di carità, qualcosa che è al di là, il mistero, qualcosa che non è contenuto negli sforzi dei programmi della società civile. È proprio perché viene dal mistero e custodisce la differenza, è in grado di conferire ai programmi umani la direzione, l'orizzonte, la riserva di energie, la contestazione critica, là dove è necessaria”. Se le opere di carità non sono evangelizzate, cioè non sono rese autentiche dalla fede, vi è il rischio di avere una “Chiesa affacciata” socialmente che tende a diventare nel mondo della salute “una figura ora parallela, ora con-

corrente, ora connivente con altre forze”.

La presenza e l'operatività di questa tensione evangelizzatrice aiuta a leggere la situazione dell'Istituzione sanitaria non solo da un punto di vista economico e sociopsicologico, ma anche da una prospettiva teologico-spirituale. Questo significa, per esempio, che gli aspetti negativi che caratterizzano l'istituzione non sono visti solo come il risultato di fattori esterni, quali gli interessi politici ed economici, l'eccessiva burocratizzazione del sistema assistenziale, l'inadeguata efficienza amministrativa, i conflitti contrattuali, il deterioramento della scala dei valori che rende più ardua la considerazione del malato come persona..., ma anche come conseguenze del peccato, con la conclusione che alla radice di ogni riforma si esige la conversione del cuore, prima che delle strutture<sup>12</sup>.

## Dalla salute alla salvezza

Considerata in questa prospettiva, la cura del malato diventa un luogo dove viene promossa una salute veramente umana e quindi integrale, che si trasforma in un segno aperto e nostalgico della “salvezza che è l'esistenza riuscita nella sua integrità e nella sua pienezza, dono di Dio”<sup>13</sup>. Infatti, l'alleanza stabilita con il malato attraverso una cura competente sia dal punto di vista umano che da quello tecnico parla “nel segno, dell'alleanza con un Dio la cui presenza, qualsiasi cosa accada, non viene meno”<sup>14</sup>. La guarigione e la salute non vengono viste come l'ordine ultimo e globale del destino degli uomini, ma s'insieriscono nel processo della salvezza, poiché ogni autentica liberazione umana, parziale o settoriale, è un momento, un segno annunciatore, una dimostrazione di questa liberazione profonda che il Cristo ha attuato nel suo mistero pasquale.

Questo vale anche quando si ha a che fare con quella tensione verso il benessere assoluto, sostenuta da certa medicina contemporanea, la cosiddetta *medicina dei desideri*. Tale tensione, infatti, nasconde quell'anelito alla salvezza che trova la sua soddisfazione nelle paro-

le di Cristo: “Sono venuto perché abbiano la vita e l’abbiano in abbondanza” (Gv 10, 10). La prospettiva della salvezza, intesa come lo stabilirsi di una relazione di amore tra Dio e l'uomo, non spegne la tensione verso la salute piena e il benessere, ma ne orienta il cammino sulla base di valori radicati nella vera condizione dell'uomo e nel progetto che Dio ha sulla persona umana.

## Interventi

Come risvegliare nella persona, desiderosa di guarigione e di salute, quell’anelito alla *salvezza* presente nel cuore di ogni individuo? La risposta a questo interrogativo ci porta a identificare le altre modalità attraverso cui l’ospedale cattolico può esercitare la sua missione evangelizzatrice, e quindi migliorare la sua dimensione religiosa: la Parola, i sacramenti, il servizio.

### *La Parola*

Su tutto ciò che avviene in un ospedale – la scienza medica, la pratica sanitaria, la sofferenza, il rapporto interpersonale – è già stata detta una parola da Dio. Una parola rivelata in modo peculiare attraverso la Sacra Scrittura, il Magistero della Chiesa; la teologia... Si tratta di utilizzare questa parola di Dio perché essa:

– *serva ad innervare la filosofia dell’ospedale cattolico*, mostrando che tutto quanto viene compiuto nell’istituzione sanitaria risponde a un disegno in cui si riflette la volontà di comunicare a quanti soffrono, alle loro famiglie, l’amore risanatore e redentivo di Cristo;

– *alimenta il processo della relazione di aiuto con i pazienti e i loro familiari*. Nell’accompagnamento degli infermi deve trasparire il desiderio che “i malati credenti vivano la vita in Gesù Cristo e raggiungano la santità alla quale sono chiamati. Si tratta di aiutarli, alla luce del Vangelo e nei modi adatti ai nostri tempi, a trovare una risposta ai persistenti interrogativi sul senso della vita presente e futura e la loro mutua relazione, sul significato del dolore, del ma-

le e della morte, di essere loro vicini specialmente nei momenti di oscurità e di vulnerabilità, così da diventare per essi segno di speranza. Nell’esercizio di questo particolare ministero di accompagnamento, il dialogo deve essere umano, fraterno, aperto a tutti e rispondente alle esigenze e alle disposizioni dei malati<sup>15</sup>;

– *cooperi all’elaborazione di principi etici da applicare* non solo ai problemi legati all’inizio o al termine della vita o all’uso delle nuove tecnologie, ma da far entrare anche in tutto il tessuto dell’agire dell’istituzione sanitaria per regolare, secondo giustizia e carità, i rapporti di lavoro, le relazioni interpersonali, le scelte di mezzi

Quando si parla dei sacramenti nell’ambito di un ospedale, il riferimento corre immediatamente ai malati, quasi essi fossero gli unici destinatari di questi ‘gesti’ che manifestano la totalità e la integralità della salvezza donata a noi in Cristo risorto e dicono che questa salvezza è in atto oggi nella nostra vita e nelle situazioni che caratterizzano l’esistenza umana.

Nell’ambito di un ospedale cattolico, tale concetto va superato. Nella celebrazione dei sacramenti, infatti, continua ad attuarsi la prassi salvatrice di Gesù: il suo amore liberante verso le persone in situazione difficile, la sua attenzione e cura verso i malati e i sofferenti, il suo donare speranza e



zi e di strumenti, le condizioni di accesso all’Istituzione...

## *I Sacramenti*

Un’altra modalità attraverso la quale l’ospedale cattolico evangelizza è costituito dai sacramenti. “Essere cristiani non è aderire a un’idea, ma a una persona. Mediante le celebrazioni liturgiche della Chiesa, il Signore Gesù, crocifisso e risorto, ci viene incontro personalmente in modo conforme alla nostra condizione storica. Ci comunica il dono pasquale del suo Spirito e della vita nuova, che sanctifica la nostra esistenza nelle molteplici situazioni, a lode di Dio Padre”<sup>16</sup>.

vita piena. È dai sacramenti che viene attinta la forza per realizzare autenticamente la missione dell’ospedale cattolico.

Questo vale soprattutto per l’eucaristia. Il servizio reso all’uomo attraverso l’impegno nell’istituzione sanitaria cattolica assume dall’eucaristia il suo senso e il suo stile, ha in essa non solo la sua fonte, ma anche la sua norma. Non a caso, Gesù ha collegato strettamente il servizio all’eucaristia (Gv 13, 2-16), chiedendo ai discepoli di perpetuare in sua memoria sia la *cena del Signore* sia la lavanda dei piedi. Nella celebrazione dell’eucaristia, il cristiano incontra il Cristo, divino samaritano delle anime e dei corpi, il

Crocifisso, espressione massima dell'amore di Dio, il Risorto. Da tale incontro attinge la capacità di fare della propria esistenza – sull'esempio di Gesù, una *pro-esistenza*, un autentico racconto dell'amore di Dio.

### Sacramenti e servizio

La celebrazione dei sacramenti – riconciliazione, eucaristia e unzione degli infermi – possono adeguatamente rendere sensibile, rivelare, proclamare e celebrare l'incontro risanatore tra Cristo e il malato solo quando i servizi resi dall'istituzione sanitaria a chi soffre sono caratterizzati da competenza e calda umanità, e quando la luce della parola di Dio e la riflessione teologica illuminano i segni sacramentali, facendone emergere il significato profondo. Se è vero che il sacramento agisce “ex opere operato”, ciò non toglie però che la ricezione della grazia sacramentale dipenda in modo rilevante anche dall'atteggiamento di chi amministra e di chi riceve il sacramento e dalla qualità del contesto in cui avviene la celebrazione.

Il simbolismo dell'unzione dei malati perde la sua ricchezza e incisività se l'ambiente in cui il sacramento è celebrato si presenta saturo di elementi “diabolici” cioè disgregatori. Come si fa ad affermare, proclamare e celebrare la presenza del Signore, divino terapeuta del corpo e dello spirito, in un contesto dove il malato è disatteso, lasciato solo, non considerato come soggetto attivo? In questi casi, i sacramenti dei malati rischiano di diventare routine, attività abitudinaria che in alcuni casi può perfino risultare alienante. La luce e la grazia del Signore veicolata dall'unzione degli infermi, pur obbedendo alla libertà e gratuità divine, assumono e trasformano ogni gesto inteso a recare sollievo al malato. Il nuovo Rituale afferma che “tutti i tentativi della scienza per prolungare la longevità biologica e tutte le premure verso gli infermi, chiunque le abbia o le usi, si possono considerare come preparazione ad accogliere il vangelo e a partecipazione al ministero di Cristo che conforta i malati” (n° 32). Nella stessa linea si muove un autore: “L'arte di saper donare, di sa-

per servire, di essere all'ascolto, farà percepire ai malati [...] che i sacramenti si situano in questo movimento di misericordia che ispira chi per lui lavora e si sacrifica [...] Il gesto di chi si avvicina al malato è simbolo di un gesto più grande e più totale, un gesto che viene da Dio per avviluppare l'uomo e trasformarlo.

Non entra forse tra i compiti dell'assistente religioso aiutare il personale e i familiari a vedere questa continuità tra il servizio che essi rendono e l'azione terapeutica soprannaturale esercitata dal sacramento?

Quanto detto vale anche per la celebrazione dei sacramenti. Celebrare significa identificare i valori presenti in una esperienza e proclamarli, ringraziando il Signore. I valori presenti nella esperienza vissuta dal malato che riceve l'unzione dei malati sono molteplici: la presenza del Cristo che guarisce e salva, la solidarietà comunitaria, la preziosità della vita nel momento stesso in cui essa è minacciata dal male.

Affinchè questi valori possano essere fatti oggetto d'esperienza, occorre che la celebrazione dell'unzione dei sacramenti li faccia emergere, rendendoli evidenti. Impegno non facile, soprattutto nell'ambiente ospedaliero. Ma impegno da attuare con costanza e creatività, favorendo quei fattori che, come afferma un documento della CEI<sup>17</sup>, citato più sopra, “contribuiscono a rendere significativa la celebrazione dei sacramenti nelle famiglie, nelle parrocchie e nelle istituzioni sanitarie: le condizioni ambientali favorevoli, il sereno rapporto tra i malati e quanti li visitano, la partecipazione della comunità, dei familiari, degli operatori sanitari e dei volontari, la scelta dei testi liturgici appropriati e di riflessioni adatte alla situazione vissuta dal malato”.

### Dalla teoria alla prassi

Quanto indicato sopra può avere un'incidenza sul miglioramento dell'aspetto religioso dell'ospedale cattolico nella misura in cui vengono messe in atto adeguate strategie.

– In primo luogo è necessario

che la dimensione religiosa dell'ospedale sia oggetto dell'attenzione dei responsabili dell'ospedale, e non confinata al servizio di pastorale.

– Il servizio religioso-pastorale non deve essere limitato all'accompagnamento dei malati – ruolo pure importantissimo – ma deve anche poter incidere efficacemente sulla filosofia e sui programmi dell'Istituzione. A questo scopo deve essere potenziato sia dal punto quantitativo che da quello qualitativo.

– Diventa importante anche l'istituzione di organismi di comunione, quali la cappellania mista e il Consiglio pastorale ospedaliero. Si tratta di rendere attivi tutti quei ministeri laicali che sono radicati nel battesimo.

– L'importanza della formazione. Quanto è stato affermato finora non potrà avere positive ricadute operative senza un adeguato investimento nella formazione del personale delle Istituzioni sanitarie cattoliche. Sono in molti a credere che proprio a causa dell'inadeguatezza di tale impegno formativo, varie problematiche quali il rapporto religiosi-laici, l'umanizzazione degli ambienti sanitari, la cultura della salute, stentano a conoscere risvolti operativi efficaci. È, quindi, necessaria l'elaborazione di validi programmi formativi che abbraccino sia le aree tecniche come quelle relazionali e dei valori derivanti dal carisma della carità misericordiosa, dono di Dio alla sua Chiesa. Ciò che viene speso nell'informare e nel formare il personale tornerà a vantaggio dell'Istituzione sanitaria, apportandole freschezza e creatività.

– Siccome molte istituzioni sanitarie cattoliche operano in territori dove la popolazione aderisce a religioni non cristiane, diventa necessario tenere conto delle culture cui il messaggio evangelico è trasmesso sia attraverso la parola che l'attività caritativa.

### Conclusione

Lo sforzo per migliorare l'aspetto religioso dell'ospedale cattolico non potrà non avere una ricaduta positiva sia sulla qualità

dell’assistenza al malato che sulla managerialità dell’istituzione sanitaria. Esso coopererà in maniera determinante a trasformare l’ospedale in una dimora dove viene versata una libbra di unguento prezioso – la carità misericordiosa – sui piedi di Gesù presente nei sofferenti, in maniera che tutta la casa, cioè la chiesa e la società, si riempiano del suo profumo.

P. ANGELO BRUSCO, M.I.  
Docente all’Istituto Internazionale  
di Teologia Pastorale Sanitaria  
“Camillianum”  
Roma, Italia

## Note

<sup>1</sup> Ufficio nazionale della CEI per la pastorale della sanità, *Le istituzioni sanitarie cattoliche*

*che in Italia. Identità e ruolo*, EDB, Bologna, 2000, n. 15.

<sup>2</sup> A. BRUSCO, *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Varese 1983, p. 78.

<sup>3</sup> *PSCI*, 12.

<sup>4</sup> *Message à la France*, 31 maggio 1964. Il Concilio ha rivendicato ripetutamente “le opere di carità come dovere e diritto inalienabile della Chiesa” (AA n. 8), precisando che “dove fosse necessario, a seconda delle circostanze di tempo e di luogo, essa può, anzi deve, suscitare opere destinate al servizio di tutti, ma specialmente dei bisognosi” (GS n.42).

<sup>5</sup> Consulta nazionale per la Pastorale della salute, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana (PSCI)*, Roma 1989.

<sup>6</sup> *Id.*, n. 54.

<sup>7</sup> Vescovi dell’Emilia-Romagna, *Impegno comunitario a servizio dei fratelli*, 24.12.1973, n. 12.

<sup>8</sup> G. GROLLA, *Carità, strutture e organizzazioni di servizio sul territorio*, in AA.VV., *Diaconia della carità nella pastorale della Chiesa locale*, Gregoriana, Padova 1986. Vanno lette in questo senso le parole di Giovanni Paolo II: “Le opere caritative non sono mera supplenza di provvisorie carenze dello Stato né tanto meno concorrenza nei suoi confronti, ma espres-

sione originale e creativa della fecondità dell’amore cristiano” (*Discorso a Loreto*, 11 aprile 1985).

<sup>9</sup> Cfr. B. PAPA, *Perchè la comunità cristiana deve evangelizzare e svolgere opera di promozione umana nel mondo socio-sanitario*, in “Anime e Corpi” 94(1981), pp. 145-161; A. BRUSCO, *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Varese 1983, pp. 46-49.

<sup>10</sup> L. SANDRIN, *Nuova evangelizzazione per il terzo millennio e istituzioni sanitarie cattoliche*, in “Dolentium Hominum”, 3 (1999), p. 83.

<sup>11</sup> F. ALVAREZ, *La nuova evangelizzazione nel mondo della salute. Prospettive teologico-pastorali*, in AA.VV., *La vita consacrata nel mondo della salute*, Roma, Quaderni del “Camilianum” 4 (1993), p. 54.

<sup>12</sup> Ufficio nazionale della CEI per la pastorale della sanità, *Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. Identità e ruolo*, EDB, Bologna 2000.

<sup>13</sup> Cfr. L. SANDRIN, o.c., p. 83.

<sup>14</sup> L. SANDRIN, cfr. pp. 80-85.

<sup>15</sup> Cfr. *Costituzione dei Ministri degli Infermi*, Roma, 1988, n. 47.

<sup>16</sup> CEI, *La Verità vi farà liberi*, Ed. Vaticana, Roma 1995, p. 304, n. 633.

<sup>17</sup> *La pastorale della salute...*, cit., n. 21.

