



Prof. Pietro Quattrocchi

Le istituzioni sociosanitarie della Chiesa: Realtà, sfide e prospettive

1. La sanità cattolica in frammenti

Le Istituzioni sanitarie della Chiesa si sono organizzate come espressione della missione di tanti gloriosi Ordini religiosi, ma soprattutto come emanazione di una certa maniera di intendere la Chiesa. Ad una concezione di Chiesa centrata sulla strutturazione gerarchica dei poteri dei ruoli e delle funzioni del governo spirituale è corrisposta, nel tempo, una concezione della sanità cattolica come organizzazione uniforme di servizio ai malati centrato sull'esercizio della carità fraterna, valore assoluto di riferimento per tutte le pratiche cristiane.

Invece, ad una concezione di Chiesa centrata sulla *Nuova Evangelizzazione* come processo di acculturazione e di orientamento delle diversità verso l'unità, è corrisposta, nell'epoca contemporanea, una sanità cattolica come opera apostolica di evangelizzazione delle pratiche sociali che rispondono ai bisogni umani in coerenza con i valori cristiani proclamati dal Magistero e variamente incarnati nella storia.

Possiamo dire che si impone, a questo proposito, una constatazione riguardante sia la Chiesa che le Istituzioni sanitarie: la fede non viene respinta ma costituisce uno soltanto dei punti di riferimento dell'esistenza e dell'agire dei cristiani. Accade che determinate sfere e ambiti dell'esperienza umana come quello sanitario, si rivelano impenetrabili al richiamo della fede e seguano piuttosto criteri ogni volta interni.

L'interrogativo che nasce da tale constatazione concerne l'unità della Chiesa e delle Opere di Chiesa: dobbiamo chiarire se l'unità debba essere ridotta semplicisticamente a quella forma compatta ed uniforme in cui una cultura totalitaria l'ha spesso pensata e praticata. Un nuovo paradigma dell'universalità si rende necessario per accogliere e valorizzare le diversità non come generalità livel-

latrice ma come convivialità messa in pratica attraverso le organizzazioni concrete delle Istituzioni sociosanitarie.

Usando la metafora del « frammento », si vuole indicare il necessario riferimento alla varietà dei modelli sanitari esistenti nel nostro mondo e la necessaria varietà delle Istituzioni sanitarie cattoliche che devono operare all'interno di vincoli socio-politici e ambientali molteplici e differenti.

Infatti, a partire dalla vecchia Europa, non troviamo nessun continente che non sia stato investito dalle problematiche economico-finanziarie da cui dipende la possibilità di assistenza alle persone malate e bisognose. Tali vincoli strutturali ci portano ad orientare in maniera diversa le nostre opere cercando sempre nuove strade per incarnare la vocazione all'universalità, mantenere il legame vitale con la Chiesa e garantirne l'identità (1).

2. Cogliere le opportunità del presente

Tra le sfide che molti autorevoli osservatori coinvolti nella gestione di opere sanitarie cattoliche hanno individuato, ve ne sono parecchie che hanno colto la novità introdotta dalle nuove forme di cooperazione nei Paesi in via di sviluppo e dei nuovi compiti per gli Istituti senza scopo di lucro nei Paesi dell'occidente.

Mentre mi sembra molto sviluppato il dibattito sulle problematiche da affrontare nel mondo occidentale e, per certi aspetti, li affronteremo nel paragrafo successivo, non altrettanto si può dire del dibattito sotto tono sulla sanità cattolica nei Paesi in via di sviluppo. Per tutta questa parte sono debitore al contributo che E. Widmer ha presentato alla XVI Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute "Salute e Potere" tenutasi nel 2001 (2).

Le note difficoltà finanziarie in cui versano i sistemi sanitari, ulteriormente aggravate dalla restrizione dei finanziamenti statali e dalle riduzioni dei sussidi, costringono tutti a rifondare l'organizzazione e la gestione del servizio sanitario. Per quanto concerne direttamente le Istituzioni nei Paesi in via di sviluppo, il FMI in ossequio alle riforme strutturali imposte dalla Banca Mondiale non consente più l'arrivo di sussidi che erano unicamente legati alla generosità del donatore; oggi viene imposto un criterio nuovo che consiste nel cosiddetto approccio per settore. Questa nuova politica, secondo la chiara descrizione del Dr. Widmer «dirotta gli aiuti dei governi stranieri direttamente in un paniere globale amministrato dal governo centrale, a meno che l'istituzione privata e le autorità locali non siano giunte ad un contratto definito. Le Istituzioni devono sapere che questi contratti possono rappresentare la condizione per ulteriori pagamenti diretti da parte di paesi donatori attraverso le ONG» (3).



All'antico circuito legato, lo ripeto, unicamente alla generosità del donatore che individuava un certo bisogno e cercava di farvi fronte, subentra il criterio della pianificazione regionale e nazionale, dell'analisi e documentazione dei costi, della sostenibilità dei fini, dei livelli documentati di partecipazione dei cittadini, della gestione verificabile delle spese, in sintesi della capacità di formulare e gestire programmi. Attraverso tale meccanismo si vorrebbe che la sanità, collegata strutturalmente alla vita reale di tutta la comunità, possa diventare secondo le linee ispiratrici delle politiche OMS, un vero e proprio volano di sviluppo sociale.

Diventa indispensabile a questo punto l'esistenza di un'amministrazione centrale riconoscibile ed efficiente a cui possano fare riferimento sia

gli enti donatori con le organizzazioni internazionali, sia le Istituzioni sanitarie cattoliche che devono documentare la loro affidabilità e identità.

Il ruolo dell' AISAC, individuato proprio dall'ispirazione dei suoi fondatori, consiste nel fornire piani di formazione e consulenza per formulare quei programmi necessari a far sopravvivere oggi le Istituzioni sanitarie, mettendo in comune le conoscenze di economia sanitaria, di etica e di bioetica che colleghino, strutturalmente e strategicamente, l'identità cattolica delle singole strutture con la missione sociale del servizio sanitario da prestare.

Ben a ragione il Dr. Widmer può concludere: gli enti benefattori e le organizzazioni internazionali non offrono soltanto partnership e patrocinio; a causa del loro lavoro di sviluppo e partenariato con altre Istituzioni private, essi possono condividere le proprie esperienze ed offrire consigli su come evitare gli errori indicando strategie vincenti.

La missione dell' AISAC, ridisegnata dopo la Conferenza Internazionale del novembre 2002, mira direttamente a sostenere il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute nel raccogliere informazioni e documentazione sulle esperienze del variegato mondo sanitario per mantenere un collegamento stabile tra le varie Istituzioni al fine di migliorare la missione, consolidare l'identità e incoraggiare la formazione di personale competente ed eticamente motivato (4).

3. Le possibilità della legge fondamentale della Chiesa

A causa delle restrizioni finanziarie appena accennate, anche nel mondo occidentale si pone per le Istituzioni sanitarie cattoliche un problema di sopravvivenza. Le opere dipendenti dai religiosi per le note crisi vocazionali, e le opere diocesane per le restrizioni legislative economico-finanziarie, stanno attraversando un momento di ripensamento e di vera e propria crisi in certi settori. Per diverso tempo le Istituzioni ospedaliere sono state considerate il centro dei sistemi sanitari, ma negli ultimi anni questa visione tradizionale va perdendo forza. Per tale ragione, ci si trova dinanzi a scelte epocali che pongono il problema della sopravvivenza del ruolo centrale dell'ospedale stesso e della scelta sui modelli alternativi che devono sostituire il ruolo e la missione.

Per riportare le Istituzioni sanitarie alla loro vocazione originale, bisogna riconoscere che è neces-

sario rifondare la natura giuridica stessa di certe opere. Come alcuni religiosi hanno proposto fin dagli anni '90, bisogna richiamare al loro ruolo di cittadinanza attiva nella Chiesa i laici - *Christifideles laici* - proponendo il passaggio delle opere a delle associazioni private o pubbliche di fedeli. Questo comporta una rivoluzione sui modi di presenza dei religiosi e dei chierici nella gestione diretta delle opere con la conseguente alienazione permanente o temporanea degli stessi beni immobili.

In questo cambiamento vengono sottolineati tre punti da tenere presente come criteri di valutazione:

3.1. Il monitoraggio dell'applicazione delle direttive etiche prescritte dalla Chiesa in materia di Bioetica e assistenza sanitaria. Questo ruolo spettante al Vescovo diocesano coinvolge il Ministero episcopale in territori che fino ad oggi erano stati riservati a religiosi o amministratori temporanei.

3.2. Attenzione alla designazione dei membri che costituiscono l'Ente giuridico il quale deve essere composto da fedeli cristiani che assumono i principi morali del cattolicesimo non solo nella loro vita, ma nella gestione dell'opera loro affidata e nell'esercizio di ogni attività professionale ad esso connessa.

3.3. Cura continua per la destinazione dei beni temporali precedentemente di proprietà degli Istituti religiosi o di una Diocesi: essa deve essere affidata alle Istituzioni originarie fino a quando non vi sia un atto di alienazione formale che rischia di determinare anche un cambiamento di natura del servizio stesso.

Le sfide derivanti da queste considerazioni pongono un ripensamento generale di tutto il sistema sanitario cattolico tradizionale, richiamando principalmente gli operatori responsabili a concepire un nuovo modello di governo delle Opere affidato a persone di chiara appartenenza cattolica e fedeli alla missione della Chiesa in sanità.

Di capitale importanza in questo nuovo sistema appare il richiamo alla fedeltà verso gli insegnamenti dell'etica in ambito sanitario. Senza il rispetto del valore della dignità della vita, l'assistenza globale dei malati, la cura del paziente terminale, la esclusione della manipolazione genetica, l'equità nell'uso dei beni temporali, non vi può essere una Istituzione cattolica.

Come afferma il Prof. F.G. Morrissey, nel suo contributo alla XVII Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute sull'identità delle Istituzioni sanitarie cattoliche del novembre 2002, usando con immaginazione e creatività, le possibilità offerte dal Codice di Diritto canonico del 1983, si possono inventare e creare nuove modalità di presenza della Chiesa cattolica nel mondo della salute, arrivando forse a rifondare il sistema stesso che oggi appare seriamente scosso dai cambiamenti sociali esterni, ma anche da un bisogno di rinnovamento che la nostra vocazione stessa ci impone (5).

4. Centralità del nesso tra Medicina, Etica e Antropologia

Il cuore della problematica sopraesposta consiste nella missione di salvaguardare quella centralità e necessità del nesso tra Medicina, Antropologia ed Etica secondo cui l'Istituzione sanitaria moderna, pur se avanzata tecnologicamente non può alienare dal proprio orizzonte concreto il dato importante della natura mortale dell'uomo.

E in questo ambito troviamo l'originalità della nostra missione.

L'ospedale cattolico fa propria e inculca nei suoi operatori il rispetto della vita e della morte umana; essa può generare paura ma viene assunta come fondamento della solidarietà, la quale giustifica l'operare della Medicina. Nel modo di concepire la malattia e la morte che ispira il servizio sanitario degli ospedali cattolici è presente un'idea di redenzione che supera il timore della morte e si proietta verso la promessa della risurrezione.

Su questo terreno, l'ospedale cattolico si confronta con i principi di soluzione delle problematiche etiche che investono l'istituzione ospedaliera odierna. Il primo di questi è il primato del soggetto rapportato alla natura ecclesiale della comunità ospedaliera.

Una Istituzione ospedaliera cattolica si fa carico di tenere legate le sorti e le vocazioni degli individui con le loro storie personali alle sorti della comunità di appartenenza che simbolicamente si fa carico dei più deboli e dei malati.

L'ospedale vuole rispondere alla questione del senso che pone la malattia e che supera l'orizzonte epistemologico della Medicina introducendo la questione delle finalità etiche e antropologiche nella ricerca di salute.

In questa circolarità vanno affrontate le tematiche della relazione tra operatore e paziente, la questione dell'equità nella organizzazione e la competenza professionale.

Anche oggi l'ospedale cattolico, o qualunque istituzione ne possa ereditare la missione, deve essere un soggetto ecclesiale bene identificato e identificabile presso il quale qualunque uomo dovrebbe poter incontrare la salvezza.

In esso vive un soggetto personale comunitario che chinandosi amorevolmente sul bisogno di salute, propone al paziente e all'operatore l'esempio di Gesù Cristo stesso. Ad esso si connette intimamente il tema della cura integrale e della testimonianza della carità come criteri rispettivamente di definizione dell'identità e di valutazione della missione.

5. Formazione tecnica, umana e carismatica

Per iniziare in maniera coerente il lavoro di rifondazione delle Istituzioni sanitarie cattoliche, si deve prendere atto della imprescindibile ruolo che i laici debbono avere nel loro futuro. Alcune caratteristiche del nostro tempo sono determinate dalla velocità del progresso delle scienze, particolarmente della biomedicina; dal riduzionismo scientifico e tecnologico; dalla relazione tra coerenza etica e sostenibilità economica. Le Istituzioni cattoliche devono saper fare i conti con tale nuova situazione e individuare le modalità di dialogo tra realtà "secolari" affidate ai laici e la imprescindibile leadership di animazione affidata prevalentemente ai religiosi.

Una Istituzione che voglia portare a compimento la sua missione deve occuparsi strutturalmente di formazione: formazione tecnica - professionale e formazione umana ed etica devono camminare in armonia con l'adeguamento delle strutture e la programmazione dei servizi. Va riconosciuto come parte della missione stessa dell'Istituzione cattolica l'impegno a promuovere programmi di formazione a tutti i livelli prevedendo necessarie risorse economiche e aggiornamento continuo.

Quella che pare oggi carente è la formazione alla gestione carismatica secondo la filosofia assistenziale ispirata alla dottrina del Magistero e la formazione etica che instauri comportamenti sanitari qualificabili globalmente come cattolici. Questo tipo di formazione deve costituire l'occasione per accrescere il senso di appartenenza e uno strumento per attualizzare i valori che improntano la cultura della carità e della solidarietà universali.

A questo scopo, mettendo insieme risorse e programmi, le Istituzioni sanitarie cattoliche sostenute dall' AISAC e dagli altri organi collegiali della Chiesa, dovranno costituire delle *équipes* di formatori capaci di formulare programmi flessibili in materia di management sanitario, bioetica, antropologia ed amministrazione in fedeltà ai principi della morale cattolica.

Concludendo, questa riflessione vuole rappresentare una provocazione per affrontare, in una logica di complessità, la tematica dell'identità e della missione delle Istituzioni sanitarie cattoliche in un mondo pluralista in preda a crisi che si vorrebbero di crescita e che spesso si riducono a crisi suicide. Sarebbe troppo semplice ricordare che senza una ripresa del senso universale della vocazione cristiana non solo le Istituzioni sanitarie ma le strutture stesse della Chiesa cattolica verrebbero a scomparire assorbite da conflitti fondamentalisti ideologici e disincarnati *dall'economia della salvezza* che li deve animare. Per la sanità come per la politica e per tutta la vita sociale, la Chiesa ha bisogno di ritrovare dei testimoni del Vangelo capaci di portare ad unità ciò che per natura appare diverso e diviso.

Tutti gli organismi che raccolgono in associazioni di fedeli i professionisti cristiani, specialmente nel mondo sanitario, sono chiamati a compiere, finalmente insieme, un grande sforzo di lucida rilettura della realtà e, senza paura come ci chiede il S. Padre Giovanni Paolo II, andare oltre l'esistente per creare nuove forme di servizi alle persone bisognose, inventando un nuovo stile di intervento nel mondo sanitario coerente con la *Nuova Evangelizzazione*.

1) Cfr. Simposio mondiale AISAC. Le Istituzioni sanitarie cattoliche testimonianza di Chiesa: 1-3 Luglio 1999 in *Dolentium Hominum* n. 42 (XIV) 1999, 3.

2) Atti della XVI Conferenza Internazionale, novembre 2001 in *Dolentium Hominum* n. 49 (XVII) 2002, 1.

3) E. Widmer, "Azioni pratiche da promuovere per gli Ospedali e gli altri Centri Sanitari", in *Dolentium Hominum*, n.49 (XVII) 2002, 1, p. 119.

4) Cfr. M.D. Place, "AISAC: The International Ministry" in *Health Progress*, January-February 2003, pp. 6-10.

5) F.G. Morrissey, "Improving the Identity of Catholic Health Care Structures". Di prossima pubblicazione in *Dolentium Hominum* 2003.