

LE ISTITUZIONI SANITARIE CATTOLICHE IN ITALIA

Identità e ruolo

I. Dalla memoria alla profezia

Le istituzioni sanitarie nella Chiesa del passato
Inseguire o generare la storia?
Le sfide del futuro

II. Riconoscersi per farsi riconoscere

L'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche
Il ruolo dei carismi istituzionali
In dialogo con lo Stato
I rapporti territoriali
Oltre i confini

III. I nodi dialettici

Solidarietà e sussidiarietà
Pubblico e privato
Rinnovamento e innovazione
Presenza pastorale e presenza manageriale

IV. Le risorse come risorsa

Rifiuto o accettazione acritica dei DRG
La gestione delle risorse umane
La formazione degli operatori
Investire in sanità

Roma, 7 luglio 2000.

PRESENTAZIONE

La presenza e l'azione della Chiesa nel mondo della salute non può certamente configurarsi come semplice opera di supplenza, né tanto meno come "sanità di parte". Tale presenza, con l'azione e le opere che ne conseguono, è radicata nel suo stesso essere chiesa e nella missione ricevuta dal suo Signore di annunciare il Vangelo, e di curare gli infermi, sempre e dovunque.

In questa prospettiva, "le Istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di 'curare gli infermi'" ¹. Esse sono opere di Chiesa a servizio della salute di ogni persona, senza distinzione alcuna, a partire dai più fragili e deboli.

Si comprende, di conseguenza, perché la pubblicazione del presente sussidio a nome e a cura dell'Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della sanità, si rivolga non solo a chi opera in seno alle Istituzioni sanitarie cattoliche, ma anche all'intera comunità cristiana con le sue diverse componenti, perché insieme e in termini di corresponsabilità si rifletta sulla presenza e l'azione della Chiesa nel mondo della salute, sul significato e validità oggi delle istituzioni ISC nel nostro paese, sulle esigenze e sui problemi a cui esse devono rispondere sulle modalità con cui meglio qualificarle e integrarle a servizio di una cura più mirata e adeguata della salute di ogni persona.

La riflessione offerta in questo sussidio, tuttavia, intende anche interpellare – in modo rispettoso, franco e dialogico – la stessa società civile e le pubbliche istituzioni dello Stato, per un concorde e comune impegno nel migliorare nel nostro paese il servizio al bene comune e di ciascuno, così caro a tutti, che è la salute. E, questo, in termini di eticità, di equità, di solidarietà, di competenza, di relazione umana sanamente, di attenzione alla totalità della persona con i suoi bisogni e le sue relazioni familiari, di superamento di interessi personali o economici, di una adeguata formazione umana ed etica di tutto il personale.

La riflessione – con il suo richiamo delle idealità delle ISC e al quadro dei valori che deve informare una cura della salute – non vuole essere una astratta esortazione ma un concreto strumento di lavoro e di verifica da utilizzare nei concreti contesti della sanità oggi, dei bisogni che nella cura della salute le persone avvertono e delle inadeguatezze che soffrono.

Il sussidio non ha la pretesa di affrontare ogni problema o di offrire facili ricette. Si è consapevoli delle complessità e delle difficoltà da superare oggi per un servizio sanitario e una cura della salute più rispondente oggi nel nostro paese.

Per questo motivo sembra più che mai necessario pensare, ricercare e operare insieme – superando i rischi di sterili concorrenze, di apparati burocratici, di gelosi poteri, di visioni ideologiche, di mancanza di valori umani – per costruire insieme un mosaico terapeutico, un tessuto e una rete di cura della salute, capaci di accogliere le

¹ CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Roma 1989, n. 54

domande di salute delle persone in situazioni, di educarle, di fare prevenzione, di curare sempre e tutti con competenza e umanità.

Tutti dobbiamo lasciarci oggi interrogare dai problemi che attraversano la sanità per interpretarli e insieme trovare, gradualmente soprattutto risposte più adeguate.

Il problema dell'economia e delle risorse limitate in sanità – con il conseguente problema delle priorità di intervento e di cura – non sembra possa semplicemente risolversi isolando i termini del problema ma affrontandolo nella sua globalità e alla luce del criterio etico della centralità e dignità di ogni persona. Non si può pensare di risolverlo con uno sbilanciamento sull'economia, perché la salute non sarà semplicemente una “merce” da produrre in un mercato pluralistico; neppure con la contrapposizione di soggetti bisognosi di cura perché ciascuno e in qualsiasi situazione ha diritto di essere curato così come non si può pensare di assicurare livelli di risorse solamente a strutture pubbliche statali e non garantirle nella stessa misura alle ISC che prestano un identico servizio pubblico.

Il problema va posto, poi, anche a monte nei criteri con cui un governo stabilisce la divisione delle risorse in un bilancio delle spese, dove andrebbe riconosciuta la priorità delle spese in salute su altre. Come in bilancio familiare, c'è sempre da chiedersi, che cosa è più importante e cosa è meno importante? quali sprechi e quali cattive gestioni sono da correggere ed eliminare a tutti i livelli?

Altri problemi concreti sui quali siamo chiamati a riflettere insieme sono fra i tanti: l'eccesso di burocrazia ancora esistente: le lunghe attese per visite, analisi o ricoveri in strutture sanitarie pubbliche; la carenza di relazioni veramente umane spesso esistente; la frequente identificazione della persona con la patologia; una certa burocratizzazione e caduta di relazione familiare a livello di medici di base; una più adeguata formazione etica di tutti gli operatori; una integrazione della sanità italiana in ambito europeo; una maggiore collaborazione tra le diverse realtà sanitarie a tutti i livelli; lo sviluppo di una presenza sanitaria più adeguata e qualificata nel territorio.

L'importante sarà che ogni problema venga compreso e affrontato a partire sempre dalla centralità effettiva della persona e da una relazione empatica con la sua condizione di vita.

Molti di questi aspetti trovano eco nel presente sussidio, articolato in quattro parti:

- la prima richiama le radici e il senso delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche davanti alle nuove sfide;
- la seconda presenta l'identità specifica delle ISC e la loro relazione e integrazione nell'ambito della sanità;
- la terza e la quarta affrontano alcuni nodi e problematiche attuali.

In definitiva, il sussidio, mentre interpella direttamente e in vari modi le ISC sul senso di una loro presenza e azione nel contesto attuale, nuove essere un messaggio di speranza per tutti coloro che operano nel mondo della salute, per le famiglie, per i malati stessi, per ogni persona di buona volontà: insieme, con l'impegno e la responsabilità di tutti, è possibile migliorare oggi la cura della salute, renderla più umana e qualificata.

Le ISC, nella programmazione sanitaria del nostro paese, intendono contribuire in modo proprio per questo miglioramento. Una cosa tuttavia sembra certa: esse svolgeranno meglio tale compito nella misura in cui vorranno e sapranno operare insieme a tutti i livelli, con intelligenza, solidarietà e fraternità ecclesiale.

don Sergio Pintor
Direttore dell'Ufficio nazionale
per la pastorale della sanità

Roma, 7 luglio 2000

N.B. – Il presente sussidio è frutto di un'ampia riflessione da parte di diversi e qualificati rappresentanti di ISC. In particolare è stato con il contributo di un Gruppo nazionale di lavoro sulle ISC dell'Ufficio nazionale per la pastorale della sanità, con il contributo dell'ARIS (Associazioni religiose italiane sociosanitarie) e con l'aiuto di alcuni esperti. A tutti va un sincero ringraziamento per la preziosa e disponibile collaborazione

I

Dalla memoria alla profezia

Le istituzioni sanitarie nella Chiesa del passato

1. La realizzazione e la diretta gestione di opere sanitarie da parte della Chiesa appartiene alla sua storia, fin dalle origini. Anzi possiamo dire che già nel Vangelo vi sia una velata allusione a tale possibilità laddove il buon samaritano, dopo aver attinto alle risorse della sua creatività e delle sue immediate possibilità terapeutiche, si adopera perché il ferito possa essere assistito in una struttura idonea, garantendo le risorse economiche necessarie, impegnandosi in prima persona per curarlo e coinvolgendo in questa opera caritativa il gestore della struttura stessa.

Ma al di là di questa possibile lettura, la promozione di istituzioni assistenziali da parte della comunità cristiana, nelle varie tipologie assunte nel corso della storia, non è che uno dei modi di attuare il comando di Gesù: “*curate i malati*” (Lc 10, 9). E i malati si curano imponendo loro le mani, raccogliendoli dalla strada, assistendoli al proprio domicilio e anche realizzando apposite strutture di accoglienza e ospitalità. Non a caso è proprio da questa *hospitalitas* che ha avuto origine la denominazione del moderno “ospedale”.

Nel dare compimento al comando di Gesù, la nascente comunità ecclesiale ha così realizzato varie strutture di accoglienza. Le prime stabilmente organizzate in tal senso furono probabilmente le *diaconie*, istituite a Roma dal papa S. Fabiano (240-253) e annesse agli uffici del vescovo per assistere varie categorie di bisognosi. Il Concilio di Nicea (325) rese poi obbligatori in tutte le città gli *xenodochi*, strutture di ricovero destinate prioritariamente ai “forestieri”, ma in realtà adibite ad assistere ogni sorta di infermità. Nel 331 S. Basilio fa costruire, vicino Cesarea, un grande complesso ospedaliero (la *Basiliade*), probabilmente il più grande dell’antichità, decantato ovunque come luogo di sollievo materiale e morale di ogni sofferenza.

2. In epoca medievale non possiamo dimenticare il ruolo svolto da San Francesco e, successivamente, dal movimento francescano, non solo nella promozione di attività caritative ma anche nell’induzione di un vero e proprio rinnovamento in seno alla comunità ecclesiale. L’incontro di Francesco col lebbroso, che ha un ruolo determinante nella genesi della sua vocazione, diventa così una sorta di emblematica esemplarità che la Chiesa tutta viene invitata a seguire.

Tra il XII e il XV secolo, accanto al moltiplicarsi di varie opere caritative nascono specifici ordini religiosi la cui attività non si limita a una generica assistenza ai malati, ma si concretizza in apposite realizzazioni ospedaliere. Citiamo tra questi: l’*Ordine ospedaliero gerosolimitano*, che organizzò l’ospedale di Santa Maria in Latina divenuto un vero e proprio modello per l’ospedalità del tempo; l’*Ordine di San Lazzaro*, che si occupò prevalentemente dell’assistenza ai lebbrosi e i cui cavalieri si impegnavano con voto a vivere perpetuamente in ospedale; l’*Ordine Teutonico*, che insieme alla costruzione di ospedali gestiva una sorta di “servizio di ambulanza” per il papa; gli *Antoniani*, che nei loro ospedali curavano soprattutto le persone colpite dal “fuoco di Sant’Antonio”; l’Ordine dei *Crocigeri*, che fondò più di 200 conventi-ospedali;

l'*Ordine di Santo Spirito*, al quale si deve la costruzione dell'ospedale di Santo Spirito in Sassia la cui storia è arrivata fino ai nostri giorni.

Quando, nei secoli successivi, anche lo Stato iniziò a interessarsi dell'assistenza sanitaria, la Chiesa si dedicò attivamente a quegli "incurabili" che i nascenti ospedali civili rifiutavano, o ai "convalescenti" che una volta dimessi erano ancora bisognosi di cure. Tra gli altri, promossero l'istituzione di tali strutture: Santa Caterina Fieschi Adorno a Genova, Maria Longo a Napoli, San Gaetano da Thiene nel Veneto, San Filippo Neri a Roma.

3. Nel XVI e XVII secolo avviene una svolta significativa per opera di quelli che sono stati definiti i tre grandi "riformatori" dell'assistenza sanitaria. Il primo di questi, *San Giovanni di Dio*, è stato giustamente chiamato "l'inventore" dell'ospedale moderno. Per varie vicissitudini esistenziali, egli fu ritenuto pazzo e rinchiuso in manicomio o, per meglio dire, nell'ala manicomiale dell'Ospedale Reale di Granada. Lì scoprì il mondo della malattia ma soprattutto della disumanità di trattamento nei confronti dei malati. Chiese allora al Signore: "*possa aver la grazia di avere un giorno un ospedale in cui poter curare questi poveri come voglio io*". Una volta dimesso si diede attivamente alla realizzazione di tale opera, riunendo intorno a sé un gruppo di compagni che daranno successivamente origine all'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, meglio noto in Italia come *Fatebenefratelli*, che ai tre consueti voti della vita religiosa ne aggiunge un quarto di "ospitalità". Proprio per tale origine la sua attività non si esplica solo in una generica assistenza al malato, ma si concretizza nella realizzazione di specifiche strutture sanitarie la cui tipologia si è andata adeguando alle mutate esigenze storico-temporali.

Suo contemporaneo è *San Camillo de Lellis*, la cui carità assistenziale non si inquadra nello specifico contesto ospedaliero ma si espleta nei confronti di ogni malato, delineando così in modo indelebile quella che potremmo definire la figura dell'operatore sanitario cristiano. Non a caso i religiosi da lui costituiti, comunemente noti come *Camilliani*, sono propriamente detti *Ministri degli Infermi*, sottolineando pienamente la dimensione di servizio integrale al malato che vogliono incarnare. Ed è per questo che tale opera si è espressa anche nella promozione o gestione di varie strutture sanitarie.

Accanto a questi viene in genere accostata la figura di *San Vincenzo de' Paoli* che, pur non avendo fatti dei malati l'ambito esclusivo della sua attenzione caritativa e pastorale, dà un contributo innovativo all'assistenza sanitaria promuovendo una diversa *cultura dell'assistenza*. Proprio per questo intuisce una diversa concezione della vita religiosa femminile, che non sarà più confinata esclusivamente all'interno dei monasteri ma si aprirà alla strada. Non solo, ma in questa prospettiva comprende, come diremmo oggi, che non basta "fare il bene" ma bisogna "farlo bene". Promuove così la prima vera e propria "Scuola per infermieri", alla quale faranno seguito altre in una catena ininterrotta che arriva ai nostri giorni.

Possiamo ricordare inoltre molte altre figure che, a vario titolo, hanno svolto un ruolo significativo nella realizzazione di istituzioni sanitarie: Bartolomea Capitanio, Giuseppe Cottolengo, Vincenza Gerosa, Giovanna Antida Thouret; Virginia Centurione Bracelli; Luigi Guanella, Giovanni Calabria, Marcello Candia, Paola di Rosa, Carlo Gnocchi, Vincenzo Monti, Luigi Monza, Don Orione, Carlo Stebb, Giuseppina Vannini, Antonia Maria Verna, Teresa di Calcutta...

Inseguire o generare la storia?

4. Come si è visto da questo breve panorama storico, in ambito di assistenza sanitaria la Chiesa è stata senz'altro precorritrice di cammini che lentamente sono stati percorsi anche dalla società civile. Naturalmente questo non significa che la sensibilità sociale nei confronti dei malati sia da attribuire in modo esclusivo alla sua opera assistenziale. Esiste indubbiamente un percorso storico autonomo compiuto dal mondo laico che ha portato a tale progressiva acquisizione e i cui percorsi si intrecciano con quelli del mondo ecclesiale.

Tuttavia rimane alla Chiesa il merito storico di aver gestito, per lungo tempo in modo pressoché esclusivo, l'assistenza sanitaria, di aver dato seguito a profetiche intuizioni divenute poi patrimonio comune della società e di avere in qualche modo contribuito alla genesi, in quest'ultima, di una specifica attenzione per il mondo dei sofferenti.

Probabilmente queste sono tra le pagine più gloriose della sua storia. Di fronte a momenti di grande buio culturale che oggi pesano come macigni sul suo passato e la inducono a chiedere perdono del male fatto (spesso in nome di Cristo!), vi è certamente un sentiero luminoso di cui con umile memoria può andare certamente fiera.

Una Chiesa i cui figli non sempre sono stati all'altezza della sua missione nella difesa dei diritti umani e per la quale la pur doverosa contestualizzazione storica non è sufficiente giustificazione, ha mostrato nell'ambito dell'assistenza al malato il suo volto più bello e più fedele all'universale precetto della carità.

In questo senso, considerato anche il ruolo profetico e al tempo stesso propositivo svolto all'interno della società civile, la comunità ecclesiale ha saputo anticipare i tempi, non solo divenendone protagonista ma in qualche modo circoscrivendone le coordinate: è stata, cioè, *generatrice di storia*. Lo si dice senza alcun trionfalismo, ben consapevoli anzi di come in tale processo sia stata solo "serva inutile" del progetto di Dio. Proprio per questo è stato un cammino vincente.

5. Non così può dirsi, in linea di massima, quando questa stessa Chiesa ha *inseguito la storia*, cercando semplicemente di adeguare il suo pensiero e la sua prassi al mutare dei tempi o all'improvviso esplodere di contingenze che non aveva saputo adeguatamente prevedere.

A questo punto nasce una domanda cruciale. Quale vuole essere il ruolo della Chiesa di fronte ai mutamenti che la sanità e lo stesso "statuto della medicina" stanno subendo? In quest'ambito la lungimiranza non può ritenersi solo una bella dote posseduta da alcuni individui di larghe vedute. Deve diventare patrimonio comune della riflessione ecclesiale. L'attenzione della Chiesa verso i malati e i bisognosi dovrà essere in grado di anticipare gli scenari futuri, nella consapevole umiltà di non riuscire mai a prevedere del tutto i cammini che verranno percorsi, ma nell'altrettanto ferma certezza di doverli essa stessa delineare.

Forse questa visione potrà essere ritenuta in qualche modo totalizzante. Ma non lo è affatto quando si pensi allo spirito di servizio che la Chiesa assume come suo atteggiamento permanente e costitutivo nella costruzione di una rinnovata città degli uomini, e allo spirito di solidarietà che deve animarla nei confronti di tutti coloro che a tale costruzione contribuiscono. Senza alcun "sospetto" nei confronti del mondo, ma con quell'atteggiamento di discernimento e di collaborazione che costituisce una delle più preziose consegne del Vaticano II.

Solo “indossando il grembiule”, come è stato detto, la Chiesa sarà attenta ai bisogni di ogni uomo, non solo quelli espliciti ma anche e soprattutto quelli emergenti o inespressi delle generazioni attuali e future.

In questa prospettiva, allora, vogliamo provare a delineare i nuovi scenari che si intravedono all’orizzonte e di cui la comunità ecclesiale non dovrebbe esitare a farsi carico, assai prima che questi possano coglierla di sorpresa.

Le sfide del futuro

6. La prima e più importante consapevolezza deve essere quella del passaggio, oggi in atto, da una semplice *medicina dei bisogni* (articolata nella classica triade di prevenzione, cura, riabilitazione) a una *medicina dei desideri*. Non si tratta di una “distorsione”, come spesso si sente dire, o di una “degenerazione” della medicina, ma di un vero e proprio ampliamento del suo statuto. Peraltro tali ambiti non sono assolutamente estranei alle sue più antiche origini. Basti pensare a vari precetti della stessa scuola ippocratica che costituivano veri e propri “regimi di vita”. Alla medicina dei desideri appartiene la regolazione della fertilità, la riproduzione assistita, la medicina dello sport, la chirurgia estetica, la farmacologia dell’invecchiamento, le terapie sessuali. Questi e altri settori non costituiscono un semplice campo di interesse individuale da parte del tale o tal altro medico, ma un ulteriore bagaglio cognitivo e operativo che oggi appartiene alla medicina in quanto tale e di cui pertanto la Chiesa non può disinteressarsi. L’atteggiamento, allora, non potrà essere quello di una chiusura preconstituita, ma sarà quello del discernimento di ciò che la “medicina dei desideri” propone, nel rispetto costante dei valori costitutivi della dignità dell’uomo

7. Una seconda novità riguarda l’assunzione di una *dimensione biografica* e non solo biologica da parte della medicina. A nessuno sfugge la carenza nel processo di formazione del medico indotta da una biologia clinica che ha escluso dal suo ambito di studio la soggettività del suo oggetto di ricerca, cioè del paziente. La soggettività di questi è stata relegata a materia per psicologi ed antropologi, negandole perciò ogni ruolo nel modello di spiegazione della malattia. La malattia non è semplice accidente patologico, ma si iscrive all’interno di un percorso esistenziale segnato da vari eventi che, pur non essendo di specifica pertinenza della scienza medica, ne vengono in qualche modo toccati. Innanzitutto le componenti “educative” che questa tende ad assumere. Si parla spesso infatti di “educazione” alimentare, sessuale, fisica, ecc. In alcuni ambiti medici tali componenti educative sono assai più accentuate e possono porre fecondi spunti argomentativi alla Chiesa, da sempre attenta alla crescita interiore dell’uomo. Così pure particolare attenzione viene posta al ruolo delle “perdite” (affettive, fisiche, materiali), che dovrebbero trovare nella carità ecclesiale lo strumento elettivo di una condivisione empatica che faccia superare vecchie impostazioni doloristiche o consolatorie.

In tale biografia assume importanza anche “l’attenzione al sé” della persona, spesso sbrigativamente condannata come tentazione narcisistica o egocentrica. In realtà nel concetto di pieno ben-essere rientra anche lo star bene con se stessi. Cura della propria corporeità, sport, attività ricreative e culturali assumono un ruolo sempre più importante nella nuova concezione della salute. Anche se vi è l’indubbio rischio che possano diventare realtà totalizzanti e, come tali, alienanti, esse devono essere viste con grande attenzione e riportate, nei modi e nelle forme più consone, in seno alla operatività delle istituzioni sanitarie.

8. Altro fondamentale aspetto della medicina del terzo millennio è il superamento di un certo *paternalismo medico* ancora persistente. Il malato di oggi, e sempre più quello di domani, non accetta di essere considerato un incompetente morale, privo di capacità comprensive e volontà decisionale. Vuole essere informato adeguatamente e decidere consapevolmente. Espressione paradigmatica di questo atteggiamento è l'importanza data oggi al *consenso informato*. Tale ritrovata autonomia, tuttavia, comporta anche aspetti negativi, come ad esempio il pericoloso inserimento nell'ambito del Codice di deontologia medica delle direttive anticipate in caso di morte (*living will* o "testamento di vita").

9. L'autonomia del paziente, allora, non può ridursi a una firma sbrigativa su un modulo di consenso tesa più a salvaguardare penalmente il medico che a tutelare l'autonomia del paziente, ma deve esprimersi in una effettiva *alleanza terapeutica*. Tale prospettiva non solo si allontana dal paternalismo ma anche dal neo-contrattualismo che spesso gli viene contrapposto e che riduce il medico a un semplice attestatore ed esecutore della volontà del paziente. A fronte di questo si stanno però instaurando nuove forme di manipolazione dei "desideri" indotte dai mass media, che lanciano messaggi diseducativi e offerte interessate a stimolare nuove domande.

10. In qualche modo correlato con l'autonomia del paziente è l'emergere delle cosiddette *medicine non convenzionali*, termine onnicomprensivo con cui vengono indicate tutte quelle prassi mediche non fondate sui riscontri di anatomia, fisiologia, patologia e terapia propri della medicina occidentale. Si tratta di un gruppo assai eterogeneo di pratiche terapeutiche, più o meno diffuse, più o meno conosciute: erboristeria, agopuntura, omeopatia, riflessoterapia, iridologia, pranoterapia, reiki, shiatsu, ecc. Senza entrare nel merito di una loro possibile efficacia, bisogna rilevare innanzitutto la possibilità di un eventuale danno per il paziente che vi si sottoponga, abbandonando al contempo una terapia più "tradizionale" ma di provata efficacia. Il secondo, più delicato problema, anche di ordine pastorale per la Chiesa, riguarda il possibile coinvolgimento, da parte di alcune di esse, con filosofie orientali difficilmente compatibili con la fede cattolica e qualche volta persino accompagnate da pratiche occultistiche.

Pertanto, mentre da un lato si dovrebbe tenere un atteggiamento rigorosamente prudenziale circa la loro possibile pratica in istituzioni sanitarie cattoliche, dall'altro la Chiesa deve sentirsi fortemente interpellata ad approfondire il problema, acquisendo la necessaria competenza per un sicuro discernimento, nel rispetto della metodologia scientifica che riconosce nella medicina una scienza sperimentale. In particolare, occorre chiedersi se il ricorso sempre più frequente alla medicina non convenzionale non sia per caso l'effetto di non adeguate applicazioni della medicina allopatrica. È ormai evidente, infatti, che la variabilità individuale alla risposta ai farmaci è elevata. Occorre dunque prendere atto che la terapia di gruppo, mirata su un soggetto medio, è inadeguata. Una attenzione maggiore alla terapia individuale e al ruolo della componente genetica nella risposta al farmaco servirebbe anche a ridurre lo iato esistente tra medicine convenzionali e non convenzionali.

11. Grande attenzione deve essere riservata a quelle che, con termine ormai desueto, continuano a essere chiamate *nuove povertà*. In realtà la comunità ecclesiale da tempo si è attrezzata istituzionalmente per far fronte ad esse, e così accanto ai tradizionali ospedali sono sorte case-famiglia, centri di accoglienza, comunità-alloggio, residenze

assistenziali, poliambulatori, case di riposo, unità di cure palliative, ricoveri notturni, ecc. Ancora una volta la profezia della Chiesa deve guardare lontano e accanto a queste, ormai non più “nuove” opere, dovrà essere in grado di realizzare strutture originali adeguate, nella tipologia istituzionale e operativa, alle future esigenze. Pensiamo ad esempio all’emergere della patologie alimentari (anoressia e bulimia), al suicidio, ai problemi sanitari degli immigrati e dei nomadi, al morbo di Alzheimer, alle unità di strada per i tossicodipendenti, ai familiari di malati provenienti da altre città, alle vittime del turismo sessuale, all’abuso di farmaci...

12.Altro elemento di “novità” nella sanità del prossimo millennio sarà la sua forte *componente domiciliare*. L’ospedale tradizionalmente inteso sarà sempre più un luogo di rapido transito, mentre verrà sempre di più valorizzata la fase (diagnostica) pre-ospedaliera e quella (riabilitativa) post-ospedaliera. Per non parlare dell’intero ciclo terapeutico svolto a domicilio (la cosiddetta *home-care*). Oltre a porre il consueto accento sulla carità nei confronti dei malati, che anche in quest’ambito la comunità ecclesiale dovrà evidenziare, non è escluso che la sua creatività possa pensare a più organiche forme istituzionali di ospedalizzazione domiciliare. In questa direzione si dovranno investire energie e risorse per adeguare una valida presenza pastorale alle mutate condizioni socio-assistenziali.

13.Infine non si può non tenere conto delle *sfide bioetiche* che non sempre si riesce a fronteggiare con il necessario coraggio e la conseguente decisionalità operativa. Le istituzioni sanitarie cattoliche sono chiamate forse più di altre a testimoniare l’attenzione etica per il rispetto dei valori umani fondamentali, ma al tempo stesso a dare soluzioni intelligenti e creative ai nuovi problemi che la tecnologia pone e nei cui confronti si rimane spesso immobilizzati per atteggiamenti eccessivamente prudenziali. Occorre decisamente superare l’autoriduzionismo di un pensiero cattolico rigidamente contrapposto al pensiero laico. È necessario piuttosto riscoprire tutta la ricchezza derivante da un sereno confronto, individuando e valorizzando i punti di comune condivisione e al tempo stesso ponendo le basi di un comune percorso verso una possibile convergenza valoriale.

Anche gli stessi *Comitati di Bioetica*, che recenti disposizioni hanno in parte snaturato a organi di puro controllo amministrativo, andrebbero valorizzati in tal senso. In ogni caso la recente normativa ha recepito la legislazione europea per ciò che riguarda le sperimentazioni cliniche. Poiché nel nostro Paese tali Comitati hanno anche altre funzioni, sarebbe opportuno un provvedimento legislativo che disciplinasse anche tali attribuzioni.

II RICONOSCERSI PER FARSI RICONOSCERE

L'identità delle istituzioni sanitarie cattoliche (ISC)

14. Un discorso organico sulle istituzioni sanitarie cattoliche non può prescindere da una adeguata comprensione del loro essere. È da questo infatti che scaturisce il consequenziale agire. E se oggi possono esservi riserve, perplessità, problematiche inerenti il senso storico di tali istituzioni, queste rinviano tutte alla natura propria di una “ospedalità” cattolica e alla legittimazione della sua esistenza.

Naturalmente non si tratta di dare una definizione di tali strutture né di volerle ridurre in una sorta di omologazione che ne definisca i parametri, ma di individuare i criteri ermeneutici del loro essere. Questi sono assai variegati potendo ricondursi a varie tipologie:

- il riferimento giuridico istituzionale relativo al soggetto gestore (parrocchia, diocesi, istituto religioso, ecc.);
- il riferimento di una più generale appartenenza dei soggetti gestori a movimenti o associazioni cattoliche riconosciute;
- il riferimento alla qualità antropologica e all'esplicito riferimento ispirativo delle ISC;
- il collegamento più mediato all'istituzione cattolica (ad esempio Associazioni, Fondazioni, cooperative correlate alla Caritas, alle diocesi, alle Congregazioni religiose, ecc.);
- la presenza, anche se minoritaria, di soggetti nominati dalla Chiesa nell'ambito dei Consigli di amministrazione (questo vale anche per le IPAB depubblicizzate);
- ISC laiche, dal punto di vista formale, ma espressione di laici cristiani che fanno specificamente riferimento all'appartenenza ecclesiale: civilmente e istituzionalmente laiche, indipendenti ed autonome, che segnano e disegnano però esplicitamente i propri criteri ispirativi alla Chiesa (in termini antropologici ed etici).

15. Al di là delle diverse tipologie, occorre però interrogarsi su quale debba essere in senso proprio e profondo, al tempo stesso originario ed attuale, l'identità di tali strutture.

Una ISC dovrebbe ritenersi innanzitutto *un dono di Dio* e “un segno” della sua cura. La guarigione dell'uomo, nelle sue ferite fisiche, psichiche, morali e spirituali è azione propria di Dio che da tale attività riceve persino uno specifico appellativo: “io sono il Signore, *colui che ti guarisce*” (Es 15, 26). Tale azione sanante della divinità si espleta certamente in tutte le realtà strutturali appositamente adibite a tale scopo ma, proprio a motivo dell'unica origine di ogni dono terapeutico, deve trovare alcune “strutture testimoniali” in cui si renda più evidente lo stretto legame tra ben-essere dell'uomo e volontà di Dio, tra salute e salvezza, tra misericordia divina e pienezza di vita umana.

Proprio per questo l'ISC diventa *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 e terapeutica alla Chiesa intera. Essa pertanto non può non farsi comunità sanante a meno di tradire la sua vocazione e il mandato affidatole da Cristo. Questo non si esaurisce né si concentra nelle ISC, anzi deve diventare presenza viva in ogni comunità cristiana e in ogni realtà sanitaria, trovando nelle suddette

istituzioni luoghi privilegiati di esercizio, storicizzazioni visibili dell'atteggiamento benevolo e misericordioso di Cristo, troppe volte presentato e predicato solo come giudice severo.

Infine, e per quanto detto, l'ISC si fa *servizio di amore all'uomo*. Ogni atto medico è, anche solo implicitamente, un servizio reso alla vita umana. Se poi si considera l'uomo come la principale "causa seconda" della creazione, l'operato medico diventa elemento strumentale dell'agire stesso di Dio. In questa luce l'ISC è manifestazione di una consapevolezza: l'uomo che si fa strumento dell'amore di Dio per l'umanità sofferente. La dimensione, per così dire, strutturale, organizzata, rende visibile una coscienza collettiva facendosi al tempo stesso elemento di testimonianza ed evangelizzazione.

Per incarnare questa triplice dimensione, del dono di Dio, della risposta a Cristo e del servizio all'uomo, l'ISC dovrà perseguire alcune direttrici prioritarie.

16.La prima è quella dei *percorsi di eccellenza*. Il dono di Dio non può essere scadente né la risposta a Cristo inadeguata né il servizio all'uomo insufficiente. È indispensabile che le ISC siano eccellenti nell'assistenza, nella didattica, nella ricerca. Anzi è auspicabile che proprio tra le ISC trovino posto strutture e operatori di particolare qualificazione scientifica. Nessuna ISC dovrà mai essere considerata una struttura di seconda classe, magari più pulita e con operatori più sorridenti di altre ma dove il malato non viene curato adeguatamente. Nessuna vera attenzione all'uomo può scavalcare questo punto essenziale. D'altra parte dovrà essere ritenuto dovere prioritario e ineludibile, da parte dei gestori di tali ISC, un'attenta scelta del personale che tenga nel debito conto questo aspetto e che predisponga idonei strumenti di verifica per il suo costante mantenimento.

17.Un secondo aspetto riguarda *il prendersi cura integralmente del malato*. A dire il vero tale espressione è diventata quasi un luogo comune delle varie iniziative e proposte di umanizzazione degli ospedali. Ma si tratta di un impegno ancora lungi dall'essere realizzato pienamente. Il più delle volte questo non dipende dalla mancanza di intenti o da cattiva volontà da parte degli operatori, ma da oggettive difficoltà che non si è abbastanza determinati a voler superare. Curare integralmente non necessita solo di tempo e buona volontà, ma anche di costi senza un effettivo ritorno: comporta spesso adeguamenti strutturali, maggiore permanenza delle persone in servizio, locali da adibire ad attività non strettamente "cliniche", spazi per i familiari, coinvolgimento di altre persone, priorità di scelte edilizie, ecc. Curare integralmente l'uomo significa percepirne tutta la fragilità esistenziale che non è solo né mai semplice corporeità malata ma globale esistenza in-ferma.

18.Ancora, a meno di tradire la sua specifica identità, l'ISC dovrà far propria e al tempo stesso rendere pienamente visibile l'*opzione preferenziale per i poveri*. Non può darsi autentica ISC che non compia decisamente questo passo radicale. Ovviamente sono varie le modalità attuative di tale scelta, che risponde alla volontà di Cristo e agli insegnamenti della Chiesa. In questa prospettiva si dovrà evitare un impegno prioritario nei confronti delle attività libero-professionali rispetto a quelle convenzionate, che garantiscono un pari diritto di accesso alle cure. Qualora le prime siano rese necessarie, per contingenze legislative o altre situazioni di opportunità, non dovranno mai godere di alcun regime privilegiato. Altra modalità operativa potrà essere quella di ritagliare spazi per attività solidaristiche in favore di categorie di malati trascurate dal settore pubblico, creando apposite strutture o impegnando, non necessariamente a titolo di volontariato, i

propri operatori sanitari. Infine diventa realmente profetico lo specifico impegno nel realizzare apposite opere di sostegno ai più poveri, non solo a motivo della loro condizione economica ma anche per le specifiche tipologie patologiche o esistenziali.

19.Inoltre peculiare attenzione dovrà porre l'ISC nel *rispetto dei valori etici*. Molte volte questo si riduce alla semplice astensione da comportamenti di evidente illiceità (quali ad esempio aborto ed eutanasia) o alla dichiarata e formale osservanza degli insegnamenti del magistero cattolico (in genere limitandosi ai soli aspetti proibitivi). Manca cioè la ricchezza di una più ampia proposizione valoriale che costituisce il cuore dell'etica, e della morale cattolica in modo speciale. Sarebbe ipocrita da parte di una ISC guardare alle proprie mani pulite perché non macchiate dal sangue di aborti volontari, se non ha saputo sollevare la donna in difficoltà per la sua gravidanza, o ritenersi soddisfatta per la mancata pratica dell'eutanasia se poi non ha saputo dare un orizzonte di speranza alla morte.

20.Infine l'aspetto più propriamente *religioso-pastorale* in cui, lo si dice con umile convinzione, le ISC non possono mai essere seconde a nessuno. In realtà, il più delle volte siamo lungi dal realizzare un tale impegno. Troppe volte tutto si riduce a una frettolosa amministrazione sacramentale (magari eseguita da ministri straordinari che sembrano quasi dei “postini dell'eucarestia”), alla celebrazione della messa in orari che rendono difficile la partecipazione dei malati, alla cura pastorale affidata spesso a cappellani anziani e demotivati, a una unzione degli infermi che inadeguatamente evangelizzata continua ad essere “estrema”. Non può né deve essere questa l'apertura pastorale di una ISC. Se questa non è realmente sentita come “casa di Dio” (*hôtel-Dieu* come veniva giustamente chiamata), tradisce la sua identità. Il malato ricoverato o accolto – qualora non si tratti di strutture di ricovero – in una ISC dovrà sempre uscirne rigenerato, non solo guarito o curato. Questo naturalmente non significa che debba essere “convertito”, almeno nel senso tradizionale che diamo a questo termine. L'ISC non è un luogo dove si fa collezione di anime, ma uno spazio di amore in cui si accoglie e si solleva l'uomo.

Il ruolo dei carismi istituzionali

21.Gran parte delle ISC appartengono a vari Istituti di vita consacrata, maschili o femminili. Alcuni di questi hanno come unico o prevalente carisma istituzionale l'assistenza ai malati; altri ne hanno fatto uno dei suoi ambiti espressivi. Non è possibile pertanto affrontare un discorso sulle ISC senza fare riferimento a queste realtà che sono a tutt'oggi quelle prevalenti.

Senza voler affrontare in questa sede una esaustiva teologia del carisma, vogliamo limitarci a richiamare alcuni punti essenziali. Il primo è che il carisma è essenzialmente *dono di Dio alla Chiesa* in seno a una famiglia religiosa. Origine del carisma cioè non è mai il “fondatore”, ma Dio stesso che attraverso la vicenda vocazionale del fondatore fa sì che tale carisma sia custodito in seno a un Ordine o una Congregazione religiosa perché da lì possa irradiarsi nel mondo. In ultima analisi, pertanto, quando si parla di “fedeltà al carisma” si parla di fedeltà a Dio ma anche di fedeltà all'uomo. Proprio per questo la famiglia religiosa deve sentirsi essenzialmente “custode” di un dono che appartiene a Dio, alla Chiesa, al mondo intero. Certamente grava su di essa la responsabilità di custodirne la genuinità, l'originalità, la purezza. La rilettura e la

rivisitazione dell'esperienza esistenziale e degli insegnamenti dei vari fondatori devono orientarsi proprio in questo senso.

In secondo luogo il carisma è concreta *risposta a un'esigenza* di amore suscitata dallo Spirito. Questo costituisce una sorta di "codice genetico" del carisma stesso, che lo iscrive nella sua specificità in seno a una particolare famiglia religiosa. Sarà il richiamo dei poveri, dell'infanzia abbandonata, della gioventù da istruire, dei malati da curare... Spesso la sua misura traboccante, quale riflesso dell'illimitato amore di Dio, abbraccia più ambiti vocazionali, facendosi accoglienza misericordiosa a molteplici necessità materiali e spirituali dell'umanità tra loro strettamente intrecciate. Questo può dar vita a realtà operative sempre più complesse e poliedriche che solo un ingenuo spiritualismo è portato a considerare traditrici della più autentica genuinità dello stesso carisma.

Il carisma, infine, è per sua natura *extensivus sui*. Non solo non può ritenersi gelosa prerogativa di una data famiglia religiosa ma, anche all'interno della stessa, può dare adito a diverse incarnazioni, espressioni storiche, modalità di appartenenza anche profondamente diverse da quelle fino ad oggi vissute. Non bisogna aver paura del cambiamento, della novità. Anche se non ogni innovazione è, in quanto tale, segno di positiva crescita, occorre essere attenti a percepire il soffio creativo dello Spirito laddove questo ispiri una diversa espressione carismatica. Anche in questo senso il carisma evidenzia la sua sussistenza all'interno della Chiesa tutta, come d'altra parte all'interno della Chiesa si trova l'Ordine o la Congregazione che lo custodisce.

Pertanto a tale ispirazione carismatica potrebbero ricollegarsi anche altri gruppi o movimenti o persino singoli individui, ispirandosi agli insegnamenti di un fondatore, pur senza appartenere formalmente a quella data istituzione, canonicamente eretta in attuazione di una specifica volontà sua o dei suoi discepoli.

In dialogo con lo Stato

22.Le ISC operano all'interno di un tessuto statale nel quale si inseriscono a vario titolo e assumendo differenti ruoli operativi. Il primo e più comune di questi è di tipo *integrativo*. Esso consiste nell'integrarsi con quanto già lo Stato gestisce in ambito sanitario, senza volerlo soppiantare né svolgere un ruolo ancillare ma con pari competenza e dignità. Alla luce delle future tendenze della sanità in Italia, questo ruolo assume comunque i connotati di una onesta e legittima competitività, che deve portare istituzioni statali e istituzioni cattoliche a ritenersi leali partners che dal reciproco confronto possano trarre un miglioramento qualitativo nell'esclusivo interesse del paziente.

Il secondo ruolo è quello *complementare* che si realizza nella gestione di ambiti o settori poco curati dallo Stato, in generale o solo in un dato territorio o in un certo momento storico. Senza essere del tutto sostitutiva dell'opera statale, quella affidata alla libera iniziativa cattolica assume così il carattere di una specifica risposta a una domanda di salute che rimarrebbe altrimenti inevasa. Tale complementarietà deve anch'essa esplicitarsi poi in una reciproca stima e attenzione, trovando le più idonee modalità di integrazione, se è il caso, tra le due tipologie istituzionali, affinché il paziente non senta di appartenere a mondi diversi ma solo a opere distinte e cooperanti al suo bene.

Infine vi è la tipologia *anticipatoria*. Pur essendo oggi divenuta più rara (tipico esempio sono le comunità di recupero per tossicodipendenti), in realtà si richiama alle stesse origini delle ISC nate quando ancora a livello statale non esisteva una adeguata

organizzazione sanitaria. Tuttavia, sia a motivo della sua origine che in rapporto al “vuoto” che essa colma, tale tipologia dovrà essere sempre oggetto di particolare attenzione da parte della Chiesa. In essa infatti possono trovarsi quelle specificità vocazionali, da parte della comunità ecclesiale, volte in modo particolare alla tutela degli ultimi o, in ogni caso, dei tanti che per vario motivo non possono usufruire dell’assistenza statale.

23.In tutte e tre le tipologie possono darsi due fondamentali regimi di collaborazione con lo Stato: il *libero esercizio* e la *convenzione* (totale o parziale). Quanto al primo esso costituisce un elementare forma di rispetto costituzionale della libertà aggregativa dei cittadini, per di più in opere socialmente utili. In tale prospettiva, quindi, non dovrà esserci alcun onere per lo Stato né privilegiata attenzione per i cittadini, fatta salva, se è il caso una possibile e parziale defiscalizzazione delle spese sanitarie in senso stretto, calcolate sulla base di tariffazioni approvate dai competenti organismi di categoria.

Più delicato appare l’ambito della convenzione e/o dell’accreditamento. Troppe volte esso continua ad essere orientato da interessi (e qualche volta persino ricatti) politici più che dalla reale preoccupazione per il bene dei cittadini. Certo lo Stato ha tutto il diritto e il dovere di accertare l’effettiva validità sanitaria di una data struttura a favore dei cittadini, stabilire i più opportuni criteri di accreditamento (con la partecipazione dei rappresentanti delle stesse ISC). Ma, fatta salva questa fondamentale prerogativa, ha il conseguente dovere di dare immediata esecuzione a tutte le opportune misure di convenzione ove si consideri il ruolo sociale che essa svolge. Appaiono inammissibili pertanto, le lunghe e indignose trafile burocratiche che i gestori delle ISC sono spesso costretti a fare; sono arbitrarie le riduzioni tariffarie dei DRG che, di fatto, penalizzano alcune strutture mentre consentono la sovrabbondante sopravvivenza di altre statali; sono illegittime alcune normative che non tengono nel debito conto l’operatività delle ISC e non le considerano in modo paritario rispetto alle opere statali.

D’altra parte l’attività delle ISC, affiancandosi a quella statale, costituisce un vero e proprio pacchetto operativo che lo Stato trova già confezionato e al quale deve solo dare la necessaria copertura finanziaria. Da parte loro i responsabili di tali ISC hanno il diritto di entrare nel merito delle elaborazioni legislative, non per tutelare “i propri interessi” ma, semmai, la vitalità di istituzioni a servizio del malato e la predisposizione di servizi per la soddisfazione dei bisogni sanitari e sociali.

È tempo, in ultima analisi, di superare vecchie e antistoriche diatribe che vedono l’assistenza statale contrapposta a quella delle ISC in quanto quest’ultima, senza nulla togliere alla prima, deve costituire una delle tante opportunità di cui la società si serve per assicurare il benessere dei suoi cittadini.

In questa prospettiva lo Stato potrà trasformarsi da gestore e diretto realizzatore delle risposte assistenziali, a ordinatore e regolatore degli interventi, valorizzando così le specificità di ciascuno e non sostituendosi monoliticamente a tutti. Lo Stato, infatti, deve essere garante della varietà e della molteplicità delle formazioni sociali, secondo la specificità di ciascuna di esse.

I rapporti territoriali

24.Con la generica e, oggi molto amata, dizione di “territorio” si intende quel complesso di realtà geografiche ed umane che gravitano intorno a una data struttura. Nel

nostro caso questa accezione dovrebbe intendersi in un duplice senso: quello civile e quello religioso.

Dal punto di vista civile si è già visto il complesso problema del rapporto tra ISC e Stato. Tuttavia i rapporti territoriali non si esauriscono in tale reciprocità. Se, infatti, la relazionalità con lo Stato si colloca, per così dire, a medio termine, ve n'è anche una a più breve termine, costituita dai rapporti di collaborazione che la ISC instaura con gli enti locali e altre strutture esistenti sul territorio, statali e non. Bisogna ammettere che non sempre in passato, specie da parte di alcune istituzioni accademiche, tale cooperazione si è espressa al massimo delle sue possibilità. Anzi, qualche volta le ISC sono state vere e proprie "torri d'avorio" chiuse alle altre istituzioni e gelose del proprio mondo, tanto da rafforzare la prevenzione nei confronti dello stesso termine "cattolico" inteso spesso come sinonimo di chiusura.

Le ISC oggi devono essere realtà permeate e permeabili, in dialogo con ogni altra realtà sanitaria del territorio, sedi di insegnamento universitario, competitive sul piano culturale, assolutamente paritarie non solo e non tanto dal punto di vista del finanziamento statale, ma soprattutto perché inserite a pieno titolo e senza alcuna differenza apparente con ogni altra struttura territoriale.

Tale apertura peraltro non riguarda solo le opere istituzionali ma anche le singole persone. Se si considera che la medicina futura sarà prevalentemente territoriale, si vede l'assoluta esigenza che le ISC entrino fin d'ora in un forte, ampio e costruttivo dialogo con tali realtà.

25.Ma, come si diceva prima, il territorio non va inteso solo in senso civile ma anche ecclesiale. Questo non deve ridursi, come spesso avviene, al fatto che il vescovo o i preti di quella città si rivolgano all'ospedale cattolico. Se lo fanno per le sue effettive qualità ben venga tale scelta, ma viceversa diventa solo la richiesta di un'etichetta più che di un servizio. Il rapporto con la diocesi o, per meglio dire, con la comunità ecclesiale è altro. Significa innanzitutto, per la comunità stessa, "sentire" la struttura sanitaria all'interno del suo tessuto, percepire che c'è una realtà di Chiesa di cui non può disinteressarsi, che in qualche modo è frutto della sua vocazione cristiana. Significa comprendere che vi è una comunità fattuale, non elettiva né selettiva, che richiede attenzione e intervento; significa accorgersi di chi è malato. Particolarmente chiamate a tale pastorale sanitaria sono le comunità parrocchiali su cui l'ISC gravita. Forse è tempo di ridurre alcune sia pur lodevoli ma desuete pratiche di pietà, per andare a trovare l'icona di Cristo nella corporeità sofferente dei malati. Parroci, gruppi e movimenti ecclesiali, ministri straordinari dell'eucaristia, laici "impegnati" dovrebbero così costituire una sorta di implicita "cappellania territoriale". Senza questo apporto della comunità possiamo dire che certamente manchi qualcosa alla realtà di una vera ISC.

Oltre i confini

26.L'ampio respiro che deve avere oggi l'ISC deve spingere a portare il suo sguardo oltre l'ambito territoriale. La "globalizzazione" di cui tanto si parla investe anche tali strutture e lo fa in tre ambiti specifici.

Il primo è quello dell'*Europa*. Non si tratta del solito luogo comune, divenuto un po' "di moda", ma di una prospettiva che costituirà nell'arco di alcuni anni un'effettiva nuova dimensione con cui commisurare l'operato di uomini e cose. In tal senso molte ISC, soprattutto quelle appartenenti a Ordini religiosi diffusi su tutto il territorio europeo, si trovano particolarmente avvantaggiate. Possono stabilire, infatti, una rete di

rapporti di sicura e immediata realizzazione. Quanto detto a proposito dei rapporti tra ISC e Stato si amplia così alla prospettiva europea. Probabilmente non sono del tutto individuabili nella loro precisa articolazione le risorse operative che tutto questo potrà apportare, ma possono certamente profilarsi all'orizzonte interessanti prospettive: lo scambio culturale tra operatori (che renderà ancor più necessaria e ineludibile l'acquisizione di un elevato standard professionale); lo scambio di esperienze e iniziative pastorali; una più agevole e proficua mobilità delle persone; un più organico confronto di tale specifica realtà ecclesiale con le realtà governative dei singoli Paesi e dell'Europa nella sua globalità.

27. Il secondo livello costituisce l'onda lunga di tutto questo, estendendo quanto detto alla collaborazione con i Paesi in via di sviluppo. Questa può assumere varie modalità espressive tra cui spiccano, ancora una volta, quelle relative alla tipologia degli Ordini che gestiscono varie ISC e che, il più delle volte, hanno opere in tali Paesi. Gran parte di queste peraltro non sono semplici fondazioni locali, frutto della semina vocazionale a suo tempo effettuata, ma mantengono uno stretto legame con la comunità madre da cui hanno avuto origine, costituendo così un canale comunicativo che può aprirsi a interessanti attività di scambio. Vi è poi il "semplice" (ma non per chi lo riceve!) sostegno economico a varie opere in tali Paesi: gemellaggi, adozioni a distanza, microrealizzazioni, ecc., fino alla costituzione di organismi non governativi che gestiscono per conto proprio o per incarico del Ministero degli Esteri varie opere in tali Paesi. Quale che sia il titolo della collaborazione, sta di fatto che nessuna ISC, soprattutto le più organiche realtà ospedaliere, possono esimersi da tale dovere. Il paradosso del samaritano che identifica come "prossimo" un "lontano" deve indurle a dedicare parte delle proprie risorse, non solo materiali ma anche umane, al sostegno e alla promozione delle realtà sanitarie di queste Paesi.

28. L'ultimo aspetto, in qualche modo collaterale ma al tempo stesso distinto, riguarda l'*apertura ecumenica*. Purtroppo la Chiesa si presenterà all'appuntamento del III millennio senza aver risolto lo scandalo della divisione tra le chiese cristiane e, tutto sommato, senza aver fatto passi decisivi, in questi ultimi anni, anzi in alcuni casi persino inasprendo le posizioni. È probabile che la definitiva soluzione di tale problema che, in ogni caso, sarà dono di Dio più che fatica degli uomini, non venga dai confronti teologici e dalle convergenze dogmatiche, quanto piuttosto da una comune condivisione dell'esperienza cristiana. In questo senso vi è senz'altro una sensibilità ecclesiale molto più avanzata dell'accordo teologico. Il mondo della sofferenza, poi, è sicuramente un ambito elettivo in cui può sperimentarsi la fede cristiana scoprendo risorse di comunione altrimenti nascoste. Di fatto gli ospedali di oggi sono pieni di malati appartenenti a varie confessioni religiose (soprattutto in alcune zone del nostro paese) ed è esperienza comune di molte realtà sanitarie quella di vari ministri di culto che si avvicendano nei rispettivi servizi pastorali. La fecondità di tale presenza va certamente valorizzata, dando adito alle più genuine risorse della creatività per proporre liturgie comuni, momenti di preghiera comunitari, catechesi bibliche, ecc. Forse potrà essere la ricchezza di questo patrimonio ed esperienza di fede a suscitare più agili cammini magisteriali che possano percorrere a passo più spedito gli itinerari dello Spirito.

III I NODI DIALETTICI

Nel trattare la complessa questione della natura e del ruolo assunto oggi dalle ISC, non si possono eludere alcuni “binomi” che, nella loro tensione dialettica, costituiscono altrettanti nodi concettuali e culturali dalla cui soluzione deriverà parte della futura comprensione e dei futuri assetti delle stesse ISC

Solidarietà e sussidiarietà

29. Oggi di solidarietà parlano un po' tutti: vuoi per sincero intento operativo, vuoi per semplice demagogia politica, sta di fatto che il tema della solidarietà, assai più che in passato, è nell'agenda di numerose aggregazioni culturali e politiche. Al di là di ogni specifica intenzione, il fatto di esser divenuto comune patrimonio di pensiero dell'uomo contemporaneo è già di per sé positivo. Occorre poi esplicitare quali debbano essere i principi solidaristici, soprattutto in ambito sanitario, come questi interessino le ISC e come si coniughino con quelli della sussidiarietà che in qualche modo sembrerebbe stemperarli. In questo documento i termini di solidarietà e sussidiarietà vengono assunti nella comune e consolidata accezione con cui vengono intesi dalla dottrina sociale della Chiesa.

Alle origini del concetto di solidarietà troviamo un principio giuridico per cui un debitore risponde *in solidum* con gli altri e per gli altri. Nella genesi della prassi solidaristica, quindi, è insita costitutivamente una dimensione “altruistica” nel senso più originario del termine. L'altro è qualcuno che ci interessa per il fatto stesso che esiste. Se poi la sua esistenza si trova in uno stato di particolare precarietà (come quello del malato in genere e di particolari tipi di malati in specie), la sua esistenza ci riguarda ancora di più, obbligandoci in coscienza ad agire in suo favore.

Pertanto i sistemi sanitari che, per ragioni di natura economica o per scelta politica, non garantiscono livelli uniformi di assistenza per tutti i cittadini, mancano strutturalmente a un fondamentale e ineludibile dovere di giustizia. Se questa è la generale premessa di ordine socio-politico, essa si incarna poi nella specificità delle ISC che, sia per l'appartenenza al “privato sociale”, sia per i principi a cui si ispirano, trovano nell'attuazione di una solidarietà fattuale l'espressione della loro identità.

Questo si traduce essenzialmente in due direttrici fondamentali. La prima è costituita dallo schierarsi sempre e comunque in favore del più debole o di chi, di fatto, non è garantito, sia nelle scelte di ordine politico come nelle concrete individuazioni operative. Anche quando la struttura gestita sia un ospedale generale, o un'opera il cui accesso sia riservato a una utenza pagante in proprio, non potrà mai essere perso di vista questo atteggiamento di fondo. In secondo luogo la ISC dovrà sempre e comunque privilegiare i gesti e le opere di solidarietà sanitaria, per quanto glielo consentano le proprie risorse economiche ma anche, qualora queste fossero insufficienti, suscitando direttamente la solidarietà di altri. Proprio questo significa rispondere “in solido” per persone che non possono il più delle volte sostenere il carico assistenziale: basti pensare alle RSA, agli istituti per portatori di handicap o per malati mentali, alle realtà sanitarie promosse nei paesi in via di sviluppo, alle nascenti forme di intervento sanitario per gli immigrati, ecc.

30.Ma il principio della solidarietà non può essere disgiunto da quello della *sussidiarietà*. Vi sono infatti due modi per ottemperare al dovere della solidarietà: quello che attribuisce all'ente pubblico – anzitutto allo Stato – il compito di realizzare interventi in chiave solidaristica (come accade nel welfare statalista) e quello che invece attribuisce ai soggetti della società civile tale compito. Il primo modo è quello della solidarietà assistenzialista o paternalista; il secondo è quello della solidarietà sussidiaria. Occorre ribadire che, da sempre, la dottrina sociale della Chiesa indica come il solidarismo cristiano sia, essenzialmente, un solidarismo sussidiario.

Occorre poi tenere in considerazione una seconda distinzione importante, fonte di grossi equivoci e di innumerevoli dispute nel nostro paese. Si possono dare due diverse versioni del principio di sussidiarietà: quella verticale che si riferisce alla *distribuzione* della sovranità tra i diversi livelli di governo, e quella orizzontale che, invece, ha a che vedere con le regole di *attribuzione* della sovranità a una pluralità di soggetti. Se la sussidiarietà in senso verticale rifiuta il centralismo e il dirigismo a favore del decentramento amministrativo e del federalismo, la sussidiarietà in senso orizzontale chiama in causa piuttosto il criterio con cui si ripartisce la titolarità delle funzioni pubbliche tra enti pubblici e corpi intermedi della società civile e afferma con forza che la sfera del pubblico non coincide con la sfera dello statale.

In altre parole, la sussidiarietà orizzontale – che è la versione affermata storicamente per prima dalla Chiesa cattolica – nega che la difesa e la tutela degli interessi collettivi sia compito *esclusivo* dell'ente pubblico. Occorre dunque vigilare perché il principio di sussidiarietà (orizzontale) non venga confuso con quello di surrogazione: facciano le formazioni sociali ciò che lo Stato o gli enti pubblici non riescono a fare. Questo significherebbe pensare alla società civile come sussidiaria allo Stato, anziché allo Stato come sussidiario alla società civile, come propriamente ha da essere. Se c'è un ambito del vasto dominio del welfare in cui tale confusione si rivela particolarmente pernicioso e gravida di effetti perversi, è proprio quello della sanità.

Pubblico e privato

31.È possibile realizzare un servizio sanitario su basi universalistiche senza cadere nella trappola dell'assistenzialismo, coniugando fra loro solidarietà e sussidiarietà?

In un modello sanitario universalista si riconosce allo Stato un triplice compito: a) definire i pacchetti delle prestazioni (e i relativi standard di qualità) che si intendono assicurare ai cittadini; b) fissare le regole d'accesso alle varie tipologie di prestazioni e dunque gli interventi necessari per assicurarne la fruizione tendenzialmente a tutti i cittadini; c) esercitare forme di controllo sulle erogazioni delle prestazioni. Sono queste le funzioni specifiche della figura dello Stato-regolatore. Sembra invece non essere specifico del ruolo dello Stato il compito di produrre direttamente o gestire in proprio attività e prestazioni richieste dalla solidarietà.

Ciò non significa che, in determinate circostanze storiche o geografiche, lo Stato non possa provvedere alla fornitura, anche in condizioni di monopolio pubblico, di alcuni servizi. Significa, piuttosto, che quando ne diventa produttore, lo Stato deve saper mostrare ai cittadini le ragioni proprie della sua azione, documentandone la prevalenza dei benefici sui costi e accettando di sottoporsi al medesimo filtro valutativo al quale si sottopone qualsiasi altro soggetto di offerta. Ciò è tanto più necessario in quanto l'esperienza sembra confermare un dato: quanto più lo Stato gestisce tanto meno riesce a regolare, cioè ad assicurare quegli obiettivi di equità ed efficienza che devono

connotare un sistema di sanità pubblica. Si possono rileggere, in questa luce, le parole veramente anticipatrici della *Mater et Magistra*: «Ed è questo insieme un grave danno e uno sconvolgimento del retto ordine della società; poiché l'oggetto naturale di qualsiasi intervento... è quello di aiutare in maniera *suppletiva* le membra del corpo sociale, non già *distruggerle e assorbirle*» (n. 25). E più avanti: «Lo Stato e gli altri enti pubblici non devono estendere la loro proprietà se non quando lo esigono motivi di *evidente e vera necessità* di bene comune... I poteri pubblici, secondo il principio di sussidiarietà, devono favorire e aiutare l'iniziativa privata affidando ad essa, dove e non appena è possibile in modo *efficiente*, la continuità dello sviluppo economico» (n. 160; corsivo aggiunto). È in ciò il senso di un welfare sussidiario in ambito sanitario che si serve delle varie espressioni del privato sociale – di cui le ISC sono *magna pars* – per rafforzare i vincoli di solidarietà tra i cittadini e nel quale lo Stato diviene promotore della società civile organizzata incentivando tutte quelle forme di azione collettiva che hanno effetti pubblici.

L'accoglienza del principio di sussidiarietà non significa negare il ruolo dello Stato nella sfera del sociale. Piuttosto, significa riconoscergli un duplice, fondamentale ruolo. Da un lato, lo Stato riconosce l'auto-organizzazione dei soggetti collettivi in tutti gli ambiti in cui i loro membri ritengono, in piena autonomia, di avere interessi legittimi da tutelare. Dall'altro, lo Stato opera fattivamente per assicurare le regole di esercizio di tale auto-organizzazione, al fine di evitare degenerazioni e deviazioni e per assicurare l'accesso effettivo dei cittadini alle varie prestazioni.

32. Alla luce di queste considerazioni si può comprendere meglio il rapporto tra pubblico e privato. È questo un altro grande “nodo”, fonte a volte di equivoci e fraintendimenti, dovuti sia a una certa onnicomprensività dei due termini, sia a una loro attuale rilettura concettuale e semantica. Di fatto le ISC sono strutture “private” ma, al tempo stesso, la maggior parte di esse sono altrettanto “pubbliche” di quelle direttamente gestite dallo Stato. Cosa deve intendersi pertanto oggi per pubblico e privato?

Probabilmente il significato oggi più usuale riguarda la loro appartenenza giuridica: statale nel caso delle così dette strutture *pubbliche*, non statale nel caso di quelle *private*. Tuttavia già in seno a questa categoria occorre distinguere quelle opere (e la maggior parte di ISC appartengono proprio a queste) che rientrano nel così detto *privato sociale* o *non-profit*, cioè quelle strutture che pur appartenendo a un gruppo di privati perseguono essenzialmente finalità di ordine sociale. Proprio per questo da un lato non si può in alcun modo ritenere che tali strutture non espletino un servizio “pubblico”, dall'altro non possono essere assimilate a tante altre strutture private che in ambito sanitario perseguono finalità (anche legittime) di personale profitto. E che dire poi delle ONLUS (organizzazioni non lucrative di utilità sociale), organismi assolutamente “privati” nella loro identità costitutiva ma altrettanto “pubbliche” nella destinazione sociale della propria attività? La categoria del “privato” cioè include realtà tra loro profondamente diverse che non possono essere raccolte (anche sul piano legislativo) sotto un unico ombrello.

D'altra parte alcune strutture “pubbliche” a motivo di eccessive difficoltà di accesso dovute alla loro superspecializzazione o alla rinomanza di alcuni operatori o alle disfunzioni burocratiche, appaiono difficilmente fruibili a tutti i cittadini.

In questa prospettiva la distinzione tra pubblico e privato e il loro reciproco rapporto andrebbero senz'altro ripensati. Le attuali tendenze di accreditamento dovrebbero tener presente solo la qualità delle prestazioni erogate, indipendentemente dalla natura dell'ente erogante. Dato poi che per definizione le strutture non-profit

reinvestono gli eventuali utili, l'interesse statale nei confronti del bene pubblico non può non tenerle in pari considerazione con quelle statali.

Rinnovamento e innovazione

33. Ordinariamente in tutti i gruppi sociali vi sono dei fattori di conservazione che tendono a frenare ogni tentativo di rinnovamento o di vera e propria innovazione. Il nuovo è sempre rischioso, comporta coraggio, lungimiranza, creatività, capacità di adattamento a nuove situazioni. È molto più comodo e tranquillo continuare a fare come si è sempre fatto. Di fronte alla novità si è soliti essere frenati da vari atteggiamenti più o meno scettici: non lo si è fatto mai, non funzionerà, è troppo rischioso, andiamo controcorrente....

In realtà è solo dalla novità che nasce un autentico progresso. Non una novità casuale, azzardata o irresponsabile, ma una novità meditata, matura, responsabile, che sappia leggere e interpretare criticamente i "segni dei tempi".

Guardando con occhio sereno alle ISC non possiamo non rilevare il profondo, assoluto e urgente bisogno di entrambe le componenti: rinnovamento e innovazione. L'uno non esclude l'altra, anzi diventa elemento di continuità nel trapasso tra vecchio e nuovo.

Rinnovamento innanzitutto, cioè capacità di dare nuovo slancio, nuova luce, nuova freschezza a quello che già viene fatto. Nessuno vuole distruggere o vanificare il molto di positivo che si compie, ma rivitalizzarlo dall'interno scoprendo in seno alla sua stessa ragion d'essere le sorgenti di una sua perenne vitalità. Questo vale soprattutto per gli operatori spesso appesantiti, sfiduciati, demotivati, in preda al *burn-out*, logorati da sovraccarichi lavorativi e retribuzioni non gratificanti. Le "incentivazioni" di cui tanto oggi si parla non devono ridursi a piccoli contentini economici, frutto di più o meno laboriosi accordi sindacali, ma devono costituire un reale rilancio d'entusiasmo per chi lavora in una ISC. Toccherà poi a ogni singola realtà, in un costruttivo confronto tra religiosi e laici, individuare le più opportune modalità mediante la determinazione di obiettivi di qualità da raggiungere e da verificare costantemente tramite indicatori certi.

Da tale nuova carica non possono essere esclusi (anche perché chiamati a viverla in prima persona) gli stessi gestori delle ISC, spesso scoraggiati dal contarsi e dal contare i propri anni. La crisi vocazionale certamente incide anche in questo settore e i vari tentativi posti attualmente in atto dalla Chiesa per porvi rimedio si rivelano insufficienti o inadeguati. D'altra parte la creatività dello Spirito passa anche attraverso la disponibile docilità mentale degli uomini. Per cui non bisogna stancarsi di ricercare le più idonee vie di permanenza attiva e gioiosa in questo settore. Forse senza rimpiangere troppo la chiusura della tale o tal'altra struttura, se questo può garantire una più incisiva presenza nella globalità del sistema.

Ma accanto al rinnovamento si richiede anche *innovazione*. Proprio facendo appello a quel coraggio di cui si diceva prima, occorre sondare nuove vie operative, nuove modalità organizzative, nuove identità vocazionali, nuove prospettive di collaborazione, nuove aperture dialogiche, nuove opere. Occorre avere l'occhio attento ai bisogni emergenti ed essere pronti a prevenirli per darvi concrete risposte operative.

Certo tutto questo non solo è rischioso ma può essere a volte scomodo, può generare incomprensioni ed emarginazioni. Ma chi ha mai detto che la vita del profeta sia facile? Anche in questo senso occorre fare una scelta: imborghesirsi nell'acquiescenza del già fatto oppure osare, sorretti e guidati dallo Spirito.

Presenza pastorale e presenza manageriale

34. Qualcuno dice che si tratta di un falso problema. Ma forse bisogna essere più cauti. In quella crisi di identità che attraversa oggi molte ISC, frutto spesso di una corrispettiva crisi di identità delle famiglie religiose che le gestiscono, il binomio: pastoraltà/managerialità appare spesso problematico. Così si sente dire, ad esempio, che quei dati religiosi ormai “hanno tradito” la loro missione perché non stanno più accanto al malato ma dietro a una scrivania, che non è possibile gestire con spirito evangelico opere miliardarie, che un prete deve predicare dall’altare e non fare il manager, che la vera Chiesa è solo quella povera che sta nei paesi di missione, ecc.

Occorre ancora una volta un sereno e oculato discernimento, attento non solo alle motivazioni storico-vocazionali di un impegno, ma anche alle sue incarnazioni storiche. L’inculturazione di cui tanto si parla non è una semplice vernice con cui si tingono di modernità vecchi contenuti, ma una effettiva modalità di “ripensare” quei dati contenuti secondo categorie culturali e concettuali diverse da quelle da cui hanno avuto origine.

Pertanto, se da un lato è giusto porre il confronto tra presenza pastorale e manageriale, dall’altro tale dialettica non può essere vista in termini antitetici ma complementari. Una più valida presenza pastorale può passare anche attraverso una forte presenza manageriale. D’altra parte tanti santi del passato che oggi ricordiamo per le loro opere caritative sono stati anch’essi grandi manager sanitari. Anche se il loro principale “sponsor” era la Provvidenza, elaboravano soluzioni appropriate, pianificavano interventi, strutturavano compagnie di persone, edificano strutture, impiantavano opere. Tutte queste attività sarebbero state assolutamente impensabili senza quello che oggi chiamiamo “spirito manageriale”.

Certamente c’è il rischio che tutto questo possa soffocare il più genuino e autentico slancio pastorale, ma è solo un rischio, non un impedimento costitutivo. Le due attività, come i due lati di una medaglia, devono informarsi a vicenda: la pastoraltà dando un’anima e un cuore al freddo calcolo manageriale e la managerialità impedendo improvvisazioni e volontarismi pastorali di dubbia efficacia.

D’altra parte è illusorio ritenere che l’afflato pastorale di un’opera che più direttamente ripropone l’ispirazione evangelica (come potrebbe essere ad esempio una piccola realizzazione nei Paesi in via di sviluppo) sia tale solo al di fuori di un’ottica manageriale. Basti rileggere, a tal proposito, alcuni interessanti brani biblici, come quelli relativi alla organizzazione di Israele prima e dopo l’Esodo o alle ricostruzioni delle mura di Gerusalemme. Mosè nel primo caso, Neemia nel secondo si rivelano quali uomini di Dio anche in virtù di queste capacità manageriali. Fondamentale e decisivo, in ogni caso, sarà lo spirito autenticamente evangelico che tutto dovrà sempre ispirare e sostenere.

IV LE RISORSE COME RISORSA

Rifiuto o accettazione acritica dei DRG

35. Uno dei punti più problematici della sanità contemporanea, in Italia, è costituito dalle nuove modalità di finanziamento ospedaliero, mediante i cosiddetti DRG. Questi si affiancano oggi ad altre modalità di pagamento delle prestazioni: MDC per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS); tariffa unitaria indipendente dalla tipologia di prestazione per i centri di riabilitazione (ex art. 26 L. 833/78); diretta contrattazione a livello regionale per RSA, pronto soccorso ed altri servizi. Le ripercussioni che l'introduzione dei DRG ha avuto sulle ISC sono state spesso onerose, anche per l'indebita decurtazione fatta da parte di alcune Regioni.

Di fronte a tale innovazione, consistente sostanzialmente nel pagamento a prestazione, l'universo sanitario (e quello di matrice cattolica non fa eccezione) si è diviso in due correnti che, richiamando una famosa dizione degli anni '60, potremmo chiamare degli "apocalittici" e degli "integrati". I primi hanno visto nell'introduzione dei DRG l'inizio della fine, la grande tragedia sanitaria con la quale i malati sarebbero stati curati in modo frettoloso e inadeguato. Gli altri invece hanno osannato il sistema come la soluzione ideale con cui porre rimedio finalmente a ogni indebito abuso.

Di fronte a tali divergenze di letture crediamo opportuna una riflessione serena e organica che possa esprimere al tempo stesso un pensiero ampiamente condiviso in seno alle ISC. Queste non possono non rilevare alcuni interessanti ricadute di moralizzazione insite in questo sistema: guadagna di più chi lavora meglio (e non chi più spende); non c'è alcun interesse a prolungare le degenze ma piuttosto a contrarle e, di conseguenza, il paziente non staziona a lungo in ospedale; non si può spendere all'infinito ma solo all'interno di una ben precisa programmazione economico-sanitaria; si incentiva l'efficienza (e non solo l'efficacia) e la produttività; si valorizza la medicina del territorio (sia nella fase precedente che in quella seguente il ricovero).

Accanto a questi indubbi vantaggi, si devono segnalare alcuni possibili limiti e rischi: l'insufficienza di molti DRG a coprire le spese effettive; il rischio di affrettare la dimissione; un insufficiente iter diagnostico; un risparmio inadeguato sui materiali; una medicina del territorio spesso non rispondente, ecc.

Volendo quindi operare un bilancio sintetico di tali nuove modalità di finanziamento, possiamo dire che costituiscono uno strumento concettualmente valido, da rivedere e adeguare in alcune concrete entità quantitative e da gestire oculatamente se non si vuole che degeneri dando adito a ricadute negative. Dovrebbero ormai essere di prossima attuazione alcune modifiche in tal senso, allo scopo di scongiurare i rischi connessi con l'attuale applicazione, come ad es. la selezione delle patologie più remunerative, i ricoveri inappropriati ed inopportuni, l'eccessiva contrazione dei tempi di degenza per ragioni economiche, la peregrinazione del paziente da una struttura all'altra nella ricerca della migliore prestazione possibile.

La gestione delle risorse umane

36.Un problema non meno scottante e di ancor più difficile trattazione riguarda quello della gestione della risorse umane. Spesso tradotto nella più propositiva dizione di “collaborazione tra religiosi e laici”, esso nasconde tensioni e conflittualità che sono poi alla base di tante demotivazioni da parte del personale e, qualche volta, anche dell’andamento non ottimale di alcune strutture.

Bisogna ammettere, infatti, che al di là di condivise affermazioni di principio, persistono ancora reciproche chiusure e ostilità, una limitata partecipazione del personale alle scelte gestionali dell’Ente, una scarsa capacità di delega da parte degli amministratori, una inadeguata comunicazione interna e, qualche volta, anche veri e propri atteggiamenti di arroganza padronale. Eppure l’obiettivo di un comune cammino tra queste due componenti di quella che dovrebbe costituire la grande “famiglia ospedaliera” deve essere possibile. Forse sarà più facilmente realizzabile in piccole strutture sanitarie rispetto al grande ospedale, ma deve essere in ogni caso una meta da perseguire.

Solo dalla volontà di camminare insieme può scaturire quell’*alleanza* tra religiosi e laici di cui tanto si parla. Ogni alleanza (e l’esemplarità biblica è illuminante a riguardo) non può che essere reciproca. Nessuno può aspettare che sia l’altro a “compiere il primo passo”: o il patto è reciproco o non è. Inoltre tale alleanza difficilmente si realizza in tempi brevi e, per di più, procede con modalità difficilmente prevedibili nella loro compiutezza. Occorre allora coltivare una permanente attitudine dialogica e guardare risolutamente a un futuro comune, in cui religiosi e laici possano reciprocamente sentire la nostalgia dell’altro.

Una tale definitiva e irreversibile alleanza, dunque, si trova allo confluente di un cammino a due. Nessuno può illudersi di incontrare l’altro alla fine di un percorso solitario. Né ci si deve scoraggiare, o abbandonare l’impresa solo perché non si riesce a scorgere la meta se non da lontano, come Mosè dal monte. Non sempre ci è dato di raccogliere in prima persona i frutti di ciò che si è seminato; e anche quando si crede di aver raggiunto l’orizzonte, questo per sua stessa natura si sposta oltre, divenendo metafora di un traguardo sempre più elevato e verso il quale non ci si deve stancare di tendere.

La formazione degli operatori

37.Nessuna ISC deve accontentarsi della professionalità tecnica dei suoi operatori se questa, oltre ad essere costantemente aggiornata, non si sposa a una pari competenza umana ed etico-relazionale, cioè a quel “saper essere” che, non disgiunto dal sapere e dal saper fare, costituisce l’atto professionale.

Se una “differenza” il malato dovrà sempre rilevare, nell’essere assistito in una ISC, questa dovrà riguardare il modo in cui “è stato trattato”. Non che questa debba costituire una peculiarità delle istituzioni cattoliche. Il “bene uomo”, il suo infinito valore, esigono sempre e comunque da parte di tutti la dignità di trattamento dovuta a ogni persona. In una ISC, tuttavia, tale esigenza si fa ancora più pressante perché nei tratti umani del sofferente si riconoscono i lineamenti del volto sofferente del Figlio di Dio.

La “qualità umana” dell’assistenza dovrà essere sempre di primissimo ordine, anche superiore ai sia pur validi criteri di ISO 9000 o di altre forme di parametrizzazione. Queste devono costituire in un certo senso la base minimale, il punto

di partenza su cui fondare una assistenza umana di eccellenza, una vera “qualità DOC” nell’offerta di salute.

Ma per far questo si dovrà aver cura del personale, della sua formazione umana di base e permanente, investendo in questo quanto è necessario e ritenendolo qualche volta persino prioritario rispetto ad altre spese. Ma, al tempo stesso, non si potrà mai pretendere dal personale un tale livello di “prestazione umana” se questa non verrà vissuta in primo luogo tra i gestori della struttura e il personale stesso. Ogni condizione di lavoro precaria, difficile o disagiata, ogni rapporto conflittuale, ogni reciproca incomprensione è un tarlo che mina alla radice la credibilità dell’istituzione stessa e dell’umanità di trattamento che si pone come meta ideale.

Naturalmente tutto questo non dovrà mai essere disgiunto dall’aggiornamento, costituendo con esso la duplice faccia di un’unica medaglia, ma deve essere tenuto concettualmente e operativamente separato. E se in passato l’attività assistenziale della Chiesa ha costituito spesso, anche sul piano della qualità professionale, un vero e proprio esempio per la sanità pubblica, oggi che questa offre livelli qualitativi equiparabili o superiori alla stessa, dovrà ancora costituire un riferimento esemplare sul piano dell’assistenza umana.

Investire in sanità

38. Con questa espressione non ci si vuole riferire esclusivamente agli investimenti di ordine materiale, anche se necessari e carichi di interessanti prospettive, ma al senso più globale di un complessivo investimento nella salute dell’uomo, cioè nella scommessa esistenziale di chi dà tutto per il benessere dei suoi simili.

In fondo il ministero terapeutico di Cristo è stato un grande investimento in sanità: ha sanato l’uomo, spesso dandogli fiducia quando ancora questa era appena embrionale, a volte persino “a fondo perduto” come nel caso dei nove lebbrosi ingrati. Ma il più delle volte aprendo, con un semplice gesto di risanamento fisico, la prospettiva dell’eternità.

Potranno essere le nostre ISC all’altezza della situazione? Sapranno realmente “investire in sanità”?

Una prima prospettiva, più materiale ma anche per questo inevitabile, è quella delle *risorse economiche*. Se, come si è detto, la maggior parte di ISC è costituita da organismi *non profit*, i ricavi vanno necessariamente reinvestiti in opere sanitarie. Ma a loro volta non è detto che queste debbano essere costituite da altre strutture “produttive”. Anzi proprio da tale gettito potrebbe derivare la fonte principale per la realizzazione di opere prive di ogni ulteriore ricaduta economica. Basti pensare alla possibilità di opere nei Paesi in via di sviluppo o di realizzazioni per categorie di persone che non sono in grado di usufruire della comune assistenza sanitaria.

In tale ambito un aspetto da non trascurare riguarda quelli che potremmo definire i “patrimoni di carità”, cioè le donazioni benefiche che già in passato hanno costituito una significativa fonte di finanziamento e spesso anche di fondazione di varie realtà sanitarie. Anche oggi capita di incontrare persone desiderose di compiere munifici gesti di questo tipo, che possono essere senz’altro orientati nella direzione di una concreta progettualità sanitaria.

39. Una seconda possibilità è data dall’investimento in *risorse umane*, la cui importanza non è sempre ben intesa. Questo comporta innanzitutto l’esigenza di una adeguata preparazione di base nonché di un aggiornamento e formazione permanenti. A

questo dovrà essere sapientemente destinato un congruo budget. Non è raro, invece, osservare come in molte ISC vengano compiuti con una certa facilità sforzi economici per l'acquisto di sofisticate apparecchiature, ma poi vi siano notevoli remore a pianificare idonee attività di formazione o a inviare un professionista per un training formativo in altra sede. Se le persone sono la risorsa più preziosa che un'azienda possiede, non è pensabile una reale "politica di investimenti" che non tenga conto, e in modo prioritario, dell'investimento umano.

40. In terzo luogo, ma prima di ogni altro in una scala di gerarchia valoriale, occorre ancora una volta *guardare al malato che è l'unica ragion d'essere delle ISC*. È a suo vantaggio che occorre coniugare costantemente scientificità e umanità, efficacia ed efficienza, economicità ed etica, didattica e ricerca, intelligenza e volontà, azione e fede. È per lui che occorre sviluppare una "medicina di relazione". È lui il vero investimento su cui puntare, tanto più quanto meno ci si possono attendere possibili ritorni, anche solo in termini di umana gratitudine. Il comatoso che forse non si riprenderà mai, il neonato malformato che nessuno vuole, il barbone febbricitante che nessun ospedale accoglie, la donna di colore gravida che non sa dove partorire o il tossicodipendente che non sa dove trascorrere la notte: possono essere questi il vero e più grande investimento per una istituzione sanitaria cattolica che voglia dirsi veramente tale.

Conclusione

41. Impegnarsi nell'ambito della salute è sempre impegnarsi per la vita.

La *Carta degli operatori sanitari* afferma che: "salvaguardare, ricuperare e migliorare lo stato di salute, significa servire la vita nella sua totalità" e – citando le parole di Giovanni Paolo II – aggiunge: "malattia e sofferenza sono fenomeni che, se scrutati a fondo, pongono sempre interrogativi che vanno al di là della stessa medicina per toccare l'essenza della condizione umana in questo mondo. Si comprende perciò facilmente quale importanza rivesta, nei servizi socio-sanitari, la presenza di operatori, i quali siano guidati da una visione integralmente umana della malattia e sappiano attuare di conseguenza un approccio compiutamente umano al malato che soffre"².

Tutta la riflessione sulle ISC può essere ricondotta all'attenzione verso la totalità della persona, specie quando malata e sofferente; all'attenzione e al coinvolgimento dei diversi operatori sanitari chiamati a riscrivere la parabola evangelica del "buon samaritano" che si fa prossimo a chi ha bisogno di cura, attualizzando la relazione terapeutica di Cristo, riconosciuto nella persona stessa del fratello e della sorella bisognosi di aiuto.

Le strutture da sole non hanno vita e non trasmettono vita: lo possono fare solo attraverso persone, animate dallo Spirito datore di vita.

² PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI, *Città del Vaticano 1994*, n. 3