

XIV CONVEGNO NAZIONALE DEI DIRETTORI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

Un nuovo paradigma per la sanità in Italia La Chiesa al servizio del cambiamento

dr. Olmo Tarantino

“Un nuovo paradigma per la sanità in Italia. La Chiesa a servizio del cambiamento” è stato il tema del XIV Convegno nazionale dei direttori degli Uffici della pastorale della salute – Roma, 18-20 giugno u.s., Centro Congressi CEI -, al quale, peraltro, hanno partecipato numerosi docenti universitari, amministratori socio-sanitari, cappellani ospedalieri, religiosi/e, medici, infermieri, rappresentanti dei rispettivi Ordini e Collegi professionali e delle rispettive associazioni di categoria di ispirazione cristiana, sindacalisti. Presenti quattro vescovi, l'attuale ministro della sanità e quello del precedente governo; in totale circa 300 persone. Obiettivo del Convegno *“mettere a fuoco alcune tesi che rappresenteranno un contributo della Chiesa che è in Italia alle istituzioni e agli uomini di buona volontà, per suscitare e accompagnare il confronto sugli scenari socio-sanitari che si aprono di fronte a noi”*, in quanto *“i temi della salute e del welfare socio-sanitario, con le loro urgenze e le loro questioni aperte, costituiscono un banco di prova fondamentale per l'antropologia e la morale cristiana e, insieme, un terreno decisivo per la nuova evangelizzazione”*, ha affermato S. E. mons. Mariano Crociata, segretario generale della CEI, nell'introdurre i lavori.

Il vescovo, dopo aver rimarcato che *“Non possiamo non guardare con preoccupazione alla diversa quantità e qualità dei servizi offerti da regione a regione, alla rottura dell'alleanza medico-paziente, con le ben note conseguenze di conflittualità e di medicina difensiva, alle prevedibili conseguenze di ulteriori tagli alla spesa sanitaria”*, ha rivolto un appello alla società civile e alla politica affinché la crisi economica non sia la premessa per lo smantellamento di un sistema di garanzie per le persone più fragili e di un servizio essenziale al **bene comune**. Inoltre, ha proseguito mons. Crociata: *“Ci preoccupa, in modo particolare, il futuro delle numerose opere sanitarie ecclesiali, che svolgono un servizio totalmente equiparato a quello pubblico, che sono molto apprezzate dai cittadini e che spesso spendono meno degli ospedali pubblici, ma che, a differenza degli ospedali pubblici, in molte regioni non vengono adeguatamente rimborsate per il loro servizio e sono comunque pagate in ritardo e costrette a indebitarsi con le banche. Anche da queste situazioni emerge l'esigenza di un nuovo paradigma, che possa guidare le trasformazioni in atto nel mondo della salute.”*.

Proprio in questa sede il 4 giugno u.s. sia il dr. Giancarlo Ruscitti che fr. Mario Bonora avevano fatto presenti alla nostra Commissione le preoccupazioni circa l'avvenire di queste opere sia per le difficoltà economico-finanziarie, sia come conseguenza della riduzione del numero dei posti letto, operato prevalentemente a scapito delle strutture private.

Serve dunque un nuovo paradigma che possa guidare le trasformazioni in atto nel mondo della salute, le cui basi sono costituite dalle testimonianze di prossimità, dall'educazione a relazioni e stili di vita buoni e dall'impegno culturale, frutto autentico dell'evangelizzazione, a vantaggio di tutti i soggetti coinvolti (ammalati, famiglie, operatori sanitari e pastorali) e per la piena **umanizzazione** del mondo della salute.

Durante la sua lectio magistralis il card. Carlo Caffarra, arcivescovo di Bologna, ha sottolineato **l'urgenza di un paradigma personalista che sostituisca quello antropologico- utilitarista in base al** quale *“i pazienti sono clienti o consumatori, i medici e gli infermieri fornitori e i posti letto considerati come capacità produttiva di un ospedale”*. *“Davanti all'affermarsi di tale modello che ha portato alla scristianizzazione della coscienza europea è urgente una profonda opera di pensiero e di impegno educativo che riconduca la persona a comprendere se stessa e il suo destino in verità”*. *“Dalla consapevolezza della dignità della persona – ha ribadito l'arcivescovo di Bologna – nasce una carità che privilegia chi è maggiormente esposto ad essere insidiato nella sua grandezza di bambino o di donna; il concepito non ancora nato e lo straniero; lo schiavo e gli ammalati.”*

Della necessità di tornare a ragionare in termini di **umanizzazione** ha parlato anche Renato Balduzzi, ministro della salute. *“La sostenibilità economica del sistema è un grande problema, ma la sfida insita nella revisione della spesa va raccolta come un'opportunità”*, ha rilevato il ministro. *“Non si tratta – ha sottolineato – di cambiare il modello sanitario quanto di attuare il compito descritto dall'articolo 32 della Costituzione sul diritto alla salute”*.

Nella sua relazione il prof. Silvio Brusaferrò, ordinario di igiene e medicina preventiva presso l'Università di Udine, ha toccato i seguenti punti: 1) perché c'è bisogno di un nuovo paradigma; 2) tracce per un nuovo paradigma; 3) l'evoluzione della sanità cattolica; 4) le conclusioni. L'effetto combinato dei fattori demografici, culturali e sociali e la crescente pressione determinata dalla situazione economica e dagli sviluppi tecnico-scientifici, costringono a ripensare il modello di salute e di organizzazione dei servizi di cura alla popolazione del nostro Paese, in base al principio che **“Ogni organizzazione trova un equilibrio così che il suo assetto è il**

migliore possibile per ottenere, dati i vincoli, i risultati che sta raggiungendo. Se vogliamo risultati diversi dobbiamo cambiare l'organizzazione."

I sistemi sanitari sono riconosciuti come sistemi complessi anche nell'organizzazione, per cui si rende necessario un approccio di sistema che tenga conto della complessità. Oltre alle componenti tecnico-scientifiche, occorre tener conto di tante altre costituenti parte integrante del sistema a cominciare dall'evoluzione del concetto di salute (triade salute, benessere, qualità di vita; dimensione spirituale della malattia; la creazione di un ambiente terapeutico per il malato e per quanti gli sono accanto; l'etica sociale che influenza qualsiasi programma sanitario soprattutto quelli per la promozione e la prevenzione della salute), alla **formazione dei professionisti** (operatori sanitari, ma anche pastorali), alla **formazione per le scelte personali**, ovvero alla capacità di leggere e interpretare correttamente le informazioni disponibili sulla salute, la capacità di adottare stili di vita e comportamenti salubri, la capacità di scelta laddove venga richiesta per un problema di salute.

Un grosso capitolo riguarda la promozione, prevenzione e protezione della salute a partire dai giovani attraverso la **formazione**, ovvero il problema dell'alfabetizzazione sanitaria intesa come la capacità di ottenere, elaborare, comprendere informazioni di base sulla salute e sui servizi ad essa correlati per poter ottenere scelte appropriate (sapere). Altro grosso capitolo è la sostenibilità economica dei sistemi sanitari e quindi l'allocatione delle risorse per migliorare la salute. *In questa prospettiva è necessario operare in una dimensione di "rete" avvicinando i servizi alle persone, poiché ciò influenza la qualità della vita e la sopravvivenza e consente di orientare il cittadino in base ai suoi bisogni. Ciò significa passare da una sanità ospedalocentrica alla centralità delle cure primarie nel territorio riorganizzando i distretti in base alle esperienze fatte, instaurando un coordinamento strutturato tra tutti gli attori che si prendono cura della persona a domicilio.*

Nel nuovo paradigma le opere sanitarie cattoliche devono proporsi come "sentinelle" essenziali nel costruire una "città per l'uomo" dove la salute sia elemento centrale per la promozione umana a partire dai più deboli. Così come aveva esordito nella sua relazione, il prof. Brusaferrò ha concluso con un altro aforisma: *"Non c'è un solo futuro per una organizzazione, ma molti futuri potenziali. Quale futuro si realizzerà dipende dai piccoli cambiamenti e dalle scelte individuali che si adottano oggi"*. Serve uscire dai paradigmi dominanti per affrontare con coraggio, fantasia, creatività e senza paura la crisi che ci è dato di vivere.

Nel successivo dibattito è stato autorevolmente fatto notare che l'evoluzione della sanità è come un treno in corsa, non soltanto dal punto di vista tecnico-scientifico, ma anche dal punto di vista assistenziale. E' necessario evolvere oltre l'umanizzazione per instaurare la "personalizzazione" della cura e del "prendersi cura".

Già all'inizio del Convegno, mons. Crociata aveva detto: *"da qualunque presupposto le si guardi, la società e la sanità sono in rapido cambiamento. Se è vero, come affermava papa Paolo VI nell'enciclica **Populorum Progressio** (n.85), che "il mondo soffre per carenza di pensiero", è necessario tornare a pensare al senso vero e integrale dell'uomo e della società, quali coordinate in cui si iscrive l'agire sanitario. Se non ci adoperiamo concordemente in questa direzione, qualsiasi cambiamento non potrà essere governato e indirizzato al **bene comune**, ma andrà a vantaggio solo dei più fortunati o dei più rapidi a intercettarne i benefici. La storia ci insegna che l'esito di siffatti e non governati processi è spesso disumano e comunque si rivela sempre un beneficio effimero, anche per coloro che nell'immediato ne traggono vantaggio".* *"La presenza della Chiesa nel mondo della salute attraverso i ministri ordinati, i religiosi e le religiose, i fedeli laici impegnati nella pastorale e nelle professioni sanitarie, lo studio e la **formazione, il servizio prezioso delle comunità cristiane e delle opere segno, dovrà accrescersi in quantità e qualità.** Negli ultimi anni, a partire dal **Convegno di Verona** e dalla riflessione sulla fragilità, abbiamo potuto porre le basi per un salto di qualità della presenza della Chiesa nella pastorale della salute. In primo luogo si è posto in essere **un importante lavoro formativo**, culminato nella realizzazione del **Vademecum** contenente le linee guida operative, destinate a supportare il lavoro degli uffici diocesano di pastorale della salute, in applicazione alla Nota pastorale **Predicate il Vangelo e curate i malati.**"*

Allo sforzo compiuto a livello di Ufficio nazionale per un salto di qualità della presenza della Chiesa nella pastorale della salute, non è dato di constatare un adeguato sforzo a livello periferico, ha sottolineato p. Carmine Arice, presidente nazionale dell'A.I.Pa.S. (Associazione Italiana di Pastorale Sanitaria). Nel suo intervento ha affermato: *"Girando per l'Italia si è dovuto constatare come la Nota pastorale **Predicate il Vangelo e curate i malati** sia sconosciuta"*, lasciando poi intendere come, mancando la conoscenza della Nota pastorale del 2006 (il sapere), risultano incomprensibili le linee guida operative per la sua applicazione, ovvero il Vademecum (il saper fare). E' come "mettere il carro avanti ai buoi".

Sia il testo dell'intervento di mons. Crociata che la lectio magistralis del card. Caffarra sono stati pubblicati nel sito dell'Ufficio nazionale della pastorale della salute. Mi rammarico che non sia stata pubblicata anche la relazione del prof. Brusaferrò che mette a fuoco quali azioni concrete si debbano mettere in atto per realizzare l'auspicato nuovo paradigma.

Dagli interventi dei due presuli, e del professor Brusaferrò, come pure di altre persone, sono emerse all'unisono alcune parole-chiave: **formazione personale e professionale, partecipazione, bene comune**

ed altre ancora indicate poi come sottotitolo delle tematiche proposte per un approfondimento ai 3 gruppi di lavoro. Temi e parole-chiave sono state: per il gruppo A: **Salute ed evangelizzazione**: vita educazione, prossimità testimonianza; per il gruppo B: **Economia e società**: comunità, equità, responsabilità, sostenibilità; per il gruppo C: **Operatori e lavoro**: dignità, integrazione, formazione, servizio. Interessanti le riflessioni apportate dai partecipanti ai gruppi.

La promozione del **bene comune** è impegno che compete sia alla Chiesa che alla società civile, come mette bene in evidenza la Gaudium et Spes: “ *La comunità civile e la chiesa sono indipendenti ed autonome l’una dall’altra nel proprio campo. Ma tutte e due, anche se a titolo diverso, sono a servizio della vocazione personale e sociali degli stessi uomini. Esse svolgeranno questo loro servizio a vantaggio di tutti in maniera tanto più efficace, quanto più coltiveranno una sana collaborazione tra loro, secondo modalità adatte alle circostanze di luogo e di tempo*” (GS, 76).

In campo sanitario e della tutela della salute il **bene comune** “è la difesa della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana senza discriminazioni di età, di razza, di religione, di nazionalità. Di condizione sociale, d’ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra” (Conferenza internazionale dell’Ordine dei Medici, gennaio 1987)

“La **partecipazione** è condizionata dall’orientamento di ogni persona verso il **bene comune**. E’ il bene comune che fonda ogni autentica comunità umana, la quale esiste se unificata dal bene comune, oggettivamente vero e soggettivamente vissuto come tale da ciascuna persona umana. La fede che opera attraverso la carità ha generato un concetto di bene comune molto elevato”, ha affermato il card. Cafarra.

Tre riflessioni

Nei giorni del Convegno nazionale si è voluto riflettere sulle modalità con cui il Vangelo possa suscitare prassi efficaci di accompagnamento dei cambiamenti in atto nel mondo della sanità o più estesamente della salute, avendo “ consapevolezza che il servizio ai malati e ai sofferenti è parte integrante della missione della Chiesa, rende urgente incorporare nel progetto evangelizzatore la promozione della salute e l’impegno ad alleviare la sofferenza e la cura degli infermi, in ossequio al comando di Cristo, il cui agire connette strettamente il compito di evangelizzare e la guarigione dei malati” (PVCN n. 2)

Fra meno di un mese avrà inizio l’Anno della fede, indetto da Benedetto XVI. Tale circostanza ci ricorda un’affermazione di Giovanni Paolo II: “**Una fede che non diventa cultura, è una fede non pienamente accolta, non interamente pensata, non fedelmente vissuta**”

Soltanto in questa prospettiva, l’Anno della fede potrà divenire un’occasione propizia per **promuovere una rete di assistenza più prossima ai bisogni delle persone** e, nel contempo, maggiormente orientata al **bene comune**, al riconoscimento della **tutela della salute** come diritto senza esclusione, come ha esortato il Papa durante la Sua visita nella “terre di Marco”. (cfr. Discorso nella Basilica di Aquileia 7.5.2010) e secondo le indicazioni emerse del Convegno ecclesiale Aquileia 2.

Il **bene comune “tutela della salute”**, ho rammentato sopra, “ *è la difesa della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana senza discriminazione di età, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, d’ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra*”

Alla luce del monito di Giovanni Paolo II, testé rammentato, il rilievo fatto da p. Carmine Arice: “Girando per l’Italia si è dovuto constatare come la Nota pastorale **Predicate il Vangelo e curate i malati sia sconosciuta**”, ritengo debba indurre a riflettere anche in seno alla nostra Commissione. Forse all’origine della scarsa partecipazione dei presidenti regionali della Associazioni di categoria e di volontariato all’incontro di Zelarino del 25 febbraio u.s., programmato dalla nostra Commissione (cfr. verbale) anche in previsione di una futura Consulta Triveneta, sta proprio la non conoscenza della Nota pastorale, per cui è risultato incomprensibile il tema dell’incontro cui erano invitati, ovvero l’illustrazione del Vademecum.

Nonostante negli ultimi trent’anni ci siano state diverse occasioni per un rinnovamento della pastorale in ambito sanitario prendendo coscienza e consapevolezza dell’evoluzione culturale, questa evoluzione non solo tra la gente, ma anche nelle associazioni di categoria e di volontariato non è avvenuta, come è risultato evidente anche dalle testimonianze e dalle proposizioni finali del Convegno ecclesiale “**Aquileia 2**”. Nell’ambito “**Impegnati per il bene comune**”, infatti, nella categoria **bene comune** risultano completamente assenti le nozioni di **salute** e di **tutela della salute**.

Le testimonianze delle diocesi, le schede “**impegnati per il bene comune**” ultimamente compilate alla vigilia del Convegno e le proposizioni finali, hanno rivelato un certo grado di “saper essere”, avendo fatto proprio l’invito “*Quello che avete fatto all’ultimo dei miei fratelli, l’avete fatto a me*” (cfr. Mt. 25) e, dunque, avendo coscienza del proprio ruolo di cristiani. Un “saper essere” che avanza bensì proposte per un “saper fare” (comportamenti specifici nella pratica), ma purtroppo limitato o appena abbozzato per mancanza di “sapere”, ovvero per una non adeguata conoscenza delle proprie responsabilità per la “**tutela della salute**”

(mancanza di formazione personale) intesa come **bene comune** e per scarsa conoscenza delle situazioni di sofferenza nel territorio, dei bisogni assistenziali della popolazione nel Nordest con l'emergere di nuove sfide.

Detto in altre parole, le comunità cristiane conoscono loro malgrado che oggigiorno solo i casi acuti vengono ricoverati in ospedale, mentre ignorano completamente la notevole percentuale di persone fragili affette da malattie croniche e disabilità, dimoranti nel territorio con carichi assistenziali per le famiglie talora insopportabili - il **38,3%** nel Nordest (Istat) - e la conseguente necessità di costruire "comunità sananti". (PVCN nn. 22, 51).

Ho avuto modo di confrontare il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto (2012-2016), definitivamente approvato, il recente decreto del ministro della sanità, il documento inviato dalla nostra Commissione all'ufficio Programmazione della Regione Veneto nel gennaio u.s. (contributo alla programmazione del PSSR Veneto) , il contributo inviato al Comitato preparatorio di "Aquila 2" e il nuovo paradigma prospettato dal prof. Brusaferro. Ci sono parecchi punti in comune quali la centralità delle cure primarie nel territorio, l'umanizzazione dell'assistenza, il coordinamento degli interventi nella cura dei malati a domicilio attraverso un "case manager", una maggior formazione del volontariato.

Nulla vieta, se lo vorremo, che il prof. Brusaferro sia invitato a riproporre la sua relazione nel convegno della pastorale della salute del Triveneto, previsto da tempo nel programma generale di questa Commissione.

Alla fine del Convegno nazionale con una *standing ovation* i partecipanti hanno voluto manifestare a mons. Andrea Manto l'unanime viva riconoscenza per l'opera altamente meritoria compiuta in questi anni alla direzione dell'Ufficio nazionale per pastorale della sanità, coniugando in un giusto equilibrio la visione del sacerdote con quella non meno importante del medico dalla mente aperta al nuovo che avanza.

Ho rammentato sopra il principio, esposto da Brusaferro: *"Ogni organizzazione trova un equilibrio così che il suo assetto è il migliore possibile per ottenere, dati i vincoli, i risultati che sta raggiungendo. Se vogliamo risultati doversi dobbiamo cambiare l'organizzazione"*. Mons. Manto, ispirandosi al Vangelo e seguendo tale principio strategico, ha **"posto in essere un importante lavoro formativo, culminato nella realizzazione del Vademecum contenente le linee guida operative, destinate a supportare il lavoro degli uffici diocesani di pastorale della salute, in applicazione alla Nota pastorale *Predicate il Vangelo e curate i malati*."**, come ha ricordato mons. Crociata.

Secondo Brusaferro nel nuovo paradigma le opere sanitarie cattoliche devono proporsi come "sentinelle" essenziali nel costruire una "città per l'uomo" dove la salute sia elemento centrale per la promozione umana a partire dai più deboli. Per quanto riguarda la pastorale della salute nel territorio identico obiettivo è raggiungibile con le "comunità sananti" , attraverso la *"promozione di una maggiore integrazione tra l'assistenza spirituale assicurata nelle strutture sanitarie e la cura pastorale ordinaria delle parrocchie sviluppando forme di collaborazione"*, come suggerisce la Nota pastorale del 2006 (nn. 22, 23, 24, 55, 56).

"Non c'è un solo futuro per una organizzazione, ma molti futuri potenziali. Quale futuro si realizzerà dipende dai piccoli cambiamenti e dalle scelte individuali che adotteremo oggi", ha rammentato Brusaferro nel concludere il suo intervento . Se da un lato urge uscire dai paradigmi dominanti per affrontare con coraggio, fantasia, creatività e senza paura la crisi che ci è dato di vivere, dall'altro la realizzazione delle "comunità sananti" nel territorio dipenderà dalle scelte che a livello diocesano, e quindi parrocchiale, verranno fatte, oltre che dall'impegno che gli Uffici preposti vorranno elargire.