

SIR

24° ANNO

THE DAILY SIR NEWS
for European network
www.agensir.it

In collaborazione con



Ufficio Nazionale
per la pastorale
della sanità

2012

SPECIALE SIR



20ª GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

“ALZATI E VA’, LA TUA FEDE TI HA SALVATO”

(LC,17,19)

SABATO 11 FEBBRAIO 2012

SIR • SIR EUROPA

BISETTIMANALE DI INFORMAZIONE • EDITRICE: SOCIETÀ
PER L'INFORMAZIONE RELIGIOSA (SIR) S.P.A. • REG. TRIB. ROMA
N. 581/88 DEL 24.11.1988 • PRESIDENTE EMERITO:
GIUSEPPE CACCIAMI • PRESIDENTE: VINCENZO RINI •
DIRETTORE: PAOLO BUSTAFFA • STAMPA IN PROPRIO • SPEDIZIONE
IN ABBONAMENTO POSTALE 45% ART. 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 •
FILIALE DI ROMA • ABBONAMENTO ANNUO: EURO 150,00 •
VERSAMENTO SU CCP N. 38581005 INTESTATO A: SIR - SOCIETÀ PER
L'INFORMAZIONE RELIGIOSA S.P.A. - VIA AURELIA, 468 - 00165 ROMA
DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE:
• VIA AURELIA 468 - 00165 ROMA
T. +39.06.6604841 - F. +39.06.6640337
• RUE CAPITAINÉ CRÉPEL, 23 - 1050 BRUXELLES
M. +32.487.213059
• KAPITULSKA, 11 - 81499 BRATISLAVA
T. +421 915 561 420
WWW.AGENSIR.IT • SIR@AGENSIR.IT



Il messaggio

Un amore eloquente

Padre Augusto Chendi sul pensiero di Benedetto XVI

Ci sono persone, strutture, famiglie e comunità cristiane che sono oggi capaci di testimoniare un "amore disinteressato ed eloquente". Ne è convinto il camilliano padre **Augusto Chendi**, Sotto-Segretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, che il SIR ha intervistato per commentare il Messaggio del Santo Padre "Alzati e va', la tua fede ti ha salvato" (Lc17,19), scritto in occasione della XX Giornata mondiale del malato, che si celebra l'11 febbraio.

Nell'apertura del Messaggio il Papa parla dell'esempio di Cristo che "si è chinato sulle sofferenze materiali e spirituali dell'uomo": ritiene che la testimonianza della comunità cristiana su questo versante sia oggi significativa e parli in modo adeguato a una cultura che invece tende a emarginare proprio le persone deboli e malate?

"Le parole del Santo Padre Benedetto XVI rimandano costantemente, come anche in questo Messaggio per la prossima Giornata mondiale del malato, all'originalità della fede cristiana, e cioè all'evento che qualifica e costituisce anzitutto la vita della Chiesa e di ogni credente: Dio che è Amore si è rivelato e comunicato all'umanità nel suo Figlio Unigenito, incarnato, morto e risorto. Da questo mistero ogni cristiano e la Chiesa intera attingono la capacità effettiva e il coraggio di un amore altrettanto disinteressato ed eloquente come, del resto, attestano le numerose strutture sanitarie e assistenziali, improntate secondo i carismi di tanti Santi della carità, che costellano la storia della Chiesa; a queste si aggiungono le esperienze che nel silenzio si stemperano all'interno delle famiglie, l'abnegazione e la professionalità di operatori sanitari nonché le molteplici espressioni del volontariato cattolico, che costituiscono senz'altro una valida testimonianza di come ancora oggi, in nome di Cristo e sul suo esempio, da questo "prima" di Dio, può come risposta spuntare l'amore anche in noi e per ogni uomo. Questo impatto è senz'altro eloquente, soprattutto nella cultura odierna, e occidentale in particolare, dove la dignità di ogni persona umana spesso è soggetta ad una concezione funzionalista, definita dalla presenza o meno di alcune 'funzioni' che concorrono a qualificare il grado di accettabilità o meno di una vita propriamente 'umana', la sola ritenuta 'degn' di essere vissuta, o di altri criteri del tutto convenzionali o arbitrari".

A proposito dei "Sacramenti di guarigione": in che modo il sacramento della Riconciliazione può aiutare i malati a trasformare la tentazione della disperazione in

"tempo di grazia per rientrare in se stessi", come scrive il Pontefice?

"La malattia e la sofferenza spesso sono state interpretate come segni di una 'punizione' o di una 'purificazione' per colpe delle quali ci si sentiva direttamente o indirettamente responsabili. Ancora oggi questa tentazione non è stata superata e con essa anche il rischio di una chiusura in se stessi, che imprigiona la persona, precludendosi anche la prossimità con Dio. Secondo l'interpretazione offerta dal Santo Padre, invece, e come è la natura propria del sacramento della Riconciliazione, la malattia interrompe certamente il nostro frenetico ritmo quotidiano, ridefinendo i contorni della fragilità e della dimensione creaturale umana, nella quale Dio non è un assente, ma si fa presente; ed anche quando in questo silenzio dal frastuono convulso delle nostre attività avvertiamo i nostri errori, le ferite e le lacerazioni ancora non rimarginate... Lì la fede ci ricorda che non siamo soli; anzi, possiamo avvertire la nostalgia dell'abbraccio del Padre che, sono le parole del Santo Padre, 'nel suo grande amore, sempre e comunque veglia sulla nostra esistenza e ci attende per offrire ad ogni figlio che torna da Lui, il dono della piena riconciliazione e della gioia".

Nella pratica pastorale il sacramento dell'Unzione degli Infermi è veramente trascurato?

"Non a caso l'espressione 'quasi un sacramento minore', riferito al sacramento dell'Unzione degli Infermi, sta ad indicare una prassi abituale non corretta e che deve quindi essere modificata; infatti, da sacramento 'estremo', in quanto solitamente amministrato in prossimità dell'exitus, l'Unzione degli Infermi deve ritrovare la sua esatta collocazione non solo e non esclusivamente tra le mura delle strutture sanitarie e di assistenza, ma diventare un'offerta che premurosamente i pastori devono offrire all'interno della parrocchia per le persone ammalate e anziane, con il coinvolgimento delle famiglie e di tutta la comunità locale. Per tale motivo, quindi, l'invito del Santo Padre nella parte finale del suo Messaggio si fa particolarmente incalzante soprattutto per i pastori 'ad essere sempre più disponibili', sull'esempio del Buon pastore e come guide del gregge loro affidato, alla celebrazione dei 'Sacramenti di guarigione' per gli infermi".



La comunità cristiana

Un salto di qualità

Don Andrea Manto (Cei): nella pastorale d'insieme

Formazione, missione negli ambienti sanitari e lavoro in rete, per una pastorale che vada oltre le celebrazioni della Giornata e che non sia solo "ospedale-centrica". Sono queste le priorità indicate da don **Andrea Manto**, direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità (Unps), intervistato dal SIR, che illustra anche la recente pubblicazione delle Linee guida per l'applicazione della Nota pastorale "Predicate il Vangelo e curate i malati" (2006).

Don Manto, quali sono le esigenze della pastorale della sanità oggi?

"La pastorale sanitaria è cresciuta notevolmente in questi ultimi anni ed è sempre più chiamata a un salto di qualità. Non bastano un approccio spontaneista e risposte occasionali, c'è una presenza di Chiesa da consolidare. Il rischio è di esaurire tutto in una giornata di celebrazioni, mentre il mondo della malattia, degli operatori sanitari, del volontariato e delle famiglie esige una presenza organizzata e costante. Il card. Bagnasco, nella Prolusione all'ultimo Consiglio permanente della Cei, citando il lavoro realizzato dall'Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità e dalla Consulta Nazionale degli organismi socio-assistenziali, ha ricordato che 'è di ogni evidenza l'assidua, capillare presenza della componente ecclesiale' nei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari del nostro Paese. Secondo la recente 'Rilevazione delle opere sanitarie, sociali ed ecclesiali in Italia', sono infatti 420.000 gli operatori e 14.000 i servizi di ispirazione cristiana; il 27,5% di questi servizi è promosso da parrocchie, il 19% dalle diocesi, il 18,1% da associazioni e il 13,1% da istituti di vita consacrata o società di vita apostolica. Questa presenza 'storica' della componente ecclesiale non è una realtà statica, ma va rinnovata per andare incontro alle sfide di oggi. Sono necessari: una specifica attenzione pastorale verso i malati e le loro famiglie, l'accompagnamento e la formazione degli operatori sanitari, percorsi di presa in carico delle situazioni più fragili, l'animazione pastorale del volontariato e il coordinamento delle associazioni, l'adeguata preparazione per le nuove questioni poste dalla bioetica".

L'Unps ha pubblicato, lo scorso giugno, le Linee guida per l'applicazione della Nota pastorale "Predicate il Vangelo e curate i malati" del 2006. Con quali obiettivi?

"I contenuti e i valori della Nota sono molto attuali e meritano di essere conosciuti meglio e tradotti in maggiore operatività. Il Vademecum vuole realizzare un passaggio dal testo al contesto, dal documento al comportamento, mediante l'individuazione di azioni specifiche ed efficaci.

Questo strumento vuole supportare le diocesi e le parrocchie nella presenza accanto ai malati e aiutare questi ultimi a partecipare pienamente alla vita della comunità cristiana, arricchendola con il tesoro spirituale che viene dalla sofferenza. Il Vademecum permette anche agli Uffici diocesani di impostare un cammino formativo per gli operatori pastorali e suggerisce strategie e best practice per progettare in loco la pastorale sanitaria".

Quale rapporto c'è tra la Nota del 2006 e il Vademecum?

"La Nota 2006 afferma che la 'comunione e la collaborazione non potranno essere efficacemente promosse senza il passaggio dall'agire improvvisato alla progettualità, e senza un coordinamento intelligente delle risorse presenti nella comunità' e indica alcune attenzioni prioritarie, tra le quali la formazione degli operatori pastorali a livello del sapere, saper essere, saper fare. Il Vademecum nasce dal lavoro di un gruppo multidisciplinare e ampiamente rappresentativo delle competenze professionali e pastorali operanti nel mondo sanitario che ha permesso di individuare un metodo per iniziare ad attuare quanto la Nota stessa auspica. Per essere presenza di Chiesa nel mondo della salute occorre una spiritualità matura e profonda e una formazione che trasmetta agli operatori non solo le necessarie conoscenze teoriche, ma sviluppi in loro le motivazioni più alte e i comportamenti più efficaci".

Come si possono integrare pastorale ospedaliera e pastorale dei malati nelle parrocchie?

"Un obiettivo specifico della Nota è quello di superare una pastorale ospedale-centrica. È necessario integrare sempre di più la pastorale della salute nella pastorale d'insieme della comunità parrocchiale e diocesana, evitando che l'assistenza ai sofferenti sia delegata solo ai familiari e/o ad alcuni operatori pastorali. Il tempo della malattia è una grande pedagogia per tutti: fa imparare la riconoscenza a Dio per i tanti doni ricevuti; spinge a pregare per chi è nella prova, ad apprezzare il bene nascosto, a ridimensionare i propri problemi; a far ritrovare semplicità e umiltà e incoraggia una maggiore disponibilità verso gli altri, invita ad approfondire la domanda sul senso della vita. Tutto questo è una straordinaria risorsa per l'evangelizzazione. Occorre aprirsi all'ascolto della malattia come evento esistenziale carico di significati e, nello stesso tempo, vivere il servizio ai malati come annuncio di speranza radicato in Cristo Risorto e come via di maturazione spirituale nel cammino di fede".

interviste a cura di **Simona Mengascini**



Un vescovo

Prima o poi l'incontro

Mons. Domenico Sigalini su sofferenza ed educazione dei giovani

“Scoprire che la sofferenza è una risorsa”: è la conclusione, raggiunta “dopo tanti pianti di notte”, a cui è arrivato mons. **Domenico Sigalini**, vescovo di Palestrina e assistente ecclesiastico generale dell’Azione cattolica italiana, reduce da un grave incidente in montagna, capitato lo scorso settembre, che ha messo in grave pericolo la sua vita. Dopo due mesi di ospedale e di cure intensive mons. Sigalini è tornato nella sua diocesi e ha ripreso la sua attività pastorale: il SIR lo ha intervistato in occasione della Giornata Mondiale del Malato sia sulla sua esperienza sia sulla necessità di educare le persone, e i giovani in particolare, sulla realtà della sofferenza.

Mons. Sigalini nella Lettera di papa Benedetto XVI alla città di Roma sul compito urgente dell’educazione, del 2008, c’è un passaggio sul tema della sofferenza come “verità della nostra vita”: è un’affermazione che può spaventare, non crede?

“Il problema della sofferenza, come dice il papa, è un problema di grande importanza per la vita di tutti gli uomini, perché prima o poi la si incontra. Il dolore ci fa sperimentare la limitatezza di tutta la nostra esistenza e consistenza: il problema è vedere se questa sofferenza è un castigo, è frutto di un incidente, è un malanno che ti capita, che sarebbe stato meglio che non ci fosse, è una maledizione o se invece, come è successo a me, è scoprire, dopo tanti pianti di notte, che è una risorsa. Prima dell’incidente ne avevo parlato in qualche omelia, ne avevo ragionato anche con i malati, ma quando lo provi sulla tua persona allora questa verità ti si incarna dentro e diventa veramente una profondità della tua vita”.

Se non “bisogna tenere al riparo i più giovani da ogni difficoltà ed esperienza del dolore”, come dice Benedetto XVI, che cosa si deve fare per educarli?

“Se uno capisce male la frase, allora potrebbe dire che i giovani bisogna farli patire. Occorre invece che le persone, i ragazzi in particolare, vengano a contatto con umiltà, con tutta questa sofferenza, che adesso si tenta di nascondere. Quando ero bambino andavo con il prete a portare l’Eucaristia ai malati e questo gesto ci metteva a contatto con il moribondo e nessuno si spaventava, perché la vita è così, c’è un momento in cui si parte, c’è la sofferenza, e tutto questo fa parte dell’esistenza. Dobbiamo aiutare un giovane a misurarsi con i propri limiti, con la propria insufficienza: ho fatto tanti viaggi a Lourdes con l’Unitalsi e ho visto tanti giovani che sono vicini ai malati gravi, addirittura si pagano il viaggio. A volte i ragazzi sono insod-

disfatti della vita, ma mai si pentono di aver assistito una persona malata, che è capace di trasmettere loro la forza della sua convinzione di voler vivere e conserva dentro di sé dei valori forti nonostante la sofferenza.

L’esperienza che ha vissuto l’ha cambiata come persona e come pastore?

Dopo i 15 metri di caduta che ho fatto sono arrivato all’ospedale con il cuore fermo, e poi ha avuto tutta una serie di complicazioni: quando ho cominciato a capire che cosa stava succedendo dentro di me mi sono ribellato a Dio, mi sono domandato perché, non ho fatto come Giobbe che ha detto ‘il Signore ha dato, il Signore ha tolto’. Poi lentamente mi sono rivolto al Crocifisso e ho capito quanto importante è per l’uomo riuscire, attraverso il dolore, a conquistare una dedizione ancora più profonda alla propria umanità e direi anche all’esperienza di Dio. Il dolore che ho provato mi ha fatto capire, per esempio, cosa vuol dire la solidarietà, non potersi muovere e avere bisogno di tutti per poter cominciare a sperare e a vivere, e questo, già di per sé, è stato un regalo. E poi l’esperienza di fede più bella è quella di unire, con molta consapevolezza della nullità che siamo, la nostra sofferenza con quella di Gesù Cristo. Nella vita cristiana non c’è l’equazione hai fatto bene, un premio, hai fatto male, un castigo, nella vita cristiana noi dobbiamo compiere ancora maggior bene perché il male è troppo: Gesù Cristo era innocente e ha patito perché questo male fosse distrutto e anche noi abbiamo questa vocazione a portare avanti la sofferenza perché questo mondo diventi migliore.

Di fronte al dolore e alla sofferenza, e alla necessità di dare sollievo ma anche senso a queste dimensioni della vita, qual è il ruolo della comunità cristiana?

La comunità cristiana deve sempre mettere la debolezza, la fragilità e la malattia al centro, e bisogna che abbia il coraggio di ridurre le sue prospettive di efficienza a misura delle persone e dei più deboli. Stare accanto ai malati e ancora di più fare l’esperienza di passare due mesi immobile in ospedale mi ha fatto capire quanto è importante l’accoglienza, a volte basta anche un sorriso, e l’attenzione ai sofferenti, alle loro esigenze e ai loro bisogni più veri.



Lourdes

Il cammino interiore

Don Danilo Priori, vice assistente nazionale, sull'impegno Unitalsi

"L'Unitalsi trova a Lourdes la propria casa. Il pellegrinaggio che viene fatto verso il santuario di Lourdes è un po' icona del pellegrinaggio che ogni cristiano fa verso l'incontro con Cristo nel Regno dei Cieli". A parlare è don **Danilo Priori**, vice assistente dell'Unitalsi nazionale.

Con chi soffre. La Giornata mondiale del malato si celebra l'11 febbraio, proprio in occasione dell'anniversario delle apparizioni della Madonna a Bernardette, a Lourdes. "Sicuramente è una giornata particolare – afferma il vice assistente dell'Unitalsi nazionale - e noi saremo presenti nel santuario di Lourdes, ma l'impegno costante dell'Unitalsi è quello di cercare di ritrasmettere nell'ordinario quello che è straordinario a Lourdes come esperienza, come approccio alle celebrazioni, come vicinanza a chi soffre. Celebriamo con gioia e passione l'11 febbraio, ma poi lo riportiamo nella quotidianità, altrimenti sarebbe un evento e non un approccio ecclesiale alla sofferenza". Anche il pellegrinaggio Unitalsi assume un valore particolare alla luce della Giornata mondiale del malato e dell'attenzione per chi soffre. "Certamente il nostro pellegrinaggio si caratterizza per avere delle sensibilità particolari – spiega don Priori – perché l'Unitalsi è un'associazione verso e con le persone malate, disabili, sofferenti, con difficoltà. Oggi, a volte, il dolore non è evidente, ma noi facciamo attenzione anche alle forme di sofferenza spirituale, offrendo vicinanza a chi la vive". Indubbiamente, "essere vicini ai sofferenti significa anche dedicare loro tempo: magari c'è la disponibilità a livello di cuore, ma si può essere in difficoltà facendo i conti con le attività quotidiane, il lavoro, la famiglia. Si cerca di fare il possibile".

In cammino. Una parte importante della visita a Lourdes è lo spostamento in treno. "Senza treno – osserva don Danilo - si perde il senso del pellegrinaggio, che non è solo lo stare a Lourdes, ma anche la preparazione che precede la visita vera e propria e la vita successiva al pellegrinaggio 'colorata' dall'esperienza vissuta. Purtroppo, però, negli ultimi tempi stiamo avendo difficoltà proprio con i treni perché le Ferrovie italiane e francesi, prediligendo l'alta velocità, penalizzano in orari e costi il pellegrinaggio in treno". Il pellegrinaggio, insomma, precisa don Priori, "non è solo un episodio a sé stante". "Noi – chiarisce - respiriamo con la Chiesa, che ci indica il cammino lungo il quale s'inseriscono i pellegrinaggi. Questi ultimi rientrano in un progetto formativo, per il quale noi cerchiamo di tracciare un cammino, seguendo le indicazioni che ci vengono date dal Santo Padre e dai nostri vescovi". La Chiesa negli

ultimi anni, ricorda il sacerdote, "punta tantissimo sulla formazione e sull'educazione dei fedeli. L'Unitalsi, all'interno del cammino formativo, pone il pellegrinaggio come momento straordinario di gioia, di festa e di incontro. Un conto è un pellegrinaggio, un conto un viaggio turistico: noi facciamo solo pellegrinaggi e al centro mettiamo Gesù Cristo". Questo tipo di esperienza non è comunque uguale per tutti: "C'è chi arriva al pellegrinaggio perché è al culmine di un cammino, altre volte è l'esperienza del pellegrinaggio che stimola l'inizio di un cammino, ma l'importante è camminare", sostiene il vice assistente dell'Unitalsi. "Al pellegrinaggio nazionale dell'associazione, che è il più frequentato, partecipano all'incirca 10mila persone all'anno, mentre i soci iscritti che partecipano a un cammino formativo sono almeno 100mila in tutta Italia – dice don Danilo -. Poi ovviamente i cammini sono calati anche a livello locale, secondo le indicazioni dei vescovi locali e dei parroci".

Educare alla vita buona del Vangelo. Durante tutto l'anno, dunque, l'Unitalsi promuove incontri formativi. "Ci preoccupiamo, innanzitutto – racconta don Priori - di formare i formatori dell'associazione e poi questa formazione, soprattutto di tipo spirituale, viene riportata nelle varie sezioni e sotto sezioni per arrivare capillarmente a tutto il territorio. Ci preoccupiamo di stilare un calendario di incontri perché la questione educativa è al centro del nostro essere associazione ecclesiale, altrimenti saremmo uguali a qualsiasi altra associazione di volontariato". Ogni anno il santuario di Lourdes suggerisce un tema da approfondire. Quest'anno è "Pregare il rosario con Bernardette", ma l'Unitalsi pone accanto al tema del santuario le indicazioni che vengono dai vescovi. "Partendo dagli Orientamenti pastorali dei vescovi italiani, 'Educare alla vita buona del Vangelo', e dal tema pastorale di Lourdes – evidenzia il vice assistente - abbiamo pensato di fare un pellegrinaggio percorrendo la vita buona del Vangelo attraverso i misteri del rosario. Così le icone dei misteri del rosario diventano tappe di un cammino di educazione secondo le indicazioni dei nostri vescovi. È la Chiesa, infatti, che ci fa sentire più forte il nostro carisma".

a cura di **Giogliola Alfaro**



Filosofia e medicina

Un nuovo pensiero

Ivan Cavicchi, il malato come "ospite"

Affrontare i problemi odierni della sanità con un nuovo modello culturale, una filosofia per la medicina, che superi l'impostazione economicistica e consideri il malato un "ospite" con cui instaurare una relazione. È la proposta di **Ivan Cavicchi**, autore di "Una filosofia per la medicina. Razionalità clinica tra attualità e ragionevolezza" e docente all'Università di Roma Tor Vergata di sociologia dell'organizzazione sanitaria e filosofia della medicina, che il SIR ha intervistato.

Nel messaggio per Giornata Mondiale del Malato, Benedetto XVI parla di "accoglienza generosa e amorevole di ogni vita umana, soprattutto di quella debole e malata", come un aspetto importante della "testimonianza evangelica" del cristiano: è un'impostazione condivisibile anche da un punto di vista scientifico e può rientrare all'interno di quella nuova "filosofia per la medicina" che lei propone?

"Il discorso dell'accoglienza, negli ultimi anni, soprattutto in alcuni ospedali, è stato organizzato addirittura in servizi orientati al pubblico, tuttavia l'idea non è stata tradotta esattamente nel senso della 'testimonianza evangelica' di cui parla il pontefice, ma recuperando la storica idea di 'accettazione' tipica degli ospedali, vale a dire un atto burocratico di ammissione e seguendo la logica della 'customer satisfaction', che va bene per i turisti ma non per i malati. Sicuramente meglio di niente. In alcune realtà sanitarie, tuttavia, soprattutto della Toscana, sono in atto esperienze interessanti, che interpretano 'l'accoglienza generosa e amorevole' di cui parla il papa in termini di 'ospitalità', fino a parlare di 'accoglienza ospitale'. Nella mia 'filosofia per la medicina' l'ospitalità ha un ruolo centrale in quanto permette di andare ben oltre la deontologia del bon ton e dell'amabilità, per farne addirittura un cambiamento dei 'modi di essere' di una struttura complessa come l'ospedale e a ridiscutere il 'genere di servizio'".

In pratica cosa cambierebbe, soprattutto per i malati?

"Il cambiamento nasce dal considerare il malato non più semplicemente un 'ricoverato', quindi un oggetto da curare che accetta passivamente una certa organizzazione e un certo modo di essere curato, ma un 'ospite' quindi un soggetto con il quale innanzi tutto bisogna avere una relazione. L'ospitalità antropologicamente non è niente altro che una relazione particolare tra diritti e doveri. L'ospite è trattato come se 'fosse a casa sua' pur essendo obbligato a sua volta a rispettare dei precisi doveri. Ebbene questo applicato in un ospedale ha effetti sorprendenti perché

obbliga l'ospedale ad organizzare il suo modo di conoscere la malattia in una relazione quindi induce la clinica a conoscere il malato e la malattia attraverso la relazione. Ma la cosa ancor più sorprendente è che migliorando attraverso le relazioni i trattamenti di cura si hanno benefici economici rilevanti, quali la riduzione degli errori clinici, l'abbassamento del contenzioso legale e della medicina difensivistica. Questo dimostra che 'l'accoglienza ospitale' può essere di gran lunga più conveniente di molti altri tipi di interventi strutturali che per definizione sono costosissimi. Di questi tempi non mi pare un dettaglio secondario".

Questa nuova "filosofia per la medicina" è necessaria perché i tagli del welfare e l'attuale situazione di crisi impongono un ripensamento dei modelli di gestione della sanità, o abbiamo proprio bisogno di un nuovo paradigma culturale?

"Il mio libro 'filosofia per la medicina' sostiene che la medicina nel suo complesso oggi tradisce un forte carattere regressivo. Cioè mentre tutto è cambiato essa è rimasta, quale apparato concettuale, sostanzialmente ferma al paradigma definito più di un secolo fa. Questa regressività ha dei costi sociali ed economici enormi, perché è, in sé, non solo inappropriata nei confronti dei nuovi e vecchi bisogni del malato quindi con un pessimo rapporto costi/benefici, ma è antieconomica perché i 'modelli' operativi ai quali dà luogo sono sempre meno pertinenti sia nei confronti delle esigenze sociali del cittadino sia nei confronti delle esigenze di governo della spesa da parte dell'economia. Insomma la regressività della medicina e della sanità è un pessimo affare per tutti. Oltre ai problemi dei 'contenitori', quindi delle organizzazioni sanitarie, vi sono anche quelli dei 'contenuti', dei modi di conoscere il malato, e che è del tutto vano riorganizzare i contenitori senza ripensare i contenuti. Sono decenni che ci preoccupiamo di riorganizzare i servizi della sanità senza mai ripensare i modi di conoscere, di giudicare, di decidere, di scegliere della medicina. Dimentichi che oggi in questa società non è più possibile escludere dai processi di conoscenza il malato che resta il primo contenuto per antonomasia. Parlare quindi di filosofia 'per' la medicina significa offrire alla medicina un pensiero per rinnovarsi. Il primo interlocutore di questo discorso sono le università che continuano a formare medici con modelli davvero regressivi e anacronistici".



Bioetica

Il valore penultimo

Palma Sgreccia sul dialogo tra etica e vita umana

“La cura è ‘il lavoro dell’amore’ che riguarda tutta la famiglia umana”. È la lettura che **Palma Sgreccia**, docente stabile di Filosofia morale e Bioetica al Camillianum, Istituto internazionale di teologia pastorale sanitaria, intervistata dal SIR, fa dei temi della Giornata Mondiale del Malato di quest’anno è “Alzati e va, la tua fede ti ha salvato” e del cammino proposto, nel 2012, dall’Ufficio nazionale per la pastorale della sanità che si concentra proprio sul “Curare tutto l’uomo”.

Nell’ambito del tema del “prendersi cura” quanto è importante una formazione bioetica?

“La cura è una struttura fondamentale dell’essere umano, è rivelativa della nostra costitutiva dipendenza e vulnerabilità, è l’attitudine fondamentale di noi soggetti relazionali, perché il nostro stesso sussistere è legato alla cura. In bioetica la riflessione sull’etica della cura ha aiutato a mettere in luce la disumanità dei rapporti impersonali e asettici, incapaci di dare risposte ai bisogni profondi dell’altro. Ha insegnato che curare tutto l’uomo significa preoccuparsi, occuparsi della persona umana nelle dimensioni concrete e spirituali, significa aprire alla speranza, coltivando la capacità di vedere un futuro migliore. La cura richiede l’attenzione alla corporeità, la capacità di capire il punto di vista di chi ha bisogno, la consapevolezza della dignità umana, è un’esperienza incarnata e personale; è ‘il lavoro dell’amore’, come dice Eva Kittay, che riguarda tutta la famiglia umana”.

La bioetica deve dunque rientrare nei percorsi di pastorale sanitaria?

“C’è un nesso profondo tra bioetica e pastorale: la bioetica è una disciplina laica perché procede per argomentazioni razionali, ma si pone questioni di etica della vita e della salute che trovano soluzione alla luce dell’orizzonte di senso. Sentirsi figli di Dio o figli del caso non è irrilevante. Le problematiche bioetiche ci presentano posizioni contraddittorie: da una parte, soprattutto nel rapporto medico/paziente, si enfatizza il principio di autonomia-autodeterminazione-autopossesso, dall’altra, soprattutto dalle neuroscienze, si tende a negare la libertà e responsabilità dell’uomo che sarebbe determinato dalle sue strutture chimico-fisiche. L’antropologia cristiana offre alla bioetica uno sguardo concreto e realista sull’uomo che è incompleto, ma compiuto, libero, ma non assolutamente indipendente, aperto all’Assoluto, ma legato ad una condizione esistenziale intrisa di finitudine, dotato di una seconda natura di carattere spirituale e insieme condizionato dai bisogni e dal corpo”.

Vorrebbe dire che è la riflessione della Chiesa che può “illuminare” i problemi della bioetica?

“Il Magistero della Chiesa quando affronta le questioni bioetiche ricorda che l’uomo non genera l’essere e la verità, così non crea il bene e il male. Contro le teorie che attribuiscono ai singoli individui, o ai gruppi sociali, la facoltà di decidere del bene e del male, ossia contro l’idea dell’uomo come fonte e giudice dei valori, ricorda che l’uomo non è una specie di ‘secondo Dio’, avente la prerogativa di creare le finalità del proprio essere e le regole del proprio comportamento, ma è dotato di una libertà partecipata”.

Secondo il suo punto di vista è oggi possibile applicare una pedagogia che educi veramente a una vita e una salute “buona”?

“Dalla fine degli anni Sessanta si è passati da un concetto di salute intesa come assenza di malattia, e della cura come ‘riparazione’ dei guasti della macchina fisica, a una visione sempre più orientata prima alla prevenzione, poi all’integrazione del fisico con lo psicologico, e infine alla ricerca-richiesta di ottimizzazione dei propri potenziali vitali fisici, psichici, estetici, prestazionali e relazionali. In questa evoluzione, il concetto di salute finisce per riassorbire in sé il proverbio contadino secondo cui ‘quando c’è la salute c’è tutto’: originariamente indicava che la mancanza di malattia era la base minima di cui essere già soddisfatti, anche in carenza di fortuna e denaro, mentre oggi si intende piuttosto che ‘la salute include tutto quanto necessario per una vita davvero degna di essere vissuta’. Questa nozione ampia di salute pone non solo problemi a livello economico, ma rischia di far perdere di vista una sana antropologia del limite. Secondo la visione cristiana la salute è un valore penultimo rispetto al valore della vita buona. Il concetto di salute non è completo senza la domanda: salute, a che scopo? Non viviamo per stare sani, ma siamo e vogliamo essere sani per vivere e per agire. Le questioni poste alla bioetica – medicina del potenziamento e medicina crionica – ci dovrebbero far recuperare il senso del limite, la differenza tra il curare e il migliorare. Invece di impiegare le nostre nuove possibilità genetiche per raddrizzare il ‘legno storto dell’umanità’, dovremmo fare il possibile per creare assetti sociali e politici più accoglienti nei confronti dei doni, e dei limiti, di noi imperfetti esseri umani”.

interviste a cura di **Simona Mengascini**



Sanità pubblica

Ognuno è responsabile

Silvio Brusaferrò: tra esigenze di bilancio e qualità della cura

Qual è il futuro della sanità in Italia e – soprattutto – come vivere una vita lunga e “buona”? Il SIR ne ha parlato con **Silvio Brusaferrò**, docente all’Università di Udine, direttore della Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva nel medesimo ateneo e responsabile della Struttura operativa igiene ospedaliera e rischio clinico all’Azienda ospedaliera universitaria “S. Maria della Misericordia” di Udine.

La sanità pubblica, in Italia, si scontra con difficoltà di bilancio e fondi che – seppur consistenti – sono limitati. Quale futuro ci attende?

“È vero che i fondi vengono ridotti, ma non ci sono tagli assoluti, semmai potremmo dire che c’è un gap tra una richiesta crescente e un’offerta che non la riesce a soddisfare indiscriminatamente. A fronte di una siffatta situazione l’interrogativo è: quanto riusciamo a valorizzare i soldi che abbiamo? È una questione che chiama in causa la responsabilità di ciascuno, dall’operatore sanitario al singolo cittadino. Siamo in un tempo di ‘vacche magre’, ma nell’ambito della salute non si può lavorare per risparmiare, bensì per spendere al meglio le risorse. Ed è qui che bisogna intervenire, sapendo che prescrivere o fare un esame inutile per un soggetto sottrae risorse che possono essere invece essenziali per qualcun altro”.

La salute dei cittadini è ancora, per lo Stato, un diritto fondamentale?

“Certamente, il servizio sanitario nazionale è una grande conquista sociale e la copertura universale un patrimonio, ereditato dalla nostra storia, che va salvaguardato. Il diritto alla salute, in un contesto di risorse limitate, richiama l’etica sociale e la deontologia professionale. C’è, poi, un’altra questione che influisce sulla spesa sanitaria: la crescente aspettativa di vita. Viviamo più a lungo, ma bisogna trascorrere questo tempo in salute. Se la qualità della vita è buona le risorse sanitarie vengono utilizzate in misura minore”.

Si parla oggi di quarta età, e aumentando la vita crescono sempre più gli anziani non autosufficienti. O comunque fortemente bisognosi di cure...

“Il concetto di anziano a 65 anni è una soglia da rivedere. Con una prospettiva di vita prossima al secolo si vive un arco di tempo anche culturalmente molto lungo, nel quale sono richiesti una buona salute fisica, un equilibrio psichico, un contesto sociale adeguato. Occorre lavorare sulla prevenzione e promozione della salute, limitare i fattori di rischio attraverso le scelte quotidiane. Poi, essere inseriti in reti sociali in grado di sviluppare solidarietà è importante

per la qualità della vita e la buona salute. E non bisogna dimenticare, infine, l’evoluzione tecnologica e la ricerca sulle malattie”.

Nel concreto, le lunghe attese per effettuare un esame e la chiusura degli ospedali nei piccoli centri sono due esempi additati da chi lamenta un “cattivo funzionamento” della sanità pubblica. È così?

“Utilizzare al meglio le risorse esige a volte una riorganizzazione, con interventi che permettono di migliorare il servizio, oltre che contenere i costi. Dobbiamo aver chiaro cosa effettivamente serve. Dietro alla chiusura di alcuni piccoli ospedali c’è la necessità di mantenere uno standard qualitativo, che richiede un minimo di attività, e dunque rispondere a criteri tecnici oltre che economici. Per garantire i livelli di assistenza vanno portati vicino i servizi primari, mentre altre attività è bene che siano concentrate, per dare una risposta sicura e appropriata in tempi giusti”.

Ancora oggi in Italia, la presenza ecclesiale, nei servizi sanitari e soci-sanitari, è piuttosto diffusa...

“È un capitale inestimabile che trae origine da quella cultura della salute che vedeva la sanità come attenzione al debole, al povero. Gli ospedali nacquero dietro la spinta degli ordini religiosi come comunità che si faceva carico del debole. Ancora oggi le strutture sanitarie cattoliche, in larga parte legate al servizio sanitario pubblico, garantiscono standard superiori alla media, grazie alla loro peculiarità di perseguire non solo la cura del corpo, ma anche la dimensione spirituale. Infine, oltre alla testimonianza di una storia e all’attenzione alla sfera trascendente, queste strutture hanno anche la capacità di mettere in gioco risorse – strutturate, ma pure volontarie – per intercettare i bisogni degli ultimi e dare risposte”.

Alle origini gli ospedali rispondevano a un’esigenza sanitaria, ma anche sociale... Oggi, invece, assistiamo a una progressiva “deospedalizzazione”. Perché?

“Non si può pensare a una sanità disgiunta dal sociale, e per questo diverse regioni stanno lavorando per un’integrazione nell’ambito socio-sanitario. L’ospedale è sempre più specializzato, un concentrato di risorse e tecnologie nel quale la permanenza quotidiana costa centinaia di euro. Per questo si tende sempre più a limitare l’accesso per la fase acuta della malattia. Per il resto, bisogna lavorare su una rete di servizi con strutture intermedie che diano protezione. Questa è la vera sfida, che passa attraverso lo sviluppo di comunità solidali e porta, alla fine, a una migliore qualità della vita”.



Il corpo

La forza e il limite

Ivo Lizzola: la fragilità per scoprire la bellezza

Custodire la salute del corpo per condurre una "vita buona". Un richiamo che si scontra con alcuni dati preoccupanti che vengono dal mondo giovanile, nei quali si parla di abuso di alcool fin dall'adolescenza, di depressione, di anoressia e bulimia. Per meglio capire le tendenze e le questioni in campo, il SIR ha incontrato **Ivo Lizzola**, pedagogista e preside della facoltà di Scienze della formazione all'Università di Bergamo.

Condurre una "vita buona" richiama anche l'importanza di custodire il corpo in buona salute. Quali sono oggi le tendenze più diffuse, specie fra i giovani?

"Vi sono interessanti movimenti di rivisitazione del corpo nel suo limite e nella sua forza simbolica. Dopo una stagione segnata da un salutismo molto marcato e da un uso del corpo come se fosse 'onnipotente', i compiti di cura che già gli adolescenti devono assumere nei confronti di familiari anziani, oppure l'esperienza di coetanei segnati dalla malattia o dall'invalidazione precoce portano tantissimi giovani a ripensare il rapporto con il loro corpo. Si evidenzia così il corpo mortale, ma bello, luogo di una vita buona. Ma vi è pure un'altra tendenza, che vive la scoperta della fragilità del corpo – bello, ma mortale – in chiave nichilista o addirittura autodistruttiva".

E, anche nel caso della reazione nichilista, parliamo di persone che godono di buona salute...

"Sì, ma non reggono il confronto con la mortalità del corpo, perché non hanno ancora costruito a sufficienza il sentimento profondo di bellezza, fraternità, gioiosità che lo abita. Se non si vive il corpo come generativo di vita altra, nella sua potenzialità di rapporti fraterni e solidali, se non lo si vede come risonanza della bellezza della natura, allora può diventare una prigioniera, un limite insostenibile. Quando ci si confronta concretamente con la malattia, ad esempio per un incidente, si nota in chi è stato colpito, una grandissima capacità di reazione e riappacificazione con il proprio corpo; quelli che fanno più fatica, invece, sono coloro che gli sono vicini e vivevano in un immaginario salutistico d'onnipotenza e di pienezza. Chi è in salute si fa più problemi".

Quale compito educativo è richiesto per far superare nei giovani l'immaginario salutistico e onnipotente?

"Dobbiamo portare i nostri bambini, preadolescenti e adolescenti nei luoghi del corpo debole, ferito, per far fare una consapevole esperienza di prossimità nella cura, nella

quale essi provano la paura, ma scoprono pure un'incredibile capacità di tenerezza e di produzione simbolica del significato di ogni momento, di ogni gesto, di ogni sguardo. Si scopre così l'incredibile capacità di vita anche del proprio corpo, limitato e mortale. È un'esperienza educativa dell'umano".

La paura della malattia, nella società odierna, porta a nascondersela, nell'illusione di allontanarla da sé. È una questione di maturità?

"Se per maturità s'intende la capacità di aver assunto queste dimensioni, allora sì. Non è una questione anagrafica: ci sono ragazzi di 12-13 anni che nell'assistenza a zie o nonne invalide hanno tirato fuori la capacità di pensare e 'osare' il contatto con il corpo malato. Ma se non si passa attraverso la prova pratica la maturazione non avviene".

Dagli ultimi sondaggi, a fronte di un minor consumo di stupefacenti, è sempre più presente, soprattutto tra i giovanissimi, l'abuso di alcool. È allarme?

"All'abuso di alcool aggiungo il crescere delle depressioni in età adolescenziale, o tutti i disturbi alimentari. La sfida che ci rivolgono questi fenomeni è di non catalogarli all'interno di una ragione risolutiva, tra i problemi di tipo medico, psichiatrico o sociologico, ma recuperarne la complessità. Il fatto che stia aumentando l'abuso di alcolici, mentre scende l'età di chi li assume, ci dice di un bisogno fortissimo di emozioni e confronto con il limite. Su questo dobbiamo interrogarci: vuol dire che nei nostri percorsi educativi, nei cantieri vitali che proponiamo i giovani non trovano altre vie più convincenti, più attraenti".

Che fare, dunque?

"È un problema culturale ed educativo. Dobbiamo prendere questi ragazzi che sentono la crescita del proprio corpo, che cercano significati e non sempre li trovano, che vivono relazioni sempre più forti e significanti, e dedicare loro tempo. In gioco ci sono dimensioni psicologiche, relazionali, affettive, di senso. E la pressione fortissima di una società consumistica. Se la nostra cultura adulta è segnata dalla fretta, allora è più rapido andarsi a bere qualcosa piuttosto che spendere del tempo per confrontarsi, dialogare, crescere insieme... Se invece vogliamo investire su di loro dobbiamo proporre cantieri d'avventura, di responsabilizzazione, di vicinanza a esperienze 'forti' che permettano di scoprirsi e di mettersi in gioco".

interviste a cura di Francesco Rossi



La mente

I nostri "desaparecidos"

Franco Previte: la tutela dei malati psichici

Secondo stime recenti, circa l'11% della popolazione europea, vale a dire 50 milioni di persone, soffrirebbe di patologie psichiatriche. In Italia si parla di quattro milioni e mezzo di individui con disturbi mentali più o meno gravi. I portatori di disagio mentale sono tuttora vittime di un forte stigma sociale: si tende, in genere, a tenere lontane tali persone come pericolose. La legge Basaglia per la chiusura degli ospedali psichiatrici venne approvata il 13 maggio 1978. Ha cambiato il modo di curare i malati prevedendo una serie di strutture tra cui il centro di ricovero per le malattie acute, l'ambulatorio per le terapie farmacologiche, i centri diurni e le case famiglia. Tali strutture devono essere organizzate in sinergia dai Dipartimenti di salute mentale, che a loro volta dipendono dalle Asl. Le critiche alla legge Basaglia riguardano proprio il funzionamento, a volte non adeguato, di tali strutture territoriali, che lasciano senza assistenza larghe fasce di malati. Si ha intervistato **Franco Previte**, presidente dell'Associazione "Cristiani Per Servire", che da anni si occupa di promozione delle cure sanitarie e della tutela dei malati psichici.

Che bilancio si sente di trarre sull'azione svolta da "Cristiani per Servire"?

"Era il 7 ottobre 1998 quando insieme alle Opere don Guanella e don Orione abbiamo presentato una Petizione al Parlamento Italiano (ed anche a quello Europeo) per sensibilizzare il mondo politico ad attuare una riforma dell'assistenza psichiatrica. Non nascondo che abbiamo sempre avuto delle perplessità sulla chiusura degli ospedali psichiatrici e per la dismissione dei 'pazienti' in quanto le leggi 180 e 833, prive del regolamento d'applicazione, non hanno sempre consentito la concretizzazione dei progetti-obiettivi per la prevenzione, cura e riabilitazione della disabilità mentale. Il risultato è che ancora oggi non si riscontrano adeguati positivi risultati, se non con poche eccezioni. Le famiglie risultano spesso in difficoltà per il reperimento dei servizi, difficoltà che sfociano a volte nella disperazione od in scelte sbagliate. Una spiegazione è che l'Italia dedica il 3,4% del budget per la salute mentale, mentre la Tanzania il 7%, l'Australia il 10%, l'Inghilterra il 12%. Il bilancio è senza ombra di dubbio, molto, molto negativo".

Quali sono, a suo avviso, i provvedimenti più urgenti da prendere?

"Lo abbiamo proposto al Governo Monti attraverso la stampa: rivedere la legge Basaglia (180 e 833) in due punti: primo l'autorizzazione al trattamento sanitario obbliga-

torio anche in assenza del consenso del paziente, almeno in determinate condizioni; secondo la realizzazione di strutture territoriali di riabilitazione di lunga durata per i casi difficili, onde evitare che sulle famiglie gravi un carico insostenibile di disagio, costi e pericoli. C'è inoltre la prevenzione dei disturbi di comportamento e di psicopatie in età evolutiva a tutt'oggi non adeguatamente valutata. Le due prime modifiche non hanno trovato l'attenzione che di qualche deputato, per cui il testo unificato Burani-Procaccini, concordato con tutte le parti politiche, si è arenato in Parlamento nel 2005. Da questa data ogni iniziativa in favore dell'handicap mentale è letteralmente sparita dall'agenda parlamentare. Aggiungo che uno dei problemi più scottanti è quello del 'dopo-doinoi', essenziale per il futuro di questi 'desaparecidos della nostra civiltà', cioè quel quid economico che garantirebbe il proseguo della loro vita e della loro assistenza".

Esistono "aree di eccellenza" e "buone pratiche" nel nostro Paese che possano essere di esempio in territori e situazioni meno attrezzate?

"I casi eclatanti che quasi giornalmente avvengono ad opera di soggetti mentalmente deboli, sono marcati segnali di allarme che dimostrano con i fatti, come appare inadeguata, non esistendo 'aree di eccellenza' o 'buone pratiche' specie nel Sud d'Italia rispetto alla modernissima Lombardia, la 'scelta' del Legislatore sulla chiusura degli ex-ospedali psichiatrici ed inefficace la filosofia del passaggio dal sistema sanitario a quello assistenziale. I politici, specie quelli di fede cattolica, devono esercitare tutte le possibili iniziative affinché la dignità dell'uomo 'malato' sia debitamente riconosciuta, rispettata e promossa. Il Parlamento, poi, è la sede naturale per affrontare questo urgente e grave, ripeto, disagio sociale".

Lei reputa che occorrerebbe fare di più in questo campo a livello ecclesiale, e - se sì - come e che cosa?

"La presenza delle Caritas Parrocchiali, di associazioni come Sant'Egidio e altre è ancora essenziale e necessaria. L'obiettivo della 'Giornata mondiale del Malato' del prossimo 11 febbraio, voluta dal Beato Giovanni Paolo II°, era quello di sensibilizzare la società alle necessità di 'donare' agli infermi una assistenza adeguata. Alle realtà ecclesiali compete quindi sia di continuare, laddove presenti, a offrire esempi di buone pratiche, sia di fungere da stimolo per una crescita di tale sensibilità specie presso gli amministratori della cosa pubblica, perché le strutture di assistenza sappiano davvero fare il loro dovere non lasciando i malati e le loro famiglie allo sbando".

a cura di **Luigi Crimella**



Verso la fine

Una medicina materna

Giovanni Zaninetta: il significato delle cure palliative

“Vegliate con me”: è il richiamo al Getsemani che ha ispirato la madre fondatrice delle moderne cure palliative, Cicely Saunders. “Educazione alla veglia comune” così la chiamava questa straordinaria dottoressa inglese che trovava continua fonte di energia e ispirazione proprio nella sua fede. E nel suo viverla in un senso profondo di comunione con le persone con le quali aveva fondato il St Christopher hospice, nel sobborgo londinese di Sydenham. Oggi quell’invito di quarant’anni fa è ancora valido per chi ogni giorno si dedica all’accompagnamento di quei due milioni e mezzo di persone che ogni anno vengono prese in carico dalle cure palliative. E una delle esperienze più longeve in questo ambito nel nostro Paese è quella dell’Hospice della casa di cura Domus Salutis di Brescia, prima struttura residenziale per la cura dei malati in fase terminale, nata in Italia nel 1987. Il direttore è il dottor **Giovanni Zaninetta**, per il quale “ogni esistenza ha un senso nella sua interezza e unicità”.

Dottor Zaninetta, nel Messaggio del Papa per la giornata del malato c’è un passaggio sul “momento della sofferenza” durante il quale “potrebbe sorgere la tentazione di abbandonarsi allo scoraggiamento e alla disperazione” e che invece “può trasformarsi così in tempo di grazia”. Quali sono le risonanze di queste parole per chi lavora in un ambito come il suo?

“Sono innanzitutto qualcosa con cui abbiamo a che fare ogni giorno. Quotidianamente ci capita di incontrare percorsi di vita al loro finire che subiscono nell’ultimo tratto una sorta di impennata e recuperano tutto quello che durante il corso degli anni avevano magari perso o solo dimenticato: ferite sanate o da risanare, affetti ritrovati, richieste di perdono che vengono finalmente formulate. Ma non possiamo nascondere che spesso è altrettanto difficile avere l’occasione e la possibilità di dare una risposta a quelle domande di senso che ogni persona ha nel cuore”.

Cosa c’entrano le cure palliative con tutto questo?

Le cure palliative non possono prescindere da un approccio globale nei confronti del malato sia sotto il profilo medico, infermieristico, che psicologico, sociologico e spirituale. Attenzione, questo ultimo aspetto non è meno importante del resto, ma assume piena e grande dignità. Anzi, nella stragrande maggioranza dei Paesi dell’Europa come degli Stati Uniti sono stati elaborati negli ultimi anni importanti studi in merito. C’è addirittura chi il Pastoral care, che certo va anche oltre le cure palliative, ha scelto di insegnarlo in Università”.

La vita fino alla fine dunque. E il vostro obiettivo è alleviarne la sofferenza.

“Certo, è innegabile che una parte importante della nostra medicina è data dalla terapia del dolore. Proprio Cicely Saunders aveva elaborato il concetto di dolore totale e aveva sperimentato gli effetti della somministrazione della morfina data non al bisogno, ma distribuita nell’arco della giornata. Questa scelta permette al malato di poter vivere più serenamente il suo tempo finale, circondato dall’affetto dei suoi cari che possono assisterlo senza vivere la preoccupazione di un’ulteriore sofferenza”.

È certo un’avventura umana anche per un medico quella delle cure palliative...

“Non amo certo il protagonismo e non mi piace parlare in prima persona; tuttavia, posso dire che occorre avere molto rispetto nei confronti dei volti e delle vite che ti chiedono cura e sostegno. Tutto l’impegno possibile nell’ascoltarli e rassicurarli. Nel dialogare con loro, cercando di sciogliere tutti i dubbi, tutte le paure, lontani dalle illusioni ma cercando anche riparo dalle angosce. Garantire loro la propria presenza, anche solo con una parola al telefono, con la speranza che sia tranquillizzante. In questo tipo di approccio le donne sono spesso più brave di noi uomini, perché, in fondo, le cure palliative sono una medicina materna. Occorre poi ricordare il ruolo straordinario svolto da tutti quegli infermieri che sono impegnati con una presenza costante accanto ai nostri malati e alle loro famiglie, in tutte fasi della cura spesso in modo quotidiano. Il lavoro di équipe nelle cure palliative è anche una straordinaria esperienza per chi si trova a viverla dal punto di vista professionale”.

a cura di **Francesca Lozito**



Immigrati

Malati come noi

Salvatore Geraci (Caritas Roma): le cure pediatriche devono essere garantite

Pregiudizi duri a morire. Dare la possibilità anche ai bambini stranieri irregolari di curarsi da un pediatra. Le malattie che colpiscono gli immigrati e i rischi altissimi di infortuni sul lavoro. L'azione di sensibilizzazione della Chiesa. Ne abbiamo parlato con **Salvatore Geraci**, responsabile dell'area sanitaria della Caritas di Roma.

È ancora vivo il pregiudizio secondo cui gli immigrati portano malattie?

"Il pregiudizio non è assolutamente superato. Cito un esempio emblematico, di cui sono venuto a conoscenza proprio ora: una lettera della questura di Bari che invita una richiedente asilo a presentarsi la prossima settimana alla Commissione territoriale per il colloquio. La frase finale è: la straniera "dovrà presentarsi nel giorno previsto per l'audizione presso la citata Commissione, munita di idonea documentazione medica attestante il buono stato di salute, con particolare riferimento all'assenza di segni e sintomi riconducibili a malattie infettive. Il certificato deve possibilmente riferirsi al giorno precedente alla data di convocazione". È la prima volta che ricevo una segnalazione del genere, bisogna capire se è una prassi diffusa oppure no. In ogni caso è un fatto estremamente grave. Non le viene chiesto un certificato per attestare eventuali torture subite e così aver accesso all'asilo, ma un certificato per evitare il rischio di infettare altri... È ancora necessaria un'azione culturale di sensibilizzazione molto forte".

Come realizzate questa azione di sensibilizzazione?

"C'è una mobilitazione di tutte le Caritas locali anche sul tema della salute, per togliere pregiudizi e paure. Una novità nel mondo ecclesiale è stato il recente convegno congiunto Migrantes e ufficio pastorale della sanità della Cei su salute e migrazioni. Nel documento finale si auspica un rapporto stretto tra pastorale della salute, Migrantes e Caritas, per un'azione forte anche in termini di sensibilizzazione e informazione, di advocacy politica, per assicurare l'equità, l'accesso e il contrasto alle disuguaglianze. È positivo che questo tema sia uscito dalla nicchia Caritas, che pure è importante ed operativa. È importante che la Chiesa intera assuma a pieno questa responsabilità. È un passaggio culturale necessario. Di fatto significa che la pastorale della salute, tramite i cappellani ospedalieri, ha una possibilità enorme di veicolare informazioni in ambienti non sempre sensibili. Migrantes invece lavora con le comunità e le Caritas nei servizi di prossimità".

In Italia vivono un milione di minori stranieri, di cui 700.000 nati e cresciuti qui. Cosa serve per loro, in termini sanitari?

"Chiediamo di garantire il pediatra ad ogni bambino straniero, indipendentemente dallo status giuridico, ossia se irregolare o meno. In questo senso non servirebbe nemmeno una legge, perché c'è la Convenzione di New York, ratificata dall'Italia, che assicura ad ogni bambino il massimo livello di protezione possibile, in questo caso un pediatra che lo conosce e lo segue. Molto dipende dalle Regioni. Ad esempio in Puglia, per legge, anche i bambini irregolari hanno il pediatra di libera scelta. A questa norma c'era stato anni fa un ricorso della presidenza del consiglio, che è stato però rigettato da una sentenza della Corte costituzionale. È incostituzionale non garantire a tutti i bambini stranieri il miglior livello di assistenza sanitaria".

Si sta diffondendo la medicina transculturale. Su cosa si fonda?

"Nella medicina transculturale non bisogna dare nulla per scontato. La sua forza è data dalla narrazione, dall'ascolto, dal mettersi in relazione vera con la persona e non considerare scontato ciò che per l'altro può non esserlo. Ad esempio molti legano il farmaco al sintomo e non capiscono quando bisogna prendere farmaci a vita; ma questo succede anche tra gli italiani anziani".

Però ora gli immigrati si ammalano anche delle malattie tipiche degli italiani.

"Certo. Tecnicamente si chiama 'transizione epidemiologica', ed è legato all'anzianità dell'immigrazione, alle condizioni di lavoro difficili, all'acquisizione di cattive abitudini di vita, all'aumento dell'età degli immigrati, come le cinquantenni badanti dall'est europeo. Da un rapporto dell'Università Cattolica che sarà pubblicato a breve emerge che le cause di ricovero per gli uomini stranieri riguardano la traumatologia, quindi legate agli infortuni sul lavoro, dove c'è un rischio relativo otto volte maggiore rispetto agli italiani. Tra le donne il 50% dei ricoveri sono legati alle gravidanze e al parto".

In questi giorni di freddo prevedete maggiore afflusso nei vostri ambulatori?

"Ora sono tutti al riparo negli ostelli, dove sono più esposti a malattie. Per noi l'afflusso maggiore sarà nei prossimi giorni, quando saranno già ammalati. Registriamo anche casi gravi come polmoniti e situazioni complesse, aggravate dalle cosiddette 'patologie della povertà'".

a cura di Patrizia Caiffa



Ospedale

L'umanità in corsia

Don Massimo Angelelli, impegnato nella formazione degli operatori

“La formazione degli operatori sanitari è fondamentale”. Di questo è convinto don **Massimo Angelelli**, cappellano al Policlinico Tor Vergata di Roma. “Noi forniamo un’assistenza legata sia alla vita sacramentale sia all’accompagnamento spirituale – evidenzia il sacerdote –, ma l’operatore, medico o infermiere, è a fianco del malato. È attraverso la sua presenza e la sua testimonianza che si stabilisce una relazione di aiuto efficace. Più riusciamo a formare gli operatori, più qualificheremo in maniera migliore i percorsi di assistenza”.

Cristianizzare gli ospedali. Attraverso la formazione degli operatori si può anche arrivare anche a quella umanizzazione degli ospedali di cui tanto oggi si discute, ma don Angelelli sottolinea: “Sicuramente parliamo di umanizzazione delle cure e degli ospedali, ma a me piace parlare di cristianizzazione degli ospedali, con un significato preciso. Non vuol essere un’etichetta da mettere alle strutture. Vuol dire semplicemente che, siccome nel malato noi riconosciamo il Cristo sofferente, per noi quel corpo malato è il corpo di Cristo. Perciò, non dobbiamo solo umanizzare, ma come cristiani dobbiamo cristianizzare le nostre cure perché alla persona che soffre, insieme a tanta scienza, tanta attenzione e tanta carità, portiamo anche una testimonianza del Cristo che è a fianco a loro”.

L’arte e il dolore. Il cappellano di Tor Vergata sulla necessità di formare chi sta attorno al malato ci scommette, anche grazie a due progetti. Il primo si chiama “Imago doloris” e indaga “sul livello di percezione del dolore da parte degli operatori sanitari”. Anche se gli operatori incontrano ogni giorno in corsia la sofferenza – spiega don Massimo –, non c’è molta attenzione su come vivano quotidianamente il rapporto con il dolore: di qui l’idea di monitorarlo attraverso il confronto con l’arte”. Il progetto, già promosso due volte (a marzo e a dicembre 2011, con la conclusione della seconda esperienza proprio agli inizi di febbraio), è stato diviso in due tappe. La prima è consistita in “una visita ai Musei vaticani su un percorso guidato e un focus su tre opere principali: la deposizione del Caravaggio, la scultura del Laocoonte e, nella Cappella Sistina, il Giudizio universale. Hanno partecipato circa 260 operatori: il 60% infermieri, il 30 medici e il 10 personale tecnico e amministrativo. Al termine della visita è stato distribuito un questionario, con domande sull’opera preferita e sulla percezione della sofferenza”. La seconda tappa, invece, è stata “una giornata di studio all’interno del Policlinico in cui lo stesso argomento è stato affrontato, partendo dai

risultati dei questionari, in maniera interdisciplinare, con uno psicologo, un filosofo, uno storico dell’arte, la primaria di anestesia, di neurologia, una psicologa del Policlinico e rappresentanti del sistema infermieristico”.

Senso di impotenza. Dall’esperienza si possono ricavare alcuni dati: “Il rapporto con la sofferenza del paziente – racconta don Angelelli – viene vissuta in modo diverso da medici e infermieri: i secondi, avendo un contatto più costante con i pazienti, sono coinvolti di più. In generale, gli operatori sono sottoposti a un forte stress; poi ci sono reparti in cui la percezione della sofferenza è più leggera e accettabile: ortopedia piuttosto che ematologia, dove le degenze sono lunghe e spesso il risultato è infausto”. Il raffronto con l’arte ha fatto emergere diverse sensibilità: “Nell’immagine della scultura del Laocoonte – afferma il cappellano – molti hanno puntato l’attenzione sul padre che cerca di proteggere i figli e vive un senso di impotenza perché non riesce a salvarli, proprio come tanti operatori che soffrono perché non riescono a salvare i pazienti”. Sulla base di questi risultati, l’obiettivo ora è avviare “un percorso che coinvolga stabilmente gli operatori, con focus group all’interno dei reparti, momenti di condivisione e dialogo”. Il progetto, inoltre, ha fatto sì che il cappellano sia diventato per gli operatori sanitari “l’agente principale a livello di formazione umana e personale, accompagnandoli in percorsi psicologici di sostegno”.

Creare la rete. Il secondo progetto mira a “coinvolgere il territorio circostante al Policlinico, nella fattispecie le parrocchie, in progetti di pastorale sanitaria, attraverso una serie di incontri su tre argomenti: le dot, la donazione di organi e tessuti, la cura pastorale e spirituale del malato. In futuro sempre più le cure saranno prestate a livello domiciliare e quindi spetta alla parrocchia e al tessuto cristiano di base raccogliere questa esigenza”. Nasce così l’idea di portare le esperienze del Policlinico sul territorio “per formare sia operatori di pastorale sia le comunità ad accogliere meglio i malati”. L’obiettivo del progetto, che partirà in questo mese di febbraio, è “creare una rete tra cappella ospedaliera, parrocchia e realtà presenti per sostenere i malati”.

a cura di Gigliola Alfaro



Scuola

I piccoli insegnano

“Livio Tempesta”: un premio sul valore educativo della malattia

“Chiediamo a voi tutti, che soffrite, di sostenerci. Proprio a voi, che siete deboli, chiediamo che diventiate una sorgente di forza per la Chiesa e per l’umanità. Nel terribile combattimento tra le forze del bene e del male, di cui ci offre spettacolo il nostro mondo contemporaneo, vinca la vostra sofferenza in unione con la Croce di Cristo”. Giovanni Paolo II nella lettera apostolica “*Salvifici doloris*” (1984), si rivolgeva ai malati riconoscendo il ruolo salvifico della sofferenza, momento di crescita in cui “sperimentare la capacità di amare”. Per questo, il papa sottolineava il lavoro “fondamentale” della scuola nell’opera di “affinamento di quella sensibilità verso il prossimo e la sua sofferenza, di cui è diventata simbolo la figura del Samaritano evangelico”. Al ruolo di “educazione all’amore” richiesto alla scuola, è dedicato il premio nazionale “Livio Tempesta”, nato con l’intento di “diffondere ed esaltare nella scuola la cultura dei valori etici e sociali”. Il premio, giunto alla 61ª edizione, è destinato a tutte le scuole di ogni ordine e grado che abbiano compiuto “significativi ed esemplari atti di bontà e solidarietà”.

L’esempio dei ragazzi. Rossella ha dieci anni, frequenta la quinta elementare alla scuola “G. Marconi” di Cerignola (Fg). Non vede, non parla, se non qualche sillaba e qualche gesto, non cammina, muove solo la mano sinistra. Fin dal primo giorno di scuola ha avuto grandi difficoltà a inserirsi nella classe: spesso gridava e piangeva, infastidita dalle voci, si difendeva da chi le si avvicinava. Ma la sua quotidiana presenza ha trasformato la classe, favorendo l’integrazione nel gruppo. “Abbiamo osservato quei bambini alti poco più di un metro – raccontano gli insegnanti – che prendevano il fazzolettino per pulirle le labbra e le mani; che si alzavano spesso durante le ore di lezione per prendere tutto ciò che lanciava in aria; che si avvicinavano per farle fare merenda; che la gratificavano spesso con applausi e baci; che la accarezzavano e la toccavano tutte le volte che le passavano accanto per farsi sentire”. Nel corso degli anni i compagni di classe hanno appreso il linguaggio di Rossella, hanno imparato a comunicare con lei, a giocare con lei. “In questi anni – sottolineano i maestri – il compito di questi bambini è stato di esempio per tutte le figure educative della nostra scuola. La loro sensibilità, ingenuità, determinazione, sincerità, il loro impegno, la loro assiduità sono stati la nostra guida e il nostro punto di riferimento”. La presenza di Rossella nella classe, da elemento di diversità e quasi di disturbo alla normale attività didattica, si è rivelata un’opportunità fondamentale di crescita per bambini e insegnanti. “Oggi vedersi scrivere dai

suoi compagni che mia figlia dà emozioni, porta allegria, dona felicità, e tante altre belle parole, non fanno altro che riempire il mio cuore di gioia”, commenta la mamma di Rossella. “La diversità ti fa crescere – dice una delle insegnanti -. La nostra è stata un’opportunità e un’esperienza meravigliosa, mi sento di augurarla a tutte le persone che vogliono crescere”.

Essere gruppo. Nella classe quinta della scuola “P. Straneo” di Alessandria, si è da subito creato un clima di collaborazione e serenità tra Matteo e i suoi compagni. Matteo non parla, si sposta in carrozzina, dipende in tutto dagli altri, con i quali comunica col corpo e con la mimica del viso. “Fin dalla prima elementare – raccontano le insegnanti – i compagni di loro iniziativa lo aiutano a vestirsi, a spogliarsi, e ad alimentarsi”, rivolgendosi a Matteo con semplicità e naturalezza in modo autentico e spontaneo, con gesti dettati da una “serena complicità affettiva relazionale, difficile da spiegare ma emozionante da vedere”. “In questi cinque anni trascorsi serenamente insieme – continuano – tutti sono stati come le tessere di un grande puzzle che, piano piano operando collettivamente e individualmente, si sono inserite, unite reciprocamente fino a tracciare un disegno speciale e armonico, se così si può dire, fatto di competenze relazionali e comunicative in continua evoluzione e arricchimento”. Matteo ha portato la classe a interrogarsi sui ruoli dettati dalla scuola, costringendola a interpretarli e rielaborarli nell’esigenza concreta di “essere gruppo”; una nuova consapevolezza raggiunta attraverso “il rispetto dell’altro, sviluppando sentimenti di fiducia e di sicurezza”, nella “accettazione da parte di tutti dei propri limiti, la consapevolezza dei sentimenti, delle esigenze, delle aspettative altrui nonché la disponibilità a impegnarsi per migliorare le proprie prestazioni”. Matteo ha bisogno di ausili informatici per affrontare il suo percorso scolastico, strumenti “utilizzati non solo da lui, ma dall’intera classe”, affinché sia forte la consapevolezza di essere parte di un “percorso comune”.

a cura di Marta Fallani



Esperienze

Volontari non per caso

Stare vicino a chi soffre: le esperienze di Avulss, Avo e Cvs

“È bene che il tempo di cui dispongono i volontari sia dedicato per metà alla formazione e per il resto al servizio, perché i due aspetti non possono procedere separatamente, ma vanno di pari passo. Prima essere, poi fare”. Così **Antonio Todeschini**, segretario generale dell’Avulss (Associazione per il volontariato nelle unità locali dei servizi socio-sanitari), spiega il criterio che misura il tempo che i volontari socio-sanitari destinano alla formazione, permanente e di base.

Il tempo della formazione. “Il nostro fondatore, don Giacomo Luzietti – aggiunge Todeschini –, ricordava sempre l’importanza della formazione dei volontari che operano a contatto con i malati”, negli ospedali, nelle case di riposo, nei centri di igiene mentale, nei poliambulatori, nelle carceri, nei centri di recupero per tossicodipendenti, accanto agli infermi nelle loro case. In particolare l’Avulss, prima che i volontari aderiscano all’associazione e prendano servizio accanto ai malati, propone a tutti un corso base di 50 ore, in cui gli aspiranti volontari vengono introdotti a tutti gli aspetti del loro intervento: socio-sanitario, psicologico, di accompagnamento spirituale. “Il corso base, tenuto dai professionisti, medici, infermieri e psicologi con i quali l’Avulss collabora – spiega il segretario generale –, è una consuetudine che si rinnova da 30 anni”. Terminata la formazione, i partecipanti ricevono un attestato e soltanto in seguito scelgono se iniziare il loro servizio di volontariato con l’associazione. “Si tratta di un’esperienza fondamentale, sulla quale siamo piuttosto esigenti – precisa Todeschini – perché dare a tutti le indicazioni di base necessarie per il loro operato, puntando sulla necessità dei valori e delle motivazioni nel svolgere un servizio di volontariato accanto a chi soffre, è importante per garantire la continuità e la vitalità del servizio”.

Educazione continua. Dopo il primo passo la formazione continua: “Ogni mese – chiarisce il segretario generale dell’Avulss – i nostri 11 mila volontari sono chiamati a incontrarsi per la formazione permanente, in cui vengono ripresi nella riflessione i valori che ispirano il loro operato, la gratuità, la comunione, l’organizzazione. Insieme alla verifica e alla riprogrammazione delle attività”. Uno degli aspetti principali è la spiritualità e l’educazione continua alla conoscenza di sé e alla relazione interpersonale. Ogni tre anni, poi, l’associazione propone una traccia di riflessione comune, che per il prossimo periodo a partire dal 2012 sarà dedicata al tema della “mitemza del cuore”: “come si può servire affrontando e dialogando con la persona ammalata”, spiega Todeschini.

Rapporti reciproci. “La formazione è il cardine del volontariato ospedaliero e socio-sanitario”, fa notare **Claudio Lodoli**, presidente di Federavo, federazione che raccoglie a livello nazionale le 250 Avo-Associazioni di volontariato ospedaliero. “Il rapporto con il malato – prosegue Lodoli – prevede necessariamente un approccio serio e attento ai bisogni delle persone, per questo la formazione che noi riserviamo ai nostri volontari prende le mosse dall’etica, dalla relazione personale, dalla psicologia, più che sugli aspetti sanitari. Perché quando il volontario si avvicina a un malato occorre estrema cura e rispetto, che consente di stare accanto alle persone per condividere i loro problemi e le loro angosce”. Per il presidente di Federavo, “la reciprocità è uno degli aspetti fondamentali dell’azione dei volontari ospedalieri”: “come ricorda il nostro fondatore – afferma Lodoli –, quando nasce la reciprocità va portata fuori dall’ospedale, affinché si possa dare vita a un mondo nuovo. Perché proprio dal dolore e dalla sofferenza può nascere una nuova società, nel segno della reciprocità e del dono”.

Camminare insieme. Secondo **Anna Maria Cipriano**, responsabile per l’apostolato del Centro volontari della sofferenza (Cvs), “la formazione è un processo che si fa camminando insieme con i malati e i disabili, soprattutto dal punto di vista spirituale e della vita del sofferente nella chiesa e nella società”. All’interno dei gruppi del Cvs, presenti in 80 diocesi italiane, aggiunge Cipriano, “il percorso di formazione rappresenta un’occasione di crescita umana e spirituale: i malati e le persone sofferenti sono accompagnate e avvicinate a partire dalle parrocchie, secondo l’esempio dei discepoli di Emmaus, stando accanto alle persone e ascoltandole prima di tutto”.

a cura di **Gabriele Guccione**



Esperienze

Il balsamo della tenerezza

Due cappellani dell'Istituto nazionale tumori di Milano

Il Papa nel messaggio per la Giornata del malato ha sottolineato in particolare il valore del sacramento dell'Unzione degli Infermi, nel quale "la materia sacramentale dell'olio ci viene offerta, per così dire, "quale medicina di Dio... che ora ci rende certi della sua bontà, ci deve rafforzare e consolare, ma che, allo stesso tempo, al di là del momento della malattia, rimanda alla guarigione definitiva, alla risurrezione". E sottolinea che "questo Sacramento merita oggi una maggiore considerazione, sia nella riflessione teologica, sia nell'azione pastorale presso i malati". Hanno dato alle stampe in questi giorni (sarà in vendita proprio in occasione della Giornata del malato) un libretto che si intitola "Il balsamo della tenerezza di Dio" (Centro ambrosiano), don Tullio Proserpio e don Giovanni Sala, i cappellani dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano. Si tratta in realtà della pubblicazione di un volumetto che per lungo tempo è stato stampato in proprio e messo a disposizione in alcune copie di chiunque facesse ingresso nella cappella dell'Int, che si trova al nono piano del blocco E della struttura milanese di via Venezian. Non si tratta della sola iniziativa editoriale di questi due sacerdoti: nei mesi scorsi è uscito per San Paolo "L'ospite inatteso. Vivere la malattia, l'ospedale e le relazioni con il malato" con la prefazione dell'arcivescovo emerito di Milano, Carlo Maria Martini. Ha voluto invece fare la prefazione de "Il balsamo della tenerezza di Dio" l'arcivescovo, card. Angelo Scola, molto sensibile da sempre a questo genere di temi. Il SIR ha intervistato entrambi i sacerdoti.

Qual è lo stile che vi siete dati per vivere appieno il vostro stare in mezzo ai malati?

"Avviciniamo ogni giorno donne e uomini che si sono imbattuti in questa esperienza cercando di accompagnarli in quella che è una delle conseguenze possibili: la nascita di tante domande e la revisione di alcune delle esperienze vissute fino a quel momento. Per alcuni, infatti la malattia tumorale comporta un recupero della dimensione religiosa, anche per chi, magari fino a un momento prima si definiva ateo, non credente. Si può arrivare al paradosso di dire 'prego da ateo' e rimane allora sospeso l'interrogativo: a chi sta rivolgendo le sue preghiere questa persona? Sono tutti aspetti questi di una fragilità umana, che non è propria solo della persona malata, ma che è dell'uomo in quanto tale. E allora la malattia ti porta a riconoscere quello che sei da sempre: fragile, debole e pieno di paure".

Incontrate ogni giorno persone credenti e non, che si erano allontanate dalla pratica religiosa e che magari a seguito della malattia compiono un percorso di riavvicinamento. Quali sono le difficoltà? Quali i percorsi da percorrere?

"Secondo noi, e lo diciamo con molto rispetto, il Vangelo può entrare solo in una situazione così, quella in cui si riconosce la propria fragilità, il proprio essere umani. In cui si liberano le cosiddette 'domande di senso': perché la sofferenza? Perché la morte? Siamo convinti, dunque, che l'assistenza spirituale debba svolgere appieno il suo ruolo ed in una modalità che non si lasci andare all'improvvisazione, ma che sia il frutto di un tempo di preparazione per i cappellani e per quei laici che decidono di spendersi nelle corsie di ospedale in questo servizio. A tal proposito ricordiamo che le linee guida della Joint commission (il sistema di accreditamento medico attraverso standard di qualità, ndr) affermavano già nel lontano 1997 che l'assistenza spirituale non è peculiarità della cura nell'ultima fase della vita, ma deve cominciare sin da subito. Altrimenti rischia di poter diventare una rincorsa contro il tempo, in cui l'avanzamento della malattia ed i conseguenti timori che si porta dietro compromettono il dialogo pacato".

L'assistenza spirituale in ospedale è a totale appannaggio delle persone malate?

"Niente affatto. Viviamo il nostro ministero perfettamente inseriti in un ambiente di lavoro e siamo quindi disponibili all'incontro con tutti".

a cura di Francesca Lozito



Esperienze

L'abbraccio di una comunità

Una parrocchia di Torino a sostegno dei malati di cancro

“Cerca la vita” è prima di tutto un invito, un’esortazione a scoprire come vivere il senso della malattia. Ed è il nome che la parrocchia del Sacro Cuore di Maria, nel quartiere torinese di San Salvario, a poca distanza dall’ospedale delle Molinette, ha scelto per il centro – uno dei pochi presenti in città, fuori dalle strutture sanitarie – che dal 2007 accompagna e sostiene spiritualmente e psicologicamente i malati di cancro. “Se pensiamo alla parrocchia come al luogo della carità ordinaria, al luogo in cui ci si fa carico reciprocamente dei momenti della vita quotidiana delle persone – spiega il parroco don **Jean Tefnin** –, dobbiamo anche pensare di non tirarci indietro di fronte ai momenti di vulnerabilità e di fatica delle persone, dando loro ristoro e sostegno anche nel momento della malattia”.

Condividere la malattia. L’esperienza di “Cerca la vita” è nata dalla constatazione di un bisogno. “Spesso il sistema sanitario rimanda sul territorio problemi di cui pochi riescono a farsi carico davvero – spiega don Tefnin –, per cui era urgente trovare delle risposte a questo tipo di bisogni, a cominciare d’accompagnamento spirituale dei malati oncologici”. Nel centro le persone ammalate vengono aiutate a migliorare la qualità della loro vita, dando loro l’opportunità di confrontarsi sulle proprie paure e sulle angosce, quando si fa avanti la tentazione di isolarsi. “Il confronto, la condivisione delle proprie sofferenze alla luce della parola di Dio serve a vivere il senso della malattia”, precisa il parroco, che possiede anche la qualifica di psico-oncologo. L’attività del centro di accompagnamento per i malati oncologici della parrocchia del Sacro Cuore di Maria, affidata alla cura pastorale della Fraternità dei monaci apostolici diocesani, ruota attorno a una serie di incontri in cui ci si confronta sui Salmi e sul Vangelo e si imparano le tecniche di rilassamento, “come il rilassamento frazionato o il training autogeno”, spiega il parroco.

Tra l’ospedale e le case. “Ci siamo trovati, senza volerlo, a costituire una piccola struttura intermedia, tra l’ospedale e la casa del malato, che accompagna le famiglie nel loro percorso di cura – fa notare don Tefnin –, facendo ciò che spesso le strutture sanitarie, concentrandosi sull’aspetto medico del problema, non possono fare: dare sostegno psicologico e spirituale ed essere un punto di riferimento e di condivisione delle angosce del malato”. La collaborazione con gli ospedali resta comunque un aspetto importante dell’attività di “Cerca la vita”: “molti dei volontari

che operano nel centro – racconta il sacerdote –, oltre ad essere parrochiani, sono medici e professionisti qualificati che lavorano nel vicino ospedale delle Molinette”.

Parrocchie aperte alla sofferenza. Secondo don Tefnin, “la nostra esperienza è ripetibile in altri contesti parrocchiali, perché la parrocchia non è soltanto un luogo di aggregazione o di ricreazione, oltre che di preghiera, ma anche un posto di ristoro dove gli avvenimenti importanti della vita, anche i più seri, come il cancro, trovano spazio e ascolto nel nome di Gesù”. “E che le parrocchie si aprano alla sofferenza, accompagnando le persone che vivono il tempo della malattia e della vulnerabilità non solo dal punto di vista socio-sanitario, ma spirituale è un segno bello è importante che la comunità cristiana può dare, e che può toccare anche aspetti come il lutto o la fragilità mentale”, commenta don Marco Brunetti, direttore dell’ufficio per la pastorale della Salute della diocesi di Torino.

Una casa per la comunità fragile. Col tempo “Cerca la vita” si è anche trasformata in un progetto più ambizioso, che è entrato a far parte dell’Opera Segno della Caritas torinese. Per restituire alla comunità una “casa” è stata fondata l’associazione “CasaMorgari”, con cui i laici della parrocchia, in attesa di trovare posto nella casa dove un tempo venivano tenuti gli incontri di catechismo, che è in via di ristrutturazione, hanno dato vita al centro di ascolto per le persone vulnerabili “Sulla soglia” e al progetto di accompagnamento e formazione dedicato alle famiglie e ai neogenitori “Famiglieinsieme”. “Siamo partiti da una prassi – spiega il parroco –, ascoltando e individuando i bisogni del quartiere, grazie a una ricerca che abbiamo condotto in collaborazione con l’Osservatorio delle povertà e delle risorse della Caritas diocesana, che ha fotografato una situazione in cui il 40 per cento degli abitanti della zona vive in una condizione di vulnerabilità sociale, che potrebbe trasformarsi in povertà con la perdita del lavoro o il presentarsi di una malattia”.

a cura di **Gabriele Guccione**



Terra santa

Il piccolo ponte

Il Caritas baby hospital di Betlemme

“Nella malattia, abbiamo tutti bisogno di calore umano: per confortare una persona malata, più che le parole, conta la vicinanza serena e sincera”: le parole di Benedetto XVI all'Angelus, di domenica 5 febbraio che annunciano la prossima Giornata del malato (11 febbraio), incarnano in profondità l'opera e la missione del Caritas Baby Hospital di Betlemme, l'unico ospedale pediatrico dei Territori palestinesi. Fondato più di cinquanta anni fa da padre Ernst Schnydrig, “nella convinzione che i bambini innocenti meritano un posto sicuro da tutto ciò che può far loro del male in tempi e luoghi di conflitto”, il presidio ospedaliero brilla oggi come “un faro di speranza circa la possibilità che l'amore ha di prevalere sull'odio e la pace sulla violenza”. Padre Schnydrig descrisse questo luogo come “uno dei più piccoli ponti costruiti per la pace”. A confermarlo al SIR è suor **Donatella Lessio**, responsabile della formazione del personale ospedaliero. Un ‘piccolo’ ponte che da 14 brande dei primi momenti si è ingrandito fino ad 82 posti letto, con un totale di 4000 ricoveri in media l'anno, e 30000 visite ambulatoriali (7 giorni su 7). I dipendenti sono circa 220, 90 le infermiere, 15 i medici, tutti palestinesi, cristiani e musulmani, eccezion fatta per 4 religiose come suor Donatella e due medici impegnati in un progetto triennale. Con una mortalità che si aggira sui 50 pazienti l'anno”.

Curare le divisioni. “Curando i bambini speriamo di curare anche questa terra lacerata che soffre il grande male della divisione come ci ricorda ogni giorno il muro di separazione israeliano, nell'indifferenza della comunità internazionale” spiega la religiosa che appartiene alle francescane elisabettine, presenti a Betlemme dal 1975. “E' stata una richiesta della associazione Kinderhilfe Association, che sostiene l'ospedale, che allora contattò la nostra madre generale per far sì che alcune di noi fossero presenti qui non solo come professioniste, siamo tutte infermiere, ma come religiose per dare un senso allo stare con i malati ed in particolare con i bambini di Betlemme, luogo dove l'infanzia assume una connotazione tutta particolare. Gesù – racconta, infatti, suor Lessio – lo vediamo ogni giorno in tutti questi piccoli che curiamo ed accudiamo accompagnando le loro famiglie nei momenti più tristi della malattia, come quello della morte. Lo facciamo senza tante parole. Ci troviamo a vivere in una terra a maggioranza musulmana, dove la testimonianza passa più attraverso il sorriso, l'abbraccio, l'affetto che cerchiamo di dare ai loro figli e a loro stessi che tante parole. Molte madri musulmane si fermano a parlare con noi suore per scaricare la loro sofferenza. Non parliamo di Dio ma cerchiamo di mostrarlo con lo sguardo, con

la vicinanza a quella mamma che ha il bambino terminale, restando con lei per tutto il tempo necessario”.

Massimo rispetto. “Questi bambini subiscono le divisioni ed i conflitti della loro terra ancora prima di nascere, basti pensare alle difficoltà che hanno le loro madri a raggiungere l'ospedale per farsi seguire durante gravidanza” prosegue suor Lessio. “A loro cerchiamo di comunicare tutta la tenerezza di Dio. I nostri bambini hanno dai tre giorni di vita fino ai 14 anni di età, ai più piccoli va anche il nostro abbraccio, il nostro sorriso, le nostre cure, facendo in modo che il personale infermieristico abbia il massimo rispetto del bambino, anche nelle piccole cure come pulirli, lavarli, nutrirli. Sono esseri fragili che hanno bisogno di tutto. Con i pazienti più grandi cerchiamo di giocare e di farli sentire importanti magari coinvolgendoli in qualche piccolo lavoretto valorizzandoli nelle risorse che hanno. Ci sentiamo madri di questi bambini anche se non li abbiamo partoriti”. Cosa non facile in una realtà fatta di muri di separazione e di diffidenze. “Superiamo le difficoltà che la situazione sociale e politica di questa terra ci mette davanti grazie all'aiuto della Provvidenza che si materializza in tante persone di buona volontà che contribuiscono all'acquisto del necessario, come macchinari per test ematici ed incubatrici, senza i quali saremmo costretti a trasferire i piccoli malati. E superare il muro israeliano di Betlemme non è facile poiché occorre chiedere i permessi sia per il malato che per i familiari. Questi vengono rilasciati, almeno ultimamente, con una certa facilità anche se non sempre in linea con l'urgenza delle patologie”. Queste sono in gran parte di tipo respiratorio, oppure legate all'apparato gastrointestinale. Preoccupanti sono quelle derivanti dai matrimoni tra consanguinei che provocano malformazioni degli organi interni spesso da operare il prima possibile. “Al Caritas Baby hospital però non abbiamo un reparto chirurgia e quindi i piccoli devono essere portati in altri ospedali” afferma suor Lessio. Altro versante su cui l'ospedale pediatrico interviene è quello della disabilità che “nella cultura araba viene vissuta come una punizione di Dio. Tuttavia, grazie anche alle assistenti sociali, le madri imparano a vedere che il loro è un bambino come tutti gli altri, al di là della disabilità”. Un pianto di un piccolo paziente in sottofondo interrompe la conversazione: suor Lessio deve andare non prima di ricordare e ringraziare “Aiuto Bambini Betlemme” l'associazione fondata dalla Caritas tedesca e dalla Caritas svizzera proprio per sostenere l'ospedale. Ed è grazie a loro e a tante singole persone che questo piccolo ponte continua ad unire due sponde lontane e diverse...

a cura di **Daniele Rocchi**



Storia

La sofferenza condivisa

L'11 febbraio il 20° dell'iniziativa voluta da Giovanni Paolo II

“Un momento forte di preghiera, di condivisione, di offerta della sofferenza per il bene della Chiesa e di richiamo per tutti a riconoscere nel volto del fratello infermo il Santo Volto di Cristo che, soffrendo, morendo e risorgendo ha operato la salvezza dell'umanità”. Lo scriveva vent'anni fa papa **Giovanni Paolo II** nella Lettera di istituzione della Giornata Mondiale del Malato, da lui fortemente voluta, che da allora si celebra, ogni anno, l'11 febbraio. Il pontefice sottolineava di considerare “quanto mai opportuno estendere a tutta la Comunità ecclesiale una iniziativa che, già in atto in alcuni Paesi e regioni, ha dato frutti pastorali veramente preziosi” e ricordava che la Chiesa “ha sempre avvertito, nel corso dei secoli, il dovere del servizio ai malati e ai sofferenti come parte integrante della sua missione” e “non cessa di sottolineare l'indole salvifica dell'offerta della sofferenza, che, vissuta in comunione con Cristo, appartiene all'essenza stessa della redenzione”.

Lourdes, simbolo di speranza e di grazia. La Lettera indicava anche degli scopi ben precisi da raggiungere attraverso la celebrazione della Giornata: prima di tutto “sensibilizzare il Popolo di Dio e, di conseguenza, le molteplici istituzioni sanitarie cattoliche e la stessa società civile, alla necessità di assicurare la migliore assistenza agli infermi”; in secondo luogo “aiutare chi è ammalato a valorizzare, sul piano umano e soprattutto su quello soprannaturale, la sofferenza”. Il papa avvertiva poi la necessità di “coinvolgere in maniera particolare le diocesi, le comunità cristiane, le Famiglie religiose nella pastorale sanitaria” e vedeva la Giornata come occasione di “favorire l'impegno sempre più prezioso del volontariato” senza dimenticare “l'importanza della formazione spirituale e morale degli operatori sanitari”. Infine i sacerdoti diocesani e regolari e tutti coloro che vivono ed operano accanto a chi soffre venivano richiamati all'impegno “dell'assistenza religiosa agli infermi”. In un ulteriore passaggio si dava conto anche della scelta della data, giorno della memoria liturgica della Madonna di Lourdes: quest'ultimo, infatti, “santuario mariano tra i più cari al popolo cristiano, è luogo e insieme simbolo di speranza e di grazia nel segno dell'accettazione e dell'offerta della sofferenza salvifica”.

Il “limite” e “l'ingiustizia”. Fin dal primo Messaggio per la nuova Giornata Mondiale del Malato, che si celebrò l'11 febbraio del 1993, papa Wojtyła sottolineava la portata universale e quindi, da un certo punto di vista, “laica”, delle domande di fondo poste dalla realtà della sofferenza, che “non riguardano soltanto i credenti, ma interpellano

l'umanità intera, segnata dai limiti della condizione mortale”. Il pontefice aveva già allora le idee molto chiare sull'“ingiustizia” che colpiva alcune popolazioni senza le risorse sufficienti per la cura dei malati e sottolineava che “la gestione del pubblico denaro impone il grave dovere di evitarne lo spreco e l'uso indebito” e notava che “le attese oggi molto vive di una umanizzazione della medicina e dell'assistenza sanitaria richiedono una più decisa risposta”. Nel Messaggio dell'anno successivo Giovanni Paolo II affrontava il tema più spirituale del “dolore salvifico” e riconosceva che, a volte, “la sofferenza è intralcio alla felicità e motivo di allontanamento da Dio” e “senza dubbio esistono tribolazioni che, dal punto di vista umano, sembrano prive di qualunque significato”, ma indicava ai cristiani un “punto di vista più alto, quello di Dio, che tutti chiama alla vita e, se pur attraverso il dolore e la morte, al suo Regno eterno di amore e di pace”.

Una “civiltà malata”. Nel 1995 il pontefice ricordava il senso della Giornata, che deve essere un “nuovo stimolo all'azione pastorale e caritativa della Comunità cristiana così da assicurarne una presenza sempre più efficace ed incisiva nella società” e di nuovo emergevano le preoccupazioni per quella che lui chiamava una “civiltà malata” di “egoismo”, “utilitarismo individualistico”, “indifferenza” e “crisi di valori spirituali e morali”: il papa sottolineava che, in effetti, la “patologia” dello spirito “non è meno pericolosa della ‘patologia’ fisica, ed entrambe si influenzano a vicenda”. Negli anni seguenti frequenti, nei Messaggi, i richiami al cammino preparatorio della Chiesa per il grande Giubileo del 2000: era un periodo vissuto “con fiducia”, tanto che il papa scriveva, nel 1996, che la Chiesa tra i “segni di speranza presenti in questo ultimo scorcio di secolo riconosce il cammino compiuto dalla scienza e dalla tecnica, e soprattutto dalla medicina a servizio della vita umana”. Nei Messaggi del '97 e '98 sono contenuti anche dei riferimenti personali: nel primo il papa ricordava che a Fatima, sede quell'anno delle celebrazioni per la Giornata, “volli recarmi nell'anniversario dell'attentato alla mia persona in Piazza San Pietro per ringraziare la divina Provvidenza” e nel secondo, parlava di Loreto, luogo “dei miei ripetuti pellegrinaggi”, dove “ho sempre sentito la particolare vicinanza dei malati, che qui accorrono numerosi e fidenti”.

L'“opzione preferenziale”. Nel 1999, alle soglie della scadenza del secondo millennio dell'era cristiana, ribadiva “l'opzione preferenziale della Chiesa per i poveri ed i



sofferenti nel corpo e nello spirito” mentre nell’anno del Giubileo il Messaggio era dedicato a una riflessione anche storica sul cammino dell’umanità. Papa Giovanni Paolo II notava che “il progresso economico, scientifico e tecnico non è stato accompagnato da un autentico progresso, centrato sulla persona e sulla inviolabile dignità di ogni essere umano” e “le stesse conquiste nel campo della genetica, fondamentali per la cura della salute e, soprattutto, per la tutela della vita nascente, diventano occasione di selezioni inammissibili, di insensate manipolazioni, di interessi antitetici all’autentico sviluppo, con risultati spesso sconvolgenti”. Il pontefice era severo nell’indicare che mentre si fanno “sforzi ingenti per prolungare la vita ed anche per procrearla in modo artificiale” non si permette “di nascere a chi è già concepito e si accelera la morte di chi non è più ritenuto utile” senza parlare del fatto che prevale “una sorte di culto del corpo” e una “ricerca edonistica dell’efficienza fisica” che “riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali”.

“Ho compreso”. Nel Messaggio del 2001 papa Wojtyła faceva, per la prima volta, un accenno esplicito alle sue condizioni fisiche e scriveva che “avendo condiviso anch’io, in questi anni, a più riprese l’esperienza della malattia, ho compreso sempre più chiaramente il suo valore per il mio ministero petrino e per la vita stessa della Chiesa” e quindi, “nell’esprimere affettuosa solidarietà a coloro che soffrono, li invito a contemplare con fede il mistero di Cristo, crocifisso e risorto”. Nel 2002, 2003 e 2004 ritornavano le preoccupazioni e i richiami “a favore della cultura della vita e un impegno totale per la difesa della vita dal concepimento fino alla morte naturale”, perché “domande urgenti sul dolore e sulla morte, drammaticamente presenti nel cuore di ogni uomo nonostante i continui tentativi di rimuoverle o di ignorarle messi in atto da una mentalità secolarizzata, attendono risposte valide”. Ancora una volta era chiamata in causa l’“ingegneria genetica”: per il pontefice “ogni autentico progresso in questo campo” andava “incoraggiato”, purché “rispetti sempre i diritti e la dignità della persona fin dal suo concepimento”. L’ultimo Messaggio scritto dal papa polacco, quello per Giornata del 2005, era dedicato al particolare tema di “Cristo speranza per l’Africa”: “una scelta che offrirà l’opportunità di manifestare concreta solidarietà alle popolazioni di quel Continente, provate da gravi carenze sanitarie”.

Il malessere “morale”. Il nuovo pontefice, Benedetto XVI, nel 2006, concentrava l’attenzione per la sua prima Giornata Mondiale del Malato sui problemi connessi col “disagio mentale, che colpisce ormai un quinto dell’umanità e costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria”. Il pontefice notava, infatti, che “il prolungarsi di conflitti armati in diverse regioni della terra, il succedersi di immani catastrofi naturali, il dilagare del terrorismo, oltre a causare un numero impressionante di morti, hanno generato in non pochi superstiti traumi psichici, talora difficilmente recuperabili”. Ma anche nei Paesi ad alto sviluppo economico ci sono dei problemi e “all’origine di nuove forme di malessere mentale gli esperti riconoscono anche l’incidenza negativa della crisi dei valori morali”. L’anno successivo papa Ratzinger sceglieva di concentrare l’attenzione sui “malati incurabili” per i quali “è necessario promuovere politiche in grado di creare condizioni in cui gli esseri umani possano sopportare anche malattie incurabili ed affrontare la morte in una maniera degna”. Il pontefice diceva esplicitamente che occorrono “più centri per le cure palliative che offrano un’assistenza integrale” che sono “un diritto che appartiene a ogni essere umano e che tutti dobbiamo impegnarci a difendere”.

La “misura dell’umanità”. Nel 2008 e 2009 il papa dedicava i Messaggi alla “famiglia nella realtà della malattia” e ai “bambini malati e sofferenti; nel 2010 evidenziava il “ruolo della chiesa a servizio dei sofferenti”, e citava in particolare le strutture sanitarie gestite dalle diocesi, o nate dalla “generosità” di vari Istituti religiosi, che sono un “patrimonio”. Infine, nel Messaggio dell’anno scorso, il papa ha ricordato “se ogni uomo è nostro fratello, tanto più il debole, il sofferente e il bisognoso di cura devono essere al centro della nostra attenzione, perché nessuno di loro si senta dimenticato o emarginato; infatti “la misura dell’umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente” e ha invitato le stesse diocesi sparse nel mondo “ad adoperarsi perché la cura delle persone sofferenti e malate venga migliorata e resa più efficace”.



Il sistema sanitario

Quali prospettive?

Le sfide del processo di regionalizzazione - Scheda

L'Italia si caratterizza per un marcato decentramento politico-amministrativo che ha reso Regioni e Province Autonome gli attori centrali nella gestione del sistema sanitario nazionale. Le trasformazioni in atto nella sanità mostrano come dagli anni '90 ad oggi si assista ad un vero e proprio processo di federalizzazione, potendosi ormai parlare di sistemi sanitari regionali (SSR).

L'avvio del decentramento politico-amministrativo si ha comunque con la riforma del 1978 (L. n. 833), che introduce il sistema sanitario nazionale (SSN): la normativa del 1978 prevedeva da un lato l'istituzione di USL (Unità Sanitarie Locali), rette da comitati di gestione nominati dai Comuni e con compiti di gestione degli interventi, dall'altro un potere di indirizzo in capo alle Regioni.

La seconda fase dei processi di regionalizzazione avviene più avanti nel corso degli anni Novanta. L'obiettivo delle riforme è duplice: da un lato conseguire una maggiore efficienza microeconomica in uno dei settori di intervento pubblico, la sanità, in cui la spesa tendeva a crescere velocemente; dall'altro, offrire risposte istituzionali ad un contesto socio-politico che domandava maggiore autonomia. La scelta è stata quella di trasferire alle Regioni, in qualità di organi di governo intermedi fra Stato e Comuni, sia poteri di programmazione e di organizzazione dei servizi, che, in parte, responsabilità di carattere finanziario.

In tale ottica, la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale avviata con il dlgs. n. 502 del 1992 si configura allo stesso tempo come un processo di decentramento dallo Stato alle Regioni, in maniera più compiuta rispetto a quanto avvenuto nel 1978, ma anche di accentrimento dai Comuni all'ente di governo intermedio, dato che gli enti locali vengono sostanzialmente privati della possibilità di intervento sull'organizzazione e la gestione dei servizi.

Tale stagione riformatrice degli anni '90 comprende sia la c.d. riforma Bassanini, che, con i vari decreti del 1997, rafforza complessivamente i poteri delle Regioni, sia quella della finanza regionale, con l'istituzione di una imposta specifica, definita IRAP (d.lgs. n. 446/1997), che offre alle Regioni un'importante leva di imposizione diretta legata alla struttura produttiva del territorio.

La regionalizzazione del sistema viene sancita e rafforzata poi dalla riforma costituzionale del Titolo V approvata nel 2001 (art. 117) che, ben al di là dell'ambito sanitario, segna complessivamente uno spostamento ulteriore degli equilibri di potere tra Stato e Regioni, a favore di quest'ultime. Il processo di regionalizzazione dell'ultimo quindicennio ha così cambiato profondamente le modalità di formula-

zione e implementazione della politica sanitaria in Italia, spostando il baricentro decisionale dal Parlamento e dal governo centrale verso i tavoli di negoziazione tra Stato e Regioni.

In quest'ottica il primo atto siglato nel 2001 fu l'Accordo fra governo nazionale e Regioni, in cui il primo si impegnava a finanziare le Regioni che avevano accumulato deficit, mentre le seconde accettavano di predisporre piani di rientro e meccanismi per evitare di creare nuovi deficit. Nonostante tale Accordo, il risultato non ha evitato l'accumularsi di nuovi deficit.

Successivamente, si è assistito ad altri Accordi sottoscritti dalle parti con i quali lo Stato si è accollato la cancellazione dei deficit pregressi a fronte di condizioni anche più stringenti per le Regioni.

In prospettiva, il processo di devoluzione dei poteri ("federalismo") in materia sanitaria alle Regioni, dovrebbe condurre a un regime di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con le risorse regionali autonome. Tuttavia, poiché compete allo Stato la responsabilità di garantire l'offerta dei LEA in tutto il territorio nazionale, rimane l'esigenza della redistribuzione perequativa delle risorse dal bilancio centrale fino a che permangono significative differenze delle basi imponibili pro-capite tra le Regioni, tali che possa essere riconosciuta per alcune di esse l'oggettiva difficoltà (misurata dalla capacità fiscale pro-capite teorica) a finanziare i LEA soltanto con le proprie risorse. Inoltre, sono da riconoscere le disuguali condizioni iniziali, tra Regioni, a causa della diversità della morfologia dei territori, della densità abitativa, delle condizioni climatiche etc.

È stato sottolineato il rischio che in un assetto istituzionale che assegna alle Regioni ampia autonomia normativa e regolamentare dell'organizzazione e gestione del servizio, le Regioni economicamente più forti (con maggiore capacità fiscale) possono essere indotte a comportamenti "opportunistici", per ridurre il loro contributo al fondo perequativo. Ma anche sul versante delle Regioni economicamente più deboli, sono plausibili comportamenti opportunistici; questi soprattutto in un assetto in cui la garanzia delle prestazioni dei LEA a carico dello Stato può disincentivare all'efficienza le Regioni che sanno che i loro disavanzi verranno, infine, finanziati dal bilancio statale.

a cura di **Alessandro Pertici**