



Quanto cresce la povertà sanitaria

Concetta Mirisola (Inmp), studiosa dell'esclusione nell'accesso alle cure: le crisi fanno esplodere le disuguaglianze, dobbiamo intervenire

In sintesi

- 1** L'Inmp è l'Istituto nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà
- 2** Creato nel 2007 e legato al Ministero della Salute, l'Inmp da 11 anni è guidato da Concetta Mirisola, ginecologa, già segretaria generale del Ccs
- 3** L'Istituto ha lo scopo di «fronteggiare, all'interno del Servizio sanitario nazionale, le sfide sanitarie delle popolazioni più vulnerabili»

IL MESSAGGIO DELL'UFFICIO CEI

«Negli infermieri vera prossimità a ogni paziente»

«L'assistenza è un'arte, e se deve essere realizzata come un'arte richiede totale devozione e dura preparazione. È una delle belle arti, la più bella delle arti belle». Parole di Florence Nightingale, scelte dall'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute nel messaggio – inviato proprio nei giorni del suo convegno nazionale – per la Giornata degli infermieri che per scelta dell'International Council of Nurse cade il 12 maggio, giorno della nascita (a Firenze nel 1820) di quella che è universalmente ritenuta la fondatrice delle scienze infermieristiche moderne.

Florence, ricorda l'Ufficio Cei, mostrò che «i malati devono essere assistiti in luoghi igienicamente sani e da infermiere preparate» affermando che «Dio ha affidato il compito di assistere i malati sempre e ovunque, tanto che lei consacra la sua vita al prendersi cura, e lo fa andando nei luoghi di guerra e nelle situazioni più disagiate. Per la sua consapevolezza che l'infermiere deve avere conoscenze scientifiche, umanistiche e capacità tecnica, fonda la prima scuola per infermieri a Londra».

Tema per la Giornata 2022 è «Ovunque per il bene di tutti. Infermieristica di prossimità per un sistema salute più giusto ed efficace», declinato dalla Federazione italiana (Fnopi) come «promozione di un'infermieristica in uscita verso le periferie, nei domicili, tra le maglie di un tessuto sociale dove malattie, disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche e sofferenza necessitano di un professionista che abbia la capacità di prendersi cura in modo olistico della persona, che sappia avere un sguardo rassicurante, un ascolto profondo e un tocco delicato. Tanto più in un contesto pandemico dove alcune domande di senso sulla malattia, sulla sofferenza, sulla solitudine sono tornate prepotentemente di attualità».

Quello degli infermieri è un compito ineguagliabile: «Stando con i malati ed esercitando la vostra professione – disse loro il Papa nel 2018 – voi toccate i malati e, più di ogni altro, vi prendete cura del loro corpo. Quando lo fate, ricordate come Gesù toccò il lebbroso: in maniera non distratta, indifferente o infastidita, ma attenta e amorevole, che lo fece sentire rispettato e accudito». Un'eco di quelle parole si coglie nel messaggio dell'Ufficio Cei quando parla di «attenzione al mondo della professione infermieristica» che spinge a «mantenere quel carattere umanizzante che mette la persona malata, e le sue relazioni, al centro della cura», scorgendo «nell'infermiere una persona che sta realizzando – esattamente attraverso la propria professione – il bene».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PAOLO LAMBRUSCHI

Due anni di pandemia e la guerra in Ucraina hanno aumentato i poveri e dunque gli scarti nella sanità italiana. Lo conferma dal suo osservatorio Concetta Mirisola, direttrice generale dell'Inmp, l'Istituto nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, vigilato dal Ministero della Salute, che ha il mandato di misurare lo scarto, il divario tra equità e disuguaglianze di salute, e di proporre modelli di presa in carico di qualità basati sull'equità. L'Istituto romano è punto di riferimento per le fasce svantaggiate della popolazione italiana e straniera. A margine dell'intervento al Convegno nazionale di Pastorale della salute a Cagliari, di cui è tra le protagoniste, tracciamo con Concetta Mirisola (già segretaria generale del Consiglio superiore di Sanità) un quadro della situazione. «A partire dalla crisi economica del 2008 – spiega – si è registrato un progressivo aumento delle disuguaglianze di salute, peggiorate con la recente pandemia e ora con la guerra in Ucraina. La situazione si è degradata per tutti. Negli ultimi due anni l'accesso alle cure è diventato più difficile, le liste di attesa sono aumentate vertiginosamente».

Chi ne ha fatto maggiormente le spese?
Gli ultimi degli ultimi: secondo le stime dell'Istat, circa 5,6 milioni di persone in povertà assoluta, aumentata tra chi ha perso l'occupazione. Altro allarme, i minori poveri che in Italia sono un milione e 384 mila, in netto aumento rispetto al 2019. Si è aggravata anche la condizione delle famiglie composte da stranieri. Tra i gruppi più suscettibili di «scarto» ci sono coloro che si trovano in condizione di povertà estrema e marginalità, maggiormente esposti a fattori di rischio per la salute correlati allo svantaggio sociale, così come i disabili. A queste due categorie si aggiungono i gruppi che, per diverse ragioni, non hanno pieno accesso alle cure, come una parte della popolazione immigrata, e poi quegli anziani che per lo scarso reddito non possono neppure accedere ai farmaci di fascia C e alle cure odontoiatriche non prescrivibili o che finiscono in liste d'attesa molto lunghe per accertamenti nella diagnostica su gravi problemi di salute. Chi ha 500 euro di pensione al mese oggi deve scegliere se mangiare o comprare gli antidolori-



Concetta Mirisola

La salute dei minori oggi è più che mai a rischio, ma pensare che la colpa sia solo della pandemia è sbagliato. «Già prima i numeri erano importanti», spiega Stefano Vicari, direttore dell'Unità di Neuropsichiatria Infantile del Bambino Gesù di Roma, che al Convegno Cei di Cagliari ha portato all'attenzione i disturbi mentali che colpiscono bambini e adolescenti. Il virus è stato il detonatore di una condizione in bilico. «La pandemia, come tutte le fonti di forte stress, aumenta e amplifica l'impatto. I ragazzi sono rimasti a casa da soli mentre i genitori dopo il primo lockdown sono tornati in ufficio. È stato devastante». Il fenomeno è in crescita: secondo l'Unicef, un adolescente su sette ha un disturbo mentale e nella maggioranza dei casi non riceve le cure necessarie. «Studi recenti condotti su oltre 80mila fra bambini e adolescenti documentano che prima l'impatto di ansia e depressione era intorno all'11-

ADOLESCENTI

Minori sotto stress «Depressione e ansia raddoppiate I genitori vigilino»

12%. Dopo la pandemia abbiamo raddoppiato: l'ansia riguarda il 20% e la depressione il 25%. «La rete di assistenza per l'età evolutiva fa acqua. Anzi, è «assolutamente inesistente».

Il suicidio è la seconda causa di morte fra i 10 e i 25 anni. E anche l'autolesionismo è in netto aumento. Solo al Bambino Gesù i casi, fra autunno 2020 e inverno 2021 sono aumentate le richieste di ricovero del 30%. Le ultime misure adottate, come il bonus psicologo, sono solo palliativi: «I ragazzi vanno presi in carico e va messa mano ai servizi territoriali. Ci sono regioni intere che non hanno posti letto dedicati a questi problemi, come Umbria o Abruzzo. E qui da noi ricoveriamo minori da altre parti d'Italia».

Preoccupa poi l'azione dei genitori. «Faticano a dare regole. Spesso i bambini dormono con i genitori fino agli otto anni, o non mangiano cibi solidi. E poi lasciare i dispositivi digitali in mano ai bambini significa lasciarli in preda a pericoli. I genitori devono vigilare e aiutarli a crescere sani e autonomi».

Elisabetta Gramolini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

La riflessione sulla riforma del sistema di presa in carico e sulla eccessiva burocratizzazione dei processi

Droga, alcol, azzardo: conta la persona, non solo la dipendenza

4 milioni di italiani sono inghiottiti dall'uso di sostanze illegali; il sistema ne riesce ad aiutare solo 130mila

VIVIANA DALOISO

La logica «prestazionale» fondata su un approccio per categorie di utenti. Che finisce per non occuparsi più (o mai) della persona, intesa nella sua complessità, ma del problema specifico di cui è portatrice: la droga, l'alcol, l'azzardopatia. Se c'è un profumo da ritrovare, in quel pezzo di mondo della salute che si fa carico delle dipendenze, è quello delle relazioni. E alla relazione come cura è stata dedicata la sessione tematica del Convegno di Pastorale della Salute organizzata dalla Federazione italiana delle comunità terapeutiche (Fict), la realtà presente in tutte le regioni che da sola si fa carico della partecipazione giornaliera e residenziale di quasi 10mila tra giovani e adulti (e di 4mila familiari). Sul tavolo i nodi che da due anni a questa parte sono stati posti con forza anche al governo – ultima occasione, la Conferenza na-

zionale sulla droga di Genova –, a cominciare dalla necessità di una riforma del sistema di presa in carico, regolamentato (sembra incredibile) ancora dal Dpr 309 del 1990, cioè da una legge di oltre trent'anni fa. Ma è solo l'inizio, perché di fronte a 4 milioni di persone che in Italia sono state inghiottite dall'uso di sostanze illegali (di cui quasi 500mila in modo continuativo e abituale) tocca fare i conti con un sistema che riesce ad aiutare appena 130mila tra loro, cioè uno su quattro. E con un approccio quantitativo, massificato, «dimenticando cioè totalmente la centralità della persona – insiste il presidente della Fict, Luciano Squillaci –, che vuol dire porre al centro di ogni intervento preventivo, riabilitativo o di reinserimento la persona quale portatrice di bisogni complessi». Tutto il contrario della prassi operativa, che «con l'eccessiva burocratizzazione dei processi, legata a un peso sempre maggiore dell'aspetto econo-

mico e di budget, ha portato a mettere al centro il luogo di cura piuttosto che la persona e, come conseguenza, a una standardizzazione delle prestazioni erogate». Ma come standardizzare l'intervento su un ragazzo che in mancanza di tutto e in assenza di tutti, dopo il lockdown, ha trovato rifugio nel crack e nella cocaina? Oppure quello sulle mamme tossicodipendenti, invisibili e reiette, che sempre più spesso mettono al mondo bimbi già in crisi d'astinenza (il tema, scottante, è stato toccato dalla giornalista Angela Iantosa nel suo libro *La scimmia sulla culla*, edito da Paoline). O ancora, quello sulle patologie comportamentali legate alle dipendenze, che vanno analizzate per quello che sono dentro a ogni contesto di vita, a una storia personale e di sviluppo e alle relazioni tra le persone, in particolare tra adolescenti e famiglie (analisi al centro degli interventi della psicologia clinica e docente di Epistemologia alla

Sapienza di Roma Umberta Telfener e dello psichiatra del Gemelli Luigi Janiri). La strada nuova, la sfida di rimettere tutta la persona al centro (dalla prevenzione all'educazione, fino all'eventuale presa in carico, e poi al reinserimento sociale) la tracciano le esperienze sul campo. Il modello costruito dal basso, ogni giorno, dalle decine di comunità che si occupano dei ragazzi travolti dalle dipendenze. C'è chi va oltre la comunità, in carcere, come padre Giovanni Alessi, cappellano dietro le sbarre e assistente spirituale dell'Associazione Casa Rosetta di Caltanissetta, «certo che non basti la Messa della domenica»: coi detenuti, con lo scarto della società, «serve mettersi in relazione per provare a ricostruire». E le strutture sarde – da Casa Emmaus di Iglesias al Ceis di Cagliari – in prima linea nella lotta alle dipendenze nonostante i posti letto irrisori e i fondi al lumicino.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIACONATO

Empatia e ascolto: così si fa servizio accanto a chi soffre

GRAZIELLA MELINA

Accanto alle persone che soffrono, per dare ascolto e coraggio. Il ruolo dei diaconi diventa sempre più prezioso anche nella sanità, un dato emerso nella sessione «Come suscitare diaconia nell'ospedale, nell'hospice e nell'assistenza ai malati sul territorio» promossa dal Tavolo per il diaconato dell'Ufficio Cei per la Pastorale della salute con le voci di padre Luca Garbinetto, religioso della Pia società San Gaetano, Francesco Benedic, diacono permanente dell'arcidiocesi di Torino, Alessandro Sciolari, della diocesi di Roma e il diacono calabrese Antonio Scarcella. Un approfondimento teologico e tre esperienze di buone pratiche, per testimoniare il valore del servizio dei diaconi nella pastorale della salute, ma anche la volontà di rafforzarne la presenza nei luoghi di cura, accanto all'équipe medica.

Non si tratta di un'attività improvvisata. «Una persona che si trova davanti a un malato, che spesso si pone domande cui non è possibile dare risposte – spiega Guido Miccinesi, psichiatra ed epidemiologo clinico dell'Ispro (Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica) di Firenze –, deve formarsi all'ascolto, sviluppare capacità di empatia, saper cogliere la sofferenza dell'altro, e poi riuscire a trovare i modi per dargli conforto e accompagnarlo nel percorso di cura». Servono quindi percorsi formativi adeguati e la capacità di condividere le esperienze. «È importante che le persone già impegnate in questo servizio – rimarca Miccinesi – si aggregino, mettano in comune le conoscenze, lascino traccia delle buone pratiche». L'impegno del diacono che accompagna chi soffre richiede una predisposizione: «Bisogna scegliere persone che abbiano un'attitudine al servizio, e poi è necessaria un'opera di scambio e revisione reciproca, per maturare e migliorare insieme. L'empatia, l'ascolto, la consolazione e la compassione sono virtù necessarie per stare accanto ai malati».

Sono una cinquantina i diaconi impegnati sia in strutture ospedaliere sia sul territorio, accompagnando i malati a domicilio nel percorso della malattia. «In Piemonte la figura del diacono che presta servizio accanto a chi soffre è già consolidata – ricorda Miccinesi –. Ma anche altrove esistono esperienze che funzionano molto bene. È un modello che potrebbe essere replicato ovunque, sia in ospedale che negli hospice, oltre che nell'assistenza domiciliare, per anziani e malati. L'interesse per questa figura sta salendo molto, anche nella rete delle cure palliative. Il diacono può svolgere un ruolo importante, mettendosi in ascolto e portando la presenza della Chiesa vicino a chi soffre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALL'INTERNO

L'INTERVISTA

«Con la povertà sanitaria le nuove diseguglianze»

Paolo Lambruschi a pagina

LE COMUNITÀ

Droghe, alcol, azzardo: persone più che dipendenze

Viviana Daloso a pagina

LE ISTITUZIONI CATTOLICHE

Rsa fuori dalle polemiche è il momento di progettare

Enrico Negrotti a pagina



INVECE, UN SAMARITANO

Tre parole per un viaggio

Cosa succede quando si torna a prendere parte di persona a un evento ecclesiale, come può essere un convegno della Chiesa italiana? È come rendersi conto di cosa ci serve davvero in questo momento, anzitutto come metodo. Da Cagliari, con la Pastorale della Salute che raccoglie fino a oggi più di cento partecipanti dopo tre anni tra webinar ed edizioni digitali, ci si porta a casa almeno tre evidenze. Anzitutto il valore del *condividere*, che non è venuto meno per la sbornia di incontri a distanza, tutt'altro. C'è bisogno di parlarsi, conoscersi (o ri-conoscersi), capire insieme di cosa sono fatte le nostre intuizioni, i timori, i sogni, i dubbi. Tutto così assume consistenza e realismo. Poi, si comprende quanto conta *conoscere* prendendo la misura alla realtà, restituita così com'è dalla voce di testimoni, professionisti e studiosi. Non basta "avere l'impressione" o "farsi un'idea": per incidere sul mondo è imprescindibile sapere com'è, ma sul serio, e avvertire l'esigenza di saperne di più, senza esserne mai sazi. Infine, si comprende dal vivo cosa vuol dire *ascoltare*, sia quanti credevamo di conoscere, e che invece hanno da offrire molto più di quel che ci pareva, sia chi ci era sconosciuto, o giudicato estraneo, lontano. Fare esperienze vive di questa sete di realtà e di voci altrui porta dritti – e senza neppure accorgercene – dentro quel cammino in spirito sinodale che ci sta indicando il Papa. E non è scoperta da poco. (èv)



Odore di «scarto», ci vuole una cura

Tra pandemia e guerra, crescono i motivi di disagio. Al forum nazionale di Cagliari la Pastorale della Salute esplora diagnosi e soluzioni

EDITORIALE

OLTRE LA FATICA CON IL PROFUMO DELL'INCONTRO

MASSIMO ANGELELLI

C'è una fatica reale in quello che stiamo vivendo, la "ripartenza" dopo oltre due anni fermi e chiusi nei nostri ambienti. Un segno è il Convegno nazionale di Pastorale della salute che stiamo vivendo a Cagliari, in presenza, come non accadeva da tre anni. Ho letto in alcuni volti la fatica: abbiamo ancora addosso stanchezza da elaborare e qualche pensiero da sciogliere. Ripartire non è così immediato. Me ne sono reso conto ascoltando tante persone della grande rete di pastorale della salute italiana qui rappresentata. Gli ultimi sono stati mesi di timori, di perdite e sofferenza, ma anche di profonda esigenza di tornare a vivere. Siamo vivi e vogliamo vivere, questa è la chiave della nostra ripartenza: non vogliamo sopravvivere, o schivare la morte, non vogliamo difenderci o aver paura di vivere, né di incontrare e abbracciare l'altro. Vogliamo riscoprire la bellezza delle relazioni. La Chiesa sente l'esigenza di testimoniare. Ma cosa? Abbiamo bisogno di essere rassicurati perché il nemico invisibile del virus ci ha impauriti e piagati. Abbiamo bisogno di essere consolati, anzitutto da Cristo che ha disteso le braccia sulla Croce per poter meglio abbracciare tutta l'umanità. C'è anche bisogno di essere rassicurati e abbracciati dai nostri fratelli e sorelle, perché nell'incontro con l'altro ritrovo me stesso, con i miei bisogni e ricchezze, riscoprendo la bellezza del dono, della gratuità, indice di qualità della relazione, parametro del nostro stare insieme, in quanto capacità di dare all'altro liberamente, così come di ricevere, in umiltà. Tutti possiamo e dobbiamo donare qualcosa, soldi o capacità, tempo o ascolto: donando possiamo guadagnare lo status di "persona in relazione". E poi, ho bisogno di sentirmi abbracciato da me stesso ricomponendo quella totalità unificata che è l'uomo stesso e che oggi è minacciata da distrazione, disgregazione, rapidità, condizionamenti esterni. Riconciliandomi con me stesso ritrovo la forza del vivere, che è il dono dell'amore connesso alla vita. Nel nostro stare insieme ritroviamo il senso del cammino come pastorale della salute. Il senso dell'olfatto – proposto nel titolo del Convegno «Dall'odore al profumo. Per un superamento dello scarto» – non era facile da trattare. Ma abbiamo scoperto che l'odore è uno dei più importanti segni che condizionano la nostra relazione: un cattivo odore allontana. Rieduchiamo allora i nostri sensi per entrare meglio in relazione e non "scartare". Perché la persona è molto di più.

Direttore Ufficio Cei per la Pastorale della Salute

FRANCESCO OGNIBENE
inviato a Cagliari

È un attimo: ci si credeva al sicuro, e arriva l'apnea. Una malattia, il lavoro che se ne va, un figlio che non trova la strada, un genitore anziano non più autonomo. E da garantiti eccoci emarginati, dapprima in modo impercettibile, poi – se le cause si assommano – gettati nell'emarginazione, "sfortunati", infrequentabili, come si emanasse un cattivo odore. Scartati. Può succedere, è successo nei due anni di pandemia con l'impeto di un tornado che si è abbattuto su una società che si pensava solida e invece recava in sé lacerazioni pericolose. La Chiesa italiana ha acceso il radar anche su questa nuova area di disagio sociale – pandemia, crisi sistemica, ora guerra – con il crescere degli italiani rimasti senza rete sotto l'effetto di un impoverimento che da economico che era è diventato anche sanitario. A proporre un'immagine molto realistica è il Convegno nazionale di Pastorale della Salute che sino a oggi a Cagliari vede – finalmente in presenza – i delegati delle diocesi invitati dall'Ufficio Cei. Nel suo percorso tra i sensi – quarto anno del viaggio in una corporeità da rileggere in chiave cristiana – l'organismo diretto da don Massimo Angelelli sta proponendo di "annusare" la nostra umanità provata da Covid e scenari bellici: e con l'evocativo tema «Dall'odore al profumo, il senso ritrovato. Per un superamento dello scarto» invita a chiamare col loro nome le forme di selezione di cui siamo testimoni. Per capirle e sanarle. Quel che i dati ci restituiscono è una realtà sociale in cui le famiglie povere sono raddoppiate in 10 anni con un balzo nella tempesta pandemica, come spiega la responsabile Welfare e Salute del Censis, **Ketty Vaccaro**: «Diventare "scarto" può capitare a tutti, la linea di demarcazione si è fatta labile. Le vulnerabilità hanno un fattore incrementale, si sommano e si combinano producendo effetti devastanti in presenza di cause di fragilità come oggi sono la giovane età, la solitudine, la presenza di figli piccoli, la numerosità della famiglia, la collocazione geografica, l'area urbana degradata, un disagio psichico, una disabilità, la condizione di migrante...». La forbice dell'esclusione sociale si fa sempre più larga, talora anche in presenza di un'occupazione. E il degrado della salute è la prima spia che si accende. Il presidente della Caritas e arcivescovo di Gorizia **Carlo Maria Redaelli**, a capo della Commissione episcopale che non a caso unisce carità e salute, conosce bene la situazione grazie ai



I delegati al Convegno Cei di Cagliari / Foto Carla Piccioli

sensori sul territorio: oggi la malattia può essere il frutto e insieme la causa della povertà, con la forma di scarto particolarmente odiosa che è la crescente difficoltà di troppi italiani nell'accesso alle cure in quello che è pur sempre uno dei migliori Servizi sanitari del mondo.

Lo scenario si fa ancora più complesso quando irrompe il disagio psichico, che in una condizione così incerta esprime quella «povertà vitale» osservata da **Alberto Siracusano**, ordinario di Psichiatria a Tor Vergata. La salute mentale precaria e la conseguente «fragilità», effetto di «reti sociali, affettive, familiari e amicali logorate», comporta «il rischio dello spreco di chi ne è vittima. Non è più chiaro cosa sia un progetto di vita, prevale l'idea di un investimento produttivo che deve creare ricchezza rispetto alla qualità di vita come benessere psicologico». A un nuovo paradigma di «ricchezza vitale» guarda così Siracusano come – da vescovo e teologo – monsignor **Francesco Savino**, alla guida della diocesi calabrese di Cassano all'Jonio, quando pensa a una «Chiesa chiamata a promuovere luoghi di accoglienza e ospitalità» nei quali si testimoniano «la cura dell'altro e delle relazioni come esercizio concreto di misericordia e fraternità». Non sono nobili sogni ma necessità: ormai dovrebbe essere chiaro che «è crollata una finta costruzione di sicurezza» insieme all'illusione di «uscire migliori dal Covid: perché non sembra che abbiamo imparato a liberarci dal superfluo, dalla virtualità, dal delirio dell'immagine», amara osservazione di una testimone del tempo come **Giovanna Botteri**, inviata Rai su tanti fronti globali, inclusa la Cina del virus, che al convegno Cei ha portato – in stile sinodale – una voce "altra" e insieme totalmente sintonica sugli approdi di senso delle crisi attuali: come la necessità davanti alla guerra di «usare parole che non scavino fossati ma creino un terreno di incontro». Una chiave di significato e di speranza – esplorata anche dal cappellano del Gemelli padre **Andrea Stefani** e dal teologo don **Maurizio Gronchi** – scelta dall'arcivescovo di Cagliari e vicepresidente Cei **Giuseppe Baturi**, che nota come «dal mondo laico ci viene ricordato che oggi il tema fondamentale è quello del vivere», un incoraggiamento a «convocare al nostro tavolo le domande più profonde sull'uomo» avvertendo la «responsabilità di indicare cosa ci costruisce come popolo». Perché «dentro le crisi siamo sempre stati capaci come cattolici di costruire il futuro su grandi visioni, e in dialogo con tutti». Il momento è indubbiamente questo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I CAPPELLANI IN SARDEGNA

La toccante esperienza di due sacerdoti negli ospedali dell'isola durante la pandemia

I don in corsia: "ponte" tra i pazienti e il mondo

ROBERTO COMPARETTI

Farsi prossimi al mondo della sofferenza. Così i cappellani vivono il loro servizio a favore di malati e personale medico, al centro della loro azione la persona. Anche in Sardegna, terra che ospita il Convegno nazionale di Pastorale della Salute. «Questo tempo di pandemia – dice don Andrea Piseddu, cappellano dell'Azienda universitaria ospedaliera "Duisilio Casula" di Monserrato (Cagliari) – ha ridotto le attenzioni verso il paziente. C'è bisogno di recuperare ciò che è stato perduto: vedere il paziente come persona amata, pren-

dendosene cura, avvicinarsi, conversarci, fermarsi ad ascoltare le loro storie, guardandole negli occhi, senza aver fretta di andare dagli altri malati. Avere il tempo giusto per tutti ed esserci per farsi prossimi, con i deboli». Per don Marcello Contu, direttore dell'Ufficio diocesano di Cagliari di Pastorale della Salute e cappellano dell'Azienda di Rilevanza nazionale «G. Brotzu», quello della pandemia è stato un tempo molto difficile. «Per noi – dice – è stato un invito a recuperare le attenzioni che a volte il personale sanitario ha perso per via della difficoltà che stava vivendo. L'elemento più impor-

tante di questi due anni è il nostro ruolo di promotori di dialogo per i malati». «Il rischio – sottolinea don Marcello – è che in ospedale si curi la malattia e non la persona del malato. Esempio emblematico è la pediatria: nel periodo della pandemia i bambini, non potendo ricevere visite, vedevano solamente il personale sanitario che, per quanto facesse ogni sforzo da un punto di vista umano, era comunque temuto. La figura del sacerdote portava una forma di dialogo che né il medico né la mamma preoccupata erano in grado di garantire». C'è poi un altro aspetto nell'impegno dei due cappella-

ni: l'essere l'elemento di collegamento tra le famiglie e i degenti. Entrambi sono entrati in relazione con familiari, sindaci e parroci dei centri dai quali i pazienti giungevano: le due strutture sono di rilevanza regionale e assicurano prestazioni a persone provenienti da tutta l'Isola. «Abbiamo dialogato con confratelli e rappresentanti delle istituzioni – affermano – che ci chiedevano notizie di propri concittadini, e di familiari che, ad esempio, ci chiedevano di ricaricare i telefoni dei propri cari». Una prossimità concreta fatta di necessità quotidiane.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AUXOLOGICO Salute e diritti Il Sistema sanitario può reggere «Ma va integrato»

VITO SALINARO

Universale, gratuito e ...insostenibile. Il Servizio sanitario nazionale (Ssn), dopo la difficile prova della pandemia, è di fronte a un bivio. O riuscirà a ridisegnare l'intera rete di assistenza, partendo dai medici di medicina generale, e sfruttando il Piano nazionale di ripresa e resilienza, in termini di innovazione tecnologica ed organizzativa, oppure l'attuale offerta non potrà più essere garantita. Di questo si è parlato, nell'ambito del Convegno nazionale di Pastorale della salute, nella sessione «Gratis per gli indigenti: diritto alla salute e partecipazione alla spesa», organizzata dall'Ircs Istituto Auxologico Italiano, e al quale hanno preso parte, con i vertici dello stesso Istituto (a partire dal direttore generale Mario Colombo), anche il vice presidente di Aon spa, Luca Franz De Luca, e il direttore generale dell'Asst Santi Paolo e Carlo di Milano, Matteo Stocco. «In questo confronto, tutti hanno sottolineato che c'è uno stato di sofferenza acclarato del Ssn a livello sistemico che necessita di cambiamenti urgenti – spiega il direttore della Pianificazione e controllo dell'Auxologico, Alessio Mulas –. Non è un giudizio definitivo ma senza provvedimenti il sistema, nel medio periodo, è destinato a un'implosione». Il tempo per intervenire c'è. Le priorità? «Da una buona governance all'eliminazione di sprechi e inefficienze. A questo – aggiunge Mulas – va unito un corretto senso di responsabilità che parta anche dal cittadino. Insomma, non si deve solo spendere bene il non poco denaro disponibile. Si deve anche comprendere che i bisogni dei cittadini non possono essere infiniti». Per Mulas devono farsi strada «formule di compartecipazione alla spesa, almeno parziali ed espresse in base alle possibilità di ognuno. È una logica inevitabile ma da non guardare in modo negativo». A patto, evidenzia il dirigente, «che la si intenda in una prospettiva di complementarità tra sistemi, che, se integrati, possono soddisfare tutte le esigenze». Con un'unica forma di erogazione, con un unico servizio, «l'assistenza diventa difficile non solo dal punto di vista economico ma anche della governance. Servirà dunque muoversi – chiarisce Mulas – in una logica di integrazione e complementarità, facendo tesoro delle innovazioni tecnologiche e guardando ai prossimi anni come forieri di importanti novità, a partire dall'intelligenza artificiale. Ma sia ben chiaro – conclude – che il rapporto tra tecnologia e capitale umano andrà ben ponderato, perché la persona resta il principale asset del Sistema sanitario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL TEMA

Anziani e futuro, nessuno escluso

«Il modello organizzativo delle Rsa va rivisto, ma restano una presenza insostituibile. Come noi del non profit». Aris e Uneba in campo

In sintesi

1

Associazione religiosa istituti sociosanitari (Aris) e Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale (Uneba) prendono una posizione congiunta

2

Tra i temi imposti dalla pandemia c'è il profilo delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) per gli anziani: 130mila posti letto in Italia su un totale di 285mila sono in strutture di ispirazione cristiana

L'ANALISI

COMPETENZE BIOETICHE ALL'ALTEZZA DEI DOSSIER



ASSUNTINA MORRESI

Lo spazio dato alla bioetica dal Convegno nazionale Cei di Pastorale della salute rivela la necessità di una riflessione continua sui dilemmi che si pongono in ambito medico e sanitario. Parlare di fine vita e di problemi dello sviluppo della sessualità e dell'identità, contestualizzando all'interno del dibattito bioetico generale in corso, come si è fatto nel panel di lunedì a Cagliari, ha lo scopo di arricchire la "cassetta degli attrezzi" degli operatori della pastorale sanitaria, che lavorano con l'obiettivo di farsi carico di ogni persona che ha bisogno di cure, nella specifica condizione di ciascuno. La complessità del contesto culturale e storico, insieme al vigoroso sviluppo tecnologico, richiedono un aggiornamento costante rispetto alle problematiche antropologiche ed etiche emergenti, ma soprattutto un metodo di lavoro adeguato per affrontarle e rispondere ai bisogni delle persone in condizioni di fragilità perché malati, disabili, anziani soli: sofferenti e in condizione di dipendenza.

Due eventi imprevisi e sconvolgenti – la pandemia e la guerra – hanno rimesso in discussione le carte e scombinato le priorità del dibattito bioetico, finora centrato sui "nuovi diritti individuali": la prospettiva della salute pubblica si è letteralmente imposta, con le problematiche sui vaccini, sulla sorveglianza sanitaria, sui criteri di distribuzione delle risorse, sul dramma delle morti in solitudine negli ospedali e nelle Rsa. Al tempo stesso hanno continuato il loro percorso annose questioni: molti Paesi occidentali hanno approvato leggi sull'eutanasia anche in periodo pandemico. In Italia il tema continua a essere al centro del dibattito pubblico e del confronto politico, nonostante lo stop al referendum sull'omicidio del consenziente. Si è seguito a praticare l'utero in affitto laddove consentito, a dispetto della pandemia prima e della guerra poi, che ne hanno ancor più evidenziato l'aspetto commerciale: abbiamo visto in tv decine di neonati in attesa della "consegna" ai genitori committenti, finanche custoditi dalle tate in appositi bunker in Ucraina, al riparo dalle bombe russe. Sono sempre più spesso in discussione i trattamenti per le transizioni di genere destinati ai minori, che includono i bloccanti della pubertà e gli ormoni cross sex: dopo lo stop della Svezia e il freno in Finlandia, l'allarme suona nel Regno Unito, dove il segretario di Stato per la Salute e gli affari sociali Sajid Javid ha annunciato un'inchiesta, da tenersi con urgenza, sui trattamenti ormonali offerti dal Servizio sanitario ai minori. Stanno aumentando nel mondo organizzazioni di genitori i cui ragazzi soffrono di disforia di genere o di problematiche di identità di genere: sono gruppi di autoaiuto accomunati dalla ricerca di supporto adeguato e scientificamente valido per i propri figli. Nella home page del sito italiano www.genitoridegeneri.com campeggia la scritta «Amare, Ascoltare, Accogliere non vuol dire affermare»: il riferimento è alle "terapie affermative", che propongono ai giovani disforici anche trattamenti farmacologici e chirurgici per modificare il corpo allineandolo al genere percepito. Emerge la necessità di affrontare l'aspetto antropologico ed educativo di tutto questo, in un mondo che sta tumultuosamente cambiando: a Cagliari l'inizio di un lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ENRICO NEGROTTI

Il dibattito indotto dall'emergenza pandemica sulle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) ha riportato l'attenzione sulla situazione spesso difficile di una fetta crescente di cittadini e ha messo in discussione un modello di presa in carico che cerca di rispondere in modo globale alle esigenze – sociali, sanitarie, affettive – delle persone. Ma se occorre una riforma delle Rsa, è da valorizzare la qualità della risposta che offrono a un bisogno sanitario e sociale altrimenti trascurato. L'hanno detto le voci di Aris (Associazione religiosa istituti sociosanitari) e Uneba (Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale) che hanno animato la sessione sulle Rsa al Convegno nazionale di Pastorale della salute. «Il mondo dell'anziano è a rischio» ha esordito padre Virginio Bebbler, presidente di Aris, rimarcando che si tratta di una popolazione sottoposta «gradualmente a un distanziamento sociale» e considerata, più che una risorsa, «un peso per i sistemi sanitari». E la pandemia per gli anziani – oltre all'alto numero di vite stroncate – ha rappresentato un aumento della fragilità psico-sociale a causa della solitudine, con conseguenze potenzialmente gravi per la salute. Tuttavia «sarebbe vano – ha protestato Bebbler – pensare di risolvere la questione dell'assistenza all'anziano, soprattutto se non autosufficiente e pluripatologico, considerando inutile e persino deleterio l'insostituibile ruolo delle Rsa». Riferendosi a chi è costretto a letto, e magari solo, «l'impegno del familiare è sempre più ridotto»: visto il calo demografico, spesso l'anziano ha accanto a sé solo il consorte, altrettanto anziano e privo di competenza sanitaria. Per Bebbler «è opportuno rivedere il modello organizzativo delle Rsa, aprendoci di più al domiciliare e al territorio. Noi e Uneba abbiamo fatto proposte in un documento, finora inascoltate».

Il panorama italiano, ha ricordato Franco Massi, presidente di Uneba, mostra che le strutture residenziali e semiresidenziali di ispirazione cristiana «offrono assistenza a più di 130mila anziani su un totale di 285mila posti letto presenti in Italia». La pandemia ha mostrato i limiti di una mancata integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale ma – ha puntualizzato Massi – non c'è una bipartizione pubblico-privato quanto piuttosto una tripartizione: «Noi come terzo settore, non profit, non siamo una parte del privato ma qualcosa di diverso». Aggiungendo che «l'enfaticizzazione delle cure domiciliari (da noi criticata perché posta in alternativa alla

residenzialità) ha portato alla scrittura di un Pnrr con contenuti non rispondenti ai reali bisogni delle persone non autosufficienti». Infatti «gli investimenti previsti per le reti di prossimità (case della comunità, ospedali di comunità) sono a nostro avviso uno sforzo aggiuntivo e non sostitutivo agli interventi per la residenzialità», mentre per i Centri diurni, «anello di congiunzione tra domicilio e Rsa, non è stato previsto un euro di finanziamento». Le Rsa «sono centrali e insostituibili per le cure a lungo termine», da trasformare in «centri multiservizi» anche per «promuovere la prevenzione in ambito geriatrico, erogare servizi di assistenza nei centri diurni, nonché garantire residenzialità post-acuta e prestazioni ambulatoriali». Giovanni Costantino, responsabile del servizio Lavoro e relazioni sindacali di Aris, ha paventato i rischi della pluralità di contratti collettivi nello stesso comparto dell'assistenza: con il possibile paradosso di personale contento in aziende virtuose, perché scelgono contratti più generosi con i dipendenti ma che corrono il rischio di andare fuori mercato. E d'altra parte personale scontento in aziende che applicano contratti meno remunerativi, ma che – proprio per questo – riescono a prosperare. Esaminando il Pnrr, Luigi Corbella, consulente fiscale di Aris, ha richiamato «la totale assenza del soggetto che dovrebbe essere partner in fase di progettazione», cioè il privato non profit, previsto peraltro sin dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (833/78). Fabrizio Giunco, responsabile dell'area sociosanitaria di Aris Lombardia, ha riferito dell'ispezione all'Istituto Palazzolo della Fondazione Don Gnocchi da parte del Comitato sulla prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa: alla fine sono giunti i complimenti degli scrupolosi esaminatori, che porteranno come buona pratica la procedura della Rsa milanese. «È tempo di cambiare la narrazione intorno alle nostre strutture», ha commentato Giunco. Giovanni Di Bari, presidente di Uneba Marche, ha ricordato le proposte del "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza": percorso unico, rete integrata delle risposte, modalità di finanziamento, programmazione e governance. Fabio Cavicchi, presidente di Uneba Emilia-Romagna, ha illustrato un'indagine del 2021 dell'Osservatorio Long term care su 1.275 famiglie: le famiglie si rivolgono alle Rsa non quando hanno un bisogno ma quando non ce la fanno più.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AIPAS

Dai sanitari cristiani contrasto all'isolamento

ISIDORO MERCURI GIOVINAZZO

Al termine del biennio di emergenza pandemica l'Associazione italiana di Pastorale sanitaria (Aipas), come da quasi quarant'anni, accosta alla cura corporale degli infermi il bisogno spirituale e morale, offrendo un accompagnamento competente, sollecito e rispettoso. Siamo sacerdoti diocesani, diaconi, membri di istituti maschili e femminili di vita consacrata e laici impegnati nel servizio di cura. Particolarmente legati alla storia dell'Aipas sono gli ordini religiosi. Ogni anno al Convegno Cei cerchiamo di alternare le loro voci: in questa edizione quella di tre operatori sanitari specialisti in cure palliative dell'Unità di Oncologia e Geriatria all'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma. L'infermiera Chiara Innamorati e la coordinatrice Daniela Algenii hanno illustrato un'indagine sul «visuto degli infermieri che hanno prestato assistenza ai pazienti affetti da Covid-19». È emerso che «per gli infermieri le emozioni provate hanno avuto un peso rilevante. La comprensione e la gestione del proprio stato d'animo in nessun modo potevano essere ignorate, pena burnout e scadente efficienza nell'assistenza prestata. Dunque, prestare attenzione alle esperienze degli infermieri durante la pandemia è un prerequisito per continuare a fornire cure sanitarie adeguate e migliorarne la qualità». Secondo Giulia Nazzicone, medico, «come operatori sanitari cristiani abbiamo la grande responsabilità di contrastare con responsabilità l'isolamento dei più fragili, la paura che ci fa fuggire davanti alla malattia, il tentativo di chiudere gli occhi alla sofferenza con scelte di morte in contrasto con il principio cardine della nostra professione: la salvaguardia della vita».

Presidente Associazione italiana di Pastorale sanitaria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

BUONE PRATICHE

120mila donatori e cultura solidale. Il metodo Fratres traccia la strada oltre il sangue

Con una sessione tematica online su «La cultura del dono» l'associazione Fratres dei donatori di sangue di ispirazione cristiana è entrata nel vivo del Convegno nazionale di Pastorale della salute. «Un incontro molto ricco – sintetizza Christian Bisagni, funzionario nazionale dell'organismo solidale – con un gran numero di interventi e il coinvolgimento di altre associazioni. Abbiamo messo a tema il superamento dello scarto utilizzando l'immagine dell'olfatto, nella prospettiva di generare quel passaggio dall'odore sgradevole della malattia al profumo che emanano le buone azioni di cura. Con la pandemia abbiamo visto che tutti si possono

«contagiare», ammalare, trasmettere un male: allora il dono è proprio l'opposto del virus pandemico, con la necessità di rendere capaci le persone, che da sole non ce la farebbero, di vivere o di tornare in salute sperando in una vita più lunga grazie a questo dono ricevuto, che purtroppo a oggi non si può fabbricare in laboratorio e per il quale non esiste un'alternativa se non un essere umano che lo dona agli altri». Tra le quattro associazioni nazionali riconosciute dal Ministero della Salute, unica riconosciuta dalla Cei proprio perché di ispirazione cristiana, la Fratres ha messo a punto, sotto il coordinamento del presidente Vincenzo

Manzo, un programma di formazione spirituale e di pastorale della salute. Presente in oltre 600 Comuni di 14 regioni, la Fratres – come illustra Bisagni – «ha 120mila donatori attivi» che «danno al servizio sanitario nazionale e al sistema trasfusionale oltre 140mila unità di sangue ed emocomponenti l'anno». Alle porte ora c'è il congresso nazionale a fine mese a Rimini. Intanto Fratres continua a operare sulla sua parola-chiave: il dono, come con il progetto «Le note del dono», in collaborazione con Aido e Donatorinati della Polizia, per portare ovunque, scuole comprese, il grande messaggio di questa cultura. (Igor Traboni)

LA VOCE DELLA FIASO

Tra nuovi modelli organizzativi e nodi culturali: parla Paolo Petralia, vicepresidente della Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere

«Più che efficienza, alla sanità dopo il Covid serve un'antropologia»

DANILO POGGIO

«Oggi serve una riforma culturale anche nell'ambito della medicina. La persona e la comunità devono poter essere al centro di tutto». Paolo Petralia, medico specialista in igiene e bioetica, è stato a lungo direttore generale dell'Ospedale pediatrico Gaslini di Genova, e oggi ricopre lo stesso incarico per l'Asl 4 Liguria. Come vicepresidente vicario Fiaso (Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere), martedì ha guidato l'incontro «La sanità di comunità nel post pandemia: sfide e opportunità», nell'ambito del Convegno nazionale di Pastorale della salute a Cagliari. La pandemia ha cambiato molte cose nell'ambito della sanità? Con il Covid siamo stati costretti ad imparare a essere flessibili, tempestivi e col-

laborativi. L'emergenza ci ha portato a capire che possiamo modificare le nostre azioni in base alla situazione, che possiamo essere veloci e possiamo lavorare in squadra. Ora dobbiamo cogliere la sfida del cambiamento per arrivare a costruire modelli nuovi. È una riflessione che è iniziata tempo fa, anche all'interno della Fiaso, ma con la pandemia c'è stata un'evidente accelerazione. Adesso qual è la sfida? Dobbiamo portare davvero le persone e le comunità al centro del nostro agire. Questo non comporta solo il diritto a ottenere le cure nel luogo in cui si vive, ma implica una riflessione antropologica sulla nozione stessa di persona, basata anche sulle relazioni. Se fondiamo le cure di prossimità sul "farsi prossimo agli altri", la vicinanza trova un senso molto più profondo, costruendo un rapporto di relazione tra tutte le persone

coinvolte: il medico, il paziente, il familiare, il caregiver. L'accoglienza crea un'alleanza stabile, può dare risposte migliori. Si passa così dall'idea di prestazione di cura alla presa in carico e del percorso di cura. Lei parla di antropologia e cultura: ma non ci si aspetta concretezza su questi temi? La riforma culturale viene prima di quella gestionale ed economica. Non significa restare nella teoria, ma è necessario accettare l'esigenza di un approccio diverso. Altrimenti i cambiamenti organizzativi, per quanto importanti, non stanno in piedi. Il nostro obiettivo non è soltanto cambiare l'organizzazione, o creare ospedali di comunità, ma dare un senso e un'anima a questi cambiamenti. Fondamenti di antropologia e fondamenti etici sono indispensabili per essere efficienti, anche dal punto di vista

della qualità dei risultati e della sostenibilità economica. Se creiamo percorsi di cura condivisi, riusciamo a ottenere molto di più, anche dal punto di vista terapeutico. Coinvolgere il terzo settore anche nella co-progettazione e non solo nell'erogazione di servizi ci permette di essere più concreti nel leggere le esigenze della popolazione. Alcune esperienze di cui abbiamo parlato al convegno (a Roma, in Sardegna, in Molise) dimostrano che il metodo funziona. E le risorse? Per il settore il Pnrr mette a disposizione in totale circa 20 miliardi. È un'opportunità importante per creare un sistema sostenibile. Abbiamo fatto grandi cose durante il Covid, ora non possiamo tornare ai linguaggi e agli strumenti del passato. È tempo di usare metodiche e paradigmi diversi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA