

**Intervento dell'Arcivescovo di Torino mons. Cesare Nosiglia
al seminario su «La continuità delle cure socio-sanitarie
per malati non autosufficienti»
organizzato dalla Consulta regionale per la Pastorale della Salute della CEP
Torino, lunedì 10 dicembre 2012**

Sono lieto di prendere la parola in questo seminario di approfondimento su un punto importante del recente Piano Socio Sanitario, in relazione alla “continuità delle cure socio-sanitarie per i malati non autosufficienti”.

Si tratta del secondo appuntamento, dopo quello del dicembre dello scorso anno sul tema dell’allocazione delle risorse in sanità, quali scelte etiche”.

Ringrazio l’Assessorato alla Salute della Regione Piemonte, nella persona dell’ing. Paolo Monferino, che, in un contesto di proficua collaborazione, si rende disponibile a questo dialogo continuo con la Chiesa che è in Piemonte, attraverso la Consulta Regionale della Pastorale della salute, presieduta dal Vescovo delegato Mons. Guido Fiandino, coadiuvato dal Responsabile Regionale don Marco Brunetti.

“Prendersi cura dei malati non auto sufficienti scelta etica e civile” è il tema che mi è stato assegnato, quindi vorrei farvi partecipi di alcune riflessioni che spero utili per i lavori di questo seminario di approfondimento.

Il gesto del prendersi cura è una struttura antropologica fondamentale che accompagna l’uomo dalla vita intrauterina fin oltre la morte. In particolare, parlando di cura integrale all’uomo fragile, intendiamo non solo la cura di una specifica malattia o tipologia di ammalato, ma un percorso di presa in carico che includa i bisogni profondi della persona e sia attento alle necessità spirituali e morali del sofferente. Per realizzare in chiave pastorale un percorso che ci porti a curare “tutto” l’uomo, è necessario accompagnare insieme l’ammalato, gli operatori sanitari professionali, le famiglie e i volontari.

Alla base della cura integrale va posto un modello antropologico che guardi all’uomo nelle sue molteplici dimensioni: fisico-biologica, psichica, sociale, culturale e spirituale.

Qualunque sia la condizione clinica, il livello di disabilità o l’età della persona, tutte le dimensioni suddette sono sempre presenti e chiedono di essere armonizzate per realizzare il bene concretamente possibile di quella persona e del suo contesto relazionale. Talvolta serpeggia l’idea, per esempio, che un paziente molto avanti negli anni non meriti tutte quelle attenzioni sanitarie utili al suo stato di salute in quanto ha già vissuto a sufficienza la sua vita. (!)

Per curare tutto l’uomo dobbiamo essere capaci dello sguardo di misericordia di Cristo, che desidera la salvezza della persona, in vista del suo vero compimento: la vita eterna (cfr 1Ts 5,22-24).

Nel mondo della sanità, il primo passaggio che ogni operatore professionale o pastorale deve compiere è quello di “ospitare” i malati, fermandosi, conoscendoli, interessandosi di ciascuno di loro. Può sembrare banale, ma la tentazione del “passare oltre” è sempre in agguato e si nutre di mille giustificazioni: impegni programmati o imprevisti, incontri di équipe, incombenze burocratiche, inderogabili esigenze o problemi personali, stress da turni di lavoro ravvicinati in un ambiente deprimente. La solitudine del malato è a volte molto pesante, alleviata per lo più da parenti e volontari.

Il “prendersi cura” dell’altro richiede un lavoro di squadra: è impossibile “farsi carico” integralmente e da soli di una persona sofferente. Lavorare “in rete” è un’esigenza

di buon senso e insieme un requisito indispensabile per un'efficace organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale. Anche nel servizio pastorale è opportuno che istituzioni e persone operino insieme; ciò risulterà proficuo sia dal punto di vista umano, sia nella prospettiva del dinamismo della comunione, tipico della vita cristiana.

Per curare la persona ammalata occorrono prestazioni sanitarie adeguate, ma la semplice erogazione di prestazioni (visite, analisi, radiografie, ricoveri) è insufficiente. La gestione del dolore fisico e psicologico, che assorbe l'energia del sofferente e lo deprime, o il senso di impotenza, che è in se stessa causa di fragilità e aggiunge al problema in atto le ansie per il futuro, richiedono percorsi di presa in carico. È estremamente difficile rispondere a tutte queste necessità, senza integrare professionalità diverse e senza il ruolo della comunità e la forza delle motivazioni spirituali. In questa prospettiva, è fondamentale che l'équipe pastorale entri in dialogo con gli altri operatori del settore.

Non va mai dimenticato che il malato conserva sempre il suo valore di persona, anche nelle situazioni estreme, con la sua inviolabile dignità di essere umano e di figlio di Dio; senza questo ampio sguardo di considerazione, condivisione e amore, ogni gesto di cura risulta incompleto.

L'assistenza integrale è attenta alle peculiarità del singolo e alla particolare condizione di ogni uomo. Le malattie non sono tutte uguali e ognuno di noi, di fronte alla sofferenza, reagisce con modalità diverse. Inoltre, i concetti di malattia e di cura possono essere profondamente diversi nelle varie culture. L'accompagnamento del sofferente dovrà essere il più possibile personalizzato, così da entrare "in punta di piedi" in relazione con lui e con il suo contesto culturale e affettivo, per conoscerne le condizioni, i valori e le attese e adoperarsi nella ricerca di una risposta adeguata: conoscere l'altro per imparare ad amarlo.

In sintesi, la cura di tutto l'uomo richiede impegno personale e comunitario, lavoro di squadra e spirito di comunione, attenzione alle condizioni del malato e ai valori in gioco.

È urgente un'azione culturale che tenda a recuperare l'unità della persona umana per ricondurre ad unità il sapere clinico, superando la deriva specialistica che, pur necessaria, rischia di dimenticare che quando una parte dell'organismo è malata, è tutto l'uomo che soffre. Inoltre, è necessario imparare a valorizzare il tesoro spirituale racchiuso nella sofferenza, che può rivelarsi scuola privilegiata dell'umanità teologale, tanto da essere definita nell'enciclica Spe Salvi "luogo di apprendimento della speranza" (n.36).

Tali considerazioni di fondo impegnano tutta la società ad organizzare la sanità e l'assistenza secondo un'ottica sociale che sappia coniugare cura e assistenza, efficienza e qualità, giustizia e solidarietà impedendo che l'ammalato sia lasciato a se stesso o alla cura dei soli familiari, garantendo il diritto alla libera scelta del luogo di cura da parte degli assistiti in tutto il territorio regionale e nazionale. Favorendo strutture di degenza intermedia di tipo socio-sanitario, accoglienti, confortevoli e di buon livello.

E' necessario creare un percorso della salute che integri ospedale e territorio in un circuito responsabile e solidale, in cui la persona malata si senta accompagnata, protetta e tutelata dal sistema sanitario in tutte le fasi del decorso della malattia.

L'ospedale, inteso come luogo primario e per le fasi acute della malattia, grazie alla grande professionalità di molti operatori sanitari e alla medicina avanzata, è un punto di riferimento per ogni cittadino che vi ricorre in caso di necessità.

Occorre che i Pronto Soccorso e i DEA diventino dei luoghi accoglienti, evitando lunghe attese o permanenze prolungate su barelle magari nei corridoi, in attesa di ricovero. Gli stessi ambienti di ricovero devono garantire maggiore riservatezza e tranquillità e soprattutto mettere i medici e gli operatori sanitari in condizione di creare una

relazione col paziente e coi famigliari che sia più attenta e meno frettolosa e in ambienti meno rumorosi.

D'altro canto bisogna educare i cittadini a non fare un uso improprio del Pronto Soccorso. Oggi è ormai prassi una permanenza minima ed essenziale negli ospedali, a causa degli alti costi per il sistema sanitario. E' importante dimettere i pazienti in sicurezza, tenendo conto che ci si può opporre per legge alle dimissioni forzate, e fornendo delle valide alternative per le post-acuzie e la riabilitazione.

A questo proposito è fondamentale costituire una rete effettiva con il territorio attraverso residenze socio-sanitarie e l'ospedalizzazione a domicilio e l'assistenza domiciliare, potenziando con risorse e personale questi servizi, garantendo una copertura totale al paziente, rientrato al proprio domicilio, in collaborazione con il medico di famiglia e i familiari stessi.

Per quanto riguarda i malati cronici, gli anziani non autosufficienti, i disabili gravi come i malati di SLA o i cerebrolesi, si pensi ad assegni di sostegno alle famiglie che decidessero di assistere il proprio malato a casa, in alternativa alla residenzialità in strutture socio-sanitarie, procurando così un aiuto finanziario alle famiglie ed un risparmio effettivo per la spesa sanitaria.

Per le persone malate in stato terminale oncologico, ma non solo, si potenzino gli hospice come luoghi di cura protetti, incentivando le cure palliative in modo tale da rendere qualitativamente migliore l'ultima parte della vita terrena, sostenendo umanamente e spiritualmente il malato e la famiglia che per tante ragioni obiettive non può o non riesce a curare il proprio congiunto a domicilio.

Mi rendo conto che tutto ciò ha costi che vengono considerati a volte insostenibili, ma credo che la civiltà di un popolo si misura dalla sua volontà e capacità di sostenerli non solo per chi ha un reddito elevato e può ricorrere alle strutture private, ma per tutti conservando e qualificando dunque il servizio pubblico. La vita di ogni singolo cittadino che vive situazioni di malattia o gravi difficoltà di salute, è il tesoro più prezioso non solo per se stessi ma per tutta la collettività. Si tratta certamente di ottimizzare le risorse sia in questo ambito ma anche in tanti altri ambiti della vita civile per rendere possibile mantenere alla sanità quel primato che deve avere, in modo da rispondere con tempestività alle richieste dei cittadini in ciò che più sta loro a cuore. L'aziendalizzazione che caratterizza oggi i servizi ospedalieri e della sanità in genere tiene in forte considerazione i bilanci e questo è certamente un bene, ma nell'equilibrio tra costi e ricavi si deve tenere conto non solo degli aspetti finanziari ed economici ma anche di quel profitto fondamentale che è costituito dal bene-essere della persona del malato e dall'impegno di fare il possibile per sostenerne il percorso terapeutico di cui ha bisogno. Si tratta di costi certo ma ben spesi e dunque di investimenti produttivi per la persona e l'intera società che ne usufruisce. Si tratta dunque di ricavi e non di perdite. Le perdite sono altre voci di spese superflue o di sprechi e dispersione di risorse mirati ad interessi o tornaconti che nulla hanno a che vedere con il bene comune dei cittadini e una giusta ed equa sanità per ciascuno e per tutti.

Vorrei ricordare quanto il Papa Benedetto XVI, alla recente Conferenza Internazionale organizzata dal Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari il 17 novembre scorso in Vaticano, ha detto:

“In tempi di crisi economica si corre il rischio di sottrarre risorse alla tutela della salute. Proprio in tale contesto, ospedali e strutture di assistenza debbono ripensare il proprio ruolo per evitare che la salute, anziché un bene universale da assicurare e difendere, diventi una semplice «merce» sottoposta alle leggi del mercato, quindi un bene riservato a pochi. Non può essere mai dimenticata l’attenzione particolare dovuta alla dignità della persona sofferente, applicando anche nell’ambito delle politiche sanitarie il principio di sussidiarietà e quello di solidarietà (cfr Enc. Caritas in veritate, 58). Oggi, se da un lato, a motivo dei progressi nel campo tecnico-scientifico, aumenta la capacità di guarire fisicamente chi è malato, dall’altro appare indebolirsi la capacità di «prendersi cura» della persona sofferente, considerata nella sua integralità e unicità. Sembrano quindi offuscarsi gli orizzonti etici della scienza medica, che rischia di dimenticare come la sua vocazione sia servire ogni uomo e tutto l’uomo, nelle diverse fasi della sua esistenza. E’ auspicabile che il linguaggio della «scienza cristiana della sofferenza» - cui appartengono la compassione, la solidarietà, la condivisione, l’abnegazione, la gratuità, il dono di sé - diventi il lessico universale di quanti operano nel campo dell’assistenza sanitaria. È il linguaggio del Buon Samaritano della parabola evangelica, che può essere considerata - secondo il Beato Papa Giovanni Paolo II - «una delle componenti essenziali della cultura morale e della civiltà universalmente umana» (Lett. ap. Salvifici doloris, 29). In questa prospettiva gli ospedali vanno considerati come luogo privilegiato di evangelizzazione, perché dove la Chiesa si fa «veicolo della presenza di Dio» diventa al tempo stesso «strumento di una vera umanizzazione dell’uomo e del mondo» (Congr. per la Dottrina della Fede, Nota dottrinale su alcuni aspetti dell’evangelizzazione, 9). Solo avendo ben chiaro che al centro dell’attività medica e assistenziale c’è il benessere dell’uomo nella sua condizione più fragile e indifesa, dell’uomo alla ricerca di senso dinanzi al mistero insondabile del dolore, si può concepire l’ospedale come «luogo in cui la relazione di cura non è mestiere, ma missione; dove la carità del Buon Samaritano è la prima cattedra e il volto dell’uomo sofferente il Volto stesso di Cristo» (Discorso all’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 3 maggio 2012).”

Termino le mie riflessioni affermando che a tutti gli esseri umani, in quanto persone e cittadini, vanno sempre garantiti il diritto alla vita, l’accesso alle cure primarie e la miglior tutela della salute, per dovere di giustizia e per testimonianza di carità, in ossequio al Vangelo e alla nostra Costituzione.