



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

CONSIGLIO PASTORALE  
OSPEDALE "GUGLIELMO da SALICETO" PIACENZA



**ESSERE ACCANTO  
AL MALATO**

## **Presentazione**

Siamo lieti di presentare gli atti dei due Convegni dell'anno 2004: "Essere accanto al malato" ed "Essere accanto alla famiglia del malato".

Eccellenti relatori del primo Convegno sono stati Giandomenico Degli Esposti, Responsabile dell'Area risorse economiche A.Usl di Cesena; il Professor Giancarlo Carrara; Direttore del Dipartimento di Medicina Interna A.Usl di Piacenza; il Professor Giulio Senini, neurologo, psichiatra di Piacenza.

Hanno dato la loro sentita esperienza e testimonianza Emanuela D'Anna, Infermiera professionale dell'Istituto europeo oncologico di Milano e don Gianluigi Peruggia, assistente accompagnatore spirituale, Hospice Santa Maria delle Grazie di Monza.

Nel secondo Convegno, dopo i saluti del dottor Francesco Ripa di Meana, Direttore generale dell'Azienda Usl di Piacenza e del Vescovo di Piacenza mons. Luciano Monari, ha presentato la relazione il noto dottor Ezio Aceti, psicologo e docente di psicologia e pedagogia della Scuola Infermieri professionali della Clinica Mangiagalli e consulente pedagogico del Comune di Milano. Mentre don Gianluigi Peruggia, Paola Mauri e Monica Muronì hanno presentato le loro valide esperienze nell'ambito ospedaliero. Di questo ultimo Convegno abbiamo pure riportato il dibattito finale.

Dai due Convegni è emersa l'esigenza di un nuovo modello culturale, cioè il lavorare insieme come rete, come équipe, all'insegna della multiculturalità, nella ricerca dell'unità.

Il Consiglio Pastorale dell'Ospedale  
"Guglielmo da Saliceto" di Piacenza

Piacenza, 8 dicembre 2004

Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza



Consiglio Pastorale dell'Ospedale  
"Guglielmo da Saliceto" Piacenza

# **ESSERE ACCANTO AL MALATO**

l'ascolto,  
l'accompagnamento,  
il sostegno

Sabato, 7 febbraio 2004, 9-12.30

**Sala delle Colonne**

Ospedale Guglielmo da Saliceto

**PIACENZA**

**Segreteria organizzativa**

Cappellania Ospedale

Guglielmo da Saliceto – Piacenza

Tel 0523.302270 – 0523.490872

ore 9 Saluto delle Autorità

- Dr. **Francesco Ripa di Meana**

Direttore Generale Azienda USL di Piacenza

- Don **Carlo Brugnoli**

Direttore Ufficio Diocesano per la Pastorale Sanitaria

ore 9.15 Tavola rotonda: "Essere accanto al malato"

Moderatrice: Dott. ssa **Rossana Ferrante**

(Responsabile U.O. Comunicazione e Marketing  
Azienda USL di Piacenza)

● *Valori e interessi in sanità: dai beni materiali ai  
beni relazionali*

**Giandomenico Degli Esposti** (Responsabile Area  
Risorse Economiche AUSL di Cesena)

● *40 anni di contatto con i malati. Un'esperienza  
umana e professionale*

Prof. **Gian Carlo Carrara** (Direttore Dipartimento di  
Medicina Interna, AUSL - Piacenza)

● *Il disagio psichico del paziente nella fase di  
ricovero*

Prof. **Giulio Senini** (Neurologo, Psichiatra -  
Piacenza)

● *Esperienza del dolore: cura e compagnia*

**Emanuela D'Anna** (Infermiera Professionale, Istituto  
Europeo Oncologico - Milano)

● *Il ministero della consolazione; esperienze*

Don **Gian Luigi Peruggia** (Assistente  
Accompagnatore Spirituale, Hospice S. Maria delle  
Grazie - Monza - Milano)

ore 11 coffee break

ore 11.15 Interventi preordinati

ore 11.30 Discussione generale e repliche

ore 12.30 Conclusione dei lavori

## **VALORI E INTERESSI IN SANITÀ: DAI BENI MATERIALI AI BENI RELAZIONALI**

**di Giandomenico Degli Esposti (Ausl Cesena)**

Il tema che mi è stato affidato si presenta di non facile approccio. Ma è, allo stesso tempo, estremamente coinvolgente, per uno, come il sottoscritto, che da ormai 40 anni si è interessato di aspetti economici della sanità. Dalla routinaria gestione di bilancio, fino al complessivo governo delle politiche economiche di un sistema complesso come un'Azienda sanitaria di oggi. Non sono un'economista, nel senso accademico del termine, ma, da sempre, il mio lavoro è stato indirizzato agli aspetti economici della sanità, per questo la mia formazione sul campo e il mio aggiornamento professionale si sono sempre rivolti a queste tematiche.

Pertanto il mio approccio alla tematica affidatami è più di tipo esperienziale e di testimonianza, vista però dall'angolazione particolarissima, di chi lavora con i problemi economici del mondo sanitario.

Premetto anche che il mio intervento non è teso a dare soluzioni preconfezionate, bensì a porre in risalto considerazioni su domande (in termini di valori effettivi del servizio sanitario), che sempre di più esigono una loro valutazione anche sul piano economico. Un intervento quindi che tende ad esprimere e a circoscrivere problemi, forse anche provocatori sul piano del dibattito, che esigono l'apertura di un dialogo e l'avvio di un percorso di analisi, teso a dare risposte concrete a questi problemi. E' indubbia la crisi economica del sistema sanitario: dei sistemi sanitari in generale e del nostro sistema nazionale in particolare. Già agli inizi degli anni 80 gli economisti sanitari avevano prefigurato questa fase, individuando precise linee di influenza sul fenomeno di espansione in atto.

Alcune, di queste linee, sono più strettamente collegate al versante del formarsi del bisogno sanitario, che, ricordiamo, si configura, paradossalmente (è il cosiddetto paradosso sanitario) come una

parabola ascendente in funzione del grado di offerta e dell'aumento dell'età, e pare quasi connesso, nella sua tensione all'infinito, con il sogno stesso dell'immortalità.

Quindi l'invecchiamento della popolazione assistita, che aumenta il peso di quella fascia di vita, dove il consumo sanitario aumenta in modo esponenziale, rispetto al ridursi della possibilità del soggetto di produrre ricchezza. E, dall'altro, la sempre miglior cura delle patologie più gravi e invalidanti, che prolunga la durata di vita ma, nel contempo, richiede interventi di consumi sanitari più prolungati.

Altri correnti inflattive della spesa sanitaria sono collegate più all'evoluzione di aspetti culturali della società e del proprio approccio al bene salute. Uno di questi è la tecnologia sempre più avanzata che se da un lato risolve alcuni problemi, dall'altro induce sempre bisogni nuovi... basti pensare all'uso di apparecchiature come la Risonanza magnetica. Entriamo senz'altro, anche con l'altra corrente culturale che va dominando, sotto l'egida del "sano è bello", nel campo del consumismo sanitario (sul versante della domanda) indotto anche dal maggior livello di ricchezza raggiunto dalle nostre società, e, per contro, dell'appropriatezza o meno dell'offerta sanitaria. Infine il maggior stato di ricchezza (ed è stato rilevato da molte inchieste di questi giorni) trascina verso l'alto il livello di soddisfazione dei bisogni, creando fasce di disagio a livelli economici prima ampiamente vivibili, è lo scoprirsi delle cosiddette nuove povertà. Il consumo di risorse del nostro sistema sanitario incrementa mediamente, anche in presenza di un oculato uso delle stesse, dell'8% annuo e non può essere coperto da un fondo nazionale che segue semplicemente il trend inflazionistico generale.

E' crisi economica del sistema, dunque!

A questo punto vorrei tornare, un attimo, alle prime due parole che titolano il mio intervento: valori ed interessi. Vediamo che finora si è molto dato risalto all'aspetto economico (diciamo di ricchezza materiale) di queste due espressioni, però dal breve excursus che abbiamo fatto rileviamo che, con l'evolversi dello stato culturale e di benessere della popolazione assistita, il significato di queste parole ha assunto aspetti sempre meno materiali per invadere una cerchia di valori più ampia che estende il concetto stesso di

benessere e di salute. Anche chi si colloca sul lato dell'offerta deve tenere conto di questo mutamento e spostare l'ottica dai soli beni materiali anche a quella dei valori ed interessi immateriali.

Il primo approccio, prettamente economicistico tende ad accartocciarsi su se stesso e ad implodere. Il mercato della sanità non risponde alle regole economiche della domanda e dell'offerta, è oppresso dal paradosso sanitario e dalla sua parabola ascendente con valori esponenziali, tendenti all'infinito, che nessun mercato riuscirà mai a coprire. Chi ha più bisogno di salute è quello che meno produce in termini di ricchezza, fino ad essere considerato di fatto "improduttivo" e non può comprarsi la propria salute (ho usato il termine "comprare" non ha caso, per provocare il senso del contrasto, anche etico, che un termine di mercato come "comprare, opera nelle nostre coscienze). E' ora di mettere in campo altri valori ed altri interessi.

La sfida dei prossimi anni, a chi governa e all'economista che deve studiare un sistema adeguato per finanziare la sanità, è quello di porre in campo altri valori e di trovare il modo di porli sul piatto della bilancia economica (ossia valorizzarli e remunerarli, anche si dovrà spendere più del tasso inflattivo). Parlo di equità ed appropriatezza delle prestazioni offerte (ed è la scelta del governo clinico, integrato - e non separato ed antitetico - con il governo economico), di solidarietà, in un contesto molto più ampio di comunità, e di valori relazionali.

E sono alla parte centrale del mio intervento per trattare dell'introduzione del valore della relazione ai vari livelli, dove si costruisce il processo dell'intervento sanitario, che confluisce nella prestazione finale.

Relazione, che a livello gestionale può voler dire integrazione dei servizi, opposta invece alla concezione della concorrenza/competitività. Relazione, che a livello del rapporto di lavoro, sostituisce il concetto di gerarchia, prima, e poi, ancora il concetto di competitività interna fra operatori.

Relazione, infine che vuol dire rapporto con l'assistito, non più inteso come oggetto dell'intervento professionale, bensì come soggetto che a questo intervento collabora.

Forse chi ha studiato marketing applicato alla sanità, potrà dirmi che il valore dei rapporti è già da quella materia considerato come “funzione” che dà un valore complessivo alla prestazione. E’ un cosiddetto “periferals” che aggiunge un valore di maggior gradimento dell’assistito di fronte al “core” che è la prestazione sanitaria stessa.

Ma io voglio dire qualcosa di più! Non voglio parlare di relazione come abbellimento aggiunto alla prestazione, che allora può essere scambiato con cortesia, gradevolezza di approccio o quant’altro. Per me il valore di relazione dev’essere un tutt’uno con la prestazione stessa. Deve essere valore intrinseco della prestazione, assieme ai medicinali, alle apparecchiature sanitarie ecc. E per avvicinarmi a questo concetto, permettetemi una provocazione, ma lasciatemi dire che come in tante altre realtà della nostra società moderna, dei tre valori fondanti della Rivoluzione francese (Libertà, uguaglianza e fraternità), che sono alla base della moderna civiltà, anche nella sanità si sono salvaguardati il principio di libertà del cittadino nelle proprie scelte di cura, di eguaglianza di tutti i cittadini davanti alla soddisfazione del bisogno salute. Ma il concetto di fraternità si è, diciamo un po’ perso per strada. Per me il valore di relazione, inserito, come valore aggiunto, nei rapporti interaziendali, infraziendali e con il cittadino utente, rappresenta questo doveroso completamento di principi.

Dal mio punto di vista, le relazioni dovrebbero essere sempre esaminate secondo un triplice schema di dimensioni. IO = la dimensione personale.

L’altro = la persona verso cui si rivolge la relazione  
Il noi = che è l’insieme, che il fatto stesso che esiste una relazione ci rende non più soli ma comunità (a livello territoriale), squadra o team (a livello aziendale) o, molto semplicemente, il semplice rapporti io VS l’altro che può essere il rapporto medico (o operatore sanitario) e paziente, oppure (rovesciato – la sanità è uno di quegli ambiti umani in cui la biunivocità curante/curato e sempre presente) io assistito e l’altro curante.

E tre sono i livelli in cui questa multidimensionalità relazionale si esplicita:

Il primo è il livello comunitario. E’ il livello più ampio: dell’ambiente

di riferimento anche per gli aspetti sanitari. Potremmo vederlo in quello che si chiama “Il territorio” delle nostre Aziende e chiunque vi opera (pubblico e privato, ospedale e territorio, mobilità attiva e passiva: vale a dire come la comunità risponde allo stile relazionale e quale stile, come azienda poniamo in essere). Per molti lo stile vincente e’ quello sintetizzato dal binomio concorrenza/competitività. In molti ritengono che una pluralità di strutture sanitarie tra loro in concorrenza generi competitività e, pertanto, induca innovazione ed anche la ricerca della maggior economicità complessiva nell’erogazione dei servizi. Non ho forse la competenza per asserire scientificamente l’infondatezza di tale concetto, ma come singolo e come operatore della sanità mi sento senz’altro di non condividere questa visione.

Io ritengo che questo distorto concetto pseudoprivatistico del benessere portato dal binomio competitività/concorrenza, sia di una debolezza infinita in uno scenario di sanità nazionale a costi sempre più incontrollabili, dovuti anche al moltiplicarsi dell’offerta inutile, pur di prevalere sul concorrente.

La battaglia in termini di competitività che occorre ingaggiare non è contro chi opera, come noi, nello stesso sistema e per gli stessi scopi; è bensì una sfida per una più alta qualità sanitaria a portata di tutti. E su questa frontiera di competizione, il vicino è accanto a noi, integrato con noi, in rete con noi. Il concetto di rete integrata di servizi, sul quale non posso dilungarmi ulteriormente, credo sia una risposta concreta all’esigenza del cittadino delle nostre comunità. E tale risposta nasce da un sistema relazionale fra strutture offerenti servizi sanitari che implica un dialogo e un’apertura, come dicevo prima, che assume l’aspetto di integrazione.

La struttura sanitaria non è più intesa come riferimento singolo (isola) di un territorio ristretto, ma va vista sempre più come lo snodo di una rete integrata di servizi a disposizione di una comunità che sempre più si allarga. In questo modo, in sincronia con queste modificazioni socio-culturali, anche il concetto di comunità si viene modificando in una entità sociale culturale sempre più allargata, multi-culturale ed ora anche multi-etnica.

Il secondo livello possiamo definirlo il livello “aziendale” (o meglio interaziendale). E’ il livello degli operatori che operano assieme. Per molto tempo viziato dalla visione gerarchica, condito con un errato senso di far carriera che sfocia nell’”arrivismo” o nello “scaricabarile” del lavoro gelosamente custodito a compartimenti stagni (io valgo più di te... oppure questo non mi compete: chiedetelo a lui).

Anche qui deve subentrare un valore di relazione che è quello del lavoro in team o lavoro di squadra. Implica, questo porsi in relazione, l’ascolto e l’apertura verso tutti i collaboratori, indipendentemente dal grado, innestando un circuito dialogico che alla fine si esprimerà con un’azione che è contributo di tutti. In questo contesto di sinergie attive, il valore di una diversa qualità di prestazione è immediatamente verificabile.

Il terzo livello potremmo definirlo il livello individuale: quello del singolo che si rapporta con l’altro singolo che chiede. E’ un rapporto domanda/offerta molto peculiare che caratterizza tutti i rapporti umani. Da sempre un “bisogno” profondo ci spinge a relazionarci agli altri. Nella sanità è un bisogno che nasce da un disagio psico-fisico, che può intaccare, anche profondamente, la nostra umanità. Lo stile, se così vogliamo chiamarlo, è identico. Io sono chiamato a dare una risposta (offerta: in termini economici) a chi mi esprime un bisogno (domanda). Il valore di relazione si applica, innanzitutto nella mia capacità di dialogo: nella mia capacità di saper ascoltare e nell’apertura con la quale accolgo e faccio mia l’istanza dell’altro. E’ quell’ascoltare che dovrebbe portarci ad essere l’altro... e, solo dopo che ciò è avvenuto, subentrare noi col dare quanto ci è richiesto e quanto è opportuno. E’ qui che sopravviene la professionalità che però a questo punto viene offerta, in termini di prestazione, ad un altro che non è più un separato da me ma è il me stesso paziente, il me stesso sofferente delle sue sofferenze... solo in questo modo la mia risposta avrà il tenore della condivisione, della solidarietà e della fratellanza, che è proprio il valore aggiunto che il paziente si aspetta e che tante volte, pur anche davanti ad una prestazione professionale qualificatissima, non ottiene. In qualche modo è una risposta che non viene più solo dall’io (pur avendo tutti i connotati professionali che io

porto) ma viene dal noi: perché è arricchito dall'elevato valore della sofferenza di chi chiede e che io/professionista ho fatto mio.

Quindi, in sintesi, il valore di relazione si esprime su tre ordini di grandezza:

- l'ordine individuale: IO;

- l'ordine del rapporto/apertura (che tra l'altro mi ricorda che non sono un'isola): L'ALTRO;

- L'ordine collettivo comunitario: IL NOI.

Questi ordini si esplicitano, orizzontalmente, su tre dimensioni:

- personale, del rapporto tra individui, potenzialmente separati dai ruoli offerente/richiedente;

- aziendale, del rapporto tra individui che operano per uno stesso fine ed uno stesso risultato e che non debbono apparire come compartimenti stagni di una catena di montaggio, ma essere una squadra integrata allo sviluppo armonico del processo di produzione della prestazione;

- comunitario, dove la competitività fra strutture offerenti va sostituita dal concetto di rete integrata di servizi, sia all'interno dell'azienda che fuori. Una diversa concezione di economia nella sanità, è chiamata a definire uno spazio di vita complesso e a riflettere un paradigma d'equilibrio e di sintesi tra i differenti ambiti della convivenza sociale e le relative dimensioni della persona umana. E' un'economia nuova, che sia un'economia di pace fondata (consentitemi il termine – e non paia improprio o irriverente) sulla Koinonia/condivisione permanente e che, abbandonando la visione ristretta del “mercato”, si riapra veramente all'uomo e al servizio dell'uomo e sia un'economia veramente responsabile dei beni-valori spirituali e materiali.

Un'utopia?

Allora vorrei concludere citando un concetto che il Prof. Calzolari, Magnifico Rettore dell'università di Bologna ha voluto esprimere al termine della sua prolusione al convegno sui 25 anni della Riforma Sanitaria a Bologna. Ricordando Tommaso Moro e il suo scritto sul “paese che non è in nessun luogo” Ha ricordato che di fronte a Utopia ci si può porre con due forme di atteggiamento: vederlo come una fuga della realtà oppure assumerlo come sfida a modificare e migliorare il nostro paese, che invece è, e con lui il nostro sistema di

rapporti. Quest'ultima penso sia la strada sulla quale, anche con l'aiuto degli economisti, dobbiamo avviarci per portare il modificarsi della società e della sanità verso un sistema di solidarietà e di fratellanza universale che forse molti considerano Utopia... ma che ci sfida in continuazione.

## **UN'ESPERIENZA LUNGA 40 ANNI ESSERE MEDICO: IERI, OGGI E DOMANI**

**di Gian Carlo Carrara**

Nella mia lunga vita professionale (quest'anno compio 42 anni di Laurea), ho assistito a profonde trasformazioni intervenute nel nostro contesto sociale, modificazioni che si possono ben definire rivoluzionarie e che certamente hanno interessato, direttamente o indirettamente, e spesso cambiato, anche in maniera sostanziale, molti aspetti del nostro Essere Medico.

Modificazioni di ordine demografico, epidemiologico, clinico, tecnologico e terapeutico

Tre sono le colonne portanti del nostro Essere Medico

1. Cultura: solida preparazione di base e aggiornamento continuo
2. Arte: observatio et ratio, valutazione globale del malato
3. Umanità: solidarietà, spirito di servizio, amore, etica professionale – (socialità: coscienza della dimensione sociale, della propria attività professionale)

Se è vero che la metodologia clinica, intesa come Arte Medica, è conquista irrinunciabile, che ci è stata tramandata dai Maestri, che noi abbiamo coltivato sino ad oggi e che deve essere salvaguardata anche domani, come può modificarsi nel tempo quell'altro aspetto essenziale che deve caratterizzare la nostra professione e quindi deve far parte intrinseca dell'Essere Medico, e che si può esprimere nel concetto di Umanità intesa come sentimento di solidarietà umana, di comprensione e di benevola attenzione verso i problemi della singola persona?

L'Umanità costituisce la terza colonna portante dell'Essere Medico.

Non è mia intenzione riproporre il concetto di “missione” per definire il nostro Essere Medico, anche se è vero che nella storia della nostra professione non mancano esempi di Medici che hanno concepito ed hanno realizzato la loro professione in termini di carità assoluta. Con riferimento alla definizione su riportata va invece sottolineato che i concetti di solidarietà, di comprensione, di partecipazione alle altrui sofferenze e di benevolenza verso il singolo, sono in sostanza le diverse facce di un concetto di “Servizio” inteso nella sua accezione più nobile.

L’Essere Medico inteso come “Servizio” è infatti qualcosa di più, direi molto di più, dell’assolvimento di un “Dovere” professionale, sia pure attuato correttamente, onestamente e in maniera adeguata al più recente progresso scientifico e tecnologico.

Partecipare ai problemi del Malato e farli propri, rispettarne la personalità e la psicologia, riuscire ad instaurare rapporti di fiducia e di confidenza sul piano umano, fare tutto ciò che sembra necessario o può essere utile nell’interesse primario del Malato per accertare la verità, garantire la solerzia delle prestazioni, fare in modo che il Malato tragga il convincimento che Egli costituisce per il Medico un problema importante se non addirittura il problema più importante, sono alcune delle componenti del concetto di “Servizio”, al quale facevo riferimento e che così inteso non è quindi soltanto il compimento di un Dovere, ma è un vero atto di Amore. Infatti Essere Medico vuol dire riuscire a trasmettere Amore, inteso come sentimento attivo di donazione.

Erich Fromm, nel suo libro “L’Arte di amare”, afferma che “l’Amore è un sentimento attivo, non passivo”, e che “Amore è soprattutto dare e non ricevere”.

E più avanti “Dare è la più alta espressione di potenza. Nello stesso atto di dare, io provo la mia forza, la mia ricchezza, il mio potere. Questa sensazione di vitalità e di potenza mi riempie di gioia”. L’Essere Medico è forse l’unica attività professionale che riesca a dare a Chi la esercita questa potenza e insieme l’autentica gioia del donare, potenza e gioia, che non devono essere confuse con la superbia o con l’orgoglio del successo professionale. Amore quindi nel significato più puro e più nobile della parola, inteso come sentimento di

dedizione, che deve apparire totale nel momento in cui il malato si affida alle nostre cure.

Essere Medico significa vivere il problema del Malato come se fosse proprio, si che può capitare che un Medico dimentichi le chiavi di casa, ma mai ciò che riguarda i Malati dei quali si è occupato e preoccupato (non importa in quale contesto o in quale rapporto professionale) e ne ricorda perfettamente segni, sintomi, indagini di laboratorio e le varie fasi del percorso del ragionamento diagnostico; questo accade anche a distanza di tempo e pur essendo numerosi i Malati seguiti contemporaneamente.

Essere Medico significa quindi vivere il problema del Malato non soltanto in maniera globale, con riferimento a tutto quanto riguarda il paziente, ma altresì in maniera totalizzante per quanto riguarda l'impegno di sé stessi.

Allora, e solo allora, Essere Medico può essere scritto a caratteri cubitali.

Ma questa colonna portante dell'Essere Medico deve essere sostenuto da altre qualità, tra le quali vorrei sottolineare:

- l'umiltà, come dote contraria all'arroganza e alla superbia che permetta a ciascuno di noi di riconoscere i limiti della propria capacità e delle proprie valutazioni;
- la prudenza, che ci consenta un serena valutazione dei fatti ed una continua verifica delle conclusioni;
- la fermezza, nel sostenere le conclusioni emerse dall'osservazione clinica attenta e dal ragionamento convinto e convincente che ha resistito alla critica e alla verifica; qualità peraltro che va ben distinta dalla presunzione.

Per il fatto stesso che l'obiettivo primario dell'Essere Medico, cioè quello di curare l'Uomo che si trova in stato di sofferenza, ha di per sé un altissimo valore morale, l'Etica, intesa come norma di comportamento ispirata alla morale, fa parte intrinseca dell'attività sanitaria e si colloca a pieno diritto nel contesto di questa colonna che ho voluto indicare come Umanità.

Non c'è dubbio che ci sono principi di Etica Medica che sono legati all'attualità perché derivano da modificazioni delle abitudini di vita e dai cambiamenti sociali, ovvero perché vengono suscitati da scoperte

scientifiche con possibilità di eventi nuovi prima ritenuti impossibili a realizzarsi.

Tutto ciò può comportare la proposizione di nuovi problemi etici che vanno ovviamente prospettati, discussi e definiti man mano che insorgono.

Ma non può esserci alcun dubbio che esistono principi generali di Etica che trascendono la contingenza storica ed hanno valore permanente; a questi deve ispirarsi la soluzione dei problemi particolari ed emergenti.

Tra questi principi etici generali non si può non porre in primo luogo il rispetto per la Persona nella sua globalità e il rispetto per la sua dignità umana, che comportano anzitutto la difesa della vita come tale, e, insieme, la difesa del benessere fisico, psichico e sociale e quindi la qualità della vita.

Chiudo queste mie riflessioni con la preghiera del Medico tratta da Maimonide, il Filosofo e Giurista spagnolo che visse dal 1135 al 1204 ed esercitò la medicina alla corte di Re Saladino: “La tua eterna provvidenza mi ha scelto a vegliare sulla vita e sulla morte delle tue creature. Possa l’amore che ho per la mia arte spingermi sempre più all’azione; mai possa asservire il mio spirito avidità, avarizia, sete di gloria, desiderio di grande fama, poiché i nemici della Verità e della Filantropia potrebbero facilmente trarmi in errore e rendermi dimentico del mio alto proposito di fare del bene ai Tuoi figli.

Possa io vedere nel Malato mai altro che una creatura sofferente. Concedimi forza, tempo e opportunità di migliorare sempre ciò che ho imparato, di allargarne sempre il dominio; poiché il sapere è immenso e lo spirito dell’Uomo può spaziare senza limiti e arricchirsi giornalmente di nuove cognizioni.

Oggi può scoprire i suoi errori di ieri e domani può gettare nuova luce su ciò che oggi ritiene sicuro.

O Dio, tu mi hai scelto a vegliare sulla vita e sulla morte delle tue creature: ecco, io sono pronto alla chiamata.”

Al professor Carrara è stata quindi letta una poesia intitolata "Ascolta", scritta e interpretata da Rosanna Cesena, anch'essa consultabile in allegato.

## ASCOLTA

Nella poesia, un'ammalata si rivolge ad un'amica e le dice tante cose....

Le chiede di ascoltarla, di comprenderla, ma attraverso sentimenti di carità fraterna e non falsati pietismi.

La sua condizione di sofferente la fa sentire in uno stato di profondo disagio morale, di insicurezza, come se lei appartenesse ad un mondo diverso da quello delle persone sane.

Se però, ci sapremo avvicinare agli ammalati, con amore, coinvolgendoci, ci sembrerà di entrare in quel mondo così vero, come un attimo di paradiso.

L'uomo non accetta, razionalmente la sofferenza e la morte, rimuove psicologicamente il pensiero, altrimenti incapace di vivere. Ma, la stessa, inevitabile sofferenza umana, sarà compresa solamente nel contesto di elevati valori di fede cristiana e di profonda spiritualità.

## ASCOLTA

Amica cara  
osserva i miei occhi  
e sorridi  
come se vedessi  
un fiore.  
Sono un'ammalata.  
Guardami con amore,  
non farlo per pietà.  
Il mio corpo  
è distrutto  
dalla sofferenza  
nell'angoscia mortale  
che mi strazia  
il cuore.  
Senti il mio dolore  
profondo

e vivrai in un mondo  
vero e soave  
come un attimo  
di cielo, in pace.  
Prendimi la mano  
stringila dolcemente  
ed accarezzami  
il viso.  
Risanami con l'acqua  
pura  
ed allontanami sempre  
quell'ombra nera  
nella notte oscura.  
Amica cara,  
non lasciarmi sola  
un tempo lontano  
ero come te.

## **"IL DISAGIO PSICHICO DEL PAZIENTE NELLA FASE DI RICOVERO"**

**di Giulio Senini**

La sofferenza del malato psichiatrico deve essere esaminata da un punto di vista sia personale che istituzionale con l'opportunità di non trascurare la dimensione e l'evoluzione storica del problema.

Il disagio psichico istituzionale che non condiziona in genere sofferenze fisiche particolarmente marcate è solitamente costituito, soprattutto nelle manifestazioni minori, da ansie e da tensione psichica, da insicurezza sociale, da preoccupazioni per difficoltà non sempre oggettive, da avvilitamento per le miserie della vita quotidiana.

Tutto questo può essere distinto artificialmente in due parti non sempre nettamente distinte: le sofferenze "normali" da sopportare e quella sofferenza, l'unica per la quale è concesso, entro certi limiti, lamentarsi, istituzionalizzata nel concetto di malattia psichica, non

sempre suffragata da un adeguato inquadramento nosografico. A questi concetti, del resto insufficienti per una piena comprensione del problema, si è arrivati attraverso un cammino lungo e sofferto che, iniziato nel XVI secolo, è tutt'altro che terminato in quanto l'assistenza psichiatrica resta, in ogni sua dimensione, un capitolo ampiamente aperto nelle sue prospettive e soluzioni. Ho parlato, all'inizio, di sofferenza istituzionale in quanto l'aiuto a quanti sono in stato di sofferenza psichica è condizionato dal concetto stesso di psichiatria considerata da un lato come ramo della medicina e dall'altro come uno strumento di controllo di comportamenti devianti, questo indipendentemente da qualsivoglia finalità medica o terapeutica. L'impostazione psichiatrica moderna è nata quando è entrata in crisi l'interpretazione magico-religiosa della follia dominante in età classiche e nel medioevo (i soggetti in questione erano considerati malati dello spirito e dell'anima) e quando si è incominciato a voler distinguere, usando criteri più corretti e sistematici, nell'ambito del vasto magma dei comportamenti cosiddetti devianti, quelli di competenza della religione, quelli di competenza della repressione giudiziaria e quelli di competenza medico-psichiatrica. La necessità di gestire alcune categorie di persone che, pur senza essere considerate delinquenti, minacciavano la tranquillità sociale e la stabilità dell'ordine costituito, persone che a causa delle loro caratteristiche personali erano più o meno grossolanamente considerate, in base alla conoscenza dell'epoca come "anormali", ha portato progressivamente all'istituzione di ospizi di ricovero con il duplice scopo di fornire un aiuto caritativo individuale e di tutelare nel contempo il sistema sociale.

Questi ospizi si trasformarono gradatamente in Ospedali anche se le possibilità terapeutiche erano, dato lo stato dell'arte, quasi del tutto inesistenti.

E' possibile immaginare quale fosse il disagio e la sofferenza di questi ricoverati emarginati dalla società, con scarsità di assistenza, costretti a vivere in situazioni ambientali e gestionali del tutto insufficienti entro una concezione custodialistica. Questa situazione, anche se regolamentata da interventi legislativi (in Italia la prima legge è del 1904 - 1909), è rimasta sostanzialmente invariata anche per le scarse

possibilità: la siringa, ad esempio, entra nell'armamentario terapeutico nel 1905 e i barbiturici nel 1912; in psichiatria veniva prevalentemente usato il bromuro e il cloralio, presidi sedativi questi di scarsa efficacia. Negli ospedali psichiatrici venivano ricoverati coloro che erano pericolosi a sé e agli altri e di pubblico scandalo; le terapie dell'epoca rispondevano a criteri prevalentemente empirici: l'insulinoterapia, la cardiazolterapia, l'elettroschock, questo ultimo, peraltro, non privo di efficacia nelle forme depressive.

Nel 1954 entra in terapia, quasi casualmente, la clorpromazina, farmaco questo destinato a modificare sostanzialmente l'atmosfera psichiatrica, seguito nel tempo da una serie di psicofarmaci sempre più mirati nella loro azione. Questi farmaci, giudicati nel loro complesso, si sono dimostrati presidi non solamente ad azione sedativa, ma anche validi fattori di modificazione del comportamento del paziente e del suo rapporto con la realtà.

Questa nuova situazione ha portato ad una sostanziale modificazione dell'atteggiamento verso le modalità d'intervento sia terapeutico che istituzionale con riflessi positivi dell'opinione pubblica nei confronti dei disturbi psichici. In Italia la Legge Basaglia che è da considerare un provvedimento quadro in grado, quindi, di consentire ampie possibilità d'intervento differenziato a seconda delle opportunità e delle necessità variabili da luogo a luogo, ha consentito su gran parte del territorio nazionale la chiusura degli ospedali psichiatrici; sostituiti, a seconda delle diverse patologie, dall'assistenza ambulatoriale e domiciliare, dai day-hospital, dalle comunità terapeutiche con conseguente miglioramento degli interventi assistenziali, che da prevalentemente ospedalieri sono diventati prevalentemente territoriali, con più adeguate possibilità di contatti con la realtà della vita quotidiana. Se quanto abbiamo sottolineato ha indubbiamente portato ad un miglioramento della sofferenza individuale dei pazienti psichici, sofferenza che non condiziona, tuttavia, se non in forma minimale disagi fisici, è in grado, peraltro, di determinare disagi che non possono essere sottovalutati e che a tutt'oggi, al di fuori degli addetti ai lavori, non sono sempre facilmente compresi nella loro giusta misura.

Le forme psichiatriche maggiori sono frequentemente contrassegnate da solitudine, da sentimenti d'emarginazione, da marcati complessi di colpa, da timori e da paure frequentemente condizionate o correlate dall'interferenza di componenti allucinatorie ed elodeliranti, da momenti d'apatia e di abulia con perdita di ogni desiderio e aspirazione e con incapacità di progettazione.

Nei confronti di queste componenti di sofferenza molto resta ancora da fare in quanto la terapia non è sempre in grado di alleviare o di modificare, se non parzialmente, queste condizioni di disagio.

Personalmente ritengo che, analogamente per altre manifestazioni di dolore e di disagio fisiche e psichiche, un volontariato adeguatamente motivato e preparato molto possa fare a prescindere dagli interventi medico-infermieristici pur meritevoli di ogni elogio: creando quei rapporti di comprensione, d'empatia e di sostegno in grado di aiutare con l'impegno e l'intervento quotidiano molte manifestazioni di disagio, stabilendo validi rapporti interpersonali capaci di lenire quell'abisso di sofferenza e di dolore interiore che in forma maggiore o minore è presente in ogni malato psichico.

La psichiatria, nata nel chiuso dei manicomi, è attualmente parte della vita quotidiana: essa non ha più compiti strettamente repressivi e l'impiego psicofarmacologico è solamente una parte dei suoi possibili interventi.

La psichiatria ha da un lato mutuato, soprattutto nella comprensione del paziente, gli apporti della psicoanalisi e della antropologia e dall'altro ha acquisito una impostazione più strettamente psicologica, utilizzando più efficaci strumenti di integrazione sociale.

Il problema principale è divenuto quello di prevenire e di individuare precocemente, intervenendo con metodi scientifici, non tanto limitatamente farmacologici, ma con iniziative diverse. Queste tuttavia, non devono dimenticare che al centro di ogni intervento esiste il malato con i suoi problemi e le sue necessità, il quale ha essenzialmente bisogno di ascolto e di comprensione: scopo questo raggiungibile con programmi differenziati e con tecniche nuove in grado di portare a modificazioni positive del comportamento con migliori conseguenti possibilità di gestione del disagio, facilitando di

conseguenza più adeguati provvedimenti di inserimento familiare, lavorativo e sociale.

## **ESPERIENZA DEL DOLORE : CURA E COMPAGNIA**

**di Emanuela D'Anna**

Quando penso a questi anni di attività professionale dapprima come infermiera, poi come ostetrica ed attualmente come caposala presso la Divisione di Ginecologia

dell' Istituto Europeo di Oncologia, posso dire di avere assistito tante persone e molte di averle incontrate.

Perché dico che le ho anche incontrate ?

E' successo e mi succede che facendo il mio lavoro sperimento che fare bene coincide , prima di tutto, con il mio bisogno di fare bene . ( es : lavare i capelli a una signora che non riesce perché ha subito un intervento chirurgico mi soddisfa.). E' questo ( "fare bene soprattutto per me ") che mi fa desiderare di rispondere altrettanto bene anche al bisogno della persona che mi chiede aiuto . Ed è questo interesse alla persona che può fare accadere un rapporto di stima e di fiducia che si prolunga nel tempo.

Le nostre pazienti accedono al nostro reparto per eseguire accertamenti, per essere operate e per la chemioterapia. Ciò significa che noi le conosciamo alla diagnosi, le operiamo e le curiamo per un certo periodo di tempo che può protrarsi fino alla morte.

Possiamo quindi avere in cura una persona continuativamente anche per diversi anni, oppure quelle che guariscono le rivediamo spesso quando tornano per la visita di controllo.

Ma come le incontriamo queste persone quando lavoriamo?

Le incontriamo in una situazione di bisogno per la quale contribuiamo a dare una risposta . Ci troviamo a condividere un bisogno che giunge a noi come domanda la quale domanda nell' esperienza della malattia è molto drammatica. Questa richiesta di condivisione del proprio bisogno tocca molteplici aspetti del vivere pensiamo al bisogno di lavarsi perché non si è più in grado di farlo autonomamente o alla necessità di essere imboccati o di leggere un giornale .....

Questi bisogni ci permettono di entrare in rapporto con una persona. Da un bisogno di prima necessità e molto concreto come quelli appena dettagliati può succedere che questa domanda di condivisione del proprio bisogno tocchi aspetti più profondi che richiedono una risposta la quale non sempre è immediata . Può accadere di tornare a casa con una domanda aperta soprattutto su o con noi stessi . ....

Talvolta una persona desidera semplicemente essere ascoltata . Se penso alla maggior parte delle pazienti ricoverate in Ginecologia, sono madri di famiglia che vivono l'ansia di tornare presto a casa a prendersi cura del marito e dei figli.

E' possibile sentire alcune di queste affermazioni :

“ Sono qui perché ho un brutto male ... “Sto facendo cure molto pesanti e mi sento molto debole : tornerò come prima ????” “Guarda come sono ridotta .... Perdo tutti i capelli “

Oppure : “Che senso ha vivere così’???? “

Spesso è proprio difficile rispondere a una domanda così' drammatica. Infatti la malattia è paradossalmente un momento della vita che ti fa scoprire quanto è bello vivere. E' per questo che malati o non malati ciò di cui ci piace di più discorrere è della vita e del vivere.

Non è indispensabile parlare della malattia perché tanto il più delle volte non sappiamo che dire , neanche se ne avessimo avuta una simile. Si può semmai farsi provocare dalle domande sul significato del vivere che, come già detto, la malattia mette in luce. E se non si sa rispondere ci si può pensare a casa propria, parlarne , perché no?!, con gli amici o con i propri colleghi.

Non ci sono risposte precostituite o norme per l'uso. Ci sono persone e momenti di persone gli uni diversi dagli altri, che, se, si vuole, si possono incontrare.

E' un grande servizio il nostro tempo dedicato ad altri che hanno ore più bisogno di noi .

La malattia che si esprime in una richiesta di aiuto diventa l'aiuto alla nostra vita per amare di più la vita anche se faticosa in quel dato momento.

Parliamo e ascoltiamo e rispondiamo su cosa vuol dire per noi vivere e sul suo significato. E' questo ciò di cui ha bisogno ogni persona malata o non malata che sia.

## " IL MINISTERO DELLA CONSOLAZIONE.": ESPERIENZE".

### Gianluigi Peruggia

Ogni persona umana durante la vita si pone queste grandi domande: qual è il senso del vivere e del morire, dell'amare ,del riuscire e dello sbagliare, dell'impegnarsi per una famiglia, per un gruppo, per un lavoro; il senso del gioire, del soffrire, del condividere speranze e delusioni, fatiche e soddisfazioni.

E' inevitabile che questo pensare-agire. verificare, vivere insomma, venga rivisto e rivissuto in modo del tutto nuovo nella parte ultima della nostra vita.

La spiritualità la sentiamo molto presente appunto in quel carico di speranze e e nei rischi di disperazione che incontriamo nei malati dai quali andiamo con la nostra solidarietà umana, a sensibilità e la competenza di operatori sanitari e sociali o di volontari.

Nelle cure palliative (quelle vere, che non si riducono a qualche intervento di terapia del dolore fisico) non si può dunque non dare grandissima importanza alla spiritualità intesa appunto nel senso di attenzione alle attese e alle domande umane più profonde.

Il malato si deve sentire accompagnato da persone che si prendono cura del suo corpo e al tempo stesso delle sue emozioni e relazioni e del suo spirito: perché riesca ad affrontare il più serenamente possibile secondo i suoi modi e desideri e le sue capacità, già note o scoperte per l'occasione, la sua terminalità: un tempo speciale, inquietante ma pure ricco di risorse vitali che, se valorizzate, possono garantirgli dignità, una certa serenità, a volte addirittura un pò di ...letizia nel vivere il proprio morire.

Nel suo dolore o meglio- nella sua sofferenza, il malato ha bisogno di essere ascoltato accudito fisio-psico-spiritualmente.

Il medico e l'infermiere sentono di dover offrire insieme al loro lavoro specifico la loro umanità, non meno di quanto facciano il volontario il fisioterapista, lo psicologo... A questi curanti si può aggiungere qualcuno che sia che porti un abito religioso o no, richiami normalmente l'attenzione proprio agli aspetti spirituali: un operatore (una operatrice) che lavori a stretto contatto con gli altri, professionisti

e volontari attraverso un continuo rapporto con loro, per il bene del malato, dei suoi parenti e amici più vicini.

E a vantaggio del servizio dell'intera équipe.

Si tratta, insomma, di valorizzare al massimo tutte le risorse e le professionalità anche a livello dichiaratamente spirituale.

Tutto ciò è molto... bello perché vero e buono e normalmente efficace: nonostante le immaginabili difficoltà del momento estremo, si riesce quasi sempre ad ottenere una qualità di vita realmente buona, in hospice e /o a domicilio, per periodi che variano dai pochi giorni, alle settimane, a volte ad alcuni mesi, eccezionalmente perfino a qualche anno. Un tempo che sia vita fino in fondo, principalmente per il malato il quale, se vuole può farsi realmente aiutare nel congedarsi dalle sue cose, dai suoi affetti, da ... sé stesso, e a lasciare i sé una immagine più positiva, riconciliandosi con qualche parte del suo passato, con qualche persona sgradita...Spesso il suo problema più difficile è quello di staccarsi dolcemente dalle persone più amate (e viceversa); ed infine, gli riappare in modo del tutto nuovo il problema di sempre: il rapporto con il mistero... con Dio. E' questo ciò che l'ammalato attende in modo particolare dal Sacerdote e diacono. Per tutto questo il malato ha bisogno di sentirsi come abbracciato da un mantello ("pallium", da cui cure palliative") di cure e di aiuti che coprono tutta la sua persona e quindi la sua spiritualità: cure che passano attraverso una pillola data con affetto o attraverso una crema antidecubito spalmata con delicatezza o attraverso altri gesti affettuosi della mano o ancora attraverso una cordiale conversazione, o un rispettoso silenzio, o una preghiera.

Spesso la semplice presenza, silenziosa ed affettuosa, accanto ad un malato che dorme e si sveglia, di tanto in tanto guardandoti con un occhietto e mezzo, vale più di mille interventi di alta tecnologia.

Perché, alla fine, come quando siamo venuti al mondo, ciò di cui abbiamo bisogno è la presenza di qualcuno che condivide con umiltà ed attenzione quella esperienza umana profonda che, al di là di migliaia di vere o presunte differenze, tutti ci accomuna.

E può aiutarci a ritrovare sempre un po' di .... Luce: che per alcuni, forse più numerosi di quanto i pensi, sarà il riflesso di una speranza

eterna, e in ogni caso, per tutti, la non piccola speranza di poter morire con umana dignità.

## LO SGABELLO - L'OMBRELLO - IL MANTELLO

Concludendo, l'ammalato ha bisogno di

- essere ascoltato,
- essere aiutato fisicamente, psicologicamente e spiritualmente da tante persone,
- le quali debbono agire in armonia tra loro (in èquipe).

A questa esigenza dell'ammalato possiamo dare come simboli semplici oggetti di uso domestico: lo sgabello, l'ombrello e il mantello.

Lo sgabello esprime il bisogno dell'ascolto, di un fratello o sorella che possibilmente si mette seduto accanto al malato per ascoltarlo.

Analogamente, un grande ombrello multicolore può simboleggiare l'èquipe curante, nella varietà e nella complementarietà delle sue componenti delle diverse persone e professionalità che la compongono.

L'immagine del "pallium" viene intesa normalmente in duplice senso: si cita di solito quello più ampio di un mantello di cure multidisciplinari che abbracciano tutta la persona del paziente, posto appunto al centro di attenzioni mediche, infermieristiche, psicologiche, spesso con l'ausilio di altre figure professionali quali l'assistente sociale, il fisioterapista, il volontario ed altre ancora, ma "pallium" nel latino tardo romano corrispondeva anche al mantello corto, normale, feriale, dell'uomo del popolo, del povero bisognoso del sostegno della solidarietà umana e della carità cristiana: in questa seconda accezione le cure palliative potrebbero sottolineare, insieme alla globalità "mantellare" dell'assistenza al paziente, la continuità e la particolarità puntuale, quotidiana, personalizzata delle cure stesse.

## INDICE

- Pag. 3      Presentazione
- Pag. 6      Valori e interessi in sanità:dai beni materiali ai  
beni relazionali  
di Giandomenico Degli Esposti (Ausl Cesena)
- Pag. 13     Un'esperienza lunga 40 anni  
Essere medico: ieri, oggi e domani  
di Gian Carlo Carrara
- Pag. 18     "Il disagio psichico del paziente nella fase di  
ricovero"  
di Giulio Senini
- Pag. 22     Esperienza del dolore : cura e compagnia  
di Emanuela D'Anna
- Pag. 24     " Il Ministero della Consolazione.": esperienze.  
di Gianluigi Peruggia

*Ringraziamo l'Ufficio Pastorale Diocesano  
per la redazione  
e l'Ufficio Pastorale della Sanità*

*per informazioni rivolgersi alla cappellania  
dell'Ospedale "Guglielmo da Saliceto"*

Tel 0523 / 302270 – Tel e fax 0523 / 490872

