

LA PASTORALE DELLA SALUTE NELLE PERIFERIE ESISTENZIALI

Dalle disuguaglianze crescenti alla comunità che accoglie, educa e cura

Buon pomeriggio a tutti, ringrazio la Conferenza Episcopale Italiana tutta, il Presidente della Commissione Episcopale per la Carità e la Salute e il Direttore Nazionale dell'Ufficio di Pastorale per la Salute, per l'opportunità che viene offerta a me ed alla Arcidiocesi di Spoleto-Norcia di parlare dell'Ufficio diocesano di Pastorale per la salute. Porto il saluto a tutti e a ciascuno di voi dell'Arcivescovo di Spoleto-Norcia Mons. Renato Boccardo

Alcuni cenni demografici riguardanti la regione Umbria:

circa 900 mila abitanti, senza gli stranieri saremmo meno di 800 mila persone residenti

Popolazione anziana ultra 65 al 25 %, con punte, nelle zone montane, del 40-50%

Regione che sta soffrendo in modo lacerante il periodo di crisi socio-economica che sta caratterizzando il nostro tempo

L'Arcidiocesi di Spoleto-Norcia è una delle otto diocesi umbre. Territorialmente vasta e ricca di bellezze paesaggistiche e monumentali, ma con una popolazione numericamente limitata, nell'ordine di circa 100 mila abitanti. Terra di santi, San Benedetto da Norcia e Santa Rita da Cascia, terra di pellegrinaggi, in particolare a Cascia, ove si recano in preghiera moltissimi fedeli, segnati nelle loro vite dalla malattia e dalla sofferenza.

Nel territorio diocesano hanno sede un ospedale di emergenza urgenza, con poco più di 100 posti letto, un Hospice per l'assistenza ai malati terminali, una RSA, un Centro di Riabilitazione intensiva neuromotoria, e alcune Residenze Protette per anziani e disabili (in occasione del censimento Sinossi abbiamo contato 4 strutture sociosanitarie di matrice ecclesiale). In Umbria abbiamo 7 ospedali di emergenza urgenza, di cui due aziende ospedaliere, ognuna delle quali ha una cardiocirurgia ed una neurochirurgia. Francamente, su una popolazione di nemmeno 900 mila abitanti, si fa fatica a comprendere la ridondanza di servizi ospedalieri, specie in un periodo di sempre più marcata transizione epidemiologica, dove ci si cura sempre di meno in ospedale e sempre di più a domicilio o presso i servizi sanitari territoriali. Le patologie di tipo cronico sopravanzano nettamente le patologie di tipo acuto e non è appropriato, né economicamente sostenibile, curare le cronicità presso i servizi ospedalieri.

Alla fine dell'anno 2012 mi è stato chiesto dal mio arcivescovo di ricoprire l'incarico di Direttore dell'Ufficio diocesano di Pastorale per la salute.

L'ufficio non potrebbe funzionare senza il supporto di una consulta diocesana, nominata d'intesa con il vescovo, di cui fanno parte medici, sacerdoti, religiosi, religiose e laici impegnati nel lavoro, nel ministero o nel servizio parrocchiale a dare sollievo alle persone colpite dalla malattia e dalla sofferenza ed ai familiari che quotidianamente vivono con loro. Ci riuniamo una volta al mese, siamo una decina e per le convocazioni utilizziamo la posta elettronica, in modo molto semplice.

Non vi parlerò dell'organizzazione a livello diocesano della Giornata Mondiale del Malato, della celebrazione eucaristica mensile per i malati dell'Arcidiocesi, sul funzionamento della Cappellania ospedaliera o delle iniziative di formazione, in collaborazione con l'ufficio liturgico, dei ministri straordinari della comunione.

FORMAZIONE PERSONALE SANITARIO

Vorrei invece avviare insieme a voi alcune riflessioni utili, mi auguro, ad orientare l'attività dell'ufficio diocesano, in particolare quelli appartenenti a piccole diocesi, dove probabilmente si fa più fatica ad organizzare le attività.

Vorrei partire dagli esiti dell'iniziativa che abbiamo organizzato a Spoleto, lo scorso 14 dicembre, nella forma di convegno medico, teologico e pastorale sul tema dell'accompagnamento della persona morente. Il titolo del convegno è stato "La tutela del bene integrale della persona tra accanimento terapeutico e abbandono delle cure mediche": abbiamo chiesto al Cardinale Elio Sgreccia di tenere una lectio magistralis sul tema dell'iniziativa, al padre camilliano Arnaldo Pangrazzi di tenere una relazione di tipo teologico pastorale, ai medici ospedalieri e del territorio (oncologi, chirurghi, medici palliativisti) di offrire il loro punto di vista e la loro esperienza di tipo clinico, in tema di trattamento e di accompagnamento del malato terminale. Abbiamo infine chiesto al Direttore nazionale Don Carmine Arice di concludere e di lasciarci alcune piste di riflessione su cui impostare il lavoro futuro.

Nel fare memoria della giornata dei lavori di quel convegno, della buona riuscita in termini di presenze, delle congratulazioni ricevute, delle risonanze positive sulla stampa locale, c'è però una cosa che mi è rimasta più di altre e che oggi desidero condividere con voi. Al momento dei saluti, i medici relatori e alcuni degli altri presenti in sala hanno sinceramente ringraziato l'Arcidiocesi per aver avuto l'opportunità di parlare e soprattutto di ascoltare questioni sulle quali ogni giorno sono chiamati a confrontarsi, spesso con difficoltà che derivavano loro da una incompleta formazione sugli argomenti che erano stati trattati.

Evidentemente anche a loro il convegno era piaciuto, ed emergeva chiaramente il desiderio di completare un ambito formativo, non di tipo clinico, sul quale era necessario colmare delle lacune.

Su questo permettetemi una considerazione: il medico, e più in generale l'operatore sanitario, non potrebbe svolgere a lungo le proprie attività se non fosse realmente innamorato del suo lavoro. L'amore che prova il medico per la propria professione, ha come altro lato della medaglia il dolore della consapevolezza del limite della scienza medica di fronte alla malattia che non può essere curata e alla morte del paziente che lo implorava di salvargli la vita.

L'ufficio diocesano ha allora ritenuto utile avviare una riflessione sull'opportunità di intraprendere percorsi di formazione dei medici impegnati nel territorio sui temi quali, tra gli altri, l'accompagnamento della persona morente, sulla relazione medico-paziente e familiari del paziente, sull'etica della medicina. Sarà una occasione propizia per richiedere il riconoscimento dell'ufficio diocesano come provider di crediti ecm e organizzare un percorso formativo con argomenti e approcci che avvicinino la scienza e la deontologia medica e la visione cristiana della vita umana. Il sacerdote non può e non deve essere chiamato solo per l'estrema unzione dei morenti e per la benedizione delle salme dei defunti.

Il merito del convegno di cui vi ho detto prima è stato quello di averci consentito di ricevere la giusta considerazione da parte dei principali attori del sistema organizzativo sanitario, i medici appunto, nei

riguardi delle organizzazioni ecclesiariche locali e delle persone che ve ne fanno parte, circa il contributo che queste ultime possono rendere per una migliore cura della persona, una cura non solo del corpo, ma anche della mente e dello spirito: una cura integrale. Non sempre, infatti, si riesce ad instaurare e a mantenere un dialogo costruttivo con il personale sanitario, a volte è anche un problema di linguaggio, ma è fondamentale costruire relazioni significative con chi ha la responsabilità dei percorsi di cura delle persone malate. Per questo intendiamo proporre ed organizzare a breve altre iniziative su argomenti di interesse reciproco sul vasto tema della malattia e della sofferenza.

OPERA SEGNO

Un'altra iniziativa che ci sta vedendo impegnati è l'Ambulatorio della Carità, in collaborazione con la Caritas diocesana di Spoleto-Norcia.

Abbiamo quindi deciso di percorrere una delle piste di lavoro che ci ha indicato Don Carmine, all'esito del convegno spoletino, nel realizzare una opera segno caratterizzata da una importante collaborazione di tipo interpastorale.

Mi fa piacere vedere oggi il Direttore di Caritas Italiana, Don Francesco Soddu, così come, allo stesso modo, mi ha fatto piacere incontrare Don Carmine lo scorso Aprile a Cagliari, in occasione del Convegno nazionale delle Caritas diocesane.

Lo scenario nel quale ci siamo calati, grazie anche al prezioso contributo degli operatori della Caritas diocesana, ci ha rivelato la presenza di una forma di povertà sino ad ora poco esplorata, la povertà di tipo sanitario. Sono infatti in continuo aumento presso i CdA diocesani e parrocchiali le richieste di sostegno economico per l'acquisto dei farmaci non dispensabili, per visite specialistiche, per le spese di viaggio e alberghiere per ricoveri fuori regione di pazienti, spesso molto giovani. Povertà, malattia e sofferenza si saldano fino a condurre la persona malata e i suoi familiari nelle periferie esistenziali: ci siamo in pieno.

Si è pensato, allora, di lavorare in comunione tra Pastorale per la Salute e Caritas diocesana, la stessa comunione che ho notato con piacere già esistere nel livello nazionale, per iniziare a gettare le basi per realizzare un ambulatorio polispecialistico, partendo dal coinvolgimento dei medici e degli infermieri che fanno parte della Consulta dell'Ufficio diocesano di Pastorale per la Salute. Abbiamo già ricevuto diverse disponibilità da parte di professionisti dell'area sanitaria e contiamo di farle incontrare con le richieste provenienti dai Centri di Ascolto Caritas. L'ambizione è anche quella di creare un luogo di incontro ove intraprendere percorsi di prevenzione primaria e di monitoraggio dei determinanti sociali di salute che sempre più spesso sono in grado di incidere sullo stato di salute/malattia della popolazione in condizioni di povertà economica o a rischio di povertà.

VALORIZZARE RUOLO PARROCCHIE

Se oramai è chiaro a tutti come si renda necessario trasferire le risorse destinate ai servizi sanitari dal loro luogo naturale – l'ospedale – al territorio, ecco allora che le comunità parrocchiali possono avere un ruolo sempre maggiore in ambito di Pastorale per la Salute, perché il mondo della salute non riguarda solo l'Ufficio diocesano e la Consulta di Pastorale per la Salute, ma tutta la comunità. Vi racconto un episodio emblematico in tal senso: nel corso di un incontro tra i rappresentanti di un'azienda sanitaria e le associazioni e gli organismi del territorio che si occupano dell'assistenza ai malati e ai loro familiari, un manager, a margine dell'incontro, affermò come fosse praticamente impossibile monitorare in via preventiva il flusso della mobilità sanitaria dei pazienti in età pediatrica che andavano a curarsi fuori

regione. Semplicemente perché la decisione avveniva senza un passaggio per le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, ma solo per il tramite del pediatra di fiducia. Mi è sembrato naturale allora suggerire al dirigente sanitario di provare a chiedere alle parrocchie del territorio, perché è sicuro che in buona parte dei casi le famiglie con bimbi malati sono conosciute dal parroco e dai suoi collaboratori e, prima di ricoverare il loro bambino, passano spesso in parrocchia. Perché la parrocchia per i cristiani, e non solo, è il luogo naturale di ascolto e di accoglienza delle fragilità, delle sofferenze, dei bisogni, dei disagi.

Quando si va a rendere visita ad un persona ammalata, non lo si fa a titolo personale, ma si porta il saluto di tutta la comunità parrocchiale, anzi diocesana, che si fa premura di esprimere la propria vicinanza, mandando un suo operatore.

Stare accanto alla persona ammalata spesso non è semplice: per poter adeguatamente offrire una presenza di sollievo e di attenzione ai suoi bisogni, può essere utile capire quale è il punto di partenza per le comunità parrocchiali. Sarà allora opportuno avviare delle indagini, nella forma di brevi questionari, per comprendere la reale situazione in ogni parrocchia e, all'esito, programmare e proporre, d'intesa con i parroci, eventuali brevi percorsi formativi. Nella nostra Arcidiocesi stiamo iniziando adesso, ma dovevamo prima avere le idee chiare noi dell'Ufficio diocesano.

Tutto ciò nella piena consapevolezza che non ci stiamo inventando niente di nuovo, e che in molte diocesi quanto noi facciamo è già in corso da anni: sappiamo però che non conta arrivare per primi o fare più degli altri; conta invece dare risposte concrete ai bisogni emergenti nei rispettivi territori. Lavoriamo umilmente affinché ciò accada.

CONSIDERAZIONI FINALI DI POLITICA SANITARIA – NON RIPORTATE AL CONVEGNO DI ABANO TERME

In conclusione, alcune osservazioni e considerazioni sorte da uno sguardo generale sul sistema sanitario italiano:

-esattamente due anni fa veniva pubblicato uno studio del CENSIS, che ci rivelava come in Italia 9 milioni di persone si vedono costrette a rinunciare alle prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno, per ragioni esclusivamente di tipo economico. Il sistema sanitario non è più universale ma a prestazioni razionate, dove non arriva il servizio pubblico, è chiamato il cittadino di tasca propria, e se questi non ha risorse, non può curarsi. A nulla vale osservare che la prestazione diagnostica o specialistica urgente è garantita dai CUP regionali. Se ad un anziano ultra 75enne che vive a Terni, che non ha figli, gli viene detto di andare a Città di Castello, i 150 km di distanza sono per lui una barriera di accesso invalicabile, per cui non andrà e se non avrà soldi per l'ambulatorio privato, non si curerà. La sofferenza di un bilancio economico di un'azienda sanitaria non può essere più importante della sofferenza di una persona!!!

- qualcuno dirà che la spesa sanitaria pubblica non è più sostenibile: io invece affermo che una buona parte di tale spesa non è più tollerabile, per inefficienze gestionali, per disfunzioni organizzative, per esasperazioni consumistiche sapientemente indotte o, peggio, per il peso della corruzione.

- le economie di scala (i risparmi) non sono un fine, un obiettivo prevalente su cui valutare l'operato dei direttori generali, ma sono un mezzo, uno strumento atto a garantire quella universalità di prestazioni oggi riconosciuta nella forma, ma di fatto spesso negata nella sostanza.

- occorre mettere al centro di ogni intervento l'etica di sistema: se io oggi spendo male, in modo inappropriato, i soldi che ho a disposizione, domani forse non ne avrò più, anche se ci saranno interventi appropriati da fare. La sanità costa allo Stato, è innegabile: ecco perché se vogliamo mantenere i buoni livelli di qualità delle prestazioni sanitarie erogate, che tutti ci riconoscono, le risorse recuperate dovranno necessariamente essere destinate a finanziare, in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale, l'innovazione tecnologica, gestionale, organizzativa, professionale, che la scienza e la tecnica ogni giorno mettono a disposizione del sistema sanitario.

- perché la malattia e la sofferenza sono sempre più affare di tutti e non sfortuna di alcuni!!!

Grazie