



Dal forum ecclesiale un confronto schietto tra le istituzioni pubbliche e del privato non profit, interrogate dalla Chiesa nel nome del diritto alla cura. Per vincere la tentazione davanti alla complessità di «non cambiare nulla»

Cambia la società. E anche la salute

ENRICO NEGROTTI
Inviato a Falerna (Catanzaro)

Calare nella concretezza dell'assistenza sanitaria i principi etici che devono caratterizzare le attività di cura è compito impegnativo. Un confronto tra esponenti politici e amministrativi sulla "dimensione strutturale e comunitaria della salute" si è svolto ieri al XXVII convegno nazionale di Pastorale della salute, che si chiude oggi a Falerna (Catanzaro), organizzato dall'Ufficio nazionale di Pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana (Cei) diretto da don Massimo Angelelli.

Accanto al presidente della Regione Calabria, Roberto Occhiuto, che ha riferito dei risultati faticosamente ottenuti (la Regione è uscita da un commissariamento durato 12 anni), l'assessore alla Sanità della Regione Piemonte Federico Riboldi ha messo in guardia dal rimanere immobili mentre la società cambia, e il presidente dell'Istituto Auxologico Italiano Mario Colombo ha invitato a valutare in modo appropriato le risorse della sussidiarietà, mentre il direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della Salute, Maria Rosaria Campitello, in un collegamento a distanza, ha invitato a ricostruire fiducia nel Servizio sanitario nazionale (Ssn). Infine alcune indicazioni su come intendere correttamente la sussidiarietà sono venute da monsignor Francesco Savino, vicepresidente della Cei e vescovo di Casano all'Jonio (Cosenza).

A moderare gli interventi lo psichiatra Andrea Casadio, il quale pur riconoscendo che le mutate condizioni sociali ed epidemiologiche, con invecchiamento e solitudini (nel 2025 in Italia le famiglie composte da un solo individuo erano il 37,1%, solo nel 2005 erano al 25,9%), impongono cambiamenti profondi al Ssn, ha ricordato che se in Italia c'è un'aspettativa di vita di 84 anni, seconda solo al Giappone, il merito non sarà solo della dieta mediterranea ma anche di un sistema di cura efficace. Di fronte alle richieste spesso ripetute di maggiori risorse da destinare al Ssn, Occhiuto ha però precisato che «è certo necessario, ma non è sufficiente. Se un motore non funziona bene non basta mettergli più benzina, va anche riparato: si parla troppo poco delle riforme necessarie». Tra le difficoltà che hanno ostacolato l'evolversi della sanità Occhiuto ha indicato «lo scontro ideologico tra sanità pubblica e sanità privata convenzionata, che pure contribuisce a realizzare i Livelli essenziali di assistenza (Lea), quindi aiuta i cittadini». Con la conseguenza, ha proseguito, che «si è privatizzato il mercato del lavoro nella sanità e sono nate le cooperative di gettonisti, che costavano moltissimo alla Regione e inducevano i medici ad abbandonare la sanità pubblica». La soluzione dei medici cubani che la Calabria ha assunto «è stata molto osteggiata, ma ero sicuro che fosse la strada giusta, e il tempo mi ha dato ragione», ha detto il presidente, rivendicando al tempo stesso il diritto a proporre riforme «guardando ai bisogni dei cittadini, non sotto dettatura degli Ordini dei medici o dei sindacati», con chiara allusione alle opposizioni che sta incontrando la riforma della medicina generale annunciata dal ministro della Salute Orazio Schillaci. Proprio su questo tema, dall'altro capo della Penisola, l'assessore piemontese Riboldi ha invitato a vincere la tentazione «di non cambiare mai nulla, come mi aveva suggerito un anziano sindaco quando sono stato eletto. Ma noi amministratori dobbiamo dare risposte a una società che si evolve: stare fermi non risolve il problema degli anziani che aumentano, per questo occorrono riforme strutturali». Dal pun-

to di vista sociale, ancor prima che sanitario, Riboldi ha riferito di avere proposto al suo collega all'Urbanistica di studiare nei piani regolatori la costruzione di quartieri o condomini "protetti", adatti ad accogliere anziani ancora autosufficienti ma ai quali serve non essere isolati, avendo a disposizione un minimo controllo o accompagnamento (per esempio un infermiere che li visita periodicamente): «Una soluzione che può apparire costosa, ma lo è meno di una Rsa per persone non autosufficienti». Infine, Riboldi ha invitato a «dividere in maniera significativa il privato lucrativo dal privato sociale. Non va demonizzato chi vuole arricchire un investitore, e si convenziona a prezzi onesti con lo Stato, ma ci deve essere una relazione diversa - che oggi non c'è - rispetto a chi reinveste le risorse per curare».

Un esempio di questo investimento "virtuoso" è stato illustrato da Mario Colombo: «Stiamo completando le pratiche con la Regione Cala-

bria per aprire in una struttura già di nostra proprietà un centro residenziale per i disturbi alimentari, anoressia e bulimia, a Limbadi (Vibo Valentia). Una realtà non profit di tipo scientifico, radicata nel Nord, fa con coraggio la scelta di non fare l'ennesima struttura per Tac o visite specialistiche in una zona remunerativa, ma di essere presente in terra di Calabria, per occuparsi di chi non ha cura. Per queste pato-

logie sarà il centro più importante del Sud Italia». Colombo ha anche chiesto di rivalutare opportunamente il tema della sussidiarietà e «uscire dall'ipocrisia di rimborsi riconosciuti alle strutture private convenzionate che non coprono i costi delle prestazioni, mentre nelle strutture statali i debiti vengono ripianati. Non siamo un'impresa della sanità, non abbiamo padroni, ma lavoriamo per il paziente».

Da parte sua il direttore del Dipartimento Salute e servizi sanitari della Regione Calabria, Ernesto Esposito, ha acceso un faro sul grande tema delle liste d'attesa e della appropriatezza delle cure: «Dalla mia esperienza trentennale non credo che aumentando l'offerta si riducano le liste d'attesa, anzi, si genera più domanda: il vero problema è come gestire e governare la domanda». E ha

auspicato che si possa concordare una alleanza con i medici di medicina generale (mmg): «Occorre che seguano le regole di appropriatezza, perché il paziente non è del medico ma del Servizio sanitario regionale. Dobbiamo sapere se i mmg sono vicini a noi a governare la domanda».

Quanto all'interazione tra comunità civile e comunità ecclesiale, il vescovo Savino ha chiesto di essere chiari nel sapere chi fa cosa: «Altrimenti c'è una grande confusione e facciamo danni. La comunità ecclesiale non deve sostituirsi allo Stato, né la pastorale della salute può diventare surrogato povero di ciò che le istituzioni pubbliche non riescono a garantire. Non lasciamoci strumentalizzare». Infine ha invitato a "scoperchiare" alcuni tetti: «L'afframmentazione (separazione tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio), la burocrazia, la solitudine (in ospedale occorre mettersi accanto al malato), lo stigma (nella malattia mentale), le disuguaglianze territoriali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un momento del confronto ieri al convegno nazionale di Pastorale della salute in Calabria

UNA INFORMAZIONE MIGLIORE PER UNA BUONA SANITÀ

Rinunciare all'emotività per comunicare le persone

È stata la sessione tematica su "Comunicare la sanità: aspetti deontologici e rispetto per chi soffre", organizzata con l'Ordine dei giornalisti della Calabria, ad aprire lunedì il convegno Cei di Falerna. Nel salutare i presenti, Gianni Cervellera, coordinatore scientifico del convegno, ha ricordato che l'appuntamento nazionale «si ispira al racconto evangelico del paralitico guarito per riflettere sulle dimensioni comunitarie, ecclesiali e civili della cura e sul ruolo dell'attenzione pastorale nel mondo della salute». Il presidente dell'Ordine dei giornalisti della Calabria, Giuseppe Soluri, parlando degli aspetti deontologici nel comunicare la sanità, ha sottolineato che «il malato non può mai diventare un numero. Questa è una tendenza che, purtroppo, oggi nel mondo esiste ed alligna, e non soltanto nella sanità. Spesso si fa "comunicazione del clamore": programmi tv che diventano una piazza senza controllo, la negazione di ogni tipo di equilibrio... Questo non aiuta ad individuare la verità dei fatti». Nel parlare di "Comunicare la Sanità: rispetto e accompagnamento" don Enzo Gabrieli, consigliere dell'Odg Calabria e delegato regionale dei

settimanali diocesani, ha evidenziato che «parlare di sanità significa parlare della vita concreta delle persone, entrare nei luoghi dove l'uomo sperimenta insieme la propria fragilità e la propria dignità», sollecitando a non farsi coinvolgere dal «vampirismo mediatico, cioè la tendenza a nutrirsi del dolore per ottenere visibilità, audience e profitto». Il direttore dell'ufficio stampa del vescovo di Lamezia, monsignor Serafino Parisi, delegato delle Chiese calabresi alle comunicazioni sociali, ha ricordato la necessità di prendersi cura della persona nella sua totalità. E in questo la buona comunicazione riveste una grande importanza. Parlando di "Comunicare la salute tra dimensione istituzionale e processi digitali" il sociologo dei media Massimiliano Padula ha analizzato approfonditamente il "racconto" della malattia. Al termine dell'incontro, don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Cei per la Pastorale della salute, ha parlato della «percezione che nel mondo della salute c'è una sensazione di grande solitudine dei curanti che va affrontata e condivisa perché sembra che nessuno apprezzi più il ruolo degli operatori sanitari. L'azione verso la cura è un'azione comunitaria, non di delega: c'è bisogno di una nuova sinergia perché il ruolo dei comunicatori è fondamentale». Da qui la sollecitazione a «partecipare a una grande operazione di verità: lavorare sulle criticità, ma sapendo anche riconoscere che abbiamo un sistema che funziona».

Saveria Maria Gigliotti



bisogno di una nuova sinergia perché il ruolo dei comunicatori è fondamentale». Da qui la sollecitazione a «partecipare a una grande operazione di verità: lavorare sulle criticità, ma sapendo anche riconoscere che abbiamo un sistema che funziona».

Saveria Maria Gigliotti

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO NAZIONALE DON MASSIMO ANGELELLI

«Troppa solitudine, andiamo a trovare i malati»

«Ci siamo resi conto che la cura integrale della persona non può essere solo sanitaria. Ecco perché abbiamo insistito sulla dimensione comunitaria della pastorale della salute». Don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Cei, chiarisce come il convegno nazionale sia un'evoluzione di quelli passati: «Con il precedente percorso sui cinque sensi abbiamo voluto coinvolgere tutta la persona nell'idea stessa di cura. Poi, soprattutto dopo il Covid, ci siamo resi conto che la cura integrale della persona non può essere soltanto sanitaria. E questo interpella la Chiesa e le comunità cristiane». **Che significato ha voluto dare a questo convegno?** Se partendo dal Vangelo dello "scoperchiare il tetto" riscopriamo che ci vuole un sistema di relazioni intorno alla cura significa che non ci può essere una delega al Servizio sanitario naziona-

le, o ad altri. La comunità cristiana è interrogata e poi direttamente coinvolta, perché capace di rispondere a un'istanza alta e complessa come prendersi cura dei sofferenti. La Chiesa è stata sempre pioniera in questi scenari: quando la gente moriva per strada i santi della carità hanno inventato gli ospedali; quando Madre Teresa di Calcutta ha messo piede in India ha risposto a un bisogno. Anche noi dobbiamo partire dall'analisi dei bisogni, e in questo momento la ricerca scientifica dice che il primo sono le solitudini: dei bambini e degli adolescenti, dei grandi anziani. E la comunità cristiana è chiamata a dare risposte. **Cosa comporta il crescere delle solitudini?** Raccogliamo il frutto di scel-

te sbagliate fatte nei decenni come società, anzitutto dal punto di vista della natalità: i bambini sono più soli, perché se ho tre o quattro fratelli o nessuno la mia vita cambia. Poi sono stati messi in crisi i luoghi sociali: la scuola educa sempre meno i ragazzi a stare insieme, le parrocchie sono meno centrali nella formazione e come luogo di aggregazione. Col tempo siamo scivolati in un sistema di solitudini di cui ora vediamo gli esiti: violenza (da solo mi sento minacciato), isolamento sociale o interazione solo con i social. **Cosa vuole suggerire il convegno nazionale?**



Don Massimo Angelelli

Cerchiamo di proporre una Chiesa che sia in grado di accompagnare i soli alla cura. «Scoperchiare il tetto» significa persone che si organizzano per portare il paralitico alla cura. Perché molti sono soli e non ce la fanno, hanno bisogno di essere accompagnati. E dopo la Messa domenicale, i cristiani farebbero bene ad andare a trovare qualcuno che è solo, per concretizzare il comandamento del Signore sul mio prossimo, su colui che è nel bisogno, marginalizzato. E non solo le categorie più svantaggiate, anche gli anziani sani ma soli. **Come proporre un recupero della natalità?**

Va spiegato ai trentenni perché fare tre figli: non per pagare le pensioni agli anziani di oggi ma perché generare figli ti cambia la vita, te la qualifica, ti dà la possibilità di gioire della loro crescita, di guardare al futuro e alle gioie che ti daranno loro e i nipoti, che non sono paragonabili a nessuna soddisfazione professionale. Invece la società ha insegnato loro che devono comprare, essere contenti, soddisfatti, con un sacco di soldi da spendere per soddisfare i loro desideri. Manca una visione prospettica del futuro, perché la vita è fatta di generatività, non di accumulo. **Ormai anche la scienza recupera i valori spirituali. Che cosa indica?** Lo smarrimento dei valori originali della cura, spesso ridotta a una risposta com-

merciale a una domanda, ha provocato sofferenza negli stessi curanti, che spesso non trovano la ragione per cui devono svolgere un servizio così oneroso come prendersi carico del dolore degli altri. Ma deprimere la dimensione spirituale a favore di una visione fortemente scienziata ha come prima vittima la medicina stessa. Vedo però che il recupero della dimensione spirituale viene proprio dal personale che cura. Ho seguito la stesura di una ventina di Codici deontologici delle professioni sanitarie, e nella massima parte di questi il primo articolo riguarda la definizione di persona, indicata come la totalità in cui si armonizzano più dimensioni: biologica, psichica, ambientale, relazionale, ma anche spirituale. Questo è un mondo sanitario che è alla ricerca della logica originale dell'idea di cura.

Enrico Negrotti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DIPENDENZE E LUDOPATIA

Italiani insidiati delle vulnerabilità «Tutti bisognosi»

La presa in carico delle vulnerabilità tocca gli aspetti più delicati della cura. Due specifici ambiti sono stati illustrati ieri mattina al convegno Cei in Calabria: la ludopatia e la salute mentale. L'avvocato Luciano Squillaci, presidente della Federazione italiana delle comunità terapeutiche (Fict), ha evidenziato la gravità di una «epidemia silenziosa», quella del gioco d'azzardo patologico. Lo psichiatra e psicoterapeuta Giovan Battista Tura, responsabile della Struttura complessa di Psichiatria dell'Ircs San Giovanni di Dio-Fatebenefratelli di Brescia, ha chiesto che la riforma Basaglia sia «aggiornata» alle nuove necessità della sofferenza psichica. «Parlare di fragilità legata al gioco d'azzardo patologico non è scontato - ha esordito Squillaci - proprio perché ci troviamo di fronte a quella che definiamo con convinzione un'epidemia silenziosa. Ma tra le dipendenze non può essere ritenuta esclusivamente un problema di carattere sanitario». Il problema è enorme, come emerso dai dati del 2025, «non ancora quelli ufficiali, ma quelli affidabili di Libera: l'anno scorso sono stati spesi per giocare 165 miliardi, circa il 7,2% del prodotto interno lordo. Una cifra maggiore del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pari a circa 140 miliardi». E si tratta di un dato in crescita da anni: «Quel che preoccupa ancora di più - ha aggiunto Squillaci - è l'aumento del gioco online, cresciuto con le restrizioni durante la pandemia, che è meno controllabile e intercettabile. Dei 165 miliardi ben 100 riguardano le giocate sul web».

Tra l'altro, ha ricordato il presidente della Fict, non si può nemmeno dire che lo Stato "guadagni": «Ci sono 20 miliardi di perdite nette dei cittadini sottratte all'economia reale, solo 11 miliardi tornano alle casse dello Stato, con la grande opacità dei profitti in dinamiche non trasparenti, compresa la criminalità organizzata». Le conseguenze della ludopatia non si fermano al singolo individuo: «Sono considerati a rischio di sviluppare un disturbo da gioco d'azzardo 1,5 milioni di italiani (quelli che giocano sono molti di più), circa 10 milioni di persone sono coinvolte dalle conseguenze: famiglie distrutte, relazioni amicali compromesse, danni morali, impatto fisico, rovina economica». Di fronte a tanti problemi, ha detto Squillaci, serve un approccio di comunità: «Nei nostri 250 centri d'ascolto abbiamo visto crescere gli utenti dal 2017, e spesso quando arrivano dai noi (dopo che sono stati segnalati dai familiari) pensano di avere un problema di carattere economico, non una dipendenza». Si tratta con evidenza di un ambito dove l'approccio di relazione, di comunità, è fondamentale per la cura: «Lo dimostra il lavoro che abbiamo fatto con la Caritas, all'interno delle parrocchie: il gioco "Vince chi smette" per fare prevenzione e orientamento».

Alle difficoltà di cura, anche figlie dello stigma che permane intorno alla malattia psichica, ha fatto riferimento Giovan Battista Tura: «Un mio paziente di 62 anni, in cura da 20 anni per un disturbo bipolare, mi ha riferito che in sei mesi, da quando gli è stato diagnosticato un tumore, ha ricevuto più attenzioni e cure di quante ne abbia mai ottenute dai servizi psichiatrici». «Il concetto di malattia mentale sta cambiando - ha aggiunto Tura - e non può non accompagnarsi a un concetto di funzionamento sociale. La vera vittoria della riforma Basaglia è che in realtà la malattia mentale è ormai assolutamente mescolata a tutto il resto della dimensione sociale. Credo però che sia ormai vecchia perché i bisogni della società sono più veloci delle riforme. Adesso la sofferenza mentale ha altri volti: è importante che si occupi di salute non consideri la malattia mentale come un capitolo a sé ma ricordi che qualsiasi forma di sofferenza porta un carico di sofferenza psichica sempre elevata». «L'invito a chi si occupa della persona in modo olistico, comprendendo la dimensione spirituale, è a considerare la fragilità non come una condizione patologica, ma che espone un po' di più alla vulnerabilità, ed è una condizione che può che può riguardare tutti». (En.Ne.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA