

Società, famiglia, malato: problemi e proposte

Non è bene che l'uomo sia solo. Curare il malato curando le relazioni.

Convegno Giornata del malato – 10 febbraio 2024 Pavia - Curia vescovile – sala Pertusati

Moderatrice

Pierangela Fiorani – Giornalista e docente Unitre

Introduzione

Mons. Corrado Sanguineti, Vescovo Diocesi di Pavia

Cura pubblica della salute.

Per cura pubblica intendo dire tutto ciò che ha un valore pubblico nel campo sociale per la salute, che viene promosso direttamente ovviamente dallo Stato. C'è il servizio di sanità nazionale, tutte quelle realtà che si muovono nel campo della salute e che dovrebbero essere sempre più mirate non da un criterio di profitto, ma da un criterio di servizio, integrandosi anche col servizio pubblico. Per questo il Papa dice: "Purtroppo no, perché l'abbandono dei fragili e la loro solitudine sono favoriti anche dalla riduzione delle cure alle sole prestazioni sanitarie. Senza che esse siano, saggiamente accompagnate da un'alleanza terapeutica tra medico, paziente e familiare". E credo che questa sia una notazione che ha un valore non soltanto morale, ma anche sociale. Mi verrebbe da dire anche un valore politico, nel senso di costruzione di una vera polis dove la persona sia al centro.

E' prendersi cura delle relazione, come dice il messaggio di questa giornata del malato, con uno stile caratterizzato da tre parole: vicinanza, compassione e tenerezza. Sono parole che il Papa dice quasi ogni giorno. E aggiunge: "questo è lo stile di Dio".

Proprio la settimana scorsa, noi vescovi lombardi abbiamo avuto il dono di incontrarlo nella 'visita ad limina'. Nel lungo dialogo che abbiamo avuto con lui per più di due ore, più volte ci ha detto che questo stile di vicinanza, compassione e tenerezza fa parte anche del nostro ministero di pastori. Questo stile fa sì che, quando noi sperimentiamo la malattia, la debolezza, se c'è un tessuto di rapporti, se c'è questo stile, uno non abbia paura di riconoscersi ferito. Nel nostro tempo, invece, prevale il mito dell'efficienza. Devi essere sempre in perfetta forma, devi sempre essere capace di ottime prestazioni. E noi uomini e donne siamo invece anche limitati, non siamo infrangibili.

Vorrei concludere per non togliere tempo ai tanti relatori.

Il Papa al termine del suo messaggio si rivolge così ai malati: "A voi, che state vivendo la malattia, passeggera o cronica, voglio dire; non abbiate vergogna del vostro desiderio di vicinanza e di tenerezza. Non nascondetelo e non pensate mai di essere un peso per gli altri". La condizione dei malati invita tutti a frenare i ritmi esasperati in cui siamo immersi a ritrovare noi stessi. E conclude, "In questo cambiamento d'epoca in cui viviamo, specialmente noi cristiani, siamo chiamati ad adottare lo sguardo compassionevole di Gesù. Prendiamoci cura di chi soffre ed è solo, magari emarginato e scartato. Con l'amore vicendevole che Cristo Signore ci dona nella preghiera, specialmente nell'Eucaristia, curiamo le ferite della solitudine e del dolore, e impariamo a contrastare la cultura dell'individualismo, dell'indifferenza, dello scarto, e a far crescere la cultura della tenerezza e della compassione."

Ecco mi auguro che la mattina che vivremo nell'ascolto dei vari interventi, ci aiuti tutti a far crescere intorno a noi questa cultura della tenerezza e della compassione. Grazie.

Don Franco Tassone – Direttore Caritas diocesana

Buongiorno a tutti.

Era solo per confermare quello che il Vescovo nella sua carità ha espresso molto bene con le sue parole. Come si fa a curare le ferite in una città, in una realtà così complessa che ha tantissime eccellenze? Beh, intanto il Vescovo sta facendo la visita pastorale proprio nella nostra città.

C'è qui un libretto e c'è Marta Cusa che è una delle redattrici, che ringrazio ancora a nome della comunità ecclesiale. Abbiamo voluto guardare dentro la nostra città. Quali sono i numeri? Perché i numeri dicono una certa rilevanza del fenomeno, per esempio l'immigrazione, per esempio i bisogni di salute, direi anche i bisogni pastorali.

Sono il direttore della Caritas diocesana, ma la Caritas diocesana è la carità del Vescovo. Nel nostro servizio seppur limitato, cerchiamo di portare avanti uno stile di Chiesa. Da sempre la Chiesa è intervenuta anticipando l'organizzazione dello stesso servizio. Faccio qualche esempio: gli ospedali, le scuole, le comunità terapeutiche pensando a Don Enzo nella nostra città. Quando poi il servizio pubblico si è organizzato sono cambiati i ruoli, però l'intuizione pastorale di accoglienza è rimasta viva.

Ne parlavo con l'assessore proprio ieri. La Croce Rossa vorrebbe aprire uno studio dentistico per quelli che sono senza dimora. Cioè andiamo ad accogliere quella parte di fratelli che sono scartati. Così come anche l'Ordine di Malta, ha il desiderio di aprire un punto oculistico. Perché dico questo? Perché è chiaro che ci sono già dei servizi, ma per andare incontro a questi nostri fratelli più poveri, cerchiamo di favorire un intervento sul territorio.

Vado avanti velocemente. Nell'educazione sanitaria, c'è anche l'educazione alimentare. Dal cibo passa anche la nostra salute. Educazione alimentare vuol dire anche non scartare il cibo. Come Caritas per questo aspetto siamo presenti nelle scuole ed è un lavoro immane. Ma educare non è solo non scartare, ma anche qualificare. Pensate a tutti gli alimenti che le parrocchie danno alle famiglie.

La badante di condominio? L'associazione 'Vasi di Creta' ha inventato questa attenzione agli anziani proprio nella nostra città. I problemi del Pronto Soccorso sempre strapieno, il personale della Croce Rossa che non può più interfacciarsi coi i medici del Pronto Soccorso, la mancanza di infermieri, sono problemi grandi che occorre comprendere a livello di Istituzioni, ma che ci dicono soprattutto che dobbiamo dilatare il più possibile l'accoglienza delle persone. La Chiesa, attraverso la Caritas, attraverso la pastorale della salute ha come suo intento di mettere sempre al centro le persone, di coniugare gli aspetti istituzionali con le fragilità presenti, per poter meglio servire le persone.

Grazie.

Relazioni

Marta Cusa – Università Bocconi

Il contesto della città di Pavia

Buongiorno a tutti. Vi presenterò, come già anticipato da don Franco, i risultati principali della ricerca che ho condotto con il professor Zatti dell'Università di Pavia, proprio sul Comune di Pavia. Vi presenterò i dati principali. L'obiettivo è quello di aiutarvi a contestualizzare gli interventi che sentiremo nel resto della mattinata. Avete con voi il libretto a cui farò riferimento e che potete portare via e consultare a casa.

Vi mostro prima di tutto due cartine per farvi un'idea di che territorio stiamo parlando. Allora sulla vostra sinistra c'è la cartina della SST, quindi dell'azienda socio sanitaria territoriale di Pavia, che corrisponde al territorio della provincia. Che poi è diviso in distretti, dove quello di Pavia, che è quello nell'azzurro più

scuro, comprende 12 comuni. Mentre sulla destra vedete la cartina della diocesi di Pavia, che corrisponde all'incirca all'area pavese, quindi l'area nord orientale della provincia di Pavia, con alcune eccezioni. Lo studio che abbiamo condotto si concentrava sul Comune di Pavia, con qualche riferimento al territorio più ampio provinciale.

Vi racconterò principalmente i dati riferiti alla demografia, perché mi sembra l'aspetto che poi impatta di più nelle riflessioni di questa mattina.

A Pavia nel 2021 (i dati che vi racconterò riguardano principalmente quest'anno) per il censimento dell'Istat, la popolazione è di 70.380 residenti. Le persone che hanno cittadinanza straniera sono il 14% ed è un dato abbastanza in linea con quello delle altre città che abbiamo messo a confronto. Nell'analisi generale di questo studio abbiamo considerato gli altri capoluoghi della regione della Regione Lombardia per vedere come si collocava Pavia in confronto.

Un effetto importante da sottolineare e che è abbastanza peculiare del nostro comune è il fatto che presenta una popolazione che è molto poco giovane in termini di residenti. Infatti, la fascia di età 0-18 anni è composta dal 14% della popolazione, che è un dato inferiore rispetto a tutti gli altri territori di confronto. E d'altro canto, la popolazione con più di 77 anni è rappresentata da una quota significativa tra le maggiori rispetto ai territori di confronto. Nella cartina che vedete a destra si vede come questa tendenza è ancora più accentuata nelle aree più interne e nell'Oltrepò. E la parte a ovest, dove la quota di anziani è ancora più rilevante e quella di giovani è ancora meno significativa.

E un aspetto rilevante che ci tengo a sottolineare è che questa composizione di età cambia molto considerando i residenti con cittadinanza italiana rispetto a quelli con cittadinanza straniera in quanto le persone con cittadinanza straniera sono molto più giovani rispetto a quelle italiane.

Un altro aspetto importante è la composizione dei nuclei familiari. Infatti circa la metà dei nuclei familiari sono composti da una sola persona. Se prendiamo quattro nuclei familiari, due sono fatti da una sola persona, uno è fatto da due persone e il quarto che rimane è fatto da tre o più persone. Quindi ci rendiamo conto della composizione familiare a livello di Pavia: il numero medio di individui è due.

Le persone che ad oggi, sempre riferito al 2021, vivono in ospizi case di riposo per adulti, inabili e anziani sono 246. I senzatetto e senza fissa dimora, secondo sempre questo censimento Istat sono 158 e le persone che vivono in campi attrezzati, insediamenti tollerati e spontanei 384. Così per darvi sempre dei numeri e per farsi un'idea.

Un altro aspetto importante a livello demografico del nostro comune è il livello di istruzione. Infatti è tra i territori che ha la quota di laureati in magistrale, ciclo unico e dottorato, maggiore rispetto al territorio regionale e solo comparabile alla città metropolitana di Milano.

Un altro aspetto fondamentale da considerare nell'analisi è il fatto che oltre alla popolazione residente, che abbiamo detto che è di circa 70.000 abitanti, Pavia attira tutti i giorni dei flussi di persone che si muovono per studiare e per lavorare. Considerando i flussi netti, quindi la differenza tra chi entra e chi esce, si aggiungono alla popolazione residente, circa 30.000 persone che ogni giorno entrano nel nostro comune.

Un altro aspetto che è importante per completare questo quadro demografico è la presenza degli universitari. Gli universitari a Pavia sono quasi 30.000. Di questi meno del 10% è residente. Quindi se andiamo a considerare anche la componente studentesca che non è residente, ma di fatto vive a Pavia, i cosiddetti fuori sede, si aggiungono più di 10.000 individui. Ora se consideriamo questa popolazione universitaria aggiuntiva, la fascia di età dai 19 ai 25 anni, che era il 7%, passa al 25%. Quindi un quarto della popolazione che vive a Pavia è in questa fascia di età universitaria.

Ora brevemente riferirò qualche dato sull'economia locale perché ho preferito concentrarmi sull'assetto demografico.

Per quanto riguarda i livelli di reddito, Pavia si caratterizza per livelli di redditi pro capite più elevati rispetto ai territori di riferimento. Chi vorrà, poi, potrà approfondire i riferimenti leggendo il libretto. Qui vi faccio una carrellata, sui punti che mi sembravano più importanti dovendo sceglierne alcuni.

Vedete nella seconda tabella la distribuzione del reddito nelle varie classi di reddito. Quello che emerge è che le classi di reddito maggiori sono molto di più rispetto al territorio regionale, solamente comparabile alla città di Milano. Però il tasso di disoccupazione è maggiore di quello provinciale e anche regionale e uguale a quello nazionale. Per gli stranieri è emerso che questo tasso di disoccupazione è ancora più negativo rispetto a quello di altri territori di confronto.

L'ultimo aspetto economico che volevo sottolineare è il fatto che il settore sanitario pesa molto per l'economia del nostro comune, sia nel settore privato che in quello pubblico. A sinistra vedete il numero di addetti nei vari settori economici e come vedete la fetta blu che è quella della sanità e dell'assistenza sociale, è la più ampia. E lo stesso nel settore pubblico, se non per una quota ancora maggiore. Infatti il 70% degli addetti a Pavia nel settore pubblico lavorano nel settore sanitario e nell'assistenza sociale. Per quanto riguarda gli addetti nel settore privato nell'ambito sanitario rilevo che questo 18% è il valore maggiore rispetto a tutte le altre città di confronto. Ed è un settore che continua a crescere e a occupare persone nel nostro comune.

Infine, giusto una sottolineatura finale che si collega a quanto ho detto nel primo intervento. L'aspetto della demografia del nostro territorio dice che una quota significativa di persone ha oltre i settant'anni, ed unita al fatto che i nuclei familiari sono sempre più ristretti, ci porta a dover porre molta attenzione al settore anziani. E' quanto emerge dall'analisi del territorio.

Ho finito, vi ringrazio per l'attenzione.

Giovanni Ricevuti – Università di Pavia

Il diritto degli anziani spesso non rispettati

Innanzitutto grazie per la partecipazione e grazie Eccellenza per averci accolto qui. È sicuramente una cosa importante essere qui per dare un significato ancora maggiore alla giornata mondiale del malato e quindi alle sofferenze.

Parto da quello che era comparso sul giornale, sulla nostra Provincia ieri. Esami e visite: SOS tempi d'attesa, sportello Cgil in aiuto. Un primo aspetto sono le problematiche sanitarie. La dottoressa Cusa ha sottolineato il problema degli anziani e il problema del peso della sanità. Un secondo aspetto è un rapporto nazionale che ci dice che l'assistenza alle demenze ha forti differenze regionali.

E' un mio pallino quello di parlare dei deficit cognitivi. Perché? Perché le malattie sono molto differenziate sul territorio e soprattutto, aumentando la fase dell'anzianità, aumentano anche i problemi dei deficit cognitivi e quando il deficit cognitivo è presente in una persona aggrava tutte le altre condizioni di malattia, ma soprattutto aggrava la famiglia.

Quello che ha sottolineato la dottoressa Cusa è estremamente importante e allora al convegno di oggi cerchiamo di dare alcune risposte.

Comincio col ricordare alcune frasi che mi sono venute in mente quando pensavo a questa giornata. Vedendo il telefilm di padre Brown alla televisione, lui dice: "Dio ammette il sacrificio, ma non vuole la sofferenza". E allora traduco così, che la malattia non deve essere considerato come una colpa, ma è una condizione umana che arriva. Poi abbiamo visto tutti il Festival di Sanremo e cosa ha detto Allevi? "Poi è arrivata la diagnosi pesantissima e ho guardato il soffitto con la sensazione di avere la febbre a 39. Per un anno consecutivo ho perso molto, il mio lavoro, i miei capelli, ma non la speranza e la voglia di

immaginare”. Questa è una frase molto importante che mi ha fatto riflettere. Tutti noi abbiamo provato il senso della malattia. Chi ha provato a stare sdraiato su un lettino in un pronto soccorso ed essere visitato da un altro che ti guarda dall'alto. Ti trovi in una situazione senza potenza, senza forza, ti trovi nelle mani di un altro e questa è una sensazione bruttissima. La commissione di bioetica nazionale lo ha sottolineato abbondantemente.

Ancora Allevi: “era come se il dolore mi porgesse anche degli inaspettati doni”. Quindi il vedere la malattia in un'altra maniera. Porto sempre agli studenti l'esempio dei nostri campioni sportivi, quelli del para olimpici, che non hanno le braccia, non hanno le gambe, ma non si sentono malati e partecipano alla vita. Quindi è un modo di rispondere. Però uno ha bisogno di rapporti e ha bisogno di un supporto per poter rispondere in questa maniera alla malattia, altrimenti non ce la fa.

Papa Francesco che ha sottolineato la necessità di creare le locande del buon samaritano nel nostro territorio. Molte diocesi l'hanno fatto. Don Franco l'ha ricordato prima. Pavia ne ha fatte parecchie, cioè dei centri che suppliscono le carenze di esigenze generali come mangiare, vestirsi, lavarsi, essere curato, essere compreso, parlare, non sentirsi solo, perché la solitudine è un altro aspetto importantissimo. Non è bene che l'uomo sia solo, l'ha ricordato sua Eccellenza; curare il malato curando le relazioni come ha scritto Papa Francesco; curare il malato e non solo la malattia. Nel mondo sanitario di oggi e anche a livello accademico spesso si insegna a curare la malattia. Qualche volta manca l'aspetto dell'empatia, dell'umanizzazione delle cure. Fontana, in un evento del Parlamento, ha ricordato che occorre recuperare la dimensione umana delle cure e se lo dice un presidente di un Parlamento, di una Camera dei deputati, vuol dire che anche a livello centrale si sono resi conto che qualcosa non funziona nel servizio sanitario nazionale e nell'assistenza e che per garantire il tempo necessario al percorso assistenziale si deve considerare anche il supporto psicologico e spirituale come tempo di cura. Ricordo che da quest'anno lo psicologo è entrato nel servizio sanitario nazionale sul territorio. Quindi mi aspetto di vedere sul territorio, nell'ambulatorio del medico di medicina generale, anche lo psicologo.

Una cosa paradossale, il mondo italiano invecchia e abbiamo pochi geriatri. In Arabia Saudita c'è il geriatra del territorio, cioè c'è il medico di famiglia e c'è il geriatra di famiglia e mi chiedo perché in Italia non c'è il geriatra territoriale? Dobbiamo fare cultura. C'è anche un problema di formazione. Dobbiamo incentivare una medicina solidale a supporto della povertà sanitaria. Non vuol dire soltanto povertà economica, ma povertà dei servizi, carenza dei servizi. Non cambiamo le etichette sulle porte per dare risposta alle normative legislative, perché cambiare l'etichetta di una porta non vuol dire cambiare i servizi. Esempio le case di comunità. E poi ci sono tanti bisogni.

Perché cito queste cose? Perché il 25 gennaio è successo una cosa importante in Parlamento. E' stato presentato un progetto, la “Dignitas curae” presentato da alcuni docenti universitari della Cattolica, documento sottolineato e firmato in prima persona da Papa Francesco e dal Presidente Mattarella. Penso che non sia mai successo che un documento di critica e di proposte, ma soprattutto di riforma del servizio sanitario nazionale, sia stato firmato da un Papa e da un Presidente della Repubblica. E quindi dobbiamo tenerne conto, tanto è vero che il Ministro Schillaci, che era presente in quella riunione (erano presenti altri ministri e ovviamente tutti le persone che hanno presentato questo progetto) ha accolto questo progetto e ha detto che organizzerà una commissione per realizzare l'umanizzazione delle cure.

Qui ci sono anche tante altre cose sui diritti, sui bisogni. Quello che è successo nell'ambito del Covid che ha scoperchiato la problematica, non lo dico io, lo dice il comitato della Carta europea dei diritti dell'anziano e lo dice il Comitato di bioetica nazionale.

Vorrei parlarvi della collaborazione con Unitre e con la dottoressa Fiorani. Insieme facciamo un corso sul benessere nella terza età. In generale chi partecipa è di sesso femminile, con un'età che va da 66 a 88 anni. Alcuni hanno poche patologie, altri tante e contemporanee: ipertensione, malattie di cuore, malattie degli

occhi, malattie delle ossa, depressione, dolori. Abbiamo fatto delle domande ai nostri cittadini e ci sono state date queste risposte.

Alla domanda se prendi delle medicine, la gran parte ha risposto che ne prende più di 5 al giorno. I geriatri dicono che se uno prende da 5 a 7 medicine al giorno ha dei rischi di complicanze e questo è un problema di gravità. Cosa vuol dire? Vuol dire che occorre operare una riconciliazione. Il medico e il farmacista devono intervenire su questa problematica perché, dalle statistiche, si sono notate delle inapproprietezze di cure. Lo stiamo dicendo. Un'esperienza che ha fatto l'Università di Pavia all'ospedale di Vigevano, ha visto che c'era una difficoltà di terapia nei soggetti ricoverati e in diversi reparti, come medicina, ortopedia, neurologia e altri. Il prof. Govoni ha pubblicato l'articolo della ricerca. Fatta la formazione al personale medico e infermieristico, spiegando bene le interazioni farmacologiche, si è ridotta la terapia, si sono ridotte le interazioni, ma quello che conta si è ridotta la durata della degenza e i costi dei malati e non c'è stato più il "girello" del rientro dei malati in ospedale, perché sono stati anche seguiti nei 7 giorni successivi alla dimissione. Cosa vuol dire questo? Vuol dire allora che c'è anche un problema di formazione e di appropriatezza terapeutica. E lo dicono i nostri cittadini.

Altra domanda. Ti rivolgi spesso al tuo medico? La gran parte dice di sì, alcuni han detto "no o poche volte" perché non riescono a raggiungerlo. Vabbè, può succedere in qualche modo. Però hanno molta fiducia e hanno molta soddisfazione del loro medico e dicono che è troppo impegnato burocraticamente, lo vorrebbero più libero dalla burocrazia e lo vorrebbero lavorare insieme ad altri medici e con un'infermiera nel proprio ambulatorio. Alcuni hanno anche scritto: vorrei che il mio medico fosse disponibile anche il sabato e la domenica." Cioè torniamo a quello che era una volta.

"E ti rivolgi al tuo farmacista?". Il farmacista ormai è una cosa particolare. Spero che comprendiate che il territorio ha diverse figure importanti al giorno d'oggi, ma molti si rivolgono al farmacista perché il farmacista è sempre lì, non si sposta, perché c'è sempre qualcuno. E sono soddisfatti della sua presenza. Alcuni è vero non sanno che in farmacia possono fare degli esami, e così sveltire i tempi. E il costo è il costo del ticket. La farmacia dei servizi è una delle sfide più importanti. E in effetti Federfarma e i farmacisti stanno lavorando alla grande anche a Pavia. E guardando alle risposte alcuni scrivono, "Io chiedo consiglio al mio farmacista anche quando devo prendere integratori di cui c'è la réclame alla televisione o me lo dicono gli amici, ma prima di prenderli chiedo consiglio al farmacista per evitare interferenze". "Vorresti che il farmacista fornisse più servizi?" "Sì", e soprattutto rispondono "col servizio sanitario nazionale". In effetti Regione Lombardia ha in ballo un progetto di questo genere per mettere anche la ricetta medica.

"Quando andate negli ambulatori medici cosa volete?" Le persone chiedono di essere visitati da un medico ufficiale preparato e non soltanto dai tirocinanti. Questo mi ricorda che in molti ambulatori c'è uno specializzando. Lo specializzando è un medico in formazione. Si lamentano di non essere mai visitato dallo stesso medico, soprattutto dal titolare dell'ambulatorio. Questo li spinge, mi dicono alcuni, ad andare dal privato e a chiedere la consulenza a qualche specialista.

Maurizio Niuitta – Direttore generale ASP Pavia

Il ruolo delle cure intermedie

Inizio col ringraziare gli organizzatori, sua eccellenza il Vescovo per l'ospitalità, e tutti coloro i quali operano all'interno di questo sistema, perché, poi cercherò di dire brevemente, tutti hanno una loro funzione, tutti hanno una loro importanza.

Sappiamo da dove veniamo. La RSA Pertusati lo dice il nome, e siamo in sala Pertusati; Santa Croce era l'antica chiesa di Santa Croce che una volta abbattuta al suo posto fu eretta una struttura ed oggi è una RSA; San Gerolamo Emiliano sappiamo quale attività abbia svolto proprio a favore delle popolazioni del nostro territorio; l'Istituto Santa Margherita ci richiama ad un'altra situazione spero conosciuta. Basta richiamare le

parole di Papa Francesco:” la Chiesa ha nel cuore i poveri, ha nel cuore i fragili, ha nel cuore gli ammalati”, dice tutto sulla nostra tradizione. A volte cerchiamo di rinnegare le nostre tradizioni, ma non riusciamo, perché la storia, la realtà è più forte anche di quelle che potrebbe essere la nostra indisponibilità a riconoscere. E questo, credo che sia, un fatto incontrovertibile.

L'argomento di oggi. Sostanzialmente a me è toccato di parlare delle cure intermedie. Uno dice: cosa sono queste cure intermedie? Pensate che le cure intermedie sono la specificità del territorio della nostra regione, della Lombardia. Quando la grande riforma sanitaria del 1978 creò di fatto una dicotomia pesante tra la sanità e gli altri servizi, mettendo socio-sanitario e sociale, in Regione Lombardia comunque si vollero realizzare questi momenti di integrazione che oggi chiamiamo cure intermedie, ma che allora furono un vanto ed una specificità della nostra regione, che poi ha costituito un'esperienza che si è diffusa sul territorio nazionale. Così come il superamento delle IPAV, delle gloriose IPAV.

Nel 1890 in Italia la legge Crispi riconosce l'interesse pubblico ai servizi sociali e quando nel 1890 si parlava di servizi sociali, si intendeva il sanitario, il sociale, l'avviamento al lavoro, il superamento di tante difficoltà, di tante criticità. Capite come già all'epoca questo concetto dell'uomo fragile, dell'uomo che esprime un bisogno, fosse un concetto vitale, non si potevano fare troppe distinzioni. Anche oggi, quando ci chiediamo: qual è la componente sanitaria, qual è la componente sociale, qual è la difficoltà relazionale? Stiamo parlando di aspetti che sono poi sintetizzati in una persona, quindi aspetti che vanno affrontati con professionalità, ma vanno affrontati soprattutto con umanità.

E allora noi queste cure intermedie le abbiamo sviluppate. Perché? Perché rispetto alle cure intermedie, così come si intendevano una volta e quindi i grandi servizi socio-sanitari, le RSA, gli IBR che noi abbiamo il pregio di aver sviluppato in questa città. Vi ricordate la vecchia sede del Santa Margherita, di fronte al collegio Borromeo? E poi siamo riusciti a realizzare la nuova. E come siamo riusciti ad ammodernare il Pertusati, il Santa Croce? Come siamo riusciti a realizzare ex novo il centro polivalente Gerolamo Emiliano? Siamo riusciti non perché eravamo bravi. Siamo riusciti perché abbiamo trovato un contesto favorevole alla possibilità di innovare.

Una legge del 1988 mise a disposizione 10.000 miliardi di lire per ammodernare le strutture socio sanitarie per creare nuove strutture socio-sanitarie. Ci furono più soldi a disposizione che progetti disponibili. Noi presentammo con modestia qualche progetto, tra l'altro neanche realizzati benissimo, perché ai tempi erano veramente stretti. Col senno di poi ci siamo un po' lagnati del fatto che potevamo chiedere di più perché in seguito abbiamo dovuto integrare con i nostri finanziamenti e devo dire anche qui, forse la nostra tradizione ci assiste, non abbiamo mai dovuto accendere a mutui con le banche.

Abbiamo fatto tesoro di un principio che secondo me è moderno ed è ancora attuale, cioè il principio di sostenibilità. Quando diciamo che vogliamo tante belle situazioni, vogliamo tanti medici, tanti infermieri, bisogna poi spiegare che non esiste un problema di numero chiuso degli infermieri, perché sono meno le persone che richiedono di entrare nelle scuole infermiere dei posti disponibili, quindi è un problema diverso. Forse dovremmo iniziare a parlare di cose diverse. Per quello che riguarda i medici dico solo questo: provengo da una famiglia di sei persone. Abbiamo studiato tutti e quattro i figli. Ma se avessimo avuto le regole di oggi per cui uno che supera il test di ingresso di medicina ed è di Pavia, deve andare a studiare a Benevento e uno di Benevento deve venire studiare a Pavia, noi probabilmente non avremmo studiato. Quindi c'è probabilmente anche un problema di cambio delle regole. Il numero chiuso può andar bene. Facciamo anche il numero chiuso, visto che adesso si parla di intelligenza artificiale. Però se io abito a 200 metri dalla mia facoltà, lasciarmi studiare a casa mia. È una questione di diritto allo studio.

Si dice che sono pochi i geriatri, ma non sono pochi i geriatri, sono pochissimi! Se voi pensate che a fronte degli 842 posti in pediatria ci sono 340 posti in specialità in geriatria e non su scala regionale, ma nazionale, cosa abbiamo fatto a proposito? Poi alla fine uno dice: “lamentiamoci del sistema”.

Si sta prendendo coscienza dei problemi. Ricordo una proposta di legge già all'esame del Parlamento che è quella sulla non autosufficienza, che mette a disposizione delle risorse vere rispetto a questo problema. Possiamo anche fare tutte le riforme che vogliamo. Se poi non vengono finanziate queste riforme non possono né decollare né partire.

Possiamo chiedere la solidarietà nel nostro contesto sociale. C'è questa solidarietà. Pavia è una città solidale. Nell'ultimo scorcio di questo 2023/2024 noi abbiamo sostituito 120 letti elettrici al Santa Margherita e al Pertusati grazie a donazioni private. Donazioni di privati che sono il Rotary, ma sono anche la Fondazione Banca del Monte, che sono anche semplici cittadini. Abbiamo sostituito altre attrezzature. Abbiamo messo a posto il parco perché sia fruibile da parte dei nostri soggetti con patologie di Alzheimer all'interno della RSA Pertusati, ma abbiamo fatto anche altro grazie alla solidarietà, grazie al contesto pavese. Abbiamo inserito nelle nostre strutture persone di grande esperienza, di grande qualità che arrivano dal mondo ospedaliero, che arrivano dal mondo universitario, e che hanno permesso di dare una qualità di servizi che altrimenti sarebbe stato difficile offrire con le risorse attuali. Quindi credo che quando si parla di gestione di servizi oggi bisogna parlare di ciò che è credibile e ciò che è possibile mettere a disposizione. E cercare di utilizzare al meglio il contesto sociale, il contesto professionale, il contesto economico all'interno del quale si lavora. E lo dico con piacere, il contesto pavese è un grande contesto di solidarietà, un grande contesto di professionalità e un grande contesto di pregio. Lo dico a Pavia perché forse in altri contesti queste cose non sono messe in debita considerazione. Personalmente sono orgoglioso di far parte di questo contesto pavese e di avere la possibilità di interagire.

Dico l'ultima cosa: quando si dice "c'è troppa burocrazia". Ma perché c'è troppa burocrazia? C'è troppa burocrazia perché c'è ormai la tendenza a contestare tutto. Quindi il medico lavora con una sorta di autodifesa personale e cerca di scrivere, più che di dedicare il tempo ai malati. Ma è necessità. Come cerchiamo di contrastare? Abbiamo cercato di contrastare ricorrendo alle migliori professionalità pavesi in ambito medico legale. Perché vedete, questa abitudine di contestare tutto secondo me non andrà scemando nei prossimi anni, ma crescendo. Come si tutelano le nostre professionalità e i nostri medici, come si tutelano i nostri operatori? Perché vedete, quando si parla di fuga dagli ospedali molti dicono "ma il contratto di lavoro prevede solo 259 €". Ma vi assicuro che il contratto di lavoro e l'aspetto economico è l'ultimo degli aspetti che induce il medico a scappare dall'ospedale. Certo, se hai degli aumenti uno è anche contento, però non è quello l'aspetto principale. L'aspetto principale è che oggi i nostri operatori devono essere difesi, devono essere tutelati, non devono essere mortificati, non devono essere aggrediti. Questo è il problema principale e stiamo aspettando determinate normative.

Ora l'ultima questione utile. Il domiciliare. Il domiciliare è uno dei termini del piano nazionale di ripresa e resilienza. E' chiaro che chi lavora nelle cure intermedie, può sviluppare un'azione molto più efficace rispetto ad altri. Su questo tema c'è una grande attenzione istituzionale che dovrà trovare concretezza. Noi abbiamo cercato di fare sistema, sistema come? Siamo un ente pubblico, crediamo nel fatto di integrarci col privato, crediamo nel fatto di integrarci con quei soggetti che oggi pare siano un po', come dire, contestati, le cooperative di servizio. Ma in realtà tutti noi, pubblico, privato, cooperative, abbiamo un nostro ruolo. Il problema è svolgere in modo corretto questo ruolo. Quando questi ruoli vengono svolti in modo corretto diventano delle azioni che producono qualità, che producono economicità e che producono soddisfazione da parte dell'utenza.

Ieri abbiamo avuto il primo utente del progetto Itaca. A noi piace dare dei nomi un po' particolari. Itaca è la vicissitudine di una persona che vuole tornare a casa sua. Perché alla fine, dopo tante peripezie, dopo tante avventure, dopo tante tentazioni, comunque il ritorno a casa è un fatto importante. Promettente perché è decollato grazie a un contributo della Fondazione Banca del Monte di Lombardia. E cosa prevede questo progetto? Prevede la concretizzazione di un concetto che è la presa in carico. Vi ricordate la presa in carico 2015 di Regione Lombardia? Perché fallì? Perché io posso credibilmente prendere in carico una persona promettendogli ciò che io posso dargli, non promettendo ciò che deve dargli un altro. Perché le funzioni

dell'altro non riesco a gestirle, e non riesco a determinarle. Allora noi abbiamo detto. La persona che esce dal Santa Margherita in dimissione e torna a casa e può avere un problema rientrando al domicilio, comunque sa che è preso in carico da noi. Lo faremo visitare ancora a domicilio, se serve ritornare al Santa Margherita, ma soprattutto sa che qualsiasi bisogno, qualsiasi paura, qualsiasi situazione voglia chiarire, può telefonare. Può ancora farsi assistere da noi, può venire nelle nostre strutture ed avere assistenza dal medico con cui è in confidenza, dagli infermieri che ha frequentato, dagli operatori socio sanitari con i quali ha condiviso parte della sua esperienza di malato fragile e cronico. Allora su questo voglio dire: noi ci siamo e ci saremo perché lo dicevo all'inizio la nostra esperienza e la nostra tradizione comunque non ci permettono alternative rispetto al lavoro, rispetto all'impegno. Speriamo che tanti giovani vogliano impegnarsi in questo settore perché la nostra garanzia per il futuro è quella di avere giovani volenterosi.

Grazie.

Moderatrice

Pierangela Fiorani – Giornalista e docente Unire

Penso che sarà importante monitorare il progetto Itaca, vedere come funziona, come continua. Lo dico soprattutto ai miei colleghi perché io non ho più un giornale. Di continuare a fare opera di informazione e di monitoraggio, perché è un progetto importante.

Davide Pasotti – Vicepresidente Comitato di indirizzo ASP Pavia

La risposta ai bisogni dei pavesi anziani fragili

Buongiorno a tutti. Ringrazio sua eccellenza il Vescovo e il professore Ricevuti che hanno organizzato questa mattinata centrata su argomenti di grandi rilievi, di grande interesse e di grande prospettiva.

Anche perché in questo momento presumo che il mondo sanitario sia, diciamo, di fronte a una svolta, a una ricerca di una novità, alla ricerca di cambiamento. Anche perché le dinamiche del sistema devono cambiare nel senso che non può più reggere una visione 'ospedalocentrica'. Si è scoperchiato il problema quando il Covid ha evidenziato tutte le difficoltà, e il territorio si è scoperto impreparato ad affrontare le problematiche.

Quindi, indubbiamente bisogna riportare sul territorio quelle che sono le necessità della gente. Ne ha già parlato il professor Ricevuti e ne ha accennato il dottor Niutta, che nel consiglio di amministrazione ci si è impegnati a fare questo, cioè si sta portando avanti il discorso del ritornare sul territorio. Il progetto Itaca è il tentativo di far valere, diciamo, la presenza sul territorio e la presa in carico del malato cronico.

Io faccio il medico di medicina generale e molte volte mi trovo di fronte a delle difficoltà reali, perché trovo situazioni e problematiche di sbarramento. Oggi un malato oncologico mi telefonava per dirmi "guarda che io ho prenotato degli esami di controllo a distanza di sei mesi, ma purtroppo non riesco a prenotarli". Quindi la famosa problematica che Ricevuti esponeva, quella delle tempistiche, ha bisogno di cambiare. Il medico di medicina generale, interviene, cerca di facilitare le cose, ma non è questo. Sono gli ambulatori degli ospedali e i medici territoriali che devono collaborare, devono parlarsi, devono creare una rete, un sistema che permette di avere maggiore possibilità di aiutare il malato. Malato, colui che soffre, colui che ha delle necessità, colui che ha bisogno, che viene nel nostro ambulatorio con tante problematiche.

Ieri sera, per esempio, alle 20 è arrivata una signora terrorizzata da un neurochirurgo che gli aveva parlato anche correttamente delle sue problematiche sanitarie. Ma questa signora si è sentita preoccupata. Aveva ricevuto solo risposte tecniche, ma non possono bastare. Allora interviene il ruolo del medico di medicina

generale che aiuta, ma forse sarebbe più necessario avere lo psicologo dell'ambulatorio, perché queste sue problematiche sono problematiche di natura umana, quindi problematiche che devono essere affrontate non solo da un punto di vista clinico, ma anche dal punto di vista umano, che spesso viene a mancare. Perché? Per la fretta, per la difficoltà del gestire tutte le problematiche che noi dobbiamo gestire, per la burocrazia, per la troppa burocrazia che c'è nei nostri ambulatori. Tutto arriva sul nostro tavolo. Le richieste di voucher socio sanitari sono cose che ormai non mettiamo in campo da anni. Regione Lombardia ha dato questa possibilità. Nel post dimissioni abbiamo ad esempio la presa in carico del progetto Itaca che è una cosa innovativa che io considero molto positiva, perché l'ospedale resta in contatto col malato e col medico di medicina generale e gli permette di avere punti di riferimento. Spesso il medico di medicina generale nella giornata non riesce ad organizzare 5 o 6 visite domiciliari. Alcuni medici di medicina generale a domicilio non ci vanno, e sbagliano. Ci sono delle situazioni che devono essere rimesse in sesto. Però l'aver un riferimento dall'ospedale, il medico di medicina generale e le cooperative che operano sul territorio è quell'insieme di ruoli che deve coordinarsi. Oggi manca un coordinamento. Il coordinamento è qualcosa che deve essere fatto a favore del malato che soffre.

Ho avuto modo in diverse mie esperienze positive di potermi rapportare con l'ospedale, con l'Assessorato ai servizi sociali, con le cooperative di servizi infermieristico che operano al letto del malato. Ci si trova a domicilio, insieme, tutti insieme, lo specialista, il medico di medicina generale che oggettivamente è la persona che ha la visione olistica del problema perché conosce le dinamiche del malato, la malattia, la famiglia. Tutte dinamiche utili perché chi entra in una casa conosce situazioni che nessuno può conoscere, solo il medico di medicina generale. Questo è utile perché vengono trasportate le esperienze del medico agli infermieri che collaborano, allo specialista che collabora, a chi sta lavorando al letto del malato. Queste sono le dinamiche fondamentali che devono nascere. Manca il coordinamento, mancano le persone e le figure di riferimento che dicano cosa bisogna fare per indirizzarci in questa direzione. Ricevuti parla di medico di medicina generale operativo il sabato e la domenica. Ma certo che il medico di medicina generale deve lavorare domenica, ma deve lavorare aggregato, aggregato in gruppi di lavoro. Ma i gruppi di lavoro nascono continuamente ed è da vent'anni che noi lavoriamo in gruppi. Purtroppo nei gruppi di lavoro sono pochi i gruppi di medicina generale in cui i medici lavorano veramente insieme. Sono le strutture di coordinamento che devono imporre che i medici di medicina generale lavorino insieme, mettendo congiuntamente a tema anche il ruolo della continuità assistenziale. Oggi oggettivamente per come è organizzata serve relativamente a poco.

La situazione territoriale deve essere riorganizzata in toto, coinvolgendo varie realtà di cui ho parlato prima. Così il sistema con tutto quello che c'è, può e deve funzionare.

Oggi è stato messo in campo il discorso delle case di comunità. Le case di comunità attualmente stanno lavorando a ritmo blando. Ma se le case di comunità e i medici di medicina generale lavorassero come è stato richiesto dalla Regione, correttamente a mio parere, se i medici lavorassero lì in certi momenti della giornata, potessero dare un contributo ai propri malati questo sarebbe molto utile per programmare e dare una spinta all'assistenza. Togliere dagli ospedali, togliere, perché bisogna tirare fuori dall'ospedale la gente, bisogna che la gente venga a casa per essere curata, ma deve trovare un sistema corretto per poter essere curata.

Noi del Santa Margherita, come Pertusati, come Geronimo Emiliani, come Santa Croce, lavoriamo giornalmente in questo senso. Abbiamo sviluppato il progetto Itaca. C'è il progetto 'Ricordare' di cui tanto si è parlato per assistenza al paziente di Alzheimer. Al Santa Margherita ci sarà una centrale operativa, dove risponderanno al telefono operatori specializzati per informare sulle necessità dei familiari o del malato o per lo stesso medico che spesso si trova a dover affrontare problemi diversi.

Ci sono altri progetti in fieri. C'è un progetto che impegna l'ASP a spendere un miliardo, per il recupero di strutture del territorio di Pavia, perché noi siamo pavese e amiamo la città di Pavia e vogliamo lavorare nel campo sanitario per Pavia. Qui ci sono anche storture della politica, perché la politica porta a Pavia persone

che non sanno nulla. Dirigono Pavia gente che non è della città e quindi spesso non conoscono le dinamiche pavesi. Le conosciamo noi perché sono trent'anni che lavoriamo in questo territorio e conosciamo le problematiche anche gravi che ci sono ancora.

Grazie.

Karin Keller – Servizio salute società cooperativa sociale

A sostegno delle famiglie nel territorio

Buongiorno, sono Karin Keller. Sono la presidente di una cooperativa sociale che si chiama Servizio in Salute. Ci conoscete anche perché siamo parte del Consorzio Domiciliare e siamo in via dei Mille. Ci conoscete anche per il marchio Privata Assistenza. Quindi abbiamo tanti nomi, ma siamo una cooperativa sociale.

Vi ho preparato due slide. Io sono un'infermiera, andrò molto nel concreto. Abbiamo parlato di problemi? Sì, li conosciamo. Iniziamo a vedere le azioni pratiche, perché sono abituata al fare. Sto a casa e lavoro con le persone a domicilio.

Siamo tutti uguali davanti alla legge? Noi vorremmo essere tutti uguali davanti alla legge. È una cosa importante essere tutti uguali davanti alla legge. Ma siamo anche però tutti uguali davanti ai protocolli terapeutici? Davanti ai protocolli assistenziali io sono un'infermiera, vado a mettere un catetere vescicale, cambio un catetere vescicale a domicilio, mi serve un protocollo, giustamente. Ma la questione è questa. Noi non siamo tutti uguali. La vera questione è questa, perché se siamo tutti uguali davanti alla legge e siamo tutti uguali per un protocollo terapeutico, però io sono diversa da voi, ognuno di noi è unico. Vi faccio un esempio: pronto soccorso. Arriva per la stessa malattia, un giovane e un anziano affetto da demenza. Quindi stesso fatto acuto, mettiamo una caduta, ma due persone diverse. In quel pronto soccorso ci sono dei protocolli, giustamente. Ok, ma quel malato affetto da demenza, affetto in particolare da 'wondering' che è, per chi non lo conosce, quella necessità di continuare a muoversi e camminare. Non si riesce a star fermi. Allora immaginatevi in un pronto soccorso un malato affetto da 'wondering', che vuole uscire e scappare dappertutto. Facile applicare i protocolli. Altro esempio. Un paziente afasico non può parlare, arriva da una casa di riposo perché è caduto, da solo. Ah santo cielo! Quel medico lì deve applicare il protocollo, giustamente, deve portarlo a fare una Tac e via dicendo, ma si trova di fronte una persona con delle caratteristiche assolutamente uniche. Altro caso ancora. Un paziente con una diagnosi di demenza in fase precoce. Quando si confronta con il medico e il medico non è certo dei dati che sta raccogliendo. ... Questa la faccenda! è qui la complessità! La complessità sta nel fatto che giustamente, come sanitari noi seguiamo delle indicazioni, dei protocolli, ma poi però cosa dobbiamo fare? Gestire l'unicità. Eccoci qua. Da dove cominciamo? Questo è il problema.

Con voi. Voglio provare a vedere 2 o 3 cose su come possiamo fare per gestire l'unicità della persona.

Ne aveva già parlato prima il professor Ricevuti, cominciamo da qua. Cominciamo nel rispettare i diritti della persona nei termini di scelta. Io sono lì, sono un malato, sono un assistito, ma in questo caso qui vi ho portato la legge sulla non autosufficienza che parla di anziani sul diritto all'autodeterminazione, quindi al riconoscimento del fatto che lo stesso anziano deve poter scegliere per se stesso. OK, allora se cominciamo da qua, se io accolgo qualcuno, lo accolgo sì col protocollo, ma insieme ci metto anche il fatto che lui ha diritto di scegliere per se stesso. Ma come lo dobbiamo fare? E' qui la questione, accompagnando, informando, cioè non ti abbandono, ma ti informo e ti accompagno in quelle che è la tua libera scelta. E questo è già un qualcosa. Pensiamo di accogliere le persone. Io guardo sempre al mondo dell'anziano, al mondo del cronico e ti dico: Ma tu cosa vuoi per te stesso? E poi io ti posso accompagnare nelle scelte. Quindi cosa abbiamo visto? Un primo pezzo che è quello di sostenere e facilitare la scelta dell'individuo, in termini di cosa fare per me stesso e con la mia malattia, ma anche un'altra faccenda molto difficile che noi

operatori ci troviamo a dover gestire, che è il sostenere lo stato emotivo dell'altro, permettere all'altro di poter esprimere anche il suo stato emotivo. Vi faccio un esempio che noi sanitari ahimè facciamo spesso: “non ti preoccupare, mi prendo io cura di te”. È una frase bellissima ed è fatta con tutte le più buone intenzioni. Mi prendo cura io di te perché so io cosa è giusto per te. Eh no. Dobbiamo fare un passo indietro e lasciare lo spazio all'altro per dirmi quello che è giusto per quella persona. Quindi faccio un passo indietro, lascio lo spazio e accolgo e faccio una domanda diversa, faccio la domanda che è: “Io cosa posso fare per te? Come posso accompagnarti in questo tuo percorso di vita e di malattia? Tuo e unico”. OK? Faccio un esempio. Io entro spesso nelle case. La signora Maria, che magari ha una lesione vascolare, ma ha anche un nipote e io la vedo molto giù. Ma lei non è preoccupata per la sua lesione vascolare. Lei è preoccupata perché il nipote che non studia, ha 14 anni, è in quella fase difficile che si chiama adolescenza. Allora io infermiere che sono a domicilio, ascolto, accolgo, e magari accogliendo le preoccupazioni di Maria su suo nipote, vado a sostenerla anche sul resto, che è prendersi cura di sé, della sua malattia. Vi sto portando cose molto pratiche.

Ultimo tema su questa cosa. Quello che vi sto dicendo sono cose veramente complicate. Prendersi il tempo per l'altro è complicato, è complicato perché quando arrivo lì e sono in una struttura e sono carica di tante sollecitazioni, sono stanca, sono piena di pensieri, ho bisogno invece di volermi bene per primo. Perché solo se io mi prendo cura di me stesso sono in grado poi di prendermi cura dell'altro. Quindi lo sforzo che noi operatori sanitari dobbiamo fare è quello di volerci bene e di prenderci cura.

Vi parlo invece un po' di me. La casa. La casa è un luogo fortunato, come diceva il dottor Pasotti, “trovarsi al letto del malato nella casa”. Perché è un luogo fortunato? Perché per entrare in casa sono un ospite. Devo bussare e non sono lassù col mio camice bianco. No, sono un'ospite, entro. Quindi la relazione tra sanitario e malato è tutta diversa, è un peso completamente diverso.

Bello, perché io posso entrare per quella persona. Quando penso alle strutture... Gli operatori sono sollecitati, ma anche il medico di base, da mille richieste. Noi qui abbiamo la fortuna che andiamo in casa per quella persona, quindi abbiamo un'attenzione. Quindi noi quando andiamo a lavorare nel domicilio siamo fortunati. È la persona ad essere fortunata, ad essere assistita a casa perché è nel suo contesto, ma siamo fortunati noi perché lo vediamo a 360°, cioè lo vedo nella sua casa, con la sua famiglia, non vedo un pezzettino del malato. La specializzazione è un problema perché ci ha ridotto a vedere le persone per un pezzettino, per quella malattia. OK? Noi dobbiamo riprendere, come diceva il dottor Pasotti, questo sguardo olistico d'insieme. Allora sì che metto la persona al centro. Quindi mi ritengo una fortunata che può assistere le persone nelle loro case.

Cambio un po' argomento, questa è l'ultima slide. Abbiamo già parlato del 25 gennaio, una data molto importante. Io lavoro a stretto contatto con le famiglie. Chi si occupa di curare gli anziani? Non siamo noi operatori. No, sono le famiglie. Chi va sostenuto veramente dal sistema? Le famiglie, non noi operatori. Sono le famiglie che vanno veramente sostenute in questo momento per questa nostra società che è fatta di anziani e di cronicità e di cure fatte soprattutto a casa. Sono le famiglie che hanno un costo e un carico di assistenza enorme.

Quindi sosteniamo in primis le famiglie, OK, e la legge sulla loro autosufficienza, che è una bellissima legge, che va verso questi principi. Sosteniamo però anche gli assistenti familiari che curano i nostri anziani e che nella maggior parte dei casi sono persone non qualificate. OK? Il carico assistenziale medio/alto che vediamo quando facciamo assistenza a domicilio è in mano a badanti straniere non qualificate, che lo fanno perché hanno un buono spirito, hanno un sacco di abilità relazionali, ma non hanno nessuna competenza, a parte la competenza del cuore e del voler bene. Quindi anche qui dobbiamo centrare le nostre politiche verso il riqualificare questo tipo di figure che sono centrali nella cura degli anziani. Come? Riconoscendone le competenze con percorsi professionali adeguati, ma anche includerle nella discussione politica perché adesso sono escluse, sono ai margini.

Chiudo con la novità che sicuramente l'avvocato Niutti conosce meglio di me, ed è lo schema di decreto legislativo del governo. Cosa ha portato? Ha portato un primo passo importante, cioè all'assistenza degli anziani sostenendo le famiglie. Sono solo una piccola fetta di popolazione perché sono gli over 80 con patologie molto gravi, con un ISEE direi molto basso. Piccola fetta di popolazione, ma che avranno diritto a 850 € da spendere in assistenza domiciliare. Questo è un primo importante passo per il sostegno economico delle famiglie, è l'inizio.

Ok, io avrei finito però voglio dire un'ultima cosa, visto che ne ha parlato il dottor Pasotti: il progetto "Ricordare", che è un progetto che col professor Ricevuti teniamo tantissimo, per il quale ho portato qualche brochure. E' un progetto di rete che è stato creato dal Mondino, da AS e da noi come Domicare, con tutte le nostre competenze diverse a sostegno degli anziani affetti da demenza. È un progetto che ormai è quasi in fase di partenza. C'è una centrale operativa presso la sede del Santa Margherita, dove con delle psicologhe e un assistente sociale andremo a sostenere tutte le necessità di informazione da parte delle famiglie che hanno bisogno di conoscere i servizi esistenti, come avere, non so, la richiesta di invalidità, la richiesta di attrezzature, come attivare un RS aperta, come attivarsi verso un centro diurno, ma anche per tutti gli operatori del settore che hanno magari bisogno di qualche informazione. Quindi noi stiamo mettendo insieme tutto questo. Questo progetto che è finanziato da Fondazione Cariplo, offre un'altra cosa di cui sono molto molto orgogliosa, che sono i "caffè Alzheimer". Un luogo di accoglienza degli anziani affetti da demenza e dei loro caregiver. Un pomeriggio a settimana, un incontro assolutamente informale per stare insieme e uscire dalla solitudine delle case.

Grazie mille.

Massimiliano Franco – MMS ASST Pavia; esperto in cure palliative; Referente MMG; Corso di formazione specifica in medicina generale

Le cure palliative nell'ambulatorio del medico di medicina generale – La cura del dolore sul territorio

Gli argomenti che mi sono stati assegnati sono argomenti estremamente, interessanti, ma hanno molte sfaccettature per cui richiederebbero molto tempo. Negli interventi precedenti, ci sono state varie sollecitazioni riguardo la figura del medico di medicina generale. Magari riesco a dire due parole alla fine, in maniera tale che le collego al tema richiestomi.

Faccio il medico di famiglia. Ho però anche un interesse particolare nell'ambito della formazione. Sono il coordinatore del corso di formazione specifica in medicina generale, che è un percorso formativo che i medici devono fare per poter poi entrare sul territorio con la professione di medico di medicina generale. E all'interno di una società scientifica di medicina generale mi occupo in particolare di cure palliative e di terapia del dolore, che possono sembrare due argomenti specialistici che esulano dalle competenze del medico di medicina generale, ma che in realtà non è così.

Parto da una situazione di contesto.

Il primo contesto è il contesto professionale che è stato più volte nominato questa mattina e che nell'ambito della medicina generale è un contesto molto peculiare e che è tipico di chi lavora con il territorio, sul territorio e con una continuità di anni di contatto con il paziente. Porto un'affermazione di Barbara Starfield, che è stata una pediatra statunitense, nonché docente di medicina del territorio degli Stati Uniti ed è stata un'antesignana nel sottolineare come l'approccio della medicina generale debba valutare il rapporto con il paziente con una modalità un po' diversa da quella che è stata la iper-specializzazione a cui ci ha portato il progresso scientifico. Barbara Starfield ha scritto in un suo intervento, "è tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per indirizzare l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni, per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie". Questo tipo di approccio è stato sottolineato più volte questa mattina. Anche la dottoressa Keller ha sottolineato come a volte una persona con una patologia grave percepisca come

proprio bisogno qualcosa di diverso dalla problematica sanitaria clinica e questo è il bisogno della persona. La percezione del bisogno e il soddisfacimento del bisogno è un approccio medico che è proprio della medicina generale, ma dovrebbe diventare un po' la linea guida di chiunque si occupi di salute. La cosa particolare che vorrei sottolineare è che questo è un approccio che ha una valenza etica e scientifica, ma anche economica. Sappiamo benissimo che il sistema sanitario ha delle risorse limitate che vanno utilizzate in maniera efficace ed efficiente, proprio perché sono limitate e devono riuscire ad arrivare a coprire tutti i bisogni clinici di tutta la popolazione. È stato dimostrato che occuparsi del soddisfacimento dei bisogni e non solo dell'aspetto clinico del paziente, rende l'intervento più efficace, più efficiente, garantisce maggiore equità, ma ha anche un costo minore, quindi è un approccio che dal punto di vista della presa in carico del paziente ha un'efficacia globale.

Il secondo contesto che vi volevo sottolineare è il contesto epidemiologico e sociale che viviamo ormai da vent'anni. Vedete qui, rappresentato in una vignetta, la costruzione di una famiglia tipo nel 1970 è quella che era nel 2016. Oggi sappiamo che questa condizione è ancora più estremizzata. Nel 1970 c'erano due bambini, due genitori e tre nonni. Oggi il bambino è uno, i genitori sono due, i nonni sono quattro e spesso ci sono due bisnonni. Questo cambia completamente l'approccio che è necessario avere in primo luogo nella organizzazione del sistema sanitario. È una transizione demografica che cambia completamente l'approccio che dobbiamo mantenere. In alcuni articoli si è parlato di tempesta perfetta dal punto di vista demografico, perché diventa una tempesta perfetta anche sul piano sanitario e sul piano economico per poter gestire i bisogni di salute di una popolazione che ha subito questo tipo di cambiamento demografico.

E arrivo ai due temi che mi sono stati affidati, le cure palliative nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Quando parliamo di cure palliative, ma anche quando parliamo di terapia del dolore, il riflesso condizionato è quello di pensare che si tratti di un ambito specialistico. Non può esserlo, in primo luogo perché le risorse non permettono che lo sia.

Questa è una definizione dell'organizzazione mondiale della sanità riguardo a che cosa sono le cure palliative. Ci sono due mondi di cure palliative. C'è un mondo di cure palliative che riguarda il paziente nelle ultime fasi della propria vita, con una condizione clinica complessa. Questo è ciò che noi istintivamente riferiamo alle cure palliative quando ne parliamo, perché sono quelle che hanno necessità di una presa in carico specialistica, spesso in strutture. Conosciamo gli hospice e sappiamo che tipo di importanza hanno nella gestione di determinate situazioni. Ma queste situazioni, dal punto di vista numerico, sono la minoranza delle situazioni in cui esiste quello che si chiama "bisogno di cure palliative". Il bisogno di cure palliative è qualcosa di diverso dal bisogno della presa in carico da parte dello specialista palliativista di una patologia grave che è arrivata a livello terminale. Come medici di famiglia sappiamo quante persone muoiono a casa in situazioni di normalità. Quando è morta la Regina Elisabetta c'è stato un notevole accento su quella che è stata definita la causa di morte della regina Elisabetta: la vecchiaia. Spesso non riusciamo a percepire come all'interno di un percorso di vita questo sia un termine naturale. Molte persone muoiono a casa in carico al medico di medicina generale e a tutte le strutture che sono state nominate questa mattina, che permettono una presa in carico a domicilio dei pazienti. Le cure palliative sono una peculiarità della medicina generale perché la stragrande maggioranza delle persone che arriva alla fine del proprio percorso di vita lo conclude senza la necessità di una presa in carico in strutture specialistiche e questo indica come la medicina generale abbia intrinseca nella propria attività questo tipo di azione.

Il paziente con bisogno di cure palliative è un paziente che prima è stato fragile. E' stata già citata la fragilità. La fragilità, se vogliamo ridurla e comprenderla in maniera intuitiva, non è un concetto particolarmente difficile. La fragilità è una riduzione della riserva funzionale di una persona. Cosa vuol dire? Se a me viene una infezione delle vie urinarie e mi viene la febbre, io riesco a gestirla senza problemi e posso magari anche andare a lavorare. Se la stessa infezione delle vie urinarie colpisce un anziano novantenne, solo, che abita al quarto piano di una casa senza ascensore e non ha una rete sociale, questo paziente con la stessa patologia è fragile perché quella patologia, che per me è banale, per lui, diventa qualcosa che genera una situazione di

stress che lo mette a rischio, a rischio anche della vita. Quindi la fragilità è un concetto che è diverso dalla presenza di più patologie croniche dello stesso individuo. Ci può essere un soggetto iperteso, diabetico, obeso, che a settant'anni è in barca a vela. Un paziente anziano di novant'anni con un'artrosi dell'anca che gli provoca difficoltà nel cammino, se abita al quinto piano è già un paziente fragile e questa è una cosa che noi dobbiamo tenere molto ben presente. E la peculiarità della medicina generale è che è a conoscenza di queste situazioni e possono essere intercettate solo attraverso la medicina del territorio.

Io non mi nascondo dietro ad un dito, è evidente che c'è una sofferenza nella medicina del territorio per molti motivi. Sono motivi che richiederebbero un convegno di due giorni per analizzarli. Ci sono delle responsabilità dei medici di medicina generale, ci sono delle responsabilità dei decisori di politica sanitaria. Le responsabilità sono molte. Secondo me in questa fase storica noi dobbiamo identificare il problema e trovare delle soluzioni più che ricercare un colpevole, perché il punto è trovare una soluzione ad un problema.

Quando noi parliamo di un paziente che diventa fragile e può avere un bisogno di cure palliative, noi passiamo da una situazione in cui non sono più le linee guida che indicano il tipo di intervento su questo tipo di persona, ma sono i bisogni della persona, perché dal versante clinico le nostre armi si stanno esaurendo. Diventa centrale il bisogno del paziente e ciò è corretto dal punto di vista clinico, non solo etico. E parlo di persona, non a caso. Non parlo di paziente.

Cos'è il bisogno di cure palliative? Anche questo può essere semplificato, ma è una semplificazione che è stata sostenuta da studi e ci dice che questa semplificazione ci dà un'informazione che è scientificamente corretta. Se l'operatore sanitario posto davanti ad una persona fragile, con dei problemi che conosce o che magari non conosce neanche a fondo, si pone la domanda: "mi stupirei se questo paziente nel corso del prossimo anno morisse?" Se la mia risposta è: "no, non mi stupirei", mi si deve accendere una lampadina, perché è possibile, non è certo ma possibile, che quel paziente abbia bisogno di cure palliative. Non per essere subito segnalato alla rete di cure palliative ed essere preso in carico dagli specialisti, ma per cambiare l'atteggiamento soprattutto del medico di medicina generale: è il momento di cambiare gli occhiali. Noi non dobbiamo più guardare a quel paziente come al paziente iperteso, diabetico, con una bronco pneumopatia cronica, a cui dobbiamo fare la spirometria una volta all'anno e altro, ma noi a quel paziente dobbiamo focalizzarci sui suoi bisogni, senza naturalmente far mancare il sostegno della terapia, dei follow-up per le sue terapie croniche. Focalizzarsi sui bisogni di quel paziente vuol dire affrontare con lui e con il suo contesto familiare la sua situazione corrente. Siamo nella fase terminale della sua vita. Ci sono delle esigenze che riguardano questa specifica fase della vita che vanno affrontate con il contesto familiare.

Penso che la metafora del cambiare gli occhiali renda l'idea di come dal punto di vista del medico e dell'infermiere, l'approccio al paziente debba essere modificato e questo è un compito che riguarda la medicina generale.

In primo luogo una piccola parte di questi pazienti avrà bisogno di essere presa in carico dallo specialista, dall'hospice. Ma la medicina generale deve essere in grado di intercettare in maniera tempestiva chi ha bisogno di cure palliative in hospice anche senza la presenza di patologie severe, ma dentro il percorso normale di vita e di avvicinamento alla morte. Ma per far questo occorre un gruppo di persone capaci e preparate, con uno sguardo che sappia intercettare.

Tutto quello che vi ho detto è supportato da ricerche scientifiche, studi e dati epidemiologici. Oggi in Lombardia, dove abbiamo un numero di hospice che nessuna regione di d'Italia si può permettere, dove magari non c'è una distribuzione particolarmente omogenea sul territorio, ma dove il numero di hospice e il numero di posti letti in hospice è molto alto, il tempo di permanenza in hospice medio è di tre giorni. Tre giorni! Se stiamo parlando di un paziente con bisogni complessi che ha necessità di un intervento specialistico, tre giorni di permanenza in hospice vuol dire che ha vissuto qualche settimana, e forse di più, al di fuori di un contesto che gli fornisse un supporto clinico adeguato. Quindi individuare i pazienti che

hanno un bisogno generale di cure palliative che per il 60-70% è preso in carico dal medico di medicina generale, e succede già ora, significa poter intercettare quelli che hanno un bisogno più complesso e soddisfare questo bisogno in maniera tempestiva.

I problemi di questa situazione, non ve lo nascondo, partono da un problema culturale. Con la società scientifica stiamo facendo un lavoro per far sì che questo tipo di informazione e di nozioni siano divulgate a chi fa il medico di medicina generale, ma non è semplice. Abbiamo un corso di formazione specifica in medicina generale in tutta la Lombardia. Da quattro anni questo corso è omogeneo, strutturato da un board scientifico fatto da medici di medicina generale esperti e da palliativisti, e permette di avere delle informazioni coerenti e di conoscere la rete di cure palliative e i servizi specialistici e aiuta a comprendere fin dove deve arrivare un medico di famiglia.

Ci sono dei problemi organizzativi perché il carico burocratico che è stato segnalato dalla stessa medicina generale c'è, ed è un dato di fatto, e al momento è utopistico pensare di ridurlo al punto tale da liberare il medico di medicina generale ad occuparsi solo di aspetti clinici. Ma le soluzioni ci sono. Le soluzioni sono per esempio la presenza di personale amministrativo che possa permettere di liberare il medico di medicina generale dalla burocrazia.

Rispondo flash ad un'altra suggestione che è stata fatta riguardo agli ambulatori chiusi nelle aree rurali. Questa situazione è drammatica, soprattutto in quelle zone dove un medico deve visitare pazienti con 30 km di strada da fare, come per esempio l'Oltrepò. Ma la soluzione non può essere solo economica, attraverso incentivi economici: deve essere di tipo organizzativo. Ai medici deve essere fornito un contesto professionale organizzato che permetta una gestione corretta del lavoro.

E da questo punto di vista il ruolo dell'infermiere è essenziale. E teniamo presente che mancano più infermieri che medici in Italia, quindi il problema è enorme. La sinergia tra medico di medicina generale e infermiere è una sinergia imprescindibile. In una situazione disagiata di area rurale serve il personale amministrativo, ma serve ancora di più il personale infermieristico. Perché il triage che può fare il personale infermieristico sulla popolazione prima del medico è un passaggio fondamentale.

La soluzione non può che essere soluzione organizzativa. A dei problemi che sono oggettivi occorre risposte di sistema.

Ruggero Rizzini – Infermiere al San Matteo Pavia

La promozione dei diritti umani dei più deboli

Ringrazio tutti per l'invito e vi rubo proprio 10 minuti. Intanto vi faccio vedere questa foto e poi una seconda, e poi vi spiego perché. La prima è una foto di una signora di spalle in Guatemala, la seconda è una raccolta di vestiti, pigiama, calze, mutande.

Quest'anno compio 57 anni di cui 25 ormai nel volontariato. E 30 come professione infermieristica. Sono molto contento di questa cosa per alcuni motivi. Intanto avere imparato di passare dalla protesta alla proposta. Questo è assolutamente fondamentale: l'importanza del senso civico e del rispetto del bene comune. E poi, secondo noi dell'associazione di cui faccio parte, l'importanza dell'esempio, L'esempio è fondamentale e andrebbe insegnato a scuola, dalle elementari all'università. Faccio parte di un'associazione che si chiama AINS, associazione italiana nursing sociale, un'associazione nata come gruppo di infermieri che nel tempo ha raccolto altre figure e cittadini che fanno altro. Abbiamo una storia di 25 anni.

Se mi concentro sul tema di oggi, società, famiglia e malato, penso all'importanza dei piccoli gesti: “La rivoluzione dei piccoli gesti”, che poi è il titolo di un libro che vi consiglio di Adele Chiabodo, edito da Garzanti. Piccoli gesti che fanno la differenza, anche perché poi piccolo è bello. Piccolo significa microprogettualità: microprogettualità al di là dell'oceano, in Guatemala, microprogettualità qui a Pavia.

Microprogetti facilmente realizzabili, facilmente controllabili, finanziabili, ricordandoci sempre che nel mondo del volontariato quello che riusciamo a fare è spesso dovuto a fondi che arrivano dal privato cittadino a cui dobbiamo assolutamente, in modo etico e coerente, rendere conto.

La persona che avete alle spalle è una signora anziana che vive in quel posto, vive in quel posto che è una baracca di due stanze. Normalmente in Guatemala ci vivono 5, 6, 7 persone che contribuiscono insieme al vivere quotidiane. I fondi e i soldi di chi ha la fortuna di lavorare, li mette insieme e vivono tutti in due stanze, senza bagni, senza privacy, senza assolutamente la possibilità di considerare questa casa una casa.

Il tema che oggi mi è stato chiesto di parlare è sui diritti umani. Chiaramente io non sono in grado di parlare di diritti umani, non è il mio lavoro. Io faccio altro e non sono un esperto. Però mi faccio alcune domande. Com'è possibile che dall'altra parte dell'oceano ci siano ancora persone che non hanno la possibilità di mettere insieme pranzo, colazione e cena? Com'è possibile che se bisogna decidere chi mandare a scuola, questa famiglia per esempio ha deciso di mandare il maschio e la femmina rimane a casa? Com'è possibile che una donna non possa fare un pap test? Com'è possibile, ultima domanda, che queste persone nel 2024, a sole 10, 12 ore di aereo da noi, non possono comprarsi dei farmaci?

Dobbiamo imparare però da loro. Ad esempio loro possono comprare le pastiglie singole. Io mi chiedo, da infermiere che lavoro da trent'anni, perché noi dobbiamo comprare blister di 12 quando ne usiamo sei, spreandone la metà. Però questo è un discorso molto complesso.

Perché parlo del Guatemala? Perché se potessi decidere io, farei partire gli infermieri più volte durante l'anno per questi posti, per l'Africa, per il Guatemala, per l'Europa, per andare a vedere cosa succede ed imparare, per fare formazione sul campo. Poi vi dirò il mio punto di vista per quanto riguarda l'infermieristica.

Cosa abbiamo fatto? Abbiamo fatto cose molto semplici e dobbiamo ringraziare per questo Gian Andrea Nicolai, presente in questa sala. Gian Andrea oltre ad essere una persona che si dà veramente tanto da fare, ha aiutato la nostra associazione con il contributo dell'otto per mille della Chiesa valdese. Siamo stati fortunati.

L'altra foto è una serie di pigiami e magliette, che mi porta su Pavia. Chiaramente a Pavia non c'è la povertà che c'è in Guatemala. Sono due cose completamente diverse. Noi magari ci lamentiamo dei servizi, ma abbiamo dei servizi che ci possono dare delle risposte. Abbiamo un servizio sanitario nazionale che deve essere salvato, salvaguardato. Magari è vecchio però ce l'abbiamo: se domani io dovessi avere un tumore, mi curano. Proviamo a immaginare cosa significa fare un ciclo di chemioterapia e doverlo pagare.

Le povertà di Pavia. Il volontariato che facciamo a Pavia è un volontariato diverso, fatto di integrazione, per migliorare ciò che c'è. In questi anni ci siamo occupati di persone fragili insieme ad altri. Il lavoro che facciamo, come l'associazione, è un lavoro in rete, parola molto usata. È chiaro che lavorare in rete è molto difficile, però non ci sono altre alternative.

Il tema di oggi mi fa pensare a due parole: solitudine e umanizzazione delle cure. Io sono infermiere e sono turnista, continuo a fare il turnista. Continuerò a fare il turnista perché non c'è alternativa, non c'è alternativa di carriera. Ho iniziato nel '93 e spero tra 10 anni di andare in pensione e facendo il turnista. Però provate a immaginare a 57 anni cosa significa fare turni notturni e giornalieri. Forse voi non lo sapete, però la turnistica è di 12 ore consecutive. Prima sentivo che quello che vogliono gli operatori sanitari è essere tutelati. Io se domani dovessi decidere di non fare più l'infermiere, e ci ho pensato tante volte, me ne andrei perché c'è un'organizzazione che non funziona, perché siamo arrivati a dover correre, correre, correre e non guardare chi c'è in un letto d'ospedale. Il problema è che il pannolone domani me lo dovranno cambiare anche a me. Quindi se dovessi andarmene me ne andrei perché faccio turnistiche di 12 ore, perché c'è una disorganizzazione che va migliorata, pur sapendo che ci sono quantità industriali di medici, infermieri, OS

che fanno veramente il loro dovere e il loro lavoro. Il problema, scusatemi ma ve lo devo dire, è anche la valorizzazione di chi fa cosa, perché siamo tutti uguali.

E poi c'è l'altro aspetto che è quello legato a tutto il mondo del volontariato, che ci tengo a dirvi. Allora il Covid ha dato una mazzata, ha chiuso tutto. Adesso però il Covid non c'è più. Allora io mi sono sempre chiesto da infermiere volontario perché gli ospedali sono ancora chiusi. Non si può più venire vicino al proprio caro. Se Giulia che vive con me, domani viene ricoverata e io vorrei entrare e stare vicino a Giulia, questa cosa non si può fare, non capendo che avere a fianco una persona ci aiuta. Prima del Covid c'erano quantità industriali di associazioni di volontariato che entravano. Adesso non si è visto più nessuno. Non è colpa di nessuno, è colpa di tutti. Però facciamo una mappatura del volontariato sanitario, studiamolo e cerchiamo di far ritornare il mondo del volontariato all'interno delle strutture sanitarie, anche del San Matteo.

Nel nostro caso abbiamo cercato di fare cose piccole. Ecco perché vi dicevo all'inizio, piccolo è bello. Siamo partiti con una mappatura in un comitato di quartiere per capire i bisogni degli anziani. Anche qui, la figura principale a cui si rivolgeva in quel caso l'anziano nel 2016, era il farmacista. Il medico di base non c'era mai, secondo le persone che hanno risposto. E poi c'era la parrucchiera. La parrucchiera era quella dove le persone andavano. Questa cosa ci ha fatto sorridere, però ci ha fatto riflettere perché il personale sanitario deve uscire dai luoghi di lavoro e andare in mezzo alle persone. Attraverso l'infermiera di quartiere abbiamo cercato di dare una mano agli anziani, alla Casa del giovane, ai senza fissa dimora con doppia diagnosi, portando la nostra esperienza. Il Covid ha dato la mazzata.

Sapete quali sono i gruppi di persone più vicine al malato in ospedale? Io lavoro in malattie infettive. Gli zingari, quelli chiamati volgarmente zingari, i rom e i sinti, e gli africani. Loro sono un gruppo e vengono in malattie infettive e sono rispettosi. Questo è un segnale importante da tenere conto.

E poi l'altra cosa che noi riteniamo importante è costruire salute con la comunità: andare in mezzo alla gente a parlare di educazione e prevenzione e di quali sono i servizi. Lo facciamo a San Martino grazie a un'amministrazione che secondo me è molto semplice.

Non ci sono più infermieri. Stiamo andando nelle scuole a parlare con gli studenti. Non conoscono la professione. Siamo andati tante volte nelle scuole superiori di Pavia, siamo andati a Vigevano in un liceo. Gli infermieri devono andare a parlare con i giovani per stimolarli e convincerli a fare una professione di cura che è fondamentale.

E poi? Si può fare tantissimo. Noi abbiamo deciso di non voltarci dall'altra parte, passando appunto dalla protesta alla proposta, concreta e realizzabile, con microprogetti. Soprattutto cercando di non abituarci alla sofferenza del disagio e alla fragilità, non dando per scontato che debba esistere. Dobbiamo educarci alla fragilità. E poi chiedo al mio ordine professionale e al centro servizi di volontariato di parlarsi e di fare in modo che la professione infermieristica e il mondo del volontariato si incontrino perché ce n'è bisogno.

Chiudo con una frase di Ivano Fossati, una canzone stupenda, "la disciplina della terra" che dice: "Me ne stavo qui con gli occhiali al soffitto a innamorarmi dei colori e delle cose. Ma desiderare non basta. Da così lontano non basta".

Spero di essere riuscito a dirvi qualcosa.

Associazione 'Per far magia VIP Pavia'

Cultura universitaria e volontariato

Presidente Lisanna Perinati

Buongiorno a tutti, io sono Lisanna Perinati, sono presidente dell'Associazione 'Per Far Magia VIP Pavia', un'associazione di volontariato che si occupa di clown terapia. Siamo clown sociali, clown di corsia soprattutto nelle strutture ospedaliere e para ospedaliere. Noi siamo affiliate a Vip Italia che è una Federazione che conta ben 71 Vip in tutta la penisola, e come affiliati di Vip Italia condividiamo dei valori comuni. Abbiamo una struttura consolidata, un direttivo, una piattaforma. Siamo molto organizzati. Come ci piace dire: la fantasia e la creatività devono avere una buona struttura altrimenti rischiano di disperdersi.

Vip significa: viviamo in positivo. Ci chiamiamo così perché è la nostra filosofia di vita, come persone e come volontari. Vediamo e viviamo il positivo nella vita, che non vuol dire però vedere tutto con gli occhiali rosa, cioè tutto bello, tutto gioioso. No, assolutamente no! La vita va vissuta in toto, con la malattia, la morte, cioè con tutte le realtà negative e pesanti presenti, che però fanno parte della vita. Vivere positivo vuol dire vedere sempre quella scintilla, quel qualcosa di positivo che c'è anche nei momenti difficili. Cerchiamo di sviluppare questa filosofia prima in noi stessi, per poi cercare di portarla agli altri. Vogliamo coltivare quel bambino che c'è dentro di noi e che sa portarci in un altro mondo per vivere meglio questo, e poi abbracciare gli altri.

La formazione è il centro del nostro volontariato. Abbiamo un corso base di un weekend. Tre giorni, intensi che ci offrono l'essenza del nostro servizio. Impariamo l'empatia, la capacità di ascolto; impariamo a stare in gruppo; impariamo ovviamente la clowneria e altre cose. Dopo questo corso base facciamo ogni anno uno o più corsi specialistici. A breve ne abbiamo uno proprio sul fare gruppo. E regolarmente ogni mese abbiamo due allenamenti. Siamo una sessantina di operativi; tra i 50 e i 54 gli attivi. Siamo di servizio tre volte al mese.

Le strutture pavesi in cui operiamo sono: Policlinico, in pediatria e in pronto soccorso pediatrico; Fondazione Mondino, in neuropsichiatria infantile e anche nella neurologia adulti; Maugeri, in neurologia e nefrologia; Casa Agal a Mirabello, che è una casa famiglia dove ospitano bambini e genitori in un ambiente familiare; RSA di Vidigulfo e di San Perone. Abbiamo aperto un progetto con la Casa del giovane che ci dà molte soddisfazioni da alcuni anni. Abbiamo anche un progetto Caritas e con le carceri, anche se la nostra attività è prevalentemente ospedaliera.

L'esempio e il crescere uniti fanno da perno al nostro essere volontari. Quando siamo clown, con il nostro camice e il naso rosso, quando ci alleniamo e ci raduniamo, quando non beviamo, non fumiamo, non facciamo nulla che possa essere nocivo a noi e agli altri, tutto questo in prima persona per vivere quello che crediamo. L'esempio è fondamentale. Vivere e crescere uniti. Crediamo molto nel fatto che bisogna stare e fare insieme. Anche nelle camere di ospedale andiamo sempre minimo in due. Il clown non sta mai da solo.

Cosa facciamo? come cerchiamo di trasmettere? Quando entriamo in una camera di ospedale cerchiamo soprattutto di far trascorrere alla persona che abbiamo davanti, anche solo per pochi minuti, un momento di leggerezza che non è superficialità. Leggerezza vuol dire proprio staccarsi per un attimo dall'ansia, dalla preoccupazione che la persona sta vivendo per la condizione in cui è. E questa prospettiva deve essere molto personalizzata. Abbiamo di fronte una persona con le proprie particolarità e bisogni e per questo entriamo prima di tutto in punta di piedi. Bussiamo. Chiediamo se vuole questo servizio e presenza. Mi dico spesso che sarei la prima che magari in quella condizione non vorrei vedere il clown, in quel momento sto male e non avrei voglia di vedere qualcuno colorato e mi sembrerebbe una cosa offensiva nei miei confronti. Per cui chiediamo sempre al malato se vuole questa cosa. E devo dire che tranne qualche rifiuto che ovviamente e giustamente abbiamo, sono tanti quelli che ci fanno entrare.

Allora personalizziamo l'intervento. Cosa vuol dire? Innanzitutto ascoltiamo. Come si chiama la persona? da dove viene? Può essere l'occasione che questa persona racconti la sua vita. Mi è capitato di ascoltare racconti nel pianto e sentirmi dire "Erano anni che volevo raccontarlo a qualcuno e ora mi sento liberato". Avrei miliardi di testimonianze di persone che si raccontano. Altre volte invece la persona rimane in attesa che siamo noi a fare qualcosa. Allora ci inventiamo qualcosa. Ci sono un paio di libri sul comodino,

parliamo di libri. Cerchiamo insomma sempre di entrare in empatia. Non siamo noi che facciamo lo spettacolino, ma cerchiamo di capire cosa vuole la persona, cosa chiede a noi, perché il paziente lavora insieme a noi, al centro c'è sempre lui.

Non sono io clown che dà spettacolo e mi sento magari forte perché sono bravo e ho fatto del bene e oggi ho fatto star bene quella persona. Ovviamente c'è la soddisfazione personale. Quando usciamo siamo sempre arricchiti, le persone ci danno sempre il triplo, il quadruplo o anche di più di quello che diamo. Certi sguardi, certe situazioni ce li portiamo dentro per tanto tempo.

Recentemente in una Rsa un anziano mi ha raccontato la sua vita a Milano. E poi a un certo punto ha iniziato a piangere, non un pianto a dirotto, ma un pianto silenzioso. Mi ha detto: adesso non servo più a niente. Mi ha praticamente stretto il polso. Io potevo fare tante cose. In quel momento mi è venuto di guardarlo negli occhi e di tenerlo stretto. Siamo stati fermi dei minuti interi, interminabili in piedi, a guardarci negli occhi. E alla fine mi ha detto "grazie" ... e io ho detto grazie a lui, perché non è che era utile solo quando lavorava, era utile anche in quel momento.

Quanto importante è ascoltare. Ho letto uno studio in cui in un reparto di pediatria con due corridoi separati, con persone della stessa età, con gli stessi medici, stesse cure, le persone di un corridoio del reparto reagivano meglio alle cure. Hanno indagato e alla fine è saltato fuori che era tutto uguale tranne un particolare. In un corridoio le pulizie serali le faceva una signora sudamericana, che mentre lavava i pavimenti cantava nella sua lingua, si fermava per fare una carezza, si fermava ad ascoltare questi piccoli pazienti. Questa è stata la differenza. Questo vuol dire ascoltare. Con poco si fa tanto.

Un altro esempio mi è stato raccontato da una new clown. Il bambino non voleva prendere la medicina. Lei facendolo giocare ha fatto sì che la mamma sia riuscita a dare la medicina e a far bere un bicchier d'acqua. E la clown mi ha detto: ecco, noi non saremo mai quella medicina, non pensiamo neanche di sostituirci ai medici e a tutti coloro che fanno un ottimo lavoro, ma però possiamo essere quell'aiuto a buttarla giù e a stare meglio.

Amalia Dinucci, volontaria clown

E' certo che nel fare il nostro servizio di clown noi mettiamo a nudo la nostra anima e nel mettere a nudo la nostra anima ci avviciniamo agli altri, stabiliamo dei rapporti unici e profondi, anche se abbiamo a che fare con loro pochi istanti.

Qualcosa che la mia presidente si è dimenticata di dire è quello di osservare gli accompagnatori familiari. A volte hanno bisogno di sostegno anche loro. E allora alla fine del servizio con un paziente, con una persona anziana, con una scusa si tira fuori dalla stanza il familiare e si cerca di entrare in sintonia e di fornire anche al familiare ciò di cui ha bisogno.

Voglio portarvi solo una testimonianza che vi mostro con questa lettera. Ed è il più bel grazie che abbia ricevuto. Una persona molto malata, ricoverata in oncologia. Sola al mondo, ipovedente. Alla fine del servizio ci dice che siamo stati come una ventata di aria fresca. E poi mi dice 'vorrei dedicarle dei versi' e dico 'va bene, scrivo'. 'No, mi dia il suo pennarello e scrivo io'. E questo è il risultato dei versi. Li leggo:

"Vento silente, sale dal mare, spira lontano. Passa sereno su spighe di grano. Aggira la luna, senza fortuna. Sereno il sogno di notte e poi ritorna di nuovo a volare lontano".

Grazie.

Gianluca Maffoni – ADMA Pavia – Associazione demenze malattie di Alzheimer

I bisogni delle famiglie

Buongiorno a tutti, grazie per l'invito a questo convegno.

Ho sentito degli spunti interessantissimi, tanto è vero che non voglio andare fuori tema, quindi leggerò il mio intervento. Abbiamo visto che la popolazione anziana sta aumentando, si è parlato di nonni e di bisnonni. Anche perché la medicina ci ha consentito di farlo. Quindi ringrazio il sistema sanitario perché ci consente di arrivare a tarda età. Abbiamo aggiunto anni alla vita, adesso bisogna aggiungere vita agli anni.

Per quanto mi riguarda, sono Presidente dell'Associazione per le demenze e la malattia di Alzheimer di Pavia. Questa associazione è nata proprio dagli incontri che abbiamo fatto, molti in case di riposo e quindi dagli interrogativi, dalle domande, dalle questioni che ci sono state poste e siamo arrivati alla decisione di costituirla perché ce ne era bisogno.

Comunque ogni malattia ha le sue peculiarità, ogni malattia richiede cure appropriate e ogni malato assistenza. Le demenze in genere, ma non sempre, colpiscono persone non giovani ma fisicamente integre e comportano la perdita delle capacità cognitive. Le necessità assistenziali sono totalizzanti, spesso 24 ore al giorno e per molti anni, e richiedono un'importante organizzazione di risorse interne ed esterne alla famiglia, e il malato resta a lungo una persona con le emozioni, desideri, necessità di rapporti interpersonali, pur non avendo più le capacità cognitive che gli consentono una vita normale di relazioni. L'associazione si interessa di tutto questo e può, secondo noi, avere un ruolo incisivo nell'ambito di un sistema, insieme con la Caritas, ma anche col progetto "Ricordare" e con tutti i servizi pubblici che esistono.

Abbiamo sintetizzato tre ambiti come oggetto di valutazione per questa malattia.

Già la definizione di demenze non è risolutiva. Abbiamo osservato che a volte non è noto ai familiari il tipo di demenza da cui il paziente è affetto e vengono utilizzati indifferentemente i termini demenze e Alzheimer, con una propensione però per il termine Alzheimer che probabilmente sembra meno stigmatizzante del termine demenza. Mia mamma è demente, non ha l'Alzheimer. Però una volta mia nonna non era demente, mia nonna aveva l'arterio.

A volte non sono note le manifestazioni della malattia. Prima si è parlato della sindrome del maratoneta che quando colpisce, i familiari si chiedono: ma perché continua a camminare? E non capiamo perché una signora che è stata sempre gentile per tutta la vita comincia a cercare di picchiare e insultare tutti con termini che non l'avevamo mai sentita esprimere. Eppure è una manifestazione della malattia, che tra l'altro può finire, perché l'aggressività a volte comincia e a volte finisce.

Non conosciamo l'evoluzione della malattia. La demenza ha delle fasi o no? E parlando con le persone che hanno familiari con queste malattie, ma anche visitando i siti social se ne leggono di tutti i colori. Si legge, per esempio, di persone che si prescrivono farmaci. Per fortuna ci si rivolge al medico per stabilire quale dosaggio è necessario.

Comunque, cosa denota tutto questo? Secondo me un problema di coinvolgimento, di condivisione e di comunicazione. E richiede quel nuovo modello culturale centrato sulla persona, contrapposto a quello dello scarto riferito al paziente emarginato, sofferente, più fragile. Sarebbe auspicabile una presa in carico, che accompagni lungo il percorso inevitabile della malattia insieme ai familiari. Perché i familiari non sempre riescono a capire e tradurre le manifestazioni di dolore fisico dei malati. I pazienti non sanno più spiegarsi cosa e dove hanno male. Un altro esempio della necessità di cambio di passo assistenziale riguarda la difficoltà del sistema sanitario ad affrontare la malattia: sarebbe già utile organizzare degli accessi al pronto soccorso, che tengano conto della peculiarità di questi malati.

Secondo punto, i servizi socio sanitari. Ogni malato ha necessità assistenziali specifiche. Per i malati di demenze e di Alzheimer sono necessari servizi infermieristici a domicilio, luoghi di ricovero giornaliero, RSA, centri diurni integrati, interventi che vengono erogati dalla SST. Secondo noi è auspicabile che si restringa il più possibile il numero dei referenti a cui rivolgersi per avere questi servizi, quindi ben vengano

tutti questi progetti di cui si è parlato: la casa di Comunità, il progetto Itaca, il progetto 'Ricordare', i progetti della Caritas.

Anche le agevolazioni sono importanti. Un esempio è la 'disability-card' che viene rilasciata dall'Inps e consente il riconoscimento della condizione di invalidità in tutta Europa e in Italia consente l'ingresso nei musei. Importante che un malato di Alzheimer possa vedere un bel quadro ed essere contento di questo. E la tessera di viaggio che consente di viaggiare sui treni gratuitamente che viene rilasciata dall'ufficio territoriale di Regione Lombardia che è a Pavia. Queste sono informazioni magari un po' marginali, ma secondo noi utili, perché sono servizi pubblici importanti.

Terzo punto, i bisogni delle famiglie. I familiari hanno bisogno di conoscere gli aspetti clinici e i medici della malattia che trasformano i loro cari in estranei e la possibile evoluzione. Hanno bisogno di avere informazioni sui servizi disponibili e sui supporti esistenti, meglio se da un unico soggetto. Certo sarebbe ancor più interessante che ci fosse un soggetto unico che li aiutasse a espletare tutte le pratiche, perché sono a volte complicate. Bisogna saper anche maneggiare gli strumenti informatici.

Inoltre, questo è il punto, spesso necessitano loro stessi di supporto proprio in relazione alla peculiarità della malattia che rende estranei in famiglia. Può essere semplicemente utile la condivisione delle situazioni dei problemi con altri che vivono o che hanno già vissuti le stesse situazioni. A volte può essere necessario un supporto professionale, per reggere il carico emotivo a cui siamo soggetti. Prima si è parlato addirittura di psicologo presso i medici di medicina generale. Interessantissimo!

È necessario, però, che tutta la società impari a convivere con queste persone, e a relazionarsi con loro rispettando la loro condizione, a dialogare con loro quando possibile, cioè quando il malato è in una delle fasi che lo consente, perché sono persone che vivono emozioni intense e hanno il diritto ad avere una vita di relazione. A passeggiare in centro, a passeggiare in un parco, entrare in un bar, entrare in un negozio, comprando magari delle cose sbagliate, sapendo che poi il figlio passa (... si commuove...).

Una difficoltà che incontriamo è quella di metterci sul loro piano, senza forzare. Di non utilizzare solo la nostra logica, magari continuando a chiedere, "ti ricordi". Imparando a seguire la loro logica, per esempio parlando dei loro genitori, dei nonni, come se fossero lì con noi in quel momento.

L'associazione ha la finalità di aiutare tutto questo che vi ho raccontato.

Abbiamo aperto un punto di incontro presso la parrocchia di San Lanfranco. Siamo lì tutti i giovedì mattina dalle 10 a 12 e ringrazio, con Don Dante, il bar di San Lanfranco che ci dà questa opportunità. Il 15 marzo, nel tardo pomeriggio, sempre nel salone della parrocchia, presenteremo al pubblico la nostra associazione, portando testimonianze ed esperienze. E nel prossimo futuro abbiamo il progetto di girare per la provincia per raccontare questo percorso. A chi ce lo chiederà.

Grazie.

Mario Colnaghi – Presidente APS Cazzamali

Ruolo del volontariato nel territorio: aiuto, supporto, prevenzione, terapia

Buongiorno. Noi come APS a Pavia siamo nove strutture. L'età dei nostri aderenti è dai 65 anni in su. E il 70, 75%, sono pensionati.

Il nostro obiettivo principale qual è? E' togliere le persone dalla casa, farle uscire di casa, portarle presso i nostri centri, perché uscendo di casa tanti malanni e problemi non si sentono più. Allora noi cosa facciamo? Stiamo facendo di tutto per portarli all'esterno, per portarli presso di noi. Noi del Cazzamali siamo in Pavia Ovest. Collaboriamo molto con le parrocchie di San Lanfranco, di Santa Maria di Caravaggio e anche di San Mauro. Tutto ciò che facciamo lo mettiamo nelle bacheche delle parrocchie e nel frattempo le parrocchie

mandano a noi i loro programmi in modo che c'è questo interscambio di persone che da noi vanno da loro, da loro vengono da noi. Però per portarli fuori cosa bisogna fare? Bisogna fare tantissime cose, perché nessuno possa dire: "ah, vado là ma là non c'è niente, allora sto a casa mia". Uno deve andare e trovare qualcosa da fare.

E allora vi faccio una panoramica di quello che facciamo. In Pavia siamo di quelli che hanno le strutture migliori fin dagli anni 2000. Abbiamo un salone che può ospitare più di 100 persone e in più abbiamo avuto la fortuna di vincere il bando della biblioteca in cui anche lì ci possono stare 40 persone. Possiamo ospitare un numero veramente elevato di persone. Lunedì mattina e giovedì mattina abbiamo l'attività della ginnastica dolce con più di 100 persone. Nei pomeriggi dalle 14.30 alle 16 c'è l'imbarazzo della scelta. C'è chi viene a giocare a carte, soprattutto a burraco; chi viene ai corsi di computer; chi al corso di scacchi. Poi si balla. Abbiamo due pomeriggi danzanti, uno il martedì dalle 15 alle 18, l'altro la domenica sempre dalle 15 alle 18. E lì è molto dura, perché purtroppo siamo costretti a non far entrare più di 100 persone e questo è un grande guaio.

E si vedono bei cambiamenti. Persone che arrivano magari con dei problemi fisici, 'zoppe' e dopo mezz'ora, un'ora li trovi che saltano come grilli. "Ma caspita ma sei guarito?" "Sto benissimo qua". Questo per dire cosa facciamo per cercare di aiutare a stare in compagnia. Tante persone hanno bisogno di parlare, di stare nel gruppo, di fare cose belle.

E poi alla sera. Noi siamo aperti tutte le sere dal lunedì dalle 20.30 alle 23.30-24.00 fino al sabato e anche qua proponiamo molto. Mentre alla mattina facciamo la ginnastica dolce, alla sera facciamo tre serate di attività motoria sempre legata al ballo. Alla sera vengono tutte quelle persone che ancora lavorano, e quelle che di giorno devono stare dietro ai loro nipoti, vanno a prenderli all'asilo o a scuola, fanno da mangiare, li accudiscono. Accudire i bambini è una cosa meravigliosa. Ma poi anche i nonni devono pensare un po' a se stessi.

Tutti i sabati sera facciamo DJ o karaoke che è bellissimo. Ci sono dei cantanti che sono qualcosa di favoloso. Tenete presente che quelli che cantano, non cantano davanti a tre persone, o a casa propria sotto la doccia, cantano di fronte a 90, 100 o 120 persone. È bellissimo sentirli cantare e poi è bellissimo quando si sente l'applauso.

Un grande vantaggio che abbiamo è la biblioteca. La biblioteca non è solo dare libri e prendere libri. Eh no, troppo facile. Il bello è fare incontri con l'autore. Normalmente ne facciamo uno al mese. Poi organizziamo gite culturali, perché la cultura è una delle cose più belle. L'anno scorso abbiamo fatto sei gite, di cui nelle due città d'arte, Bergamo e Brescia. Poi siamo andati a Roma, a Firenze, a Venaria. Venaria è bellissima. E poi alla lettura dei libri, allo scambio di libri, allo scambio di opinioni, con la biblioteca coinvolgiamo molto anche i bambini. Per i bambini abbiamo fatto dei corsi di origami, ed è stato bellissimo, perché erano i nonni che dicevano al bambino come fare l'origami. Abbiamo un'istruttrice che è giapponese, ed è eccezionale. E poi con delle animatrici abbiamo organizzato un grandissimo carnevale per i bambini. E sempre per i bambini seminari sull'ambiente, belli e importanti!

Abbiamo il corso e il laboratorio di Acquarello con moltissimi artisti, con tante persone che poi li espongono. Facciamo tante serate di festa a cominciare dal Natale, ma anche la festa della mamma, della donna e tante altre.

L'ultima cosa che voglio dire è ringraziare il professor Ricevuti perché con lui siamo entrati nel progetto Caffè Alzheimer, la prevenzione sull'Alzheimer. Perché ci teniamo alla salute delle persone, alla prevenzione della salute. Col prof. Ricevuti abbiamo tenuto degli incontri con tutto il popolo dell'APS Cazzamali con degli screening di prevenzione. In una mattinata dalle 9 alle 13 con un gruppo di studenti di medicina si sono fatte analisi del sangue, della pressione, controllo della memoria e altri esami per più di 30 persone. E tutto velocemente e gratuitamente. E' stata un'esperienza meravigliosa, che si potrà ripetere quando il professor Ricevuti e la sua equipe lo vorranno. Anche perché noi ogni settimana incontriamo

950/1000 persone e quando ho fatto la locandina per questo primo screening ho dovuto bloccare tantissime richieste. Le persone da noi sono quelle che non mancano.

Vi chiedo scusa se mi sono dilungato e vi ringrazio.

Don Davide Tacani – Presbitero della Diocesi di Pavia e medico geriatra

La mia esperienza di pastore e medico

Grazie. Buongiorno a tutti.

Mi è stato chiesto di condividere con voi alcune esperienze nella mia doppia vocazione, o vocazione nella vocazione, che vivo prima di tutto adesso come prete. Sono attualmente vice-parroco nella parrocchia di Certosa. E poi diciamo che a tempo perso faccio il geriatra, facendo qualche turno al Santa Margherita di Pavia.

Qualche giorno fa con i miei studenti dell'Olivelli siamo stati a Winchester e abbiamo visitato l'abbazia di Romsey a sud di Winchester. Mi è stato indicata una vetrata che raffigura Florence Nightingale nella sua esperienza di chiamata alla vocazione nel servizio dei poveri e dei malati nell'Inghilterra della metà dell'Ottocento. Florence viveva già un'esperienza familiare di formazione da parte del padre, che era nella società scientifica inglese, ma vive anche una sua dimensione religiosa. Da giovane vive questa ispirazione, questa chiamata, e attraverso di essa e con la sua formazione, diventa la prima infermiera di fatto che avvia con intelligenza alcuni innovazioni per l'Ottocento. Innovazioni che oggi possono sembrare banali, come il lavaggio delle mani prima di ogni intervento o la ventilazione nei campi medici o al fronte della guerra di Crimea. Quindi possiamo dire che lei ha unito sia una dimensione di ispirazione di fede, che l'intuizione di innovazione. E questo mi ha fatto richiamare l'esigenza che tutti noi dobbiamo sempre avere, all'inizio di ogni giornata o all'inizio di ogni nostro impegno, di ritornare ai principi ispiratori che ci hanno guidato e che dobbiamo continuare a mantenere nonostante le fatiche del servizio professionale, di volontariato, eccetera.

Oltre a fare memoria e ripartire dalle origini, dalle ispirazioni che devono essere sempre sostenute, dobbiamo vivere anche il presente e nella mia esperienza ho imparato come il tempo e il contatto con la persona, col malato in modo particolare, è fondamentale. Ho sempre bene in mente l'immagine di uno dei miei maestri come il professor Ricevuti, che nelle stanze dell'ospedale di Santa Margherita, andava a visitare il malato letto per letto. Oggi purtroppo non è più frequente questo stile. E' necessario dedicare tempo all'anamnesi, all'esame obiettivo ma anche all'ascolto del malato, alla cura e alla presenza nel tempo. Occorre vigilare su quanto tempo dedichiamo a tutte queste attenzioni. Con la fretta, con le varie esigenze aziendali, alcune volte si perde quello che dovrebbe essere sempre fondamentale e che poi ho risperimentato anche nella mia attività educativa coi ragazzi e coi giovani.

E proprio con loro, coniugando il mio essere prete in oratorio e geriatra, ho aperto alcune piccole esperienze coinvolgendoli nella cura e nell'attenzione verso i malati. Per me è nello stesso tempo un modo per investire le energie sui giovani, facendo conoscenza la bellezza della cura degli anziani e ma è anche una scommessa su di loro, fidandomi, dando fiducia alle loro possibilità. A questo proposito con due miei giovani dell'Oratorio di Sant'Alessandro, che stanno facendo la quinta superiore nel corso biomedicale del Liceo Copernico, coniugando formazione in ambito sanitario e orientamento alla scelta universitaria, li ho coinvolti in una esperienza al Santa Margherita. Mi accompagnano nei reparti con l'obiettivo di conoscere il malato e le sue dinamiche, entrando in contatto diretto col malato e le sue problematiche.

Invece in ambito di volontariato abbiamo avviato un'esperienza con i giovani dell'oratorio di Certosa. Con l'associazione AGAL (associazione genitori e amici del bambino leucemico) siamo stati coinvolti nel promuovere l'associazione stessa e far conoscere ai nostri ragazzi e ai nostri giovani la realtà dei bambini

malati di leucemia che necessitano di un'assistenza prima e dopo il trapianto. Per loro è stata una sorpresa e un momento di formazione, ma soprattutto si sono messi subito in gioco.

E poi un'altra piccola esperienza, sempre con i giovani, è stata quella di rendere più accogliente l'ingresso dell'Istituto Santa Margherita così oltre che luogo di cura e fatica potesse essere visto come casa accogliente.

Questo racconto della mia esperienza che mette insieme la formazione medica e l'assistenza ai malati, l'assistenza sul territorio e il contatto con coi ragazzi e coi giovani ci può suggerire che non dobbiamo mai smettere di proporre ai ragazzi e ai giovani, esperienze che sono faticose e difficili, ma che riescono a coinvolgerli, entusiasmarli e soprattutto a mettere in gioco le loro belle capacità ed energie.

Grazie e auguri a tutti.

Conclusione

P.Giacomo Bonaventura – responsabile pastorale della salute Diocesi di Pavia

Tirare le fila di tutti questi interventi mi sembra molto difficile per cui neanche ci tento.

L'intento di questa giornata era parlare dei malati e dei loro vissuti e bisogni soprattutto nel grande mare che è il territorio e questo è avvenuto.

La sottolineatura era la dimensione relazione, quello spazio tra sano e malato da riempire con la presenza, la vicinanza, l'ascolto. Ogni professione, ogni organizzazione, la stessa Chiesa non può che avere dimensione relazione, prima di ogni altra realtà.

Il mio intervento è un ringraziamento. Ringrazio tutti voi che avete partecipato, anche numerosi, e avete ascoltato con la vostra presenza ma anche con la vostra sensibilità. Un ringraziamento fortissimo va al professor Ricevuti perché è stato lui che ha messo in piedi questo convegno. Una sua peculiarità è proprio quella di far incontrare, di smuovere, di stimolare. Un ringraziamento al mio Ufficio della salute per come ci siamo mossi e coinvolti.

È stato anche bello venire qui in Curia, in questa bella sala. Anche questo è un segno dell'attenzione della Chiesa ai malati e ai fragili. Fa parte del nostro DNA evangelico. Ma dirlo dentro la Curia è una gemma in più.

Quello che abbiamo detto oggi servirà a voi sicuramente per farvi un quadro più generale delle varie realtà sociali, assistenziali, di volontariato. Ma quello che abbiamo detto oggi serve anche a noi come Chiesa. Perché anche noi, pur avendo una storia e una lunga tradizione di cura, non possiamo che metterci ad imparare. Oggi io ho imparato. Come chiesa, come diocesi, come parrocchie, come preti, come laici, non possiamo che rimetterci in discussione e imparare, soprattutto dalla società civile, da chi vive in prima persona problemi e cerca risposte. E si muove per trovare soluzioni.

Grazie ancora.

Mons. Corrado Sanguineti, vescovo di Pavia

Semplicemente grazie.

In realtà anche io ho imparato stamattina ascoltando tanti racconti, tante testimonianze. E' stato bello mettere insieme sia lo sguardo sulla situazione che stiamo vivendo, ai problemi, alle difficoltà, ma anche alle tante proposte di cura, di presenza, di ascolto che già vediamo.

I testi sono stati trascritti dal video del convegno. Non sono stati rivisti dagli autori.