

PROVINCIA LOMBARDO-VENETA DEI CAMILLIANI

L'umanizzazione del mondo della salute

Più cuore in quelle mani



EDIZIONI CAMILLIANE

PROVINCIA LOMBARDO-VENETA DEI CAMILLIANI

*L'umanizzazione
del mondo della salute*

Più cuore in quelle mani

EDIZIONI CAMILLIANE

© 2012 – EDIZIONI CAMILLIANE
Strada Santa Margherita, 136 – 10131 Torino

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta, in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, compresa la riproduzione fotostatica, fotografica o fatta in ogni altro modo, senza l'autorizzazione scritta.

Edizioni Camilliane
tel. 011 8194515
fax 011 8194648
e-mail: edizioni@h-sancamillo.to.it
www.camilliani.org/edcamilliane/

Composizione e stampa
AGAM – Madonna dell'Olmo (CN)

ISBN 88-8257-192-0

Presentazione

L'umanizzazione del mondo della salute è il terzo libretto di orientamenti pastorali proposti dai Religiosi camilliani della Provincia Lombardo-Veneta. La favorevole accoglienza ricevuta dai due precedenti – *La cappellania ospedaliera* e *Il Consiglio pastorale ospedaliero* – ci ha incoraggiati a continuare ad offrire agili strumenti di riflessione su temi che interessano non solo la Chiesa ma anche tutti coloro che operano nel mondo sanitario: medici e infermieri, formatori e tirocinanti, amministratori e volontari

Cos'è umanizzazione? Quali sono i sintomi indicatori di una diminuzione d'umanità nel servizio degli ammalati? Dove vanno cercate le cause della disumanizzazione del mondo della salute? È possibile operare una sintesi creativa tra *curare* e *prendersi cura*? Per i credenti, quale rapporto esiste tra umanizzazione e evangelizzazione? Nel testo non solo vengono offerte delle risposte a tali interrogativi, ma anche proposti degli obiettivi e dei passi da compiere per realizzarli.

Nel rispondere alle *domande* inserite nel testo per facilitare la riflessione personale e di gruppo, è auspicabile che vengano coinvolti rappresentanti delle varie categorie di persone operanti nell'istituzione sanitaria o socio-sanitaria.

Il sottotitolo del libretto – *Più cuore in quelle*

mani – porta il colore camilliano. In questa affermazione del nostro fondatore S. Camillo de Lellis, cogliamo la passione che ha animato il Santo nel servizio reso, con intelligenza ed amore, ai malati. San Camillo è stato profeta di umanità nel suo tempo. A noi il coraggio di esserlo oggi, nei contesti dove ci troviamo ad operare.

Le comunità camilliane

della Lombardia, del Veneto,
del Trentino e dell'Emilia Romagna

Sigle

CfL	Christifideles Laici
DH	Dolentium Hominum
EN	Evangelii Nuntiandi
MD	Mulieris dignitatem
PSCI	La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana
SD	Salvifici Doloris

L'UMANIZZAZIONE
DEL MONDO DELLA SALUTE
Più cuore in quelle mani

Introduzione

Tra le priorità della pastorale sanitaria, un documento ecclesiale include anche l'umanizzazione del mondo della salute (cf PSCI, 21). Tale scelta è motivata dalla valenza evangelizzatrice di tutti i gesti e le iniziative intesi a imprimere un volto più umano all'assistenza dei malati. Nella linea dell'Esortazione apostolica *Evangelii Nuntiandi* si può infatti affermare che quando il servizio a chi soffre è informato dalla carità e tradotto in dedizione generosa, approccio caloroso, sensibilità attenta, presenza umile e gratuita diventa proclamazione silenziosa, ma forte ed efficace, della buona novella (cf EN 21). Ne deriva, allora, che nell'offrire il proprio contributo all'umanizzazione del mondo della salute, il credente non solo apre la porta all'evangelizzazione di tale mondo, ma già svolge attività evangelizzatrice. I gesti che egli compie per contribuire al miglioramento dell'atmosfera delle istituzioni sanitarie e del rapporto con i pazienti fanno parte integrante della sua missione apostolica; essi, infatti, costituiscono un modo concreto di proclamare che

l'uomo, anche nella condizione di fragilità fisica e mentale, mantiene il suo valore di figlio di Dio, e merita di essere trattato come persona e aiutato a riacquistare la *salute* nel senso integrale del termine. Considerata in questa prospettiva, l'umanizzazione del mondo della salute si inserisce nel processo della salvezza, poiché ogni autentica liberazione umana parziale o settoriale è un momento, un segno annunciatore, una dimostrazione della liberazione profonda che il Cristo ha attuato nel suo mistero pasquale. Lavorare per la causa dell'umanizzazione significa, allora, impegnarsi per la promozione del Regno di Dio, che si realizza in pienezza solo in cielo, ma che è già vissuto nel corso della storia, nella misura in cui il processo di umanizzazione progredisce.

Anche se già emerso nel passato, attualmente il discorso sull'umanizzazione è avvertito in maniera più acuta a causa di molteplici fattori. Mentre sul versante positivo si collocano la più elevata sensibilità culturale e l'accresciuta consapevolezza dei propri diritti, su quello negativo vanno annoverati la minore capacità di resistenza della gente alla sofferenza, le pretese esagerate e spesso irrealistiche dei malati nei confronti del personale, la mutata percezione della professione sanitaria, il clima culturale che tende a rimuovere gli aspetti negativi della vita, il fatto che, oggi, il mondo della salute è uno dei *crocevia* più importanti della società, attraversato dalla quasi totalità della popolazione. È stato giustamente affermato che la vita umana è uscita dalle mura domestiche per realizzarsi, nei suoi momenti più critici e de-

cisivi, nel mondo sanitario (cf DH 2). Non è forse in tale mondo che si verificano gli eventi fondamentali dell'esistenza umana: nascita, eventuale recupero della salute, invecchiamento, morte; che avvengono le più avvincenti e preoccupanti ricerche scientifiche; che si possono cogliere gli interrogativi fondamentali dell'uomo del nostro tempo concernenti il senso della vita, il perché della sofferenza e della morte? Non sorprende, quindi, che il mondo sanitario sia diventato il luogo dove, accanto a luminose prove di generosità si avvertono, con maggiore sofferenza, manifestazioni di disumanità.

Coinvolgendosi nel processo dell'umanizzazione del mondo sanitario la comunità ecclesiale non solo dimostra attenzione ai *segni dei tempi*, ma anche allarga lo spettro della pastorale della salute, riducendone la *dimensione sacramentalista* e liberandola dalle strettoie di una *visione unicamente psico-sociologica*.

Definizione

Umanizzare una realtà significa renderla degna della persona umana, cioè coerente con i valori che essa sente come peculiari e inalienabili. Applicato al mondo sanitario, *umanizzare* significa far riferimento all'uomo in tutto ciò che si compie per promuovere e proteggere la salute, curare le infermità, garantire un ambiente che favorisca una vita sana e armoniosa a livello fisico, emotivo, sociale e spirituale. Questa definizione, piuttosto

generica, indica la necessità di mantenere viva la *tensione tra l'essere e il dover essere* della promozione della salute e dell'assistenza sanitaria, in tutte le sue espressioni, da quella professionistica a quella volontaria. Quando il distacco tra la realtà e l'ideale da raggiungere supera limiti sopportabili si parla di *disumanizzazione*.

Passando dalla definizione dell'umanizzazione del mondo sanitario a ciò che essa indica, ci troviamo di fronte ad un orizzonte molto ampio e multidimensionale.

La distanza tra la *realtà* del mondo della salute e il suo *dover essere* viene colta ed evidenziata in numerosi settori:

- nel rapporto tra personale sanitario-malato e suoi famigliari, rapporto per molti versi considerato come inadeguato;

- nelle condizioni spesso inumane in cui gli operatori della salute sono costretti a lavorare;

- nel modo di comportarsi del malato stesso, sovente caratterizzato da pretese irrealistiche e da incapacità di partecipazione;

- nella resistenza a considerare il malato nella totalità delle sue dimensioni, da quella biologica a quella emotiva, da quella sociale a quella spirituale;

- nella tecnologia medica che, ricca di grandi meriti, può però impoverire il rapporto interpersonale;

- nelle strutture architettoniche spesso arretrate e non rispondenti alle esigenze di un servizio sanitario più umano;

- nella scarsa considerazione di certe categorie di malati, come i cronici e i morenti;

- nella lenta attuazione delle cure domiciliari;
- nell'amministrazione sanitaria, non raramente appesantita dalla burocrazia e disturbata da interessi politici contrastanti con il benessere del malato;
- nella medicina di frontiera, impegnata in ricerche che non sempre collimano con il rispetto della persona;
- nella gestione della salute, spesso guidata da criteri riduttivi;
- nell'ecologia, sopraffatta da criteri utilitaristici...

Da quanto precede risulta che l'umanizzazione concerne non solo il malato ma anche il personale sanitario, gli amministratori e i politici, e riguarda non unicamente la gestione ordinaria dell'assistenza sanitaria, ma pure la medicina di frontiera e la ricerca biomedica, l'ecologia e l'educazione ai valori.

Malgrado le loro differenze, tutti gli aspetti indicati sopra sono tenuti insieme da un unico filo: il valore della persona umana, la cui dignità va rispettata in tutti e in ciascuno: nel paziente, nel medico, nell'infermiere, nell'amministrativo, nel cittadino. Consapevolmente o inconsapevolmente, alla base del discorso sull'umanizzazione c'è il timore che l'essere umano venga disconosciuto nel suo valore essenziale.

Secondo te, quali sono le condizioni perché l'umanizzazione del servizio al malato sia autentica evangelizzazione?

Sintomi

Numerosi sono i sintomi che hanno fatto emergere l'urgenza di riflettere sull'umanizzazione del mondo della salute.

Alcuni di essi vanno identificati in una crescente *reazione popolare* alla relazione insoddisfacente tra gli utenti e il personale e l'istituzione sanitaria. Nell'opinione pubblica, come pure nella letteratura, è l'ambito comunicativo-relazionale ad essere considerato come il maggiormente bisognoso di *umanizzazione*. Le lamentele più frequenti degli ammalati e dei loro famigliari si concentrano sulla freddezza dell'accoglienza, la mancanza di ascolto, la scarsa attenzione ai sentimenti, l'insufficienza dell'informazione, il linguaggio a volte ermetico dei medici, la fretta. Da parte loro, i membri del personale lamentano la *mancata formazione* alla dimensione relazionale della professione, la riduzione del numero degli operatori e la scarsità di *tempo* a disposizione per attendere adeguatamente ai bisogni del malato. Quanti operano nella *pastorale* fanno rilevare l'insufficiente o la mancata attenzione alla dimensione spirituale della persona del malato. Più che nel passato, i *mass media* fanno eco di queste lamentele con numerosi *reportage* spesso polemici e, a volte, moralizzanti.

Nel contesto dove lavori, quali sono le lamentele più frequenti dei malati (e loro famigliari), del personale e tue?

Le Cause

Tra le varie cause che sono alla base della disumanizzazione del mondo sanitario, alcune meritano una particolare attenzione:

1. L'antropologia medica.

La prima causa è costituita dall'antropologia medica. Infatti, l'atteggiamento verso la salute, la sofferenza, la morte, la guarigione, la ricerca scientifica, il servizio a chi soffre dipende dalla risposta all'interrogativo: "quale uomo?" Nel settore dell'assistenza al malato, soprattutto della medicina, vi è sempre stato un sospetto pregiudiziale nei confronti di una concezione dell'uomo imposta alla scienza da un'istanza esterna, filosofica o religiosa che sia. Questo atteggiamento si è rafforzato con il sorgere della medicina scientifica, alla fine del secolo XIX, intesa in termini puramente naturalistico-organici. Barricandosi dietro la pretesa della neutralità scientifica, oppure rivendicando il suo carattere pratico, la medicina si è difesa da interrogativi, quali: che tipo di medicina? Per quale uomo? In che modello di società? Se è indubbio che la medicina, equiparata alle scienze della natura ha avuto e continua ad avere grandi meriti scientifici, non si può però ignorare che quando essa considera l'uomo come un pezzo di natura tra gli altri, opera una violenta mutilazione antropologica, impedendo di vedere la persona malata nella sua totalità.

2. La colonizzazione tecnologica.

Un'altra causa è identificabile nella *coloniz-*

zazione tecnologica. Con questa espressione si indica non solo l'invasione di artefatti e macchine nell'esercizio della professione, ma anche l'introduzione di determinati valori che influiscono sulla pratica assistenziale, impedendo o limitando l'attenzione alla persona del malato. Alcuni di tali valori sono: la rapidità, l'efficienza, l'efficacia, il rendimento. Se i vantaggi apportati dalla tecnologia medica alla cura del malato sono innegabili, ciò non esime dal rilevare il rischio di affidare la risposta ai bisogni di chi soffre unicamente alla tecnica, trascurando l'attenzione al senso che il malato dà o potrebbe dare alla sua infermità.

3. *La logica delle istituzioni sanitarie.*

Non va dimenticato, in terzo luogo, il modo di procedere delle istituzioni sanitarie nel gestire la cura del malato, da cui derivano tre ostacoli all'umanizzazione: la burocratizzazione dei servizi, il vassallaggio della cura del malato dall'economia, l'iper-accelerazione del tempo consacrato all'assistenza di chi soffre.

– I risvolti negativi della *burocrazia* sono una conseguenza del suo basarsi su relazioni spersonalizzate, insensibili all'unicità della persona. Nel processo burocratico, l'individuo è facilmente ridotto a un *caso* da affrontare, un numero in lista, una firma liberatoria, una richiesta di ammissione, un modulo da compilare, un corpo da sottoporre a indagine, un *essere senza volto*. Unita ai fattori appena ricordati, la lentezza delle pratiche non manca d'ingenerare sfiducia verso le istituzioni.

– La dipendenza del servizio al malato dall'*eco-*

nomia può facilmente far scivolare in secondo piano il *prendersi cura* di chi soffre fino a capovolgere il principio secondo cui l'istituzione deve essere a servizio del malato. Pur convenendo che, nell'elaborazione di un'etica dell'attenzione al malato, l'elemento economico sia da prendere in seria considerazione, è necessario evitare che la cura del malato venga retta unicamente, o soprattutto, da criteri economici.

– Il servizio al malato esige *tempo* e continuità, per cui quando l'operatore a volte si vede obbligato a realizzare una quantità di lavoro – spesso esagerata – in un tempo troppo limitato, a soffrirne è la qualità dell'assistenza.

4. *L'emancipazione del paziente.*

Un'ulteriore causa è la cosiddetta “emancipazione del paziente”, conseguenza dell'applicazione anche alla medicina del “linguaggio dei diritti”. Essa può rendere la relazione medico-paziente più adulta, ma anche più conflittuale, più litigiosa e più *giuridizzata*, incidendo sul clima umano delle istituzioni sanitarie.

5. *Crisi valoriale*

In una visione cristiana della realtà, infine, le cause della carenza di umanità nel servizio al malato non vanno cercate unicamente nell'ambito socio-psicologico ma anche in quello spirituale. Alla radice di ogni riforma umanizzante, infatti, prima del cambiamento delle strutture è esigita la conversione del cuore. Ne deriva che non può esserci un cammino di crescita nell'umanizzazione

del servizio al malato senza la promozione e l'appropriazione dei valori della giustizia, del rispetto della persona, della solidarietà e della fraternità.

- *Tra le cause enumerate sopra, quali ti sembrano le più evidenti negli ambienti dove eserciti la tua attività professionale o volontaria?*
- *Ritieni che vi siano altre cause da aggiungere? Quali?*

Quale cura?

L'impegno per ridurre il *gap* tra l'essere e il dover essere dell'assistenza al malato riguarda vari settori:

La visione della persona umana

Nelle prime decadi del secolo scorso sono apparse persistenti reazioni alla medicina intesa semplicemente come scienza naturale (basti pensare alla psicanalisi...). Tali reazioni hanno portato a considerare che la salute e la malattia non sono solo un fatto biologico-organico, ma anche indicatori di un equilibrio o di una disarmonia della persona nel suo rapporto con il mondo, includendo, elementi psicologici, sociali, ecologici e spirituali (cf PSCI 6). Tra i frutti più significativi di tali reazioni è da ricordare, oltre la psicosomatica e il *nursing*, il sorgere di una corrente di pensiero che va sotto il nome di *medicina antropologica* o

medicina della persona. Importanti autori se ne sono fatti propugnatori in varie parti del mondo. Secondo essi, si tratta di introdurre il soggetto in medicina, rompendo con il naturalismo, che considera l'uomo come un essere vivente in tutto e per tutto simile agli altri e si attiene ad una neutralità metodologica nei confronti degli aspetti psichici, spirituali, storico-biografici e sociali dell'esistenza umana. Dietro ogni malattia, infatti, c'è la presenza di un soggetto umano che *struttura* la sua malattia, facendone un elemento della propria biografia. Occorre, allora, non solo diventare consapevoli delle diverse dimensioni della persona, ma di saperle relazionare tra di loro, coscienti che ciò che ferisce il corpo di un individuo ferisce altrettanto profondamente la sua psiche e il suo spirito. La malattia, infatti, produce una duplice separazione: all'interno della persona la separazione tra il corpo e lo spirito e, all'esterno, la separazione dal mondo che la circonda. Seguendo questo cammino, s'incontra l'uomo: essere inscindibilmente corporeo-psichico-spirituale; aperto alla relazione con gli altri; libero e responsabile; teso ai valori e alla trascendenza; depositario del *diritto fondamentale alla vita*, in quanto solo sulla base della vita l'uomo-persona può vivere i suoi valori e attuare i suoi diritti. Il parlare *umanamente* dell'uomo è arricchito dalla visione cristiana della persona, considerata come *imago Dei*, immagine di Dio, come è stato testimoniato lungo i secoli da schiere di uomini e donne che, nel servire i malati, erano consapevoli di prestare servizio alla persona stessa di Gesù (cf Mt 25).

Dalla visione dell'uomo proposta dalla filosofia personalista e dalla teologia deriva anche una concezione della salute, della sofferenza e della morte più corrispondente alla natura della persona umana.

La salute. In una prospettiva personalistica, la salute è l'esito positivo di un equilibrio tra le varie dimensioni della persona – da quella corporea a quella emotiva, da quella sociale a quella spirituale – e della persona con il mondo. Così intesa, essa favorisce lo sviluppo integrale dell'individuo e può essere raggiunta anche quando la vita è vissuta nella sofferenza. La sua qualità umana scade quando è considerata unicamente come vitalità esuberante e esenzione dalla sofferenza.

La sofferenza. L'attenzione al clima culturale del nostro tempo mette in luce una diffusa tendenza a trattare la sofferenza in maniera tecnica, rendendola così puro sintomo e, per ciò stesso, alienata e *disumanizzata*. Distaccata dall'uomo, essa perde il suo significato, che è quello di indicare la *condizione finita* dell'essere umano. Nell'intervento tecnologico e analgesico, a volte esagerato, non è forse possibile cogliere la volontà di sopprimere il soffrire prima d'aver cercato di capirne il senso? Pur lottando medicalmente contro il dolore, è quindi importante accoglierne il messaggio trasmesso attraverso le reazioni del malato – inquietudine, paura, speranza, interrogativi – che si traducono in un appello a quanti lo assistono. L'ascolto della *canzone* del paziente è resa difficile da molti fattori, tra cui la formazione professionale e l'organizzazione del lavoro che

rendono difficile la vicinanza emotiva al malato. È solo quando il paziente non si riduce o non è ridotto alla sofferenza che egli e chi lo cura si incontrano nell'eguaglianza dei loro esseri personali. La sofferenza cessa allora di costituire un ostacolo che impedisce di raggiungere la persona. Riempita di senso, può trasformarsi in occasione di crescita. Fa cogliere nella confessione della precarietà, la possibilità di crescere e nel bisogno dell'altro, l'invito ad amare.

La morte. Nella nostra cultura, la morte è spesso vissuta come un *problema*, cioè come un ostacolo che interrompe il sogno dell'invulnerabilità e dell'immortalità presente nell'immaginario della persona. Un ostacolo, quindi, da rimuovere. Conseguenza di tale atteggiamento è la *disumanizzazione* di questa tappa della vita che viene privata del suo significato di indicatore del destino umano. La morte è *umanizzata* quando è considerata come mistero, cioè come facente parte del proprio *essere-nel-mondo* dell'uomo. Non da eliminare, quindi, ma da integrare.

Negli ambienti in cui svolgi la tua professione o eserciti un'attività volontaria:

- la persona umana è veramente al centro dell'organizzazione dei servizi?***
- Quali dimensioni del malato o del personale sono trascurate (corporea, intellettuale, emotiva, sociale, spirituale)?***
- Come sono viste e vissute le realtà della salute, della sofferenza e della morte?***

La sintesi tra “curare” e “prendersi cura”

Da qualche decennio il curare e prendersi cura è uno dei temi che impegna in maniera significativa la riflessione della società contemporanea. L'interesse per questo argomento è da interpretare come una reazione al progressivo affermarsi del dominio dell'uomo sull'uomo, fondato su mezzi tecnologici sempre più potenti. Tale atteggiamento di dominio si esprime nel privilegiare l'aver invece del *condividere*, la *competizione* invece della *solidarietà*, l'*appropriarsi* invece del *far parte* con gli altri, la *privatizzazione* invece della *corresponsabilità*, l'*individualismo* invece della *comunione*.

A far emergere l'urgenza del mettere a tema il *curare* e il *prendersi cura* ha contribuito l'opera di alcuni filosofi, tra cui M. Heidegger, M. Buber, E. Levinas, cui spetta il merito di aver riproposto una visione antropologica fondata sul rispetto dell'uomo da tradursi in termini di *patire-con*, *stare-con*, *prendersi cura-di*... «Di fronte alla vulnerabilità altrui non posso permanere passivo o immutabile, ma devo rispondere solidariamente, fare tutto quello che posso per mitigare la sua fragilità, aiutandolo a sviluppare la sua autonomia personale, fisica, morale, intellettuale. Questo uscire da sé non è un perdersi, ma un crescere, un aprirsi a possibilità nascoste, imprevedibili» (E. Levinas). Questa filosofia ha trovato un terreno favorevole nell'ambito sanitario, come lo testimonia la crescente letteratura e il numero di convegni ad esso dedicati.

Qual è il significato di questi due verbi – *curare* e *prendersi cura*? Il verbo *curare* si riferisce

alla rimozione della causa di un disturbo o di una malattia, all'interruzione radicale e al sovvertimento del decorso naturale della malattia. Da questo punto di vista, la cura dà al paziente l'opportunità di ripristinare lo stato di salute goduto prima dell'insorgere della malattia, se non addirittura di migliorarlo. La possibilità di curare in questo senso è garantita solo dalla medicina scientifica, cioè da quelle modalità terapeutiche efficaci che permettono all'operatore sanitario di curare da un punto di vista esclusivamente tecnico.

L'espressione *prendersi cura*, invece, esprime il *coinvolgimento personale* dell'operatore sanitario con la persona che soffre, coinvolgimento che si esprime attraverso la premura, il sostegno emotivo, la compassione...

Nella storia della assistenza sanitaria questi due verbi hanno conosciuto vari destini. Nell'era prescientifica della medicina, prevaleva il *prendersi cura*. La guarigione, se si verificava, risultava essenzialmente dalla capacità di ripresa dell'organismo del malato e dagli atteggiamenti del medico stesso. Con l'avvento della medicina scientifica, la cura del malato tende ad essere affidata quasi esclusivamente alla tecnica, mentre si affievolisce l'attenzione al malato nella sua totalità.

Nell'attenzione prestata al *prendersi cura*, che caratterizza il nostro tempo, è visibile la volontà di recuperare una dimensione dell'assistenza alle persone rese fragili dalla malattia del corpo e dello spirito, andata perduta nel tempo. Tale dimensione era il frutto non solo della medicina greca, ma anche, e in maniera considerevole, del cristianesimo.

È bene precisare, però, che il ricupero della dimensione perduta del *prendersi cura* non è un puro ritorno al passato; si tratterebbe, in questo caso, di un atteggiamento romantico di poca efficacia. Infatti, l'imporsi dell'urgenza del *prendersi cura* deve tenere conto dello scenario della nuova medicina, frutto del progresso scientifico e tecnologico, dell'organizzazione razionale delle istituzioni sanitarie e delle trasformazioni culturali che hanno dato nuovi significati alla salute, alla malattia, alla morte. Ne deriva che nel concetto del *prendersi cura* vanno compresi sia la preparazione scientifica e la competenza professionale sia il coinvolgimento personale che porta a centrarsi nella persona del malato, le cui esperienze anche se non possono essere penetrate pienamente da quanti lo curano, possono però toccarli profondamente, in quanto anch'essi condividono la stessa umanità. Avere cura del paziente sarà allora un *atto sintetico*, in cui l'intelligenza non meno del cuore, ha la sua parte e il suo posto .

In un libro significativo, scritto agli inizi degli anni '80 del secolo scorso, *In a different voice*, l'americana Carol Gilligan, esprimeva chiaramente l'esigenza di tale sintesi. La *voce diversa* di cui parla l'autrice è costituita, nel mondo della salute, dall'accostarsi alle persone con un atteggiamento di partecipazione piuttosto che di distacco, di sintonia e di compassione piuttosto che di razionalità astratta. Una voce che ribadisce la primarietà della persona, la sua singolarità, in quanto chiede di essere presa in considerazione per se stessa. Una voce parlata, lungo i secoli, prevalentemente dalle donne, ma che non è solo delle donne, anche se la

nostra tradizione l'ha relegata ad esse. Il ruolo della donna nell'umanizzazione del mondo della salute è messo in rilievo nella Lettera apostolica *Mulieris dignitatem* di Giovanni Paolo II. «La forza morale della donna, scrive il Papa, la sua forza spirituale deriva dalla coscienza che Dio le affida in modo particolare l'uomo, l'essere umano. Naturalmente Dio affida l'uomo a tutti e a ognuno. Tuttavia, questo affidamento si riferisce soprattutto alla donna proprio in ragione della sua femminilità...». E più avanti egli aggiunge: «Nella nostra epoca i successi della scienza e della tecnica permettono di raggiungere in maniera ancora sconosciuta un benessere materiale che, favorendo alcuni, conduce altri all'emarginazione. Questo progresso materiale può comportare anche una graduale scomparsa della sensibilità dell'uomo, verso ciò che è essenzialmente umano. In questo senso, soprattutto il nostro tempo aspetta la manifestazione del *genio* della donna che assicuri la sensibilità verso l'uomo in ogni circostanza: per il semplice fatto che è uomo!» (MD 30). Se ciò che afferma il Papa è valido per ogni contesto, lo è in forma speciale per il mondo della salute dove l'uomo, sperimentando la fragilità del proprio essere, può facilmente cadere vittima dell'indifferenza e della violenza. Una partecipazione più attiva e corresponsabile della donna nella missione della Chiesa nel mondo sanitario porterebbe a cambiamenti significativi nel modo di porsi in relazione con le persone che soffrono. Non sarebbe salutare vedere la presenza e l'azione della Chiesa, il suo linguaggio, la sua teologia, la sua percezione della realtà e di Dio,

maggiormente arricchiti di quelle caratteristiche che sono tipiche della personalità femminile: la ricettività, la disponibilità, l'accoglienza, la capacità di ascolto, l'abilità nel cogliere le situazioni, l'attitudine a farsi carico dei problemi degli altri, l'inclinazione a offrire il proprio aiuto?

- *Come valuti il tuo impegno per armonizzare nell'esercizio della tua professione il 'curare' e il 'prendersi cura' del malato?*
- *L'ambiente in cui operi favorisce o scoraggia tale armonizzazione?*
- *Il ruolo della donna nel mondo della salute è sufficientemente riconosciuto?*

Obiettivi da raggiungere

– *Promuovere la responsabilità del soggetto malato.* Se il malato è una persona, egli è chiamato ad appropriarsi della sua malattia e diventare protagonista della sua guarigione. Rivolgendosi agli operatori sanitari dell'ospedale A. Gemelli di Roma, Giovanni Paolo II così si è pronunciato: «Il paziente cui dedicate le vostre cure e i vostri studi non è un individuo anonimo sul quale applicare ciò che è frutto della conoscenza, ma è una persona responsabile che deve essere chiamata a farsi partecipe del miglioramento della propria salute e del raggiungimento della guarigione». Anche nell'ambito pastorale è sottolineato il passaggio del

malato da oggetto di cura a soggetto responsabile della promozione del Regno. Nell'Esortazione apostolica *Christifideles Laici*, il Papa afferma che l'uomo sofferente è "soggetto attivo e responsabile nell'opera di evangelizzazione e di salvezza (n. 54). Tale affermazione di Giovanni Paolo II indica il riconoscimento del carisma dei sofferenti, del loro apporto creativo alla Chiesa e al mondo: «anche gli infermi sono inviati (dal Signore) come lavoratori nella sua vigna» (n.53). Perché il malato possa assumere il suo ruolo di evangelizzatore è necessario un lavoro di educazione amorosa da realizzarsi non solo nelle istituzioni sanitarie attraverso un accompagnamento appropriato, ma anche e in modo tutto speciale nelle comunità parrocchiali, ricorrendo a una teologia della sofferenza che, evitando di cadere nel *dolorismo*, sappia comunicare che anche «gli avvenimenti negativi della vita – non esclusa l'infermità, l'handicap e la morte – sono *realtà redenta* dal Cristo e da lui assunte come *strumento di redenzione*» (SD 26). «Il cristiano, infatti, mediante la viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo può trasformare la sua condizione di sofferente in un momento di grazia per sé e per gli altri fino a trovare nell'infermità una vocazione ad amare di più, una chiamata a partecipare all'infinito amore di Dio verso l'umanità» (PSCI 26).

– *Umanizzare il servizio al malato*. Nella società moderna si nota la tendenza a ridurre il servizio a una pura funzione. Ciò può portare a non vedere l'altro come persona, ma solo come qualcuno che dà o che riceve dei servizi. L'attaccamento, l'interesse e l'amore tendono a essere sostituiti dalle regole del

contratto di lavoro. Spesso mancano la passione e la compassione, inizio di ogni vera responsabilità morale nella cura del malato. Infatti, ci può essere l'assistenza al corpo che richiede competenza e che è pagata, e c'è l'emozione che rende umani. Quando questa viene a mancare è perché il servizio diventa istituzione, o perché l'incontro non è unico, ma diventa un lavoro *alimentare* o un mestiere appassionante. L'assistito, allora, non è più che un oggetto. Non c'è più relazione umana. Queste osservazioni riguardano gli operatori sanitari, nell'esercizio della cui professione il rapporto interpersonale occupa un ruolo rilevante. È questo aspetto dell'assistenza al malato che, sia nell'opinione pubblica come pure nella letteratura, è considerato maggiormente bisognoso di essere *umanizzato* e che crea il disagio più avvertito da parte dei pazienti e dei loro famigliari. Nel mettere in rilievo la necessità di aumentare la competenza comunicativa e relazionale del personale sanitario, quale elemento della professionalità, non va però ignorato, com'è stato rilevato più sopra, il sistema in cui lavorano, dove l'atto curativo e assistenziale è sempre più frammentato, la tecnica sempre più invadente, la burocrazia sempre più opprimente, il lavoro spesso svolto in condizioni poco umane a causa del numero eccessivo di ore lavorative, la scarsità di risorse, l'inadeguatezza del lavoro in équipe, i contratti di lavoro insoddisfacenti, la mancanza di una formazione appropriata, l'atteggiamento improprio di tanti malati...

L'umanizzazione del servizio al malato riguarda anche la *pastorale*. L'area che merita di essere maggiormente presa in considerazione è l'incontro

con gli ammalati e il personale. Senza accorgersi, l'operatore può cedere alla tendenza a dissociare persona e funzione, impoverendo così la natura dei suoi interventi. In molti casi può accadere che i malati domandino all'operatore pastorale cose molto diverse da quelle che egli pensa di offrir loro. A lui che offre la sua azione specificamente religiosa – preghiera e sacramenti – i pazienti chiedono: capacità di comprensione, pazienza infinita, convivenza e contiguità di rapporti centrati sulle virtù umane, senso del limite delle sue competenze, rispetto delle competenze degli altri, capacità di conservare il segreto, fedeltà alla parola data, altruismo, discrezione, aiuto appropriato al momento giusto, socievolezza, lealtà... .

– *Umanizzare l'accoglienza*. Gli studi e le ricerche sull'umanizzazione degli ambienti della salute riservano un posto importante all'accoglienza, studiando di questa soprattutto l'aspetto psicologico e architettonico. Esistono molte iniziative per facilitare l'accoglienza ed alcune sono già entrate nei costumi: familiarizzare il pubblico all'ospedale prima che vi entri, organizzare sistemi di accoglienza nelle unità di cura, orientare i pazienti e le loro famiglie, mettere a proprio agio la clientela in un contesto nuovo, creare un'atmosfera propizia alla calma e al riposo, informare il malato sui suoi diritti e sui servizi, semplificare le formalità di ammissione... Le statistiche indicano che lo sforzo compiuto per adempire questo compito è ancora molto lontano dal rispondere adeguatamente ai bisogni dei malati.

La *comunità* cristiana include nella sua missione il *farsi vicina* al malato, accogliendolo con amore.

Gli *Atti degli Apostoli* illustrano i tratti caratteristici delle prime comunità cristiane: l'insegnamento degli apostoli, la comunione fraterna, la condivisione dei beni e dell'eucaristia, la preghiera. Tali gesti avevano come scopo di celebrare la vita in tutti i suoi aspetti, sia positivi che negativi, in un contesto nel quale l'individuo si sentiva avviluppato dall'esperienza dei fratelli. Se l'accoglienza fa parte della vita della Chiesa, come può essa esprimerla negli ambienti del mondo della salute in maniera originale ed efficace? Il primo modo è costituito dalla visita ai malati. La crisi di comunicazione con sé stessi, con gli altri e con Dio, di cui soffre il paziente quando entra nel sistema complesso della vita ospedaliera, può essere attenuata dalla cura che gli mostra la comunità cristiana alla quale appartiene. La visita fraterna fatta in nome della comunità ecclesiale — sia nelle istituzioni sanitarie che a domicilio — non solo risveglia o rinforza nel malato il senso di appartenenza ad un gruppo, ma gli dà la certezza di essere ancora considerato come membro a parte intera della comunità. La frase evangelica: «Ero ammalato e mi avete visitato» ha una densità sociale profonda. I membri della comunità ecclesiale — sacerdoti, religiosi, volontari... — che incontrano quanti soffrono, sottolineano i legami di amicizia e di solidarietà tra malati e sani. L'accoglienza calorosa va indirizzata soprattutto ai pazienti più abbandonati, la cui solitudine è resa più acuta dall'emarginazione sociale. L'incontro con queste persone veicola l'accoglienza e l'accettazione di Dio, sorgente di fraternità e di gioia, al di là delle barriere instaurate dalla povertà e dalla malattia.

– *Dare un tocco umano ed evangelico ai diritti del malato.* L'umanizzazione degli ospedali, che ha la sua ragion d'essere nella persona del malato, la cui dignità e il cui valore devono essere salvaguardati e rispettati, trova uno dei mezzi di espressione nel rispetto dei diritti dei pazienti. Molte *Carte* sono state elaborate dai governi e da altri organismi. I diritti del malato, che si iscrivono all'interno della carta più generale dei diritti dell'uomo, mirano a proteggere l'individuo colpito dalla malattia fisica e psichica, dai giochi delle forze ideologiche e politiche operanti nella società e nelle istituzioni sanitarie.

Se la sensibilità ai diritti del malato è un aspetto molto positivo della cultura moderna – da considerare come un *segno dei tempi* – ciò non toglie che il diritto, da solo, sia sufficiente. È, infatti, possibile rispettare i diritti del malato e, nello stesso tempo, non trattarlo in modo umano. Per essere efficace, infatti, esso va accompagnato da un insieme di comportamenti che si riassumono nell'*amore*. Sottolineando la complementarietà dell'amore e della giustizia, la comunità cristiana contribuisce a dare un *tocco umano ed evangelico* ai diritti dei malati, e, per il fatto stesso, a garantirne la solidità e l'efficacia.

– *Prendere decisioni morali umane.* La persona dimostra la qualità della sua umanità anche nel prendere decisioni di ordine morale. In un contesto caratterizzato, da un lato dallo sviluppo rapido e complesso dai servizi bio-medici e, dall'altro, dalla secolarizzazione, dalla permissività, dall'esaltazione della libertà individuale, riesce difficile al paziente o al professionista fare delle scelte o prendere delle decisioni morali che vadano nel senso dell'an-

tropologia personalistica e cristiana. Ne consegue l'importanza sia di armonizzare *logica tecnica* (tutto ciò che si può fare è fattibile) e *logica etica* (nel fare serve da guida il rispetto della dignità della persona), sia di illuminare le coscienze dei malati, dei loro famigliari e del personale in modo che possano prendere decisioni morali responsabili.

– *Prestare attenzione alle categorie più fragili.* La visione dell'uomo. Ispirata alla filosofia personalistica e alla fede induce a prestare maggiore attenzione alle persone più fragili, quali gli anziani non autosufficienti, i cronici, i malati mentali, i morenti. È segno di crescita in umanità la presa di coscienza che l'età avanzata, la disabilità fisica o mentale, l'approssimarsi della morte non scalfiscono per nulla il valore e la dignità della persona. Esempio significativo dell'umanizzazione dell'assistenza dei *morenti* è costituito dalle *cure palliative*.

- *Colloca in ordine di importanza gli obiettivi enunciati sopra e valuta in che modo essi sono realizzati nel contesto dove tu lavori.*
- *Sei convinto che si possono rispettare i diritti del malato e, nello stesso tempo, non trattarlo umanamente?*
- *In che misura il servizio pastorale può contribuire, attraverso l'azione dei singoli e/o degli organismi che gli sono propri (Cappellania, Consiglio pastorale ospedaliero...) all'umanizzazione del mondo sanitario?*

Passi da compiere

– *Comprendere*. Il coinvolgimento nel processo dell'umanizzazione del mondo della salute esige, in primo luogo, una conoscenza adeguata di quanto in esso accade, in modo da evitare atteggiamenti moralistici e lo sterile desiderio di un ritorno al passato. L'umanizzazione, infatti, va promossa in relazione alla società in cui si vive, coltivando la speranza in una nuova sintesi tra un progresso tecnico controllato e un'assistenza la più umana possibile.

– *Umanizzarsi per umanizzare*. Chi si impegna sul fronte dell'umanizzazione è chiamato a lavorare su se stesso per crescere in umanità, accogliendo e superando gli inevitabili limiti che impoveriscono i rapporti interpersonali.

– *Essere abitati dalla speranza*. Per mantenere viva la tensione verso un mondo della salute più umano è necessario alimentare nel proprio spirito la *speranza*. Essa si traduce in una fiducia nelle risorse presenti nella persona e, per chi crede, nella certezza che il negativo presente nell'esperienza umana verrà superato definitivamente. Tale certezza non spinge a sottrarsi alle difficoltà del momento rifugiandosi in un avvenire migliore, ma piuttosto a fare entrare nel presente l'avvenire sperato vivendolo nell'*adesso*. Così compresa, la speranza è sorgente d'iniziativa perché pone chi spera in opposizione agli spettacoli d'umanità che gli si offrono, spingendolo ad agire per realizzare, già nel *qui e ora*, ciò che troverà completo compimento nell'era escatologica.

– *Promuovere iniziative.* Tra le varie iniziative che contribuiscono all'umanizzazione del mondo sanitario, occupa un posto preminente la *formazione*. Programmata appropriatamente, essa può concorrere efficacemente al cambiamento della cultura nell'ambito dell'assistenza del malato e, nello stesso tempo, abilitare gli operatori a svolgere il loro compito in maniera corrispondente alla dignità della persona umana. Gli ambiti della formazione possono riguardare la conoscenza di sé, l'acquisizione di abilità comunicative e relazionali, la gestione dei conflitti, la collaborazione interdisciplinare (lavoro in équipe), la competenza etica, la vita spirituale...

Grande importanza va poi data alla costituzione di gruppi di volontariato. Le istituzioni sanitarie e socio-sanitarie, infatti, non sono solo l'ambito di diritti e doveri reciproci tra malati e operatori, ma anche luoghi dove manifestare quella solidarietà che trova la sua motivazione nella partecipazione alla comune umanità e, nella prospettiva cristiana, nella fratellanza instaurata dall'azione di Gesù Cristo.

Non può, infine, essere ignorata l'efficacia di tante piccole iniziative finalizzate ad attuare nell'ambito di un reparto o di un servizio, gli obiettivi dell'umanizzazione. Il funzionamento ottimale, umano e organizzativo, di un'équipe terapeutica o pastorale può incidere sensibilmente sulla qualità del servizio al malato e ai suoi familiari. Come ignorare gli effetti positivi sul clima umano di un reparto o di un'istituzione, dell'accompagnamento spirituale ricco d'umanità, di una liturgia celebrata con decoro, in cui la bellezza dei riti e l'accurata

trasmissione del messaggio evangelico fanno vibrare lo spirito?

È importante che tutte queste iniziative, di carattere più immediato, trovino sostegno in interventi di più largo respiro, dirette a incidere sulla cultura, ad influenzare le leve del potere, i comandi dell'organizzazione, dell'economia e della politica.

- *Ti preoccupi di conoscere accuratamente il mondo della salute: la sua cultura, i suoi valori, i suoi disagi?*
- *Hai fiducia nelle persone che popolano gli ambienti dove eserciti la tua professione o azione volontaria?*
- *Quali difficoltà incontri nel proporre formazione all'umanizzazione nel tuo ambiente?*
- *È presente il volontariato nelle strutture dove tu lavori? Ne ritieni importante la presenza?*
- *Indica alcune iniziative concrete per rendere più umano i tuoi reparti, in termini di decoro fisico, accoglienza, comunicazione.*

Conclusione

Per le caratteristiche e le problematiche accennate sopra, il mondo della salute di oggi è complesso, ricco di vittorie, di sconfitte e di sfide – è uno degli scenari al quale possono applicarsi le

parole dell'apostolo Paolo nella lettera ai Romani: «La creazione stessa attende con impazienza la rivelazione dei figli di Dio...e nutre la speranza di essere lei pure liberata dalla schiavitù della corruzione, per entrare nella libertà della gloria dei figli di Dio. Sappiamo bene infatti che tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto...» (Rm 8, 19-22). L'umanizzazione del mondo della salute non fa, forse, parte di questo tendere alla liberazione, insita nella creazione?

Ascoltare e accogliere il gemito di questa tensione, sforzandosi di dargli una risposta, significa impegnarsi in un processo dal quale si esce più autenticamente umani. Nella prospettiva cristiana, tale coinvolgimento è sostenuto dalla certezza che ci saranno “cieli nuovi e terra nuova”, la cui realizzazione è già iniziata e visibile in ogni tentativo di inclinare la mentalità e l'opera delle sanitarie verso un più grande amore della persona umana.

INDICE

Presentazione 5

L'Umanizzazione nel mondo della salute

Introduzione 7

Definizione 9

Sintomi 12

Le cause 13

Quale cura? 16

La sintesi tra “curare” e “prendersi cura” 20

Obiettivi da raggiungere 24

Passi da compiere 31

Conclusione 33

€ 1,90

