

Indice

Notiziario - Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 1 - Aprile 2003

Presentazione	
Mons. Sergio Pintor.	pag. 3

PRIMA PARTE

Seminario di Studio

L'UMANIZZAZIONE DEL PROCESSO DI CURA DEL MALATO

L'informatica come strumento e non come fine

Roma, 9 maggio 2002

Introduzione ai lavori	
<i>L'informatica come strumento e non come fine</i>	
Mons. Sergio Pintor.	pag. 7

<i>Far colloquiare mondi diversi a servizio della cura della persona</i>	
Dr. Stefano Biasioli	pag. 10

<i>L'umanizzazione in sanità: una interpellanza a cui rispondere insieme</i>	
Mons. Angelo Bazzari	pag. 13

<i>La necessità di usare lo strumento informatico come mezzo per l'umanizzazione della cura del malato</i>	
Dr. Roberto D'Alicandro	pag. 21

<i>L'esigenza di un costante aggiornamento nella professione medica: la possibilità di ottenerlo con metodologie di e-learning</i>	
Prof.ssa Genny Tortora	pag. 27

<i>Il progetto Ippocrate: utilizzo di scienza, tecnica e umanità nel supporto della diagnosi</i>	
Ing. Roberto Linciano	pag. 33

<i>Il confronto della tecnologia al servizio dell'umanizzazione della cura: illustrazione di alcuni progetti operativi</i>	
Dr. Roberto D'Alicandro	pag. 51

TAVOLA ROTONDA

***Interventi di esponenti delle ASL, delle Regioni
e delle strutture ospedaliere su esigenze
e problemi inerenti il tema***

1. Introduzione

Prof. Ivan Cavicchi pag. 55

2. Interventi

Dr. Franco Condò pag. 62

Dr. Francesco Silvano pag. 64

Prof. Michele Poerio pag. 74

Dr. Loris Facchinetti pag. 77

Dr. Mario Gargiulo pag. 81

Prof. Vincenzo Saraceni pag. 84

3. Discussione

Prof. Ivan Cavicchi pag. 87

Mons. Angelo Bazzari pag. 88

Dr. Stefano Biasioli pag. 88

Mons. Sergio Pintor pag. 89

Conclusione

Mons. Sergio Pintor pag. 90

SECONDA PARTE

1. La Cappellania ospedaliera

Mons. Italo Monticelli pag. 95

***2. Accoliti, Ministri Straordinari dell'Eucaristia
e Pastorale della Salute***

Don Filippo Urso pag. 103

***3. Orientamenti e norme per i Ministri straordinari
della Comunione Eucaristica***

. pag. 120

4. Costituzione della Cappellania ospedaliera

e approvazioni dei relativi orientamenti programmatici. pag. 130



resentazione

Il presente “Notiziario”, articolato in due parti, offre: nella prima, gli “Atti” di un Seminario su “*L’umanizzazione del processo di cura del malato – L’informatica come strumento e non come fine*”; nella seconda, un’ampia riflessione sulla Cappellania ospedaliera e sui Ministri straordinari dell’Eucaristia.

Anche se con grande ritardo, si è ritenuto utile mettere a disposizione di tutti il materiale elaborato sulla umanizzazione in sanità, a livello di un “seminario di lavoro ristretto”. Tra l’altro, tale riflessione ha sollecitato l’avvio di altri percorsi di studio, quali quelli sulla solidarietà in sanità e su una formazione “umanizzante” degli operatori sanitari.

La tematica, invece, sulle cappellanie ospedaliere e sulla collocazione dei ministri straordinari dell’Eucaristia all’interno della pastorale della salute, sono aspetti di grandissima attualità e saranno oggetto di attenzione anche nel prossimo Convegno Nazionale dei Direttori che si terrà a Chianciano dal 23 al 25 giugno prossimi.

In attesa di incontrarci in occasione di tale Convegno (di cui presto riceverete il programma con le indicazioni concrete), a tutti l’augurio più affettuoso e fraterno per una Pasqua di pace e di speranza, in un momento in cui violenze e guerre irragionevoli seminano sofferenza e morte.

Insieme alla preghiera e alla solidarietà – come il Papa ci invita –, un rinnovato slancio e impegno coinvolgente nella nostra testimonianza e nel nostro servizio nella cura delle persone, dei malati e dei sofferenti, vuole essere un concreto contributo per promuovere riconciliazione, amore alla vita, pace.

Mons. SERGIO PINTOR

Prima parte

Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità

in collaborazione con:

- CIMO-ASMO
- Facoltà di Matematica e Informatica dell'Università degli Studi di Salerno
- Siemens Informatica
- Rational Services

Seminario di Studio

**L'UMANIZZAZIONE
DEL PROCESSO DI CURA
DEL MALATO**

**L'informatica come strumento
e non come fine**

Roma, 9 maggio 2002



Introduzione ai lavori

L'informatica come strumento e non come fine

Mons. SERGIO PINTOR

Direttore Ufficio Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità

Un benvenuto e un saluto fraterno a tutti. Il mio compito è molto semplice: esprimere la gioia e l'importanza dell'accoglienza e dirvi grazie. Tutti siamo molto impegnati e ciascuno di noi, per essere qui, ha lasciato molti altri impegni. Siamo qui per condividere le nostre esperienze, i nostri ideali e la nostra ricerca, quanto mai importante e urgente, nel mondo della salute.

L'ottica nella quale ci muoviamo è espressa dalla tematica di questo seminario: è "l'umanizzazione". Una parola usata e, forse perfino abusata, che, invece, esprime una fondamentale necessità a cui tutti siamo chiamati a dare concretezza. Quando diciamo "umanizzazione", diciamo immediatamente una "identità" che ci tocca, una "relazione" che ci tocca. Identità e relazione che, mai in maniera così acuta come nel mondo della salute, si possono rivelare in positivo e, purtroppo, anche in negativo.

Prima di ascoltare i diversi amici intervenuti, chiediamoci: – *Chi siamo?*

Siamo persone con diverse responsabilità, competenze, tantissima esperienza, alcuni di noi hanno scritto anche dei libri interessantissimi, con riflessioni sulla medicina. Penso che noi, ciascuno di noi, siamo un gran libro da aprire, forse da aprire più spesso, per confrontarsi e riflettere insieme. Non siamo tantissimi, ma abbastanza numerosi per un seminario. Con estrema schiettezza, dico che la qualità è grandissima. Credo che la qualità che ciascuno di voi porta qui sia grandissima, un valore che noi, oggi, vogliamo condividere. Invito tutti quelli che lo vorranno ad intervenire con opinioni e considerazioni.

Sentiamoci tutti "comunicatori"!

I vari interventi saranno registrati e avremo gli atti di questo seminario, in modo da poter portare avanti la riflessione sui temi che saranno toccati. Mi piace l'idea che questo seminario possa essere collocato all'interno di un laboratorio permanente e itinerante

di cui spero che tutti noi vorremo far parte. Oggi il mondo della salute ha bisogno di pensiero, di riflessione, di discernimento, perché la realtà è molto complessa. Io credo che sia necessario pensare quali modelli di Sanità siano migliori e più rispondenti oggi. La riflessione, a tale proposito, deve essere condotta con molta "umiltà". Utilizzo il termine "umiltà" in senso cristiano. Quando essa è autentica, è una tradizione anche profondamente umana, che vuol dire ricerca, consapevolezza del limite e delle possibilità da investigare, da condividere. Intesa in questo senso, ci permetterà di vivere non un momento isolato, ma di intraprendere un cammino che toccherà vari aspetti.

Perché siamo qui?
Gli obiettivi
essenziali sono
fondamentalmente
tre

Il primo è avviare un dialogo costruttivo sull'utilizzazione di strumenti informatici, affinché lo strumento non diventi "fine", ma sia al servizio della centralità e della integralità delle persone, affinché dia risposte alle esigenze delle persone, e sia finalizzato a una migliore cura della salute.

Il secondo obiettivo è approfondire le possibilità offerte dall'informatica che non stiamo inventando, ma che esiste, che ha già delle esperienze, che ha delle possibilità e, probabilmente, dei problemi. Su questo io credo, valga la pena riflettere.

Il terzo obiettivo è promuovere sinergie di soggetti e di competenze, del resto qui presenti e, che, sebbene diversificate, sono tutte orientate verso la cura nel mondo della salute. Potremmo pensare reti di comunicazione informatica al servizio della prevenzione, della cura della persona, della formazione professionale, ecc....

La nostra riflessione attorno a questi obiettivi certamente non ci permetterà di raggiungerli in una giornata. La prospettiva è quella di una comunicazione nel processo di cura della salute del malato e del sofferente. Utilizzo questi termini per abbracciare tutto il mondo della salute, perché dobbiamo pensare alla preoccupazione, alla prevenzione, alla condizione della malattia, senza dimenticare l'accompagnamento della sofferenza. Senza comunicazione non si dà umanizzazione, ma è altrettanto vero che, senza umanizzazione, non si dà autentica comunicazione, né corretta utilizzazione degli strumenti tecnici che, pure, servono a comunicare.

Gli strumenti ricevono vita da chi li utilizza.

Mi piace collocare questo nostro incontro seminariale alla tematica della nona giornata mondiale del malato, che, come tema e messaggio, aveva questo slogan: "Costruire ponti, non solitudini".

Nel processo di comunicazione è centrale la persona malata. La comunicazione è il termometro che indica le condizioni di salute o di malessere di una istituzione. Quando è attiva diventa un filo che unisce idealmente le intenzioni e l'impegno di quanti operano nel mondo della salute. Quando è carente, o viene strumentalizzata ai propri fini, genera barriere, inasprisce i rapporti, instaura un clima di rivalità e competizione tra gli operatori sanitari. Il processo di guarigione si realizza attraverso la cooperazione di tanti contributi e la comunicazione aiuta ad armonizzare il mosaico degli interventi per il miglior bene del malato.

È in questa ottica che, nei suoi limiti, intende collocarsi questo nostro incontro.

Auguri a tutti di buon lavoro!



Far colloquiare mondi diversi a servizio della cura della persona

Dr. STEFANO BIASIOLI - Presidente CIMO-ASMD

Sono molto contento di partecipare a questo Seminario perché è un'occasione unica (ma, spero, ripetibile) di far colloquiare mondi diversi che molte volte, pur sfiorandosi, non comunicano tra loro.

Umanizzazione

Spesso noi medici, noi tecnici ci dimentichiamo che la medicina non è una scienza esatta, che la medicina non è fatta solo di indagini strumentali e dell'esame asettico di un corpo, che la medicina non è composta da malattie ma da un insieme di malati, di pazienti e di sanitari.

Umanizzazione significa: adoperare il camice bianco come una stola; confessare il paziente; dividerne i problemi; aiutarlo ad affrontarli, con o senza farmaci, con o senza organi artificiali, con o senza tecnologie sofisticate.

Oggi il paziente è assetato di informazioni ma è soprattutto avido di quel rapporto diretto medico-paziente che era tipico delle scuole mediche greca e romana e, purtroppo, sottovalutato dalla tradizione medica anglosassone.

Occorre tornare indietro, per ricostruire quel rapporto di fiducia che una lunga stagione tecnocratica ha fatto affievolire.

Processo di cura

Le malattie, soprattutto quelle croniche, sono espressione di un processo patologico e necessitano di un processo di cura, non di interventi estemporanei. Sembra una banalità ma non è un concetto scontato. "Processare la malattia" significa seguirla con attenzione e, con attenzione, cura, costanza e professionalità, affrontarla non ex cathedra ma insieme al soggetto malato.

È esplosa in questi ultimi decenni, prima nel settore economico-commerciale e poi anche nei settori dei servizi, medicina inclusa.

Con l'informatica si possono ottenere molte cose: creare banche-dati; memorizzare immagini ed interventi; condividere esperienze scientifiche di parti remote del mondo, creare ospedali virtuali; fare formazione ed informazione; raffinare e condividere le diagnosi; effettuare interventi chirurgici a distanza; monitorare il paziente a domicilio o sul territorio; elaborare statistiche sofisticate etc.

L'informatica è uno strumento che consente atti "ultrafini" (ad esempio la centratura di una neoplasia per la gamma knife) oppure atti "banali", ma significativi sul piano economico, come la riduzione del pedonaggio, ossia dei passi perduti degli OTA nei vani corridoi ospedalieri.

L'informatica è un nuovo strumento per il medico e per il paziente. Talmente nuovo che – ancor oggi – è difficile far colloquiare tra loro Reparti e Servizi, datati di strumentazioni diverse, spesso con sistemi chiusi e – di conseguenza – non predisposti per la diffusione dei dati e della informazione tramite una rete interna ad esterna.

Spesso gli apparecchi di laboratorio non colloquiano con quelli di radiologia e di dialisi; spesso le banche dati sono impenetrabili; spesso atti comuni che generano informazioni banali (polso, ECO, pressione, peso) ma importanti producono archivi cartacei non condivisi.

Non è solo un problema di ANAGRAFICA.

È, soprattutto un problema di acquisizione, semplice ed automatica, di dati prodotti quotidianamente dall'attività medica. Con un evidente risparmio di tempo e di risorse e con una metodologia di lavoro che consente al clinico maggior accuratezza e precisione.

E il malato dov'è?

Il malato è il fine. L'informatica, anche l'informatica medica, va messa al servizio del malato. Più informazioni; miglior modo di lavorare; minor spreco di tempo in attività banali (pedonaggio, cartelle cartacee, modulistica da compilare, ricerche manuali talora affannose).

Più tempo per l'essenza dell'attività medica: Il rapporto con il malato, basato non su un generico buonismo ma su una solida base scientifica alla quale l'informatica (anche l'informatica) fornisce un supporto indispensabile, anche se non esclusivo.

L'informatica può aiutare a ricreare un buon rapporto tra medico e paziente. Il medico potrà informare adeguatamente il paziente, che – venendo maggiormente coinvolto nelle scelte terapeutiche – probabilmente ridurrà il contenzioso legale, oggi incontrollabile. Ma, per arrivare a questo, i nuovi sistemi informatici dovranno essere a misura d'uomo, facili da apprendere e facili da usare.

Questo Seminario, nato da una lucidissima intuizione di Don Sergio Pintor, vuole gettare le basi per questo nuovo approccio e per una nuova filosofia tecnologica in medicina.



umanizzazione in sanità: una interpellanza a cui rispondere insieme

Mons. ANGELO BAZZARI - Presidente Fondazione "Don Gnocchi"
e membro della Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità

Il mio intervento non intende riaffermare i principi non negoziabili espressi questa mattina, sui quali conveniamo tutti. Io vorrei capire se tali principi, nella nostra attività siano applicati alla realtà. Siamo tutti d'accordo che l'informatica non è un fine, ma un mezzo, ma si tratta di vedere se, in concreto, sia davvero così. Siamo alla deriva della tecnologia, per cui vale la pena di dare un colpo di freno, oppure la tecnologia è un nuovo modo per interpretare esattamente la pratica della medicina e l'umanizzazione.

In questo seminario, la mia relazione, probabilmente, non sarà condivisa da tutti, ma stimolerà la discussione.

Io mi metto nell'ottica della sanità cattolica.

Ritengo che, in Italia, stiamo attraversando un momento di crisi non congiunturale, ma strutturale. Vedo un mondo cattolico affaticato, soprattutto per le opere cosiddette di "carità", quelle storiche, mentre si va verso le grandi aggregazioni di interessi, per dare risposte sempre più articolate. Inoltre, vi è la crisi delle vocazioni. Noi, che spesso parliamo di comunione e di condivisione, non riusciamo a realizzare le macro-aggregazioni che possono portarci sul "mercato", tra virgolette. Oggi, rischiamo di chiederci quale sia la nostra identità. Se la ricerca scientifica e la tecnologia più avanzata si inseriscono in questo mondo, quale può essere il nostro specifico? La tenuta dell'ulteriore sviluppo della sanità cattolica deve essere promossa secondo due profili.

Anzitutto, preoccupandoci dell'efficienza delle strutture che già operano, magari anche con le modalità del non profit.

In secondo luogo, facendoci carico del fatto che oggi, a fronte delle innovazioni in campo medico, è necessaria una presenza autorevole in campo sanitario, in termini della cultura della salute, per corrispondere a una responsabilità civile, nei confronti della nostra comunità.

Entrambi gli aspetti possono confluire in una domanda, che potrebbe essere la traccia tematica di questa discussione. Perché un cittadino dovrebbe farsi curare in una struttura sanitaria di matrice religiosa, di ispirazione cristiana, di umanizzazione a 18 carati, piuttosto che in una casa di cura privata? Che cosa offriamo di più, o di meglio, o di diverso, perché debba venire in una struttura che trae ispirazione dal mondo cattolico? Sul piano della competenza tecnico-scientifica, dell'accuratezza clinica, della cosiddetta umanizzazione del servizio, intendo con tale termine anche le modalità di accoglienza, le condizioni alberghiere della struttura di degenza, la personalizzazione del rapporto con il paziente; perché privilegiare uno di questi presidi? Probabilmente, sotto questi profili, non c'è più ragione perché questo avvenga ancora oggi. Storicamente, le nostre istituzioni sanitarie, sia quelle che hanno secoli di storia alle spalle che quelle più recenti, hanno risposto ai bisogni che nessuno considerava, nemmeno lo Stato.

Quando i grandi fondatori di alcuni dei maggiori ordini religiosi hanno cominciato a costruire i primi ospedali, erano dei pionieri. Chi si occupava dei disabili cinquant'anni fa, nel nostro Paese?

Il vantaggio di essere partite prime, ha consentito alle nostre istituzioni sanitarie di maturare una competenza che le ha fatte preferire anche sul piano della qualità tecnica del servizio, a prescindere da ogni altro valore in gioco, che pure era offerto. E parlo di attenzione viva nei confronti della persona, guardata nella sua totalità dall'inizio alla fine, dalla culla alla tomba, dall'alba al tramonto.

Oggi, cosa c'è di peculiare in noi che può distinguerci? Cosa diamo che altri non possono o non sanno dare?

La nostra ragione d'essere cattolici impegnati in campo sanitario, non dipende solo dalla peculiarità di credere in una dimensione trascendentale dell'uomo e della vita. Noi siamo al servizio della centralità della persona, perché la nostra finalità non è quella imprenditoriale di ottenere profitti. Le nostre realtà sanitarie sono tutte, tranne le poche che fanno riabilitazione, incentrate sulla cura di malattia in fase acuta, mentre oggi la tutela della salute deve articolarsi in modi più differenziati nelle sue funzioni. Ormai l'ospedale-centrismo sta saltando, mentre noi siamo ancora fermi a una visione che pone al centro l'ospedale. Occorre, secondo me, indagare su alcune condizioni che caratterizzano la nuova medicina, in particolare sulla gnomica. La medicina rischia di essere coniugata secondo parametri di impronta neo-meccanicistica e interpretata secondo modelli deterministici di stampo riduzionista.

Se l'uomo viene concepito come un servo-meccanismo del suo patrimonio genetico, si finisce per smarrire lo spessore della libertà e della responsabilità, pertanto ci si rapporta al soggetto sofferente, previo un drastico impoverimento del suo valore di persona, esistente anche senza invocare una concezione religiosa cristiana.

Cosa è, dunque, la malattia? Cosa implica la nostra pretesa di curarla? Si tratta semplicemente di riassetto determinati processi di ordine bio-molecolare, quasi che lavorassimo su un robot? La chiave ingegneristica della genetica fin dove spinge la sovrapposizione fra medicina e meccanica?

Si tratta di problemi che sono pane quotidiano per noi.

La malattia, anche senza pagare tributi a concezioni psico-dinamiche e senza invocare interpretazioni psico-somatiche, nella sua cruda organicità, è, in ogni caso, un evento della vita e la segna, talvolta irrevocabilmente. È l'esistere, non il mero funzionare di una persona. La malattia si esaurisce nella sua decrittazione, eziologia o va oltre?

Nella nostra cultura diffusa, per ricaduta da quella scientifica, forse, meglio, per una cattiva divulgazione dei risultati della scienza, si sta affermando quello che io chiamo "pandeterminismo genetico", anche se i dati più recenti del sequenziamento del genoma umano già dovrebbero correggere questa tendenza. Lascio a voi, il maggior rigore su questa tema. Da quando si è appreso, con una buona dose di sorpresa, che i geni dell'uomo sono solo 30.000 e non 140.000, come si pensava, subito si è alzata la voce di scienziati molto autorevoli, che hanno precisato due concetti. L'uomo è ben più dei suoi geni. Ciò che lo determina è la sua personale fisionomia, è l'insieme delle sue esperienze, anzi, per certi aspetti è il suo vissuto a retroagire sul suo genoma.

Infatti, è l'organismo in toto ad accendere e spegnere, nel soggetto singolo, i vari geni, il che significa che l'organismo è più delle sue parti. Ne consegue, in termini di filosofia e di biologia, che il determinismo valido nelle scienze fisiche, non è applicabile, in modo generalizzato, alle scienze biologiche. Intendo dire che, in una visione più ricca, meno scontata e più complessa degli eventi biologici in cui consiste la malattia, hanno ragione coloro che cercano di scorgervi un profilo "umano" e non riducono la persona ad una sorta di preparato anatomico-funzionale.

Ma cosa significa, allora, sul piano dell'organizzazione di un servizio sanitario e della clinica, concepire la malattia in questo modo?

Abbiamo qualcosa di nostro da dire, da proporre?

So bene che abbiamo problemi molto concreti, molto contabili: Stanno nascendo modelli regionali diversi di sanità, ma credo che saranno le risorse a determinare e a definire i modelli nel prossimo futuro. Sono convinto che, fin dai prossimi anni, il fronte della qualità in campo sanitario attraverserà questi territori e non altri, che fortunatamente sono stati già invasi da numerosi soggetti, profit e non, e stanno per essere conquistati anche dalle strutture pubbliche.

Se siamo espressione di una Chiesa esperta in umanità, non possiamo che sentire nostra questa nuova trincea, altrimenti, come combattere la cultura dell'eutanasia?

Solo dicendo e predicando la nostra concezione della vita, e testimoniandola creando degli Hospice per i malati terminali e ospedali senza dolore. A questi problemi occorre dare una risposta concreta, che sia alternativa ad una concezione "disperata" della sofferenza.

È secondo questo criterio che dovremo riconsiderare il panorama dei nostri impegni nel campo della promozione della salute. Ovviamente, ricercare questa nuova frontiera della ricchezza umana dell'atto sanitario e dell'originalità del nostro porto, implica che si diano per scontati i discorsi inerenti la qualità tecnico-scientifica e la capacità di reggere l'equilibrio economico delle nostre strutture. Purtroppo, questi discorsi sono scontati, per cui so bene che dobbiamo farcene carico, senza discorsi di prospettive culturali che smarriscano il contatto con la realtà.

Eppure, bisogna cercare di cogliere le nuove prospettive, ad esempio, il necessario passaggio da quella che chiamerei la sanità passiva ad una sanità attiva; la citata gnomica, la medicina predittiva che progressivamente matura e diverrà presto un fatto di violenza antropologica imponente; una domanda di salute più mirata da parte di cittadini più informati e coscienti dei loro diritti; la dinamica dei conti pubblici e del mondo che gioca la spesa sanitaria in tutta la società ad alto tenore di sviluppo.

In definitiva, un insieme di fattori diversi, ma convergenti, indicano come educazione alla salute, cultura dell'ambiente, medicina preventiva-riabilitativa, in una parola, tutto ciò che può mettere il cittadino in una condizione di più diretta e consapevole gestione del benessere suo e del contesto in cui vive, finiranno per assumere un rilievo enorme nel quadro delle politiche sanitarie che vedranno, al contrario, almeno percentualmente, decrescere l'importanza delle strutture finalizzate alla fase acuta di malattia.

Soprattutto, in questi nuovi ambiti, si svilupperà quello straordinario potere di induzione culturale, perfino di mutazione antropologica, che oggi ha la medicina. Possiamo essere assenti da

un terreno dove si giochi il domani dell'umanità, cioè la concezione del sé, della vita e della storia, con cui l'uomo affronterà i prossimi decenni o addirittura i prossimi secoli?

Non è certo casuale che diversi fra i maggiori filosofi contemporanei della stagione dell'ingegneria genetica e delle biotecnologie sviluppino riflessioni sull'uomo, applicando la loro analisi a questi cambi tematici. Siamo in grado di mettere in campo iniziative comuni che ci permettano di cominciare ad essere attivi anche in questi ambiti, o li abbandoniamo ad altre culture e ci limitiamo a far quadrare i conti? Come progettiamo, allora, la nostra attività di formazione, di aggiornamento culturale e scientifico, per avere figure professionali che sono consapevoli di questi nuovi scenari? Come sfruttiamo, ad esempio, le possibilità offerte dalla rete e dall'informatica?

Come costruiamo il contesto culturale e l'ambiente etico in cui operare, affermando nella pratica quotidiana l'insieme dei valori che ci stanno a cuore?

A rafforzare una concezione meccanicistica della medicina contribuisce l'idea di organizzare la Sanità secondo il criterio dell'aziendalizzazione spinta. Questo è necessariamente il quadro concettuale entro cui, oggi, dobbiamo giocare la nostra partita. Di necessità bisogna far virtù, anche perché ci sono opportunità da cogliere nei processi di aziendalizzazione, purché vengano condotti sapendo che un ospedale non è affatto un'azienda, almeno secondo il significato corrente del termine.

Nello scenario di una cultura liberistica a senso unico, sia a Destra che a Sinistra, non si parla che di privatizzazioni, di modelli aziendalistici, come unici indici di valori. Si parla di Azienda Italia, di competizione esasperata, di primati da conquistare, di mercato quale legge unica, sovrano inappellabile. Concetti importanti, quali quelli della produttività delle strutture, di managerialità della loro conduzione, finiscono, applicate al mondo della salute, per assumere un profilo ambiguo. Occorre che le realtà che operano in Sanità, consapevoli di rappresentare un patrimonio di civiltà per il Paese, al di là di ogni dato confessionale, diventino una voce autorevole, nel quadro dei dibattiti inerenti la cultura della salute e le relative politiche che il Paese intende darsi. La solidarietà, da cui sono nate e secondo la quale ancora operano le nostre strutture sanitarie, non è solo un sentimento, un'opzione che vale solo per chi crede, è un elemento strutturale della convivenza civile.

Dentro un contesto che misura tutto solo in termini di denaro, conciliare efficienza e solidarietà diventerà ogni giorno più difficile?

È una bella sfida e, probabilmente, il linguaggio della tecnologia più avanzata si può mettere al servizio di questi concetti e potrà migliorare la qualità delle nostre prestazioni.

Quando mi è stato chiesto di partecipare a questo convegno, mi sono chiesto se non fosse un paradosso parlare di umanizzazione, in un'azienda, in cui il servizio è fatto da persone, sulle persone e per le persone. È assurdo parlare di umanizzazione in un servizio fatto dall'uomo per l'uomo; non siamo alla FIAT. Il malato non è paragonabile all'uomo che chiede di fare un viaggio o di guidare un'auto sicura: il malato è un uomo sofferente. Il dolore è universale, il suo significato va oltre ogni latitudine.

Il fondatore della nostra realtà, don Gnocchi, diceva: "Nello stato di dolore tocchiamo il mistero più profondo, più insondabile dell'uomo". Esprime un bisogno non soddisfatto e, anche se non è ammalato, si trova in una condizione di debolezza, di incertezza, di fragilità, di vulnerabilità.

Se oggi si parla di "umanizzazione", se si organizzano dibattiti e convegni, se si scrivono leggi specifiche per garantire l'umanizzazione dell'ospedale e per rendere obbligatori comitati di bioetica, è perché l'organizzazione ha perso completamente di vista il suo valore principale e la sua missione profonda, ha perso di vista che l'umanizzazione è la vera risposta al bisogno.

E come se l'avvocato Agnelli organizzasse riunioni allo scopo di ribadire che l'impegno della FIAT è di fabbricare automobili funzionanti. Già questa affermazione dichiara che l'organizzazione in questione non è più in grado di fare automobili funzionanti.

Quindi dov'è il problema?

Il problema si identifica nella consapevolezza della crisi del rapporto tra medico e paziente, tra operatore e persona, tra chi è davanti allo sportello e che deve ricevere delle informazioni. Ma, prima di tutto, tra Uomo e Uomo, scriviamolo con la maiuscola: È entrato in crisi il rapporto tra la gente e l'organizzazione del lavoro.

Come superare questa crisi? Come recuperare atteggiamenti e comportamenti sereni, ricchi di umanità, che non abbiamo più bisogno che l'umanizzazione sia obbligatoria o imposta per normativa? Come si può stimolare, tramite una legge, un sistema incentivante o uno penalizzante?

Io credo che una delle possibili carte da giocare, per dare soluzioni, sia recuperare la cultura del lavoro. Occorre recuperare e garantire competenze e conoscenze necessarie in questo momento storico, in cui è diffusa l'incapacità di capire e di mettere in relazione domande e bisogni espressi e non espressi dalle persone. In que-

sto momento storico, i bisogni sono complessi e diversificati, sono bisogni sociali e sanitari, di riabilitazione e di prevenzione, di benessere e di salute, di qualità della vita e della morte.

Si alternano in un dualismo continuo, difficilmente governabile. Per rispondere a questi bisogni, è necessario l'intervento di diverse professionalità, di diversi strumenti, anche più sofisticati. Come fare? Come riuscire ad organizzare tutto questo? Il problema di fondo si identifica, secondo me, nella mancanza di strumenti, anche informativi, in grado di valutare bisogni e di misurarli.

Questo è il punto, per poter poi, decidere i passi ulteriori. È necessario che questi strumenti siano condivisi, per consentire a diverse professionalità di comunicare con un linguaggio comune ed universale, affinché tutti siano, nella propria specificità, nelle condizioni di poter leggere e decodificare il bisogno.

Nelle nostre strutture, tutte le volte che proponiamo il confronto con i medici, essi hanno il timore di essere trasformati in amministratori, oppure hanno il timore che queste strumentazioni, anziché aiutarli ad avvicinare il mandato, lo distanzi, lo metta in condizione di non avere questo tipo di relazione. Inoltre, faticano ad integrarsi in una struttura perché c'è la difficoltà di comunicare tra le diverse professionalità.

Mi attendo risposte dal vostro lavoro. Sarà possibile, attraverso gruppi di lavoro, trovare con chiarezza obiettivi comuni da perseguire e risposte al bisogno. Sarà necessario identificare ed assumere, di conseguenza, le responsabilità all'interno delle organizzazioni. È stata riproposta con forza la questione della soddisfazione dell'uomo all'interno delle organizzazioni produttive.

Appare necessario scegliere tra efficienza senza umanità, per il taglio dei posti, e l'efficacia nella responsabilità, all'interno dell'organizzazione. Questa è la sfida del prossimo decennio. Di qui, allora, lo sviluppo del senso della responsabilità.

Cosa sta tentando di fare la nostra fondazione?

Abbiamo venti centri diffusi in nove Regioni d'Italia. Ci interessiamo di riabilitazione cardiologia, respiratoria, neurologica, motoria. Abbiamo alcuni istituti di cura a carattere scientifico, dove abbiamo assistenza e ricerca, cinque R.S.A. per anziani non autosufficienti, un hospice per malati terminali.

È una realtà che ha tremila dipendenti. Come abbiamo tentato di affrontare le sfide e le provocazioni che ci arrivano dalla strumentazione tecnica?

Noi, con tutti i dirigenti, abbiamo cercato di realizzare un percorso formativo triennale. Siamo riusciti ad elaborare una carta dei valori, siamo arrivati a tentare di mixare tre dimensioni: quella tec-

nica-scientifica, per rendere più efficaci le prestazioni, attraverso il potenziamento della ricerca e l'innovazione tecnologica; quella organizzativa-gestionale, per raggiungere gli obiettivi che ci proponiamo, guardando alla maggiore efficienza ed efficacia dei processi gestionali e alla piena valorizzazione delle risorse umane.

Su questo si gioca il futuro!

Tutto questo, nella dimensione della solidarietà sociale, per caratterizzare il nostro modo di operare, in coerenza con il carisma ispiratore del nostro fondatore don Gnocchi; in continuità con il patrimonio storico della Fondazione, la cui filosofia può essere riassunti da due testi di don Gnocchi: "Cristo con gli alpini" e "La pedagogia del dolore innocente", che è la summa finale di tutti i suoi pensieri.

Don Gnocchi diceva:

"Ho cercato con avida ed insistente speranza le vestigia di Dio in questo mondo. Mi è parso di averle trovate negli occhi ridenti e casti dei bambini, nel sorriso stanco e opaco degli anziani, nelle grida o nel silenzio dei sofferenti e dei dolenti, nel crepuscolo finale dei morenti."

La solidarietà deve ripercorrere tutte queste strade, dall'inizio alla fine. E poi, alla domanda sul perché in questo mondo esista il dolore dei bambini, definito innocente, don Gnocchi rispondeva che il motivo era manifestare le opere di Dio e quegli degli uomini. Poi abbandonava la pista di Dio e considerava quella degli uomini, sottolineando l'amoroso e inesausto travaglio della scienza. Quindi, la scienza è al servizio dell'uomo: là dove c'è maggiore sofferenza ancora più acuta deve essere l'intelligenza umana e più disponibile al servizio dell'uomo.

Il dolore c'è perché sia sigillata la solidarietà umana e quindi annette al servizio tutte le strumentazioni con questo fine e, terzo, aggiungeva don Gnocchi, per il prodigio della carità.

"Carità" non vuol dire elemosina o beneficenza, è il prima e il dopo, anticipa e finalizza.

Se riuscissimo ad interpretare questo tipo di filosofia credo che potremmo dare qualche soluzione accettabile o ragionevole per tutti.



La necessità di usare lo strumento informatico come mezzo per l'umanizzazione della cura del malato

Dr. ROBERTO D'ALICANDRO
Responsabile Area Sanità Siemens Informatica

Schema della Relazione

I presupposti per un miglioramento della Sanità

- Recupero del processo di umanizzazione della cura del malato
- Miglioramento della qualità della cura del malato
- Recupero di efficienza al fine di poter servire una domanda sanitaria in continua ascesa
- La tecnologia come “strumento” e non come “soluzione”

I presupposti per un miglioramento della Sanità

- Recupero della concezione “olistica” (rispetto all'ingegneria genetica) e consolidamento dell'approccio olistico
- Continuum del processo di cura
- Recupero di stili di vita più sani

Processo di umanizzazione: perché?

Processo di trasformazione sociale, economica e politica

- Fattori endogeni (sviluppo del know-how scientifico relativo a nuove forme di trattamento e cura e a nuove forme di assistenza)
- Fattori esogeni (fenomeno demografico e mutamenti sociali)

Modifica della domanda sanitaria

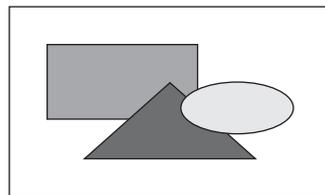
e cambiamento nella epidemiologia delle malattie

- Aumento del bisogno di informazione e di autonomia nel decidere sulla propria salute e sul modo di curarsi
- Passaggio dall'impostazione autoritaria dell'Ospedale a un rapporto di tipo contrattuale e negoziale in cui il paziente sceglie utilizzando fonti informative fuori dal controllo della Comunità scientifica

- L'Ospedale e i suoi professionisti devono accettare una dimensione di ascolto e di riconoscimento delle scelte degli ammalati
- L'aumento delle malattie croniche richiedono di essere trattate per anni. Necessita operare in condizioni di continuità terapeutica ed informativa sia per l'Ospedale che per il Territorio
- I programmi di trattamento e cura vedono sempre più frequentemente l'intervento di professionisti con competenze e collocazioni differenti, dentro e fuori l'Ospedale con le difficoltà legate all'esigenza di coordinamento e di comunicazione tra attività domiciliari e ambulatoriali e servizi erogati in regime di ricovero

Un nuovo concetto di "salute"

- Un fenomeno diffuso tra tutti i sistemi sanitari dell'Unione Europea riguarda la conquista della salute non più concepita come un campo di lavoro riservato esclusivamente agli operatori della sanità, ma come terreno su cui si confrontano e collaborano tutti i soggetti sociali e le forze istituzionali (Comuni, regioni, Assoc. di volontariato, scuola, famiglia)
- L'accezione più ampia del concetto di salute richiede la convergenza di più politiche sviluppate a più livelli di governo. Allo stato attuale risulta ancora carente una politica di integrazione socio-sanitaria sia in senso verticale che orizzontale



Il nuovo ruolo del Settore Sociale/Comunità

- Al terzo settore viene riconosciuto un ruolo di protagonista delle politiche sociali, in grado di coniugare produzione di servizi e socialità, diventando strumento di innovazione e allargamento di un'offerta pubblica che altrimenti non potrebbe soddisfare una domanda sociale complessa ed articolata.
- Il Settore Sociale/Comunità diventa agente di sviluppo del territorio e dell'occupazione, oltre che strumento di coinvolgimento della cittadinanza e di affermazione di nuovi diritti.
- Si struttura, così, un nuovo concetto di servizio erogato, dove il sistema pubblico ne conserva titolarità e finanziamento, demandando all'impresa Sociale/Comunità i compiti di gestione diretta.

L'autonomia regionale

- Opportunità per la realizzazione di iniziative di miglioramento nella Sanità offerta dall'autonomia regionale e dal nuovo ruolo assegnato dalla Riforma alle autonomie locali.
- Una strategia che non si limita a ridisegnare meccanismi di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, ma propone

un approccio intersettoriale che comprende, in un disegno unitario, la promozione della salute, la cura delle malattie e l'organizzazione dei servizi.

- La riforma del settore sanitario deve svilupparsi attraverso la collaborazione dei diversi livelli di responsabilità in modo da realizzare un sistema al tempo stesso nazionale (in quanto deve garantire livelli uniformi sull'intero territorio) e locale (in quanto valorizza le responsabilità regionali ed aziendali nella programmazione, nella produzione e nella erogazione dei servizi sanitari).

Spesa pubblica in materia di salute

- Tra i servizi offerti dal SSN la rete ospedaliera rappresenta la componente che maggiormente incide sulla spesa sanitaria complessiva.
- Creare un posto letto in ospedale può costare 150/200 mila Euro.
- Un posto letto in degenza può costare mediamente 500 E/gg
- Un posto letto in Terapia intensiva può costare mediamente 2,5/3 mila E/gg
- Segnali dal governo di riduzione dei posti letto di circa il 30/40% e la riorganizzazione della rete ospedaliera che promuova una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, ma che mantenga buoni livelli di qualità dei servizi offerti.

I presupposti per un miglioramento della sanità

- Recupero del processo di umanizzazione della cura del malato
- Miglioramento della qualità della cura del malato
- Recupero di efficienza al fine di poter servire una domanda sanitaria in continua crescita
- La tecnologia come "strumento" e non come "soluzione" 10

Miglioramento della qualità della cura del malato

- I servizi alla base del miglioramento
- Aumento della autoconsapevolezza dei pazienti
- Scelta di concorrenzialità del privato (cattolico e laico) nei confronti del servizio pubblico non come realtà supplente, ma come competitiva e/o integrativa

I presupposti per un miglioramento della sanità

- Recupero del processo di umanizzazione della cura del malato
- Miglioramento della qualità della cura del malato

- Recupero di efficienza al fine di poter servire una domanda sanitaria in continua crescita
- La tecnologia come “strumento” e non come “soluzione”

Recupero di efficienza al fine di poter servire una domanda sanitaria in continua crescita

- Ottimizzazione dei processi di cura dell’Ospedale/Clinica
- Definizione di protocolli di cura in ottica umanizzante Personalizzati in base all’individuo e al suo nucleo familiare e orientati verso l’acquisizione di un migliore stile di vita
- Decentralizzazione dei processi di cura verso il domicilio del paziente
- Ottimizzazione delle risorse sul territorio verso una complementarità nei confronti del SSN
Attraverso la creazione di una rete di strutture per il ricovero e la gestione integrata sul territorio di malati cronici e il migliore trattamento nei confronti dei malati terminali.

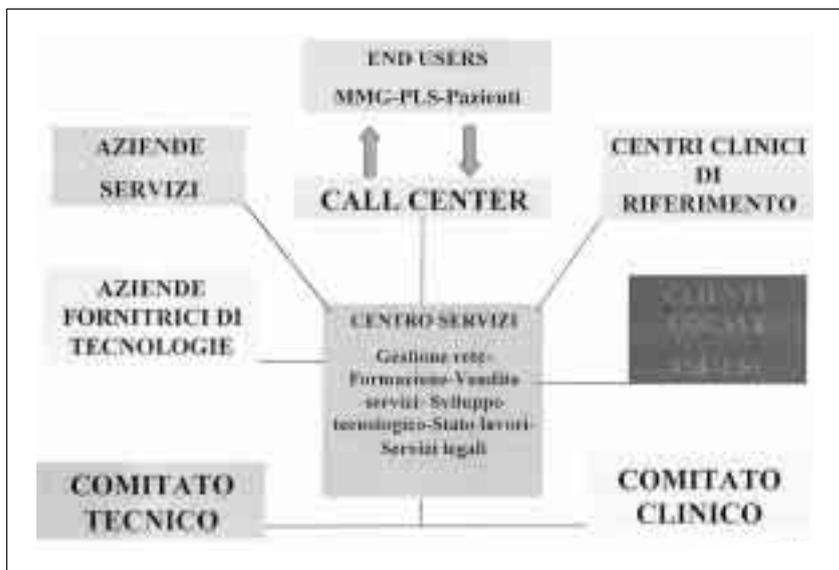
I presupposti per un miglioramento della sanità

- Recupero del processo di umanizzazione della cura del malato
- Miglioramento della qualità della cura del malato
- Recupero di efficienza al fine di poter servire una domanda sanitaria in continua crescita
- La tecnologia come “strumento” e non come “soluzione”.

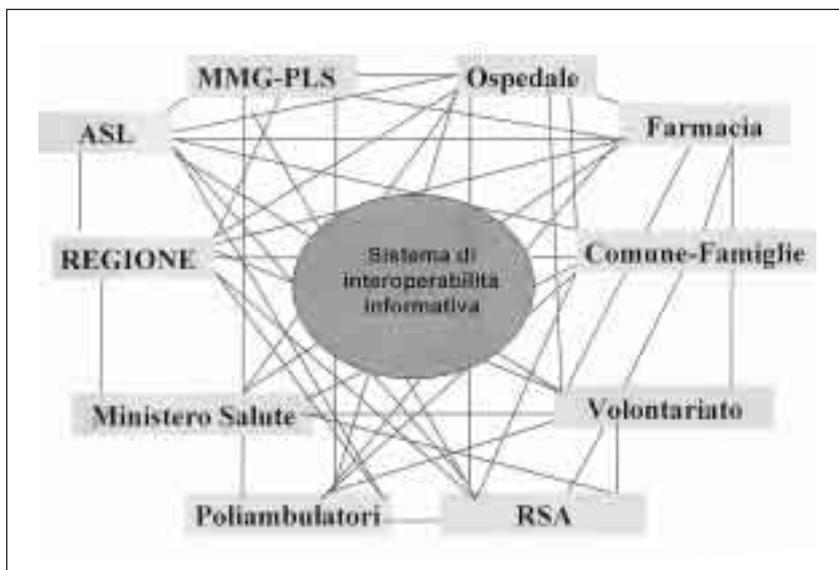
La tecnologia come “strumento” e non come “soluzione”

- L’Information Technology deve essere uno strumento al servizio delle varie organizzazioni
 - Le organizzazioni sono uniche nella loro esistenza e missione
 - L’approccio deve essere orientato “a progetto” e non “a pacchetto software” per riflettere al meglio le necessità uniche delle varie organizzazioni
 - La tecnologia non significa sacrificare il fine per il mezzo (a volte si rischia di correre dietro a mode tecnologiche a detrimento della soddisfazione degli operatori).

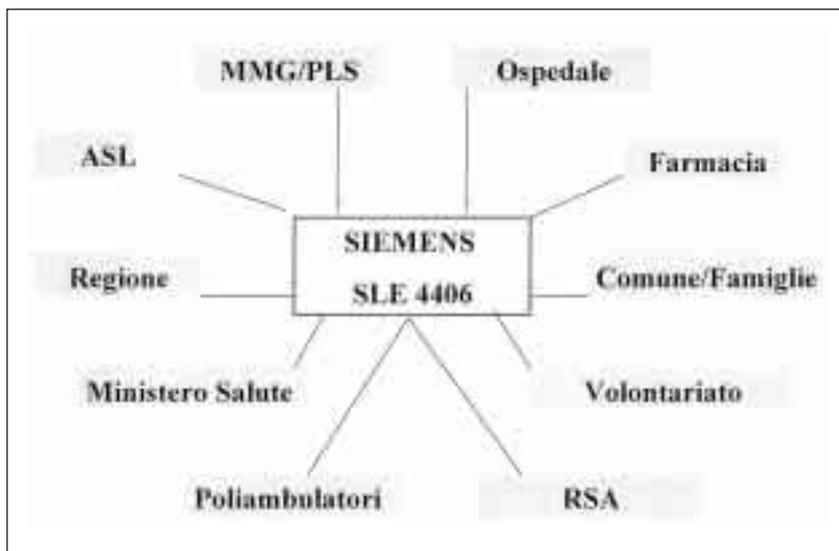
La proposta di Siemens Informatica
Un modello integrato di assistenza sanitaria domiciliare



Circuito informativo logico tradizionale



Circuito informativo logico innovativo



La proposta di Siemens Informatica

L'offerta di una serie di servizi che spaziano da:

- Creazione di strutture di base per supportare impianti informativi importanti
- Definizione di strutture dati paziente multiepisodiche (del tipo LifeTime Clinical Record)
- Supporto all'utilizzo delle medesime attraverso media tipo smart card (Carta sanitaria Elettronica)
- Definizione di trattamento dati in settori specifici quali l'Home Care con compiti clinici, ma anche di ausilio logistico (sistemi GPS basati su palmari che permettono l'ottimizzazione dei percorsi per gli assistenti/operatori ADI).
- Vendita di servizi di firma elettronica da utilizzare sia sul territorio che nell'Ospedale/Clinica per attività di richieste dai reparti ai servizi e per firmare elettronicamente i referti diagnostici
- Offerta di piattaforme tecnologiche (da integrare con contenuti di Istituti di Formazione in Medicina) per l'Educazione Continua in Medicina (e-Learning)
- Creazione e gestione di Call Centers e Help Desk per problematiche sanitarie specifiche (di supporto a CUP e per la gestione sul territorio del parco macchine)
- Offerta di servizi di manutenzione e gestione in outsourcing del parco macchine installato.

COLLIGIT HOSPITES, NUDOS VESTIT ET NON SOLUM INFIRMOS VISITAT, SED EORUM IN SE INFIRMITATES ASSUMENS INFIRMANTIIUM CURAM AGIT.



esigenza di un costante aggiornamento nella professione medica: la possibilità di ottenerlo con metodologie di e-learning

Prof.ssa GENNY TORTORA - Preside Dipartimento di matematica ed Informatica, Università degli Studi di Salerno

Può sembrare che umanizzazione e informatica siano in opposizione. In realtà, questo è un mito da sfatare, perché parlare di informatica non significa parlare di qualcosa che è alternativo all'uomo. Chi di voi ha mai pensato che il telefono sia stato un mezzo che abbia ridotto la voce agli umani? Il telefono è stato il mezzo che ha consentito di migliorare e intensificare la comunicazione tra gli uomini..

Prima le persone si scrivevano, ma scrivere richiedeva più tempo e un livello di concentrazione diverso. Con le lettere, si interagiva con un minore numero di soggetti rispetto a quelli con cui s'interagisce con il telefono. Io assimilerei l'informatica al mezzo telefonico. L'informatica ha, da un lato, la capacità di annullare le distanze spazio-temporali e, dall'altro quella di aggregare informazioni, potenziando capacità che l'uomo non riesce ad avere. Cosa può significare calare l'informatica all'interno della Sanità? Essa può permettere di amplificare le capacità di ogni singolo, nello svolgimento delle proprie funzioni. Un medico è aiutato, nello svolgimento della professione, da mezzi che gli consentono di ridurre le distanze spazio-temporali. Egli riesce a far più cose, perché non ha limiti spaziali e temporali.

Basandomi sulla mia esperienza di docente all'Università di Salerno, posso sostenere che l'informatica contribuisce alla formazione. Non ho mai pensato che l'informatica possa soppiantare l'uomo nella formazione, ma offre nuove opportunità, che possono consentire di migliorare il nostro lavoro di insegnamento e di interazione con gli studenti. L'informatica permette di migliorare e ottimiz-

zare il livello di formazione che il docente può dare, facendo in modo che il tempo di attività di docente sia di elevata qualità, essendo amplificato dagli strumenti elettronici.

In sintesi l'informatica non è altro che un mezzo per la comunicazione.

Consentendo l'annullamento delle distanze spazio-temporali, migliora l'interazione tra gli operatori della sanità, che, attraverso la rete possono mettere in comune specifiche esperienze; migliora l'interazione tra medici e pazienti; inoltre, è un valido ausilio per la ricerca, integrata nella quotidianità di ognuno nella maniera meno onerosa. Infatti, quando all'onere del proprio lavoro, si aggiunge quello della comunicazione, diventa più difficile trasmettere la propria esperienza agli altri.

Infine l'informatica è importante anche per la formazione che non può prescindere dall'interazione tra gli specialisti della creazione dei processi formativi e gli studenti, che vengono a conoscenza dei risultati della ricerca.

Il Piano Sanitario Nazionale 2002/2004 è stato concepito in un'ottica nuova, coerente con i cambiamenti politico-istituzionali, i vincoli europei del patto di stabilità, le nuove aspettative di salute dei cittadini italiani. Rappresenta un progetto di salute da attuare con le Regioni in modo sinergico ed interattivo.

Il Piano Sanitario ha 10 obiettivi strategici che mirano a migliorare l'offerta in salute:

1. attuare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa;
2. creare una rete integrata di servizi sanitari e speciali per l'assistenza dei malati cronici, degli anziani, dei disabili;
3. garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie bio-mediche;
4. potenziare i fattori di sviluppo della sanità;
5. realizzare una formazione di alto livello in medicina e sanità;
6. ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi luoghi per i centri di eccellenza e per gli altri ospedali;
7. potenziare i centri di emergenza;
8. promuovere la ricerca bio-medica e biotecnologia, quella sui servizi sanitari;
9. promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute;
10. promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza.

Certamente, per ottenere questi obiettivi, le nuove tecnologie offrono lo strumento più economico. Sono lo strumento più economico per mettere in comunicazione tutti gli interlocutori, siano essi medici o pazienti. Oggi, viviamo in un mondo in cui la conoscenza ha un ruolo determinate.

La nostra è la società dell'informazione. Nella nostra epoca diventa sempre più difficile vivere senza un'accurata conoscenza di quanto ci circonda. Perciò, l'obiettivo n° 5 del Piano Sanitario Nazionale mira a realizzare la formazione di alto livello in medicina e sanità.

Il primo punto riguarda la formazione inter-aziendale, quindi all'interno di una stessa struttura, come base per garantire un'adeguata attività formativa che soddisfi tutte le categorie professionali interessate

Il secondo punto riguarda la formazione a distanza di tutti gli operatori, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, liberi professionisti, mediante approvazione ed accreditamento di piattaforme di processi di apprendimento assistito.

L'incrementazione del sistema di controllo della qualità degli eventi, dei provider, del programma di e-learning, educazione continua alla medicina, è affidata prevalentemente alle società scientifiche e alle loro federazioni.

Attualmente si assiste a un crescente fabbisogno informativo e a una diminuzione del tempo da poter dedicare alla formazione intesa tradizionalmente. Internet, la madre di tutte le reti, sta creando un bisogno enorme di formazione. La formazione deve essere flessibile, sia in termini staff che di tempo e non è più considerata come un costo, ma diventa un reale vantaggio competitivo.

La capacità dell'annullamento delle distanze spaziali-temporali consente a chiunque di strutturare il proprio programma di ampliamento del bagaglio di conoscenze, legittima esigenza dell'individuo in ogni campo del sapere, nei modi e nei tempi che sono più compatibili con i propri impegni di lavoro. Ieri, la formazione richiedeva che, in un'aula avvenisse l'incontro tra docenti e discenti; oggi, avendo a disposizione le nuove tecnologie, è possibile accedere a mezzi di informazione di gran lunga più flessibili, anche in presenza di limiti temporali e spaziali.

Sostanzialmente learning sta per elettronica, è il modo in cui trasformiamo la versione virtuale, qualcosa che viene fatto su livelli fisici diversi, basta aggiungere una “e”.

A questo punto è come l'e-mail, rendiamo virtuale, riduciamo sempre spazi, abbiamo ottenuto la versione “abartizzata”. L'informatica consente un apprendimento attivo e cooperativo. La scelta dell'interlocutore – docente, lo scenario di formazione che si vuole costruire, postici in una condizione di utente, sono a nostra discrezione.

La ricerca è un altro degli aspetti che sono facilitati dall'informatica. La formazione può essere adattata alle singole esigenze in virtù delle potenzialità della rete. È possibile che un docente faccia la sua lezione in un luogo e i suoi studenti siano contemporaneamente presenti in un altro. Si annulla, così, solo la componente spaziale, non quella temporale. Quindi, la rete consente ai discenti di interagire con i docenti, attraverso videoconferenze, telefono e internet.

L'elettronica, quindi, è soltanto un mezzo, non è pervasiva. In tutti questi processi l'elemento centrale continua ad essere l'uomo. I punti di questo approccio sono: la progettazione in funzione dei bisogni formativi e della disponibilità dei partecipanti, l'individuazione del giusto mix di sincrono/asincrono. Quando la componente temporale non è annullata, si parla di sincrono. Quando viene annullata la componente temporale, come nel caso del fax, si parla di asincrono.

È importante scegliere tra l'uno e l'altro e ciò fa parte della pianificazione della progettazione della scelta formativa, oltre che della scelta, da parte del partecipante, del livello di servizio interattivo più adatto. Le modalità di fruizione sono semplificate in caso di accesso remoto, in cui la formazione, basata su mezzi elettronici, avviene attraverso la rete, attraverso il web.

La formazione può basarsi su una distribuzione di supporti elettronici, CVD o CD rom.

Raggiungere contemporaneamente numerosissimi partecipanti, andare incontro alle esigenze del singolo, con la personalizzazione dei contenuti, delle metodologie e del tipo interazione.

Cosa occorre, per incominciare? Occorre conoscenza dei primi rudimenti dell'uso di un computer, così come, come per la comu-

nicazione cellulare, occorre conoscere alcuni segni funzionali. Bisogna conoscere i fondamenti della tecnologia dell'informazione, per individuare e correggere eventuali inconvenienti. Occorre vincere il senso di disorientamento che il mezzo elettronico può dare. Molti di voi pensano che sia più semplice usare un videoregistratore che un computer. Ebbene, è il contrario.

Uno dei settori in cui la ricerca informatica è particolarmente attiva è nella riduzione del gap tra uomo e computer. Ora che i computer hanno un costo accessibile a tutti, se non lo diventano anche dal punto di vista dell'utilizzabilità, perdono gran parte dell'utilità che possono offrire. È opportuna, infine, la conoscenza di aspetti dell'informatica medica che possono servire per capire taluni contributi soprattutto per quanto riguarda i vantaggi che la tecnologia informatica, indipendentemente dalla rete, può offrire per la sua capacità di effettuare operazioni complesse e di mantenere i dati. Pensiamo alla possibilità, conoscendo il bagaglio genetico dell'individuo, di effettuare l'interrelazione tra le informazioni. Questo consente di avere una buona conoscenza delle correlazioni tra i dati genetici dell'individuo e le casistiche patologiche che si vanno a precisare.

In sintesi, la formazione mediante l'informatica non sostituisce, ma completa la formazione tradizionale in aula.

Può essere di integrazione in processi di autovalutazione, affinché una persona abbia modo di valutare la competenza acquisita in un contesto specifico e la sua padronanza in maniera autonoma e meno traumatica.

Sottoporsi a un autoesame è più facile che sottostare ad un esame condotta da altri.

Si colloca bene nella formazione continua, che rappresenta il punto debole di tante organizzazioni, che investono in formazione iniziale e raccolgono poco per l'abbandono dei partecipanti. Identificare l'utente permette che i processi sommativi possano dar luogo ad accreditamenti, in maniera che la formazione sia riconosciuta in modo successivamente fruibile. L'accesso ai contenuti di base deve essere consentito a tutti gli utenti, mentre contenuti avanzati specialistici possono richiedere dei test di autovalutazione preventivi e percorsi formativi in tappe. Questo serve a garantire che gli utenti abbiano una formazione preliminare sufficiente, prima di accedere a livelli più avanzati.

Per quanto riguarda l'erogazione, la modalità deve essere in linea con le tecnologie in possesso degli utenti. È necessario un si-

stema di valutazione dell'apprendimento che permette il più possibile in tempo reale la valutazione.

Per quanto riguarda l'amministratore dei corsi, il sistema permette di tener traccia dei posti vuoti.

Per quel che riguarda gli aggiornamenti, il sistema deve prevedere che l'utente possa essere automaticamente formato su aggiornamenti o approfondimenti di corsi già effettuati e deve prevedere la possibilità di suggerire dei percorsi formativi. Infine, è importante che il sistema preveda che l'utente possa fornire una valutazione soggettiva dei contenuti erogati. Il processo di formazione deve accogliere la risposta degli utenti, perché essi portano con sé un bagaglio di esperienze e formazione che può essere utile per l'arricchimento futuro della stessa formazione.

Questi, in sintesi, sono i vantaggi:

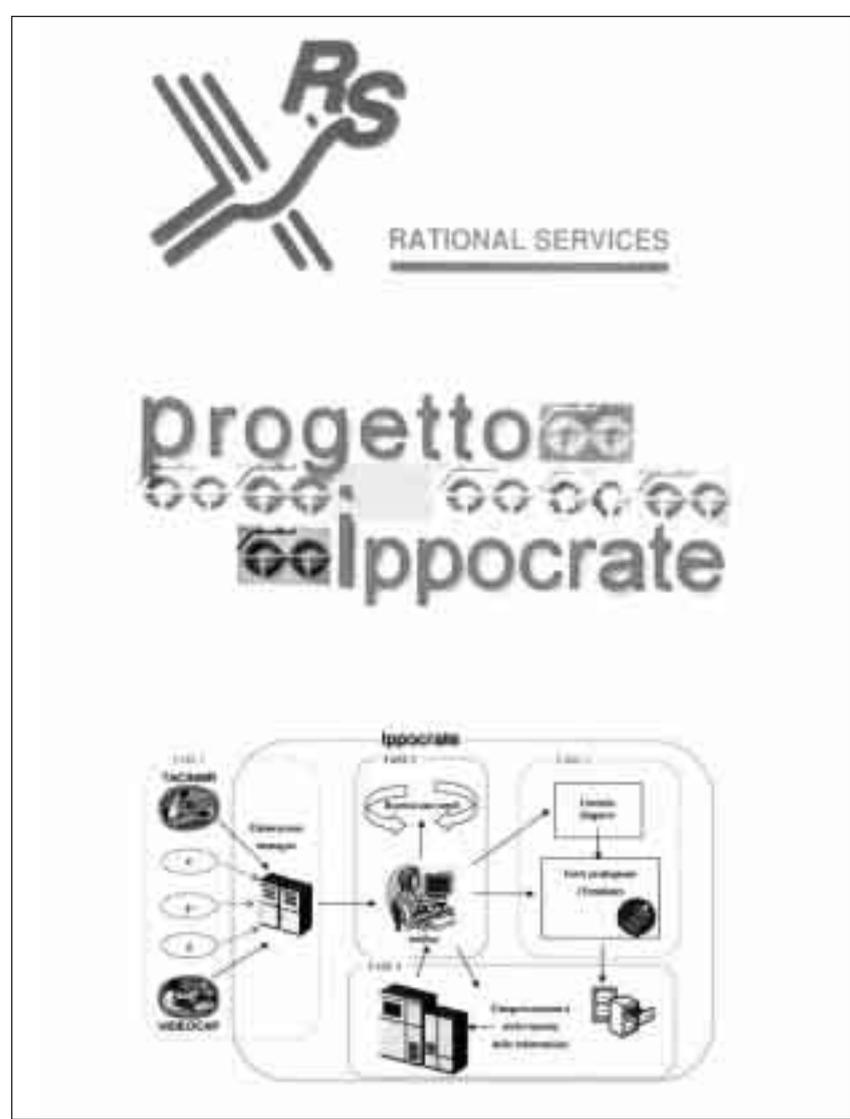
- Riduzione dei costi.
- Flessibilità in spazio.
- Monitoraggio dei discenti durante il percorso.
- Possibilità di raggiungere ampi bacini di utenza.
- Aggiornamento in tempo reale di contenuti e di tecnologie informative.
- Stimolo all'esercizio e all'autocontrollo responsabile, che garantisce pari opportunità d'accesso all'offerta formativa.

L'e-learning raggiunge i livelli più avanzati, quando sono messi insieme le informazioni con metodi tradizionali di autoistruzione. I due mondi finiscono con l'integrarsi.

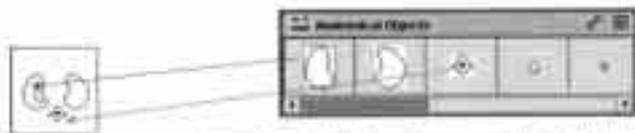
Le nuove tecnologie consentono di mantenere un atteggiamento costante delle conoscenze e di ottimizzare l'uso delle risorse che sono, oltre che spazio-temporale, di tipo economico, dovute al guadagno di tempo e al fatto di consentire una vasta distribuzione o divulgazione. La validazione delle diagnosi, inoltre, trae dalle tecnologie di rete un notevole beneficio sia per le diagnosi cooperative che per tutti i supporti offerti alla telemedicina. Infine, l'ottimizzazione dei percorsi terapeutici tende ad umanizzare l'offerta sanitaria, anche in virtù della diminuzione dello stress nei pazienti.



Il progetto Ippocrate: utilizzo di scienza, tecnica e umanità nel supporto della diagnosi







Il medico mediante le icone rappresentative degli organi edita la relazione spaziale di riferimento per la ricerca

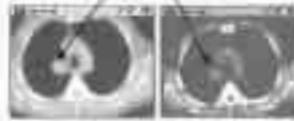


Imposta i limiti entro i quali effettuare la ricerca.

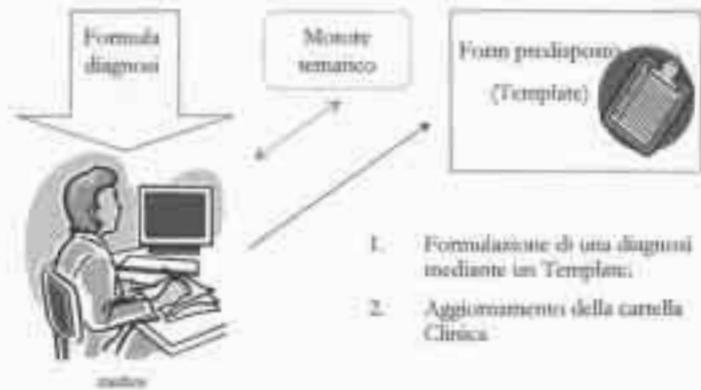
Con la concorrenza dei parametri automaticamente rilevati dal sistema attiva la ricerca.

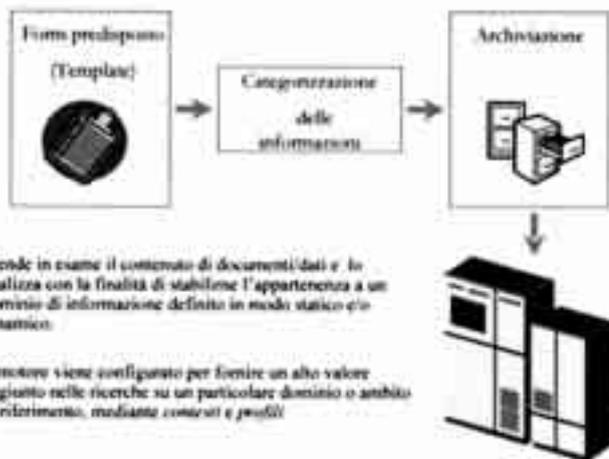


Preparare subito la base dei referti
scrivendo le immagini fluide digitali



In questa fase la ricerca può essere
seguita più volte per ottimizzare
i risultati





□ **I dati essenziali della categoria corrente sono:**

- Documentazione amministrativa
- Documenti del paziente
- Diagnosi
- Prescrizioni di cura
- Esami di laboratorio
- Referti



□ **Esistono Profili e Controlli:**

- Il profilo definisce la tipologia di attività che svolge il ruolo di ruolo. Viene creato, gestito e modificato dall'operatore amministrativo, quantificato in base alle pagine assegnate.
- Il controllo gestisce gli accessi di riferimento che identificano il dominio dell'interrogazione.

□ **Ottimizzazione e Presentazione:**

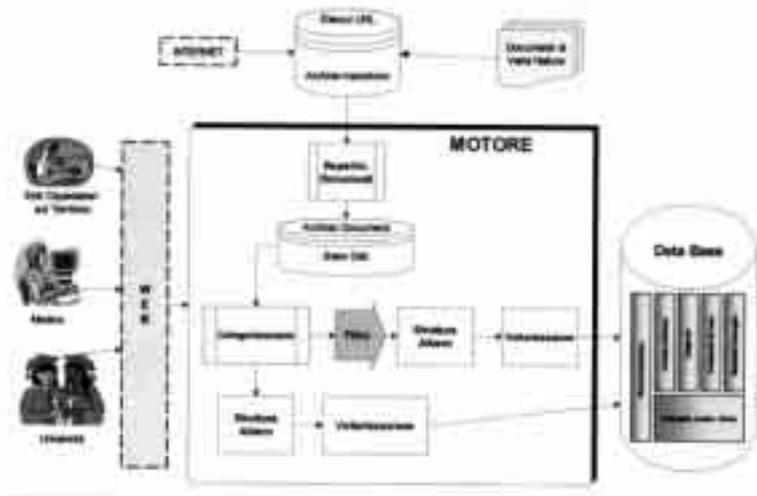
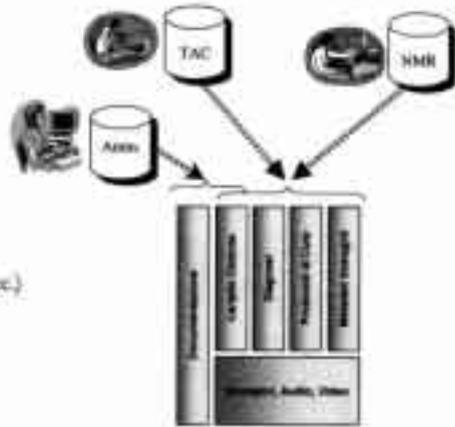
In base alle indicazioni date dall'utente sulla qualità informativa di documenti campione, viene ottimizzata la presentazione dei documenti

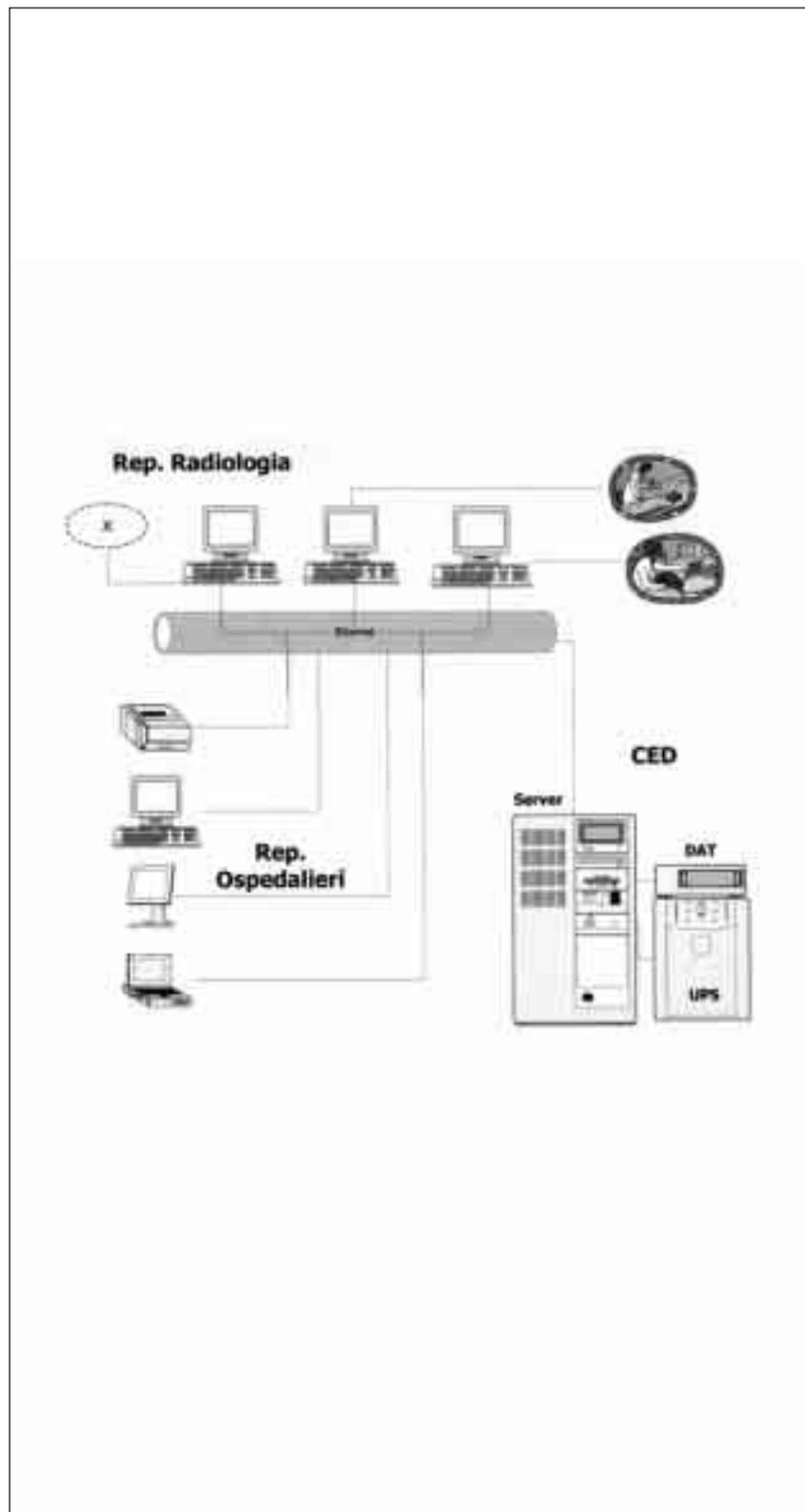
□ **Rappresentazione ad albero delle informazioni:**

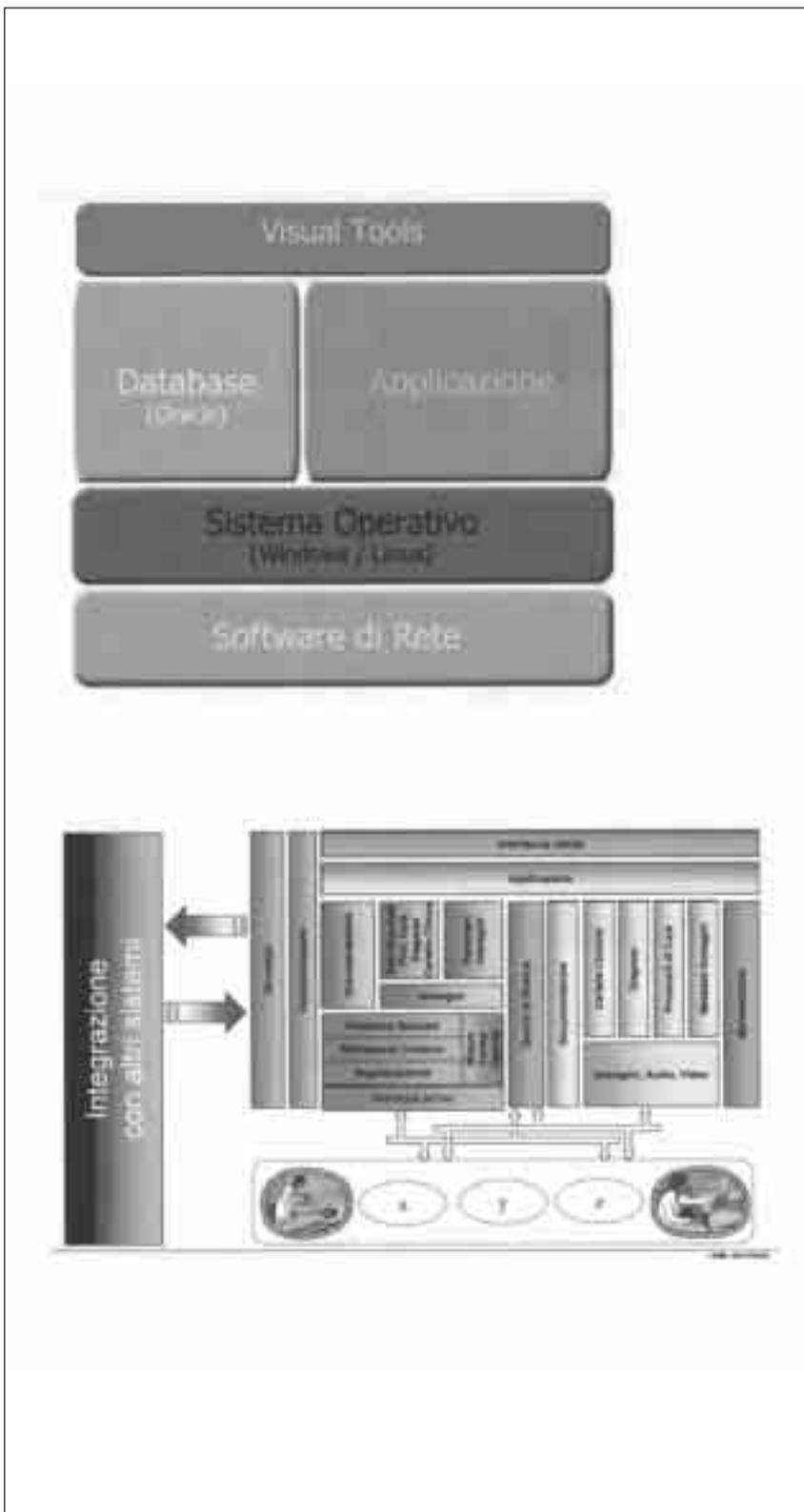
I documenti vengono analizzati e ripartiti in base al loro contenuto per poi essere graficamente rappresentati.

Documentazione

- ❑ Cartelle Cliniche
- ❑ Diagnosi
- ❑ Protocolli di cura
- ❑ Metadati Immagini
- ❑ Contenuto Multimediale (Immagini, Audio, Video ecc.)





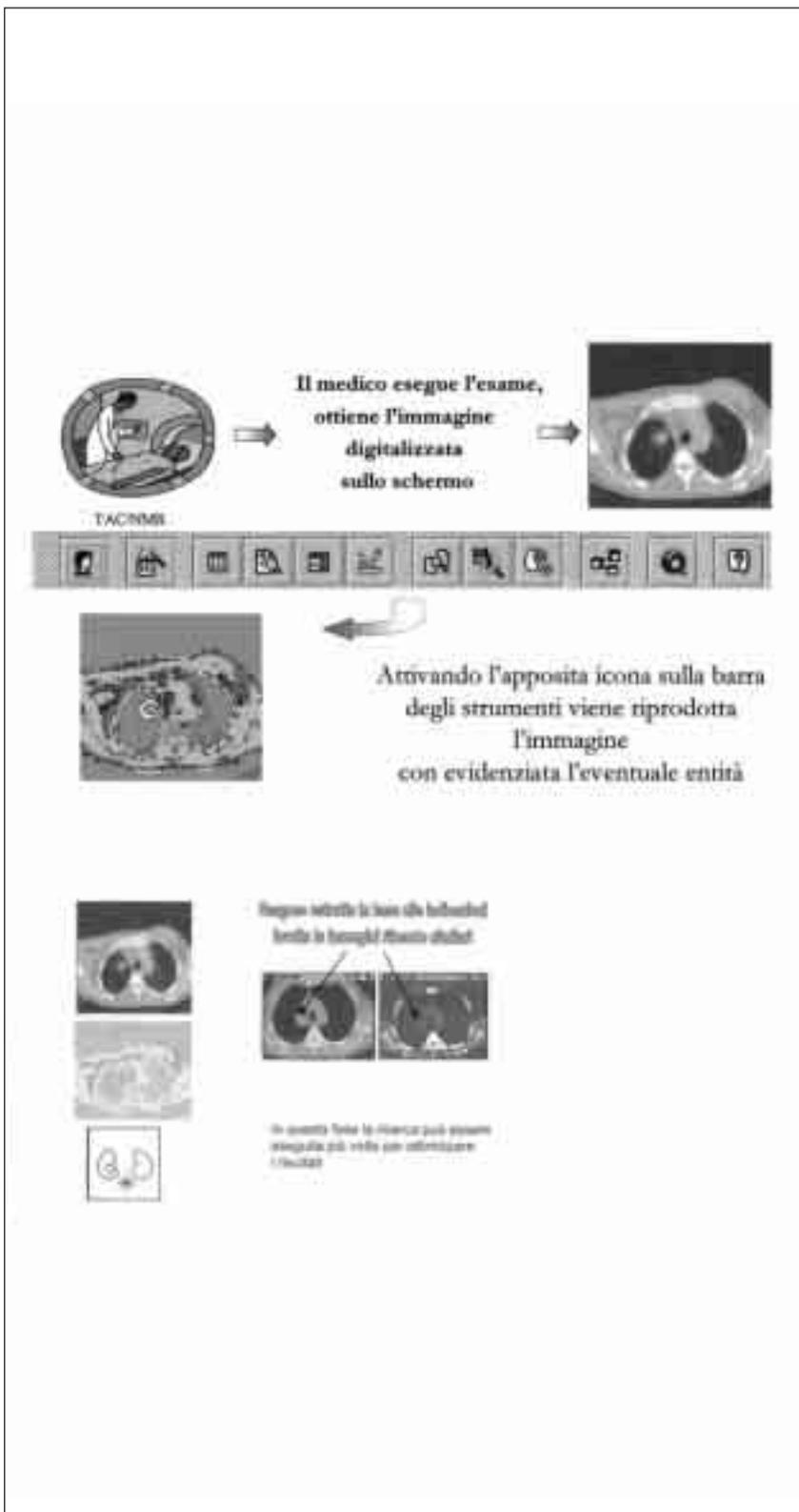


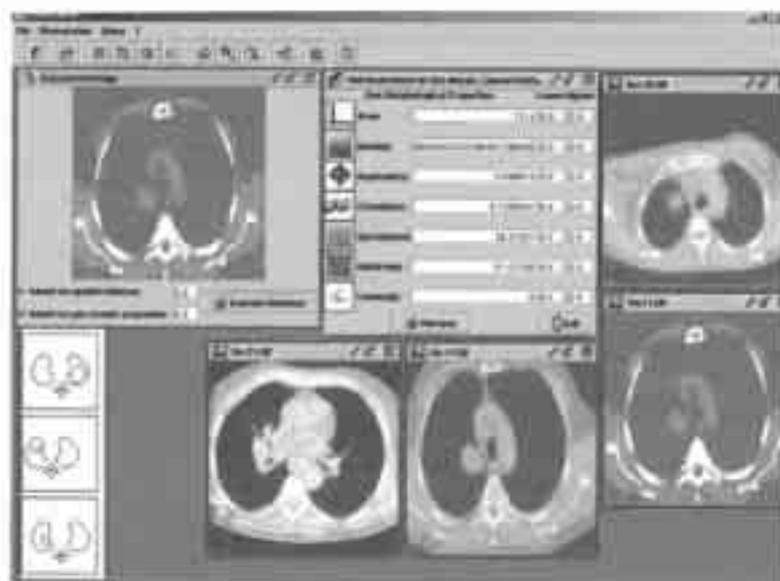
STRUMENTI A DISPOSIZIONE:

- Interfaccia grafica amichevole dotata di menu a tendina e di una barra degli strumenti con immagini rappresentative delle funzioni.
- Griglia contenente la rappresentazione degli organi da utilizzare per la costruzione dei parametri di ricerca.
- Griglia contenente la rappresentazione delle anomalie registrate.
- Funzioni che permettono:
 - Di valutare direttamente nell'immagine la densità di defezione di una specifica zona.
 - Di confrontare tra le informazioni debite automaticamente al momento della elaborazione.
 - Di produrre una nuova immagine che evidenzia la probabilità anomala colorando l'immagine stessa utilizzando una palette di 30 colori.
- Una fiam che permette di tarare i parametri di similarità per la ricerca e di scegliere la quantità di immagini da trattare.

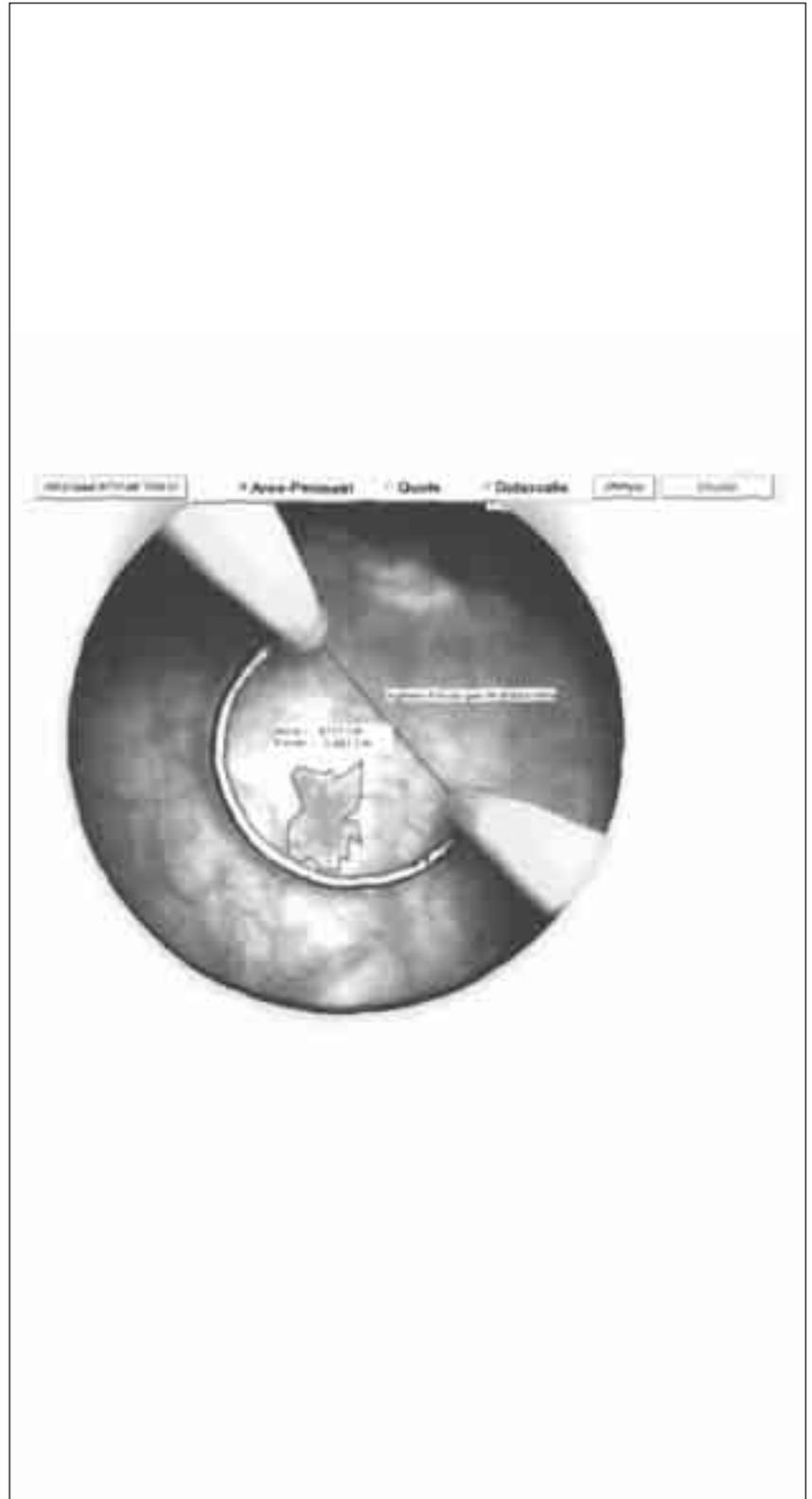
DATI A DISPOSIZIONE DEL MEDICO

- Dati relativi al paziente trattato, estrapolati dalla cartella clinica:
 - Elenco delle patologie riscontrate
 - Diagnosi relative alle precedenti patologie
 - Protocolli di Cura adottati
 - Informazioni sulla risposta ai trattamenti
- Immagine dell'analisi eseguita (o acquisita dallo strumento di analisi o recuperata dall'archivio multimediale).
- Informazioni correlate all'immagine stessa:
 - Segmentazione
 - Rilevazione dei contorni
 - Relazione spaziale fra gli oggetti
 - Le misure geometriche
 - Forma
 - Opacità
- Informazioni relative ad altri pazienti recuperabili
 - Mediante ricerca diretta
 - Per similarità dell'immagine
 - Mediante il menu di ricerca





Interfaccia di tipo Windows





Profilo Generale

National Services è una realtà produttiva che opera da oltre 14 anni nel settore informatico.

Inizia la sua attività nel 1987 con un impegno di particolare rilievo costituito dalla realizzazione di uno studio mirato alla individuazione delle esigenze informatiche e delle correlate strutture tecnico organizzative di un Comune erano.

Tale attività ha impegnato l'azienda per oltre tre anni concludendosi con il rilascio di un documento finale che costituisce l'ossatura principale per la informatizzazione delle attività operative di maggior rilievo della Pubblica Amministrazione.

Del gennaio 1998 la struttura aziendale subentra il suo potenziata con l'incorporazione di personale e conoscenze fino a tale data eseguite da altre società operanti in settore analogo.

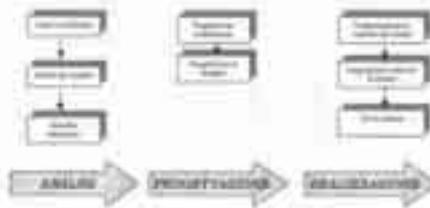
A partire dai primi anni '90 la National Services inizia a consolidare il proprio portafoglio clienti offrendo servizi di consulenza, di realizzazione di software applicativo e gestione di banche dati di grandi dimensioni a realtà di primaria importanza nello scenario pubblico e privato, operando con successo nei diversi ambienti e settori applicativi dell'informatica, tra questi, in modo particolare, in quello della sanità e delle telecomunicazioni.

La Società persegue l'obiettivo di proporsi come "problem solver" offrendo ai committenti una gamma completa ed integrata di servizi, assistenza e project management.

La nostra competenza nel settore



 NATIONAL SERVICES



Tutte le attività possono essere realizzate sia in modalità **"chiral in mano"** che attraverso il **consorzio specialistico** presso il Cliente.



La ricerca offerta al computer delle tre attività principali che sono rappresentate dall'analisi, dalla pianificazione e disegno progettuale e dallo sviluppo della soluzione.

Analisi

analisi degli obiettivi aziendali e dell'attuale posizionamento sul mercato;
 scelta dell'attuale strategia di marketing e dei canali distributivi;
 analisi del processo organizzativo e del sistema di fornitura di supporto;
 scelta dell'investimento sul mercato e dell'implementazione.

Pianificazione e Disegno

definizione della strategia di risorse finanziarie e della sua esecuzione;
 disegno della struttura e del processo del mercato;
 disegno / implementazione dell'architettura del sito;
 disegno / implementazione dell'architettura del sistema;
 distribuzione degli spazi;
 sviluppo del Sistema Network.

Sviluppo

Programmazione del Software con tecnologia LINGA;
 Ciclo di vita del Software (SDI SDLC);
 Approccio Object-Oriented;
 Gestione di periferiche del Software.

A partire dal giugno 1999 la struttura dell'Ateneo creata ancora e vede la nascita di una nuova divisione tecnologica finalizzata al servizio della ricerca.

Con uno staff di 15 ricercatori ed in partnership con il CNR di Roma e con l'Università di Salerno la ricerca obiettivo, alla data, lo studio e la realizzazione di due progetti particolarmente ambiziosi: la progettazione e sviluppo di un nuovo motore di ricerca internet e la implementazione di algoritmi per la compressione di testi ed immagini.

Relativamente al primo progetto di ricerca, denominato **SEKEDON**, oggi in stato di avanzata realizzazione ed implementata preliminarmente utilizzando le reti neurali e gli algoritmi genetici specificiamo quanto segue:

«SEKEDON non è un motore commerciale in competizione con i grandi motori consolidati sul mercato (google, altavista, etc...) e non mette in opera politiche di gestione della informazione non trasparenti e pubblicitarie: non "vende" le posizioni in classifica come stanno facendo gli altri motori; non segue un ordinamento per ordine di link che può essere distorto dalla tecnica di ottimizzazione (fast link, pagine vuote linkarti, spurious); il suo valore aggiunto sta nella tecnica di raggruppamento e presentazione delle pagine che viene totalmente guidato dagli algoritmi sulla base di informazioni rese dall'utente».

«Il motore viene configurato su uno o più argomenti; il suo carattere distintivo non si espone soltanto nei contenuti delle pagine catalogate nel Database, ma anche le caratteristiche nelle procedure di classificazione, raggruppamento, ordinamento e presentazione che utilizzano tentativi di keywords tematici».



Il confronto della tecnologia al servizio della umanizzazione della cura: illustrazione di alcuni progetti operativi

Dr. ROBERTO D'ALICANDRO - Responsabile Area Sanità Siemens Informatica

Cercare di dare spazio a tutte le problematiche che l'informatica può risolvere nell'ambito della Sanità, sarebbe impossibile. Vorrei dare soltanto degli spunti, basati su strumenti tecnologici ad alto valore aggiunto, svincolati dal filo, ma in un'ottica umanizzante. L'obiettivo è che lo strumento sia asservito alle esigenze organizzative.

Vediamo la carta sanitaria elettronica, di cui, forse, qualcuno avrà già sentito parlare, perché si tratta di un progetto nazionale, voluto dal Ministero dell'Interno. Le informazioni vengono codificate nella struttura e possono essere asservite ad una notevole varietà d'usi. Quando parliamo di condivisione dell'informazione, il meccanismo deve essere il più semplice possibile. L'informatica non deve influenzare negativamente il lavoro del medico, del personale infermieristico e di quello amministrativo, che operano con le proprie apparecchiature e strumentazioni.

L'informatica non può stravolgere il modo di operare del singolo operatore. La carta sanitaria elettronica permetterà una significativa economia e il recupero dell'efficienza, in una dimensione umanizzante. Dovrà essere di facile uso, perché dovrà essere utilizzata da diversi livelli professionali. Dovrà avere dimensioni modulari, per consentire approcci differenziati, per esempio, patire dalla medicina di base e dalla farmaceutica di base, per arrivare a gestire i laboratori di analisi, gli esami specialistici e la specialistica ambulatoriale. È un esempio di attuazione di gradualità del progetto.

Di là dalla sua affidabilità e velocità, lo strumento è un elemento che interagisce con tutti gli attori del circuito sanitario. Il contenitore, interfacciato con il singolo operatore, recepisce le informazioni e automaticamente, esse aggiornano il sistema informativo,

che può essere anche delle singole realtà locali. Attraverso lo strumento, in pratica, si aggiornano i sistemi sui quali i singoli provider stanno già lavorando.

Facciamo un caso pratico.

Nel Lazio, nel 1999, la spesa sanitaria era di circa 11.387 miliardi: il 65% era destinato al personale, il resto come componente di spesa. Dove potrebbe intervenire la carta sanitaria? Potrebbe intervenire in questa area. Fermo restando che potrebbe beneficiare anche lo stesso personale, che risparmierebbe tempo da utilizzare ai propri assistiti.

Per esempio, consideriamo la spesa farmaceutica. Nel 1999 la spesa farmaceutica della Regione Lazio ammontava a 1.553 miliardi, di cui soltanto 160 miliardi erano la componente del ticket. Se facessimo un paragone tra questi numeri per stabilire l'incidenza del ticket, vedremmo subito che c'è qualcosa che non può andare bene in questo modello. Probabilmente, ci sono degli errori: di prescrizione, di erogazione di farmaci, di gestione. Attraverso la carta, si potrebbe risparmiare sulle esenzioni non corrette. La carta ha dentro di sé il codice d'esenzione (per patologia, per prestazioni, ecc.). Il sistema potrebbe automaticamente supportare il medico di base nella compilazione della ricetta farmaceutica. Il farmacista, a sua volta, potrebbe riconoscere quanto è di pertinenza dell'assistito e far pagare il ticket corretto.

Nell'ottica del recupero del rapporto di fiducia tra medico e paziente, il fatto che il principio attivo possa essere modificato dal farmacista è inaccettabile, ma, dal punto di vista economico, non possiamo non prenderlo in considerazione. Lo strumento "informatico" ci viene incontro, perché conserva traccia sia della prescrizione fatta dal medico di base che della sostituzione del principio attivo o del formato da banco operata dal farmacista. Questo permetterà al medico di fare le sue valutazioni, per quanto riguarda l'efficacia della scelta operata dal farmacista.

Nel caso di extra-territoriali, oggi, l'attuale sistema di governo della salute non è in grado di campionare le informazioni per poter farsi rimborsare dal punto di vista extra-ospedaliero. Pur rimanendo corretto l'approccio regionalizzato della Sanità, la carta elettronica sanitaria, allargata a livello nazionale, permetterebbe di interoperare in maniera semplice, perché si avrebbero subito le informazioni dell'Asl e della Regione di appartenenza.

La struttura organizzativa, quindi, permette il risparmio!

La carta sanitaria elettronica, infine, permette il controllo dal punto di vista epidemiologico e farmacologico. Oggi, la ricetta deve essere letta, il più delle volte, con sistemi di acquisizione ottica, con

tutto quello che ne consegue. Visto che, spesso, neanche l'occhio umano riesce a leggere la grafia di un medico, figuratevi quanto possa essere inefficiente uno scanner.

Che cosa è contenuto nel chip?

Vi sono raggruppate informazioni di carattere economico-sanitario. Fine a che punto possiamo inserire informazioni? Il grosso sforzo fatto dai ricercatori europei è stato quello di aumentare la capacità di codificazione di dati. Il sistema delle codifiche europee permette di conoscere, per esempio, un'allergia al polline in Italia, come in Francia. Dal punto di vista informatico, vuol dire risparmiare tantissimo.

Le informazioni di carattere economico sono, per esempio, il codice sanitario, il tipo di esenzione dal ticket, i dati dell'Asl, l'anamnesi, l'esame obiettivo del caso specifico, la permanenza in ospedale. Lo strumento consente un accesso diretto e univoco ai dati del paziente. Uno dei problemi della Sanità Nazionale è un disallineamento pericoloso. L'anagrafe aggiornata è quella comunale, ma il Comune non è inserito nel circuito sanitario. L'obiettivo, quindi, è ottenere un'anagrafe attraverso la carta di identità elettronica, rilasciata e aggiornata, anche in termini di residenza, dal Comune. Sarà il documento più aggiornato su cui contare e permetterà di allineare in modo automatico tutte le anagrafi, fornendo un dato univoco. Si accederà alle informazioni in maniera sicura. La carta potrebbe essere letta da qualsiasi sistema, per cui ci potrebbe essere un problema di riservatezza e di gestione dei dati. Il progetto prevede una doppia carta: quella dell'assistito e quella del professionista. Quest'ultima, contiene una firma digitale e l'accesso securizzato alle informazioni. Accedere ad aree riservate potrà essere permesso soltanto attraverso la digitazione di un codice di sicurezza, previa l'autorizzazione da parte del cittadino.

Cosa manca a questo strumento?

L'eventuale capacità di memorizzare reperti di alta densità, quali la TAC. Tali reperti devono accompagnare il paziente. La carta rende possibile prescrivere farmaci o esami e fa diventare la prescrizione elettronica; in tal modo, si può avere traccia di quanto prescritto e di quanto effettivamente erogato, a tutti i livelli di esecuzione. Avendo il medico di base la possibilità di accedere a tutte le prescrizioni, può verificare quelle che sono state effettivamente erogate e quelle che non lo sono state.

Chi aggiorna la carta?

Il sistema stesso, se scelto in un ambito sufficientemente vasto, per es. l'ente territoriale Asl o, ancora meglio, la Regione o,

addirittura, il livello nazionale, prevede che la carta sia via via aggiornata. Dietro al pezzo di plastica, deve esserci una serie di servizi di supporto. Bisogna avere la possibilità di ricopiare le informazioni su una carta nuova nel momento in cui quella vecchia dovesse essere sottratta o venisse perduta. Bisogna coinvolgere tutti i medici di base, le farmacie, gli ospedali, i presidi ospedalieri, i poliambulatorii e ciò richiede una forte connotazione logistica nell'ambito della distribuzione. Il risparmio minimo, con la carta, potrebbe andare al 10% in su, rispetto alla spesa sanitaria; ovviamente, dopo l'ammortamento dell'investimento iniziale. Un investimento che dovesse partire oggi, fra 5 o 6 anni, quando la carta sarà diffusa a livello nazionale, il suo costo si annullerebbe, perché sarebbe assorbito dal cittadino, nell'ambito del suo documento di identità.

Questo progetto avrà senso se sarà adottato da tutti, non avrà senso se sarà adottato solo da una parte della popolazione. Occorrerà partire da un centro servizi, con molti enti che cooperino, perché soltanto con la cooperazione si potrà arrivare a stabilire il successo di progetti di questo tipo, che sono semplici nella loro struttura, ma complessi nella loro attuazione. Ad esempio, distribuire la carta nel Lazio a 5 milioni e mezzo di cittadini, può sembrare una sciocchezza, ma non è così. Il cittadino deve essere initializzato e occorre attuare un processo, non informatico, ma logistico. I tempi, con un'organizzazione di buon livello, potrebbero essere compresi nell'arco di due anni.



avola Rotonda

Interventi di esponenti delle ASL,
delle Regioni e delle strutture ospedaliere
su esigenze e problemi inerenti il tema

- 1. Introduzione
- 2. Interventi
- 3. Discussione
- Conclusione



Introduzione

Prof. IVAN CAVICCHI - Docente di Sociologia Sanitaria, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Vorrei riprendere la metafora che ha proposto Mons. Pintor, quando ha detto che siamo tutti come un libro. Non so cosa facciate voi, quando leggete un libro. In genere, io sottolineo le idee che mi colpiscono di più. Il libro che ho letto questa mattina non mi ha annoiato, l'ho trovato interessante, pieno di spunti che invogliano a non interrompere la discussione. Vorrei introdurre quello che vorrei chiamare il "paradosso" di don Angelo Bazzari. Lui ha posto una domanda importantissima: – Perché ci poniamo il problema dell'umanizzazione?

Egli dice che il problema dell'umanizzazione non è tautologico, vuol dire che c'è un problema di disumanizzazione. Allora, dobbiamo sforzarci di capire in cosa consista la disumanizzazione, quali siano i rischi di disumanizzazione, rispetto alle tematiche su cui stiamo discutendo, ma non solo. Ho notato che le idee di cui abbiamo discusso hanno una vastissima portata generale. Abbiamo evocato buona parte dell'apparato concettuale che, in genere, accompagna la discussione sulla medicina. C'è un problema di disumanizzazione, ci sono dei rischi di disumanizzazione, non dobbiamo avere paura di dirlo.

Mons. Pintor ha parlato di identità rispetto al malato e di relazione con esso. Tutto ciò che compromette una identità, probabilmente, rischia di manifestare degli effetti paradossali di tipo disumanizzante. La questione che ha sollevato Mons. Pintor a me sta a cuore, perché sono convinto che il problema dell'umanizzazione in medicina non è deontologico, non è un problema di come si comportano i medici, che si comportano bene: salutano il malato, in genere, non lo picchiano. Il problema dell'umanizzazione non è un supplemento d'anima, i miei amici medici non hanno bisogno di un supplemento d'anima per diventare umani.

Il problema dell'umanizzazione è ontologico, connesso a come vediamo la realtà del malato. Se considero il malato una macchina cartesiana, mi comporterò in un modo; se lo considero un mucchio di molecole, mi comporterò in un altro; se lo ritengo una "persona", avrò altri comportamenti. Dissento, quindi, da correnti di pensiero un po' banali sulla riumanizzazione della medicina che risolvono tutto con quattro pacche sulle spalle e un po' di buona educazione.

Sono stati fatti molti riferimenti a un grande settore che rischia di indurre fenomeni di disumanizzazione: il rapporto tra

economia e medicina. Don Angelo Bazzari è stato molto esplicito, a tale proposito. L'informatica non è uno strumento neutrale, il suo uso dipende molto dal tipo di rapporto che esiste tra economia e medicina. Don Bazzari ha parlato di problemi molto "contabili", dicendo che saranno le risorse a definire i modelli. Molti di voi hanno insistito sul concetto di limite, sul concetto di profitto, quasi giustificandosi, quasi chiedendo scusa di parlare di efficienza e di profitto. Io credo che non ci sia bisogno da chiedere scusa: il profitto fatto bene è assolutamente morale, le cose immorali sono altre. Se pensassimo che l'efficienza è immorale, allora, tutte le economie diventerebbero una disciplina immorale. È assolutamente paradossale!

Il problema posto da don Bazzari è un altro, secondo me, perché un problema di rapporto con l'economia c'è. Vorrei proporre un punto di vista che si discosta dal senso comune. Mentre sentivo don Bazzari, mi è venuto in mente un grande economista, premio Nobel, Hayek, il quale diceva che un economista che è solo un economista, non è un buon economista. Sottintendeva, con ciò un'idea di economia diversa da quella che siamo abituati a vedere declinata nelle aziende sanitarie locali, un'idea di economia molto più complessa. Hayek si spinge oltre, afferma che un economista che sia solo economista non è un buon economista e aggiunge che è pericoloso. Pensate cosa vuol dire tale affermazione, riferita al sistema medico sanitario nel quale lavoriamo. Perché dico questo?

Ogni grande idea chiave, che ha spinto le politiche sanitarie del nostro Paese, negli ultimi anni, si colloca tra economia ed etica. L'efficienza è un problema non solo economico, ma anche etico. L'appropriatezza, l'efficacia, l'evidenza sono problemi economici, ma anche etici. Il problema dell'economia posto da don Angelo, va assolutamente studiato, perché i pericoli di disumanizzazione che io vedo nell'uso di certa informatica derivano dai pericoli di una certa economia.

Tale questione mi serve per introdurre un'altra. In genere si ritiene che a cambiare debbano essere i medici, i sistemi, le organizzazioni. Nessuno si pone mai il problema di considerare l'economista una variabile. Perché formare, per esempio, il prof Poerio e non formare l'economista affinché concepisca un'economia compatibile con l'etica? Questo, secondo me, è un filone nuovo sul quale dobbiamo lavorare e riflettere. Se l'economista gestisce il limite, perché dare per scontato che chi gestisce il limite sia assolutamente dogmatico? Perché?

Mi preme sottolineare questo: se il composto è fatto da una moltitudine di soggetti, nessuno di loro è escluso dal processo di

formazione. Intendo, con tale processo, quello che renda compatibile l'etica con l'economia. Altrimenti, l'informatica diventa un fucile carico in mano ad un bambino. Ho sentito parlare molto di "limite". Non c'è solo un modo per gestire il limite economico. Se dovessi vedere una virtù dell'informatica, è che permette una gestione non basata sul razionamento del limite. Noi abbiamo a che fare con un ricorso all'informatica per razionare. Ciò è pericoloso!

Perché non usare l'informatica per "razionalizzare", che è un'altra strategia? Il movimento ambientalista ci ha insegnato che il limite può voler dire anche "possibilità". Significa lavorare sulla scelta, sulla scelta conveniente, su tante cose. Io mi ribello a quegli economisti che, prima di tutto, affermano che le risorse sono limitate. Lo so anch'io che le risorse sono limitate!

L'economia si basa su questo presupposto! Cosa vuol dire: "Obbedisci!?"

Vuol dire che il mio punto di vista diventa prioritario sul tuo. Noi non possiamo accettare questo! Senza rifiutare il limite, la ricerca della compatibilità degli equilibri è la grande sfida del futuro. Tutti sono bravi ad ottenere la parità di bilancio nell'azienda, ma, poi, occorre vedere a che condizione la si è ottenuta! Credo che questo sia un versante da esplorare e da includere nei processi di formazione. In sintesi, io non vedo un problema nell'economia, vedo un problema in quello che mi piace chiamare "economicismo", che è un'altra cosa. Per me, l'economicismo è una ideologia, in funzione della quale si mette prima il limite e poi tutto il resto. Ha ragione don Angelo a preoccuparsi, perché in questo modo si accetta che sia possibile adattare il malato all'esigenza dell'economia e non il contrario.

Se accetto un principio del genere, perché perdo tempo a parlare di umanizzazione? È il presupposto che è disumano. Quindi il problema, secondo me, va posto in modo diverso. Il Dr. Biasioli, nella sua introduzione, ha accennato alla tecnocrazia. È stato molto opportuno, perché più aumentano i problemi del limite, più aumentano i problemi tra economia, etica, medicina e scienza. La tendenza è delegare la gestione di questi problemi non ai medici, ma agli amministratori. Dico ciò con grande rispetto per i Direttori Generali. Abbiamo a che fare con tecnocrati.

Purtroppo, la parola ha un suono che indica quasi una negatività. Non si può negare il valore del sapere tecnico, e la tecnocrazia è un valore. Il problema sollevato dal dr. Biasioli, secondo me, si verifica quando la tecnocrazia, anche attraverso l'informatica, si arroga il diritto di scegliere.

Ci sono tanti modi per decidere in funzione del medico. (Per esempio io stabilisco prima quale è il reticolo nel quale lavorare, le

linee guida, che vanno rigorosamente accettate. Questo è un problema che riguarda tutto l'Occidente. La scelta clinica, secondo me, rischia di essere sempre più spostata dai soggetti clinici ai soggetti amministrativi. Questo in America è eclatante, ma si rischia che lo stesso succeda anche in altri Paesi, sempre per ragioni economicistiche. Molti di voi si sono sforzati di giustificare l'informatica, ma, secondo me, non c'è bisogno di porci il problema se l'informatica, applicata alla Sanità, sia buona o cattiva. L'informatica è quella che è. Anzi, ho notato una richiesta di allargamento dell'uso informatica: ai barboni, agli extracomunitari, alle prostitute. Sono completamente d'accordo. Il problema "informatica sì, informatica no" non si pone affatto.

Il problema che si pone, piuttosto, è l'uso che ne facciamo, gli scopi ai quali la asserviamo. L'informatica è uno strumento e, come tutti gli strumenti, si caratterizza per gli scopi di chi la usa. Se la userà X, avrà le caratteristiche di X; se la userà Y, avrà le caratteristiche di Y. Il problema è creare contesti favorevoli, affinché X e Y la usino in maniera umana. La prof.ssa Tortora ha ben illustrato il valore aggiunto dell'informatica. Amplifica le capacità; apre nuove opportunità; migliora le interazioni, aiuta la ricerca, migliora l'economicità. Come rifiutare tali opportunità?

Occorre coglierle, ma stabilendo le condizioni d'uso. Questo è il lavoro che ci attende. D'Alicandro ha posto un problema che considero molto delicato. L'informatica, che viene organizzata per pacchetti, pone un problema di rapporto con l'umanizzazione del lavoro e con l'organizzazione dei servizi. Il rischio, sul quale ha richiamato la nostra attenzione, è che le rigidità del modello rischiano di condizionare l'organizzazione del lavoro. Questo è, secondo me, un rischio di disumanizzazione. Possiamo subire l'autorità di un modello, che, per sua definizione, è aprioristico. La medicina, invece, non è aprioristica. L'avvertimento del dr. D'Alicandro è prezioso. Se usiamo l'informatica, dobbiamo trovare modi interconnettivi con l'umanizzazione del lavoro. Il problema del suo inserimento nell'organizzazione del lavoro è serio, perché l'organizzazione del lavoro ha logiche completamente diverse del modello.

Questo deve calarsi nell'organizzazione, non è l'organizzazione del lavoro che deve adattarsi al modello. D'Alicandro ha sottolineato che il contesto italiano evolve verso il federalismo. Intorno a me, più che federalismo, io vedo regionalismo. Il federalismo è una dottrina sociale che ha ben altre dignità. Il federalismo ha, come categoria base, la "comunità". Se si distribuirà il potere tra un Ministero della Salute e 21 Ministri della Salute (perché tali stanno diventando gli assessori) senza porre il problema di distribuire il potere tra istituzioni e società, e quindi comunità, questo sarà un falso federalismo. D'Alicandro ha affermato che l'informa-

tica può essere un elemento di democratizzazione perché permette alla comunità di partecipare ai problemi sanitari, grazie alla diffusione dell'informazione. In questo caso, l'informatica umanizza, non disumanizza.

Per finire, mons. Bazzari ha giustamente posto il problema della formazione. Anch'io la considero un terreno privilegiato. Queste tematiche e questi problemi possono essere affrontati solo attraverso la formazione. Don Bazzari ha posto il problema di come progettare l'informazione, che è molto importante, perché l'informatica è uno strumento collocato nel mondo del lavoro. A tale proposito, l'intervento di don Bazzari che ha invitato a riflettere sulla cultura del lavoro è stato importante. Secondo me, don Angelo ha ragione, poiché l'informatica innova il lavoro, si pone il problema di ripensare la cultura del lavoro. Non è una questione piatta, perché ci sono scuole di pensiero per le quali il procedimento informatico serve a fabbricare quelle che gli americani chiamano "macchine banali". Viene stabilito il procedimento ed esso è garanzia di verità. L'uomo deve soltanto obbedire.

Riuscite ad immaginare il lavoro del medico inteso in questo modo? Sarebbe la morte della medicina.

Altre scuole di pensiero, invece, per fortuna, concepiscono l'informatica come un ausilio a! servizio del giudizio clinico, che è cosa completamente diversa. La questione aperta da don Bazzari sulla formazione è molto importante. Recentemente ho letto Montaigne che scriveva: "È meglio una testa ben fatta o è meglio una testa ben piena?". A cosa debbono essere addestrati gli operatori sanitari, i medici: "A fare o a saper fare?"

Sono strategie diverse: quella della testa ben fatta punta le sue carte su chi fa; quella della testa ben piena si basa solo su una enorme quantità di nozioni. Io credo che l'umanizzazione non sia un problema di testa ben piena, ma un problema di testa ben fatta. Don Bazzari ha posto il problema di formazione alla virtù, non solo alla capacità. Naturalmente, so bene che il mio amico Michele Poerio, per operare, deve saperlo fare. So altrettanto bene, però, che, se vuole fare una medicina umana, deve avere delle virtù. Non si può privilegiare l'E.C.M a scapito della formazione del soggetto che opera.

Le considerazioni espresse dall'ing. Linciano sono affascinanti e, nello stesso tempo, inquietanti. È molto affascinante il tentativo, che si sta compiendo, di inserire in un sistema informatico una razionalità critica, trasferendo la razionalità nell'algoritmo. Questo tentativo, in alcuni casi è riuscito, in altri, è fallito. Mi riferisco, per esempio, alla teoria della scelta razionale usata in economia. Penso

anche alle contaminazioni tra la teoria della scelta razionale e certa medicina. Qual è il problema?

Sicuramente, gli ausili sono accettabili e non si possono rifiutare per tante ragioni. La conoscenza scientifica, in medicina, evolve rapidamente. Non so quanto tempo abbiano i medici per aggiornarsi, ma c'è un carattere della medicina, quello chiamato provvisorietà della conoscenza scientifica, che è forte. In medicina, il principio di autocorrezione della scienza è all'ordine del giorno. La teoria dell'ulcera o quella del diabete, cambiano continuamente. Io credo, perciò, che un supporto informatico che permetta di gestire l'avvicendamento delle conoscenze sia indispensabile. Vorrei, naturalmente, delle assicurazioni, perché ancora non sono convinto che un algoritmo sia capace di contenere la complessità di un caso clinico, in ragione della singolarità del malato e dell'enorme variabilità della patologia.

Trovo, però, suggestivo il concetto di categorizzazione, introdotto dall'ingegnere. Da un punto di vista epistemologico, è il tentativo di trasferire in un algoritmo il suo ragionamento. Credo che questa sia la strada! Lo rifiutiamo? No, ma a condizione che sia un ausilio. Per far sì che sia un ausilio, noi dobbiamo avere garanzie che il contesto che se ne serve sia estremamente umano. Se non dovessimo aver garanzie in questo senso correremmo il rischio, estremamente grave, di non cogliere la specificità del malato. In sostanza, credo che tutti quanti abbiano posto la seguente questione: noi dobbiamo definire valori e dobbiamo praticarli, cioè, dobbiamo realizzare la fusione tra valori e pratica.

Don Bazzari è stato appassionato nell'affermare questo principio, quando ha posto il problema della specificità della Sanità Cattolica. Egli ha chiesto quali valori cattolici si possano praticare in un contesto organizzato, come quello della Sanità. Come praticare i valori, per evitare una pratica senza valori? Questa è la questione. Credo che il merito dei nostri relatori sia stato quello di aver aperto un dibattito che, spero, non finisca qui, ma continui in un futuro, con la realizzazione del laboratorio cui si è accennato.

Concludendo, vorrei riassumere le questioni finora emerse. Il problema che ci siamo posti non è: "Informatica sì, informatica no".

Il problema è come usare l'informatica, che favorisce la formazione, l'economicità, la questione delle relazioni, la ricerca. La preoccupazione è che, se il contesto non ha valori umani, l'informatica rischia di essere uno strumento valido, usato male. Abbiamo parlato di economicismo e di quanto sia delicato il rapporto tra economia ed etica, nella medicina. L'informatica può raggiungere l'obiettivo di rendere compatibili economie ed etica, ma può anche non raggiungerlo, molto dipende dal contesto.



Interventi

Dr. FRANCO CONDÒ
Direttore Generale ASL RM E

Nel Piano sanitario Regionale elaborato quest'anno, vi sono direttive che vanno chiaramente nella direzione di umanizzare la Sanità. Infatti, tra le indicazioni che noi abbiamo, c'è quella di spostare la sanità verso il domicilio del malato, evitando, per quanto possibile, che venga ospedalizzato. Secondo me, l'economia si sposa brillantemente con l'umanizzazione della Sanità. La sensibilità politica, unendosi ad un vantaggio economico, riesce a portare umanizzazione nella Sanità. Il problema, secondo me, è più ampio: occorre umanizzare la nostra società, di cui la sanità è un aspetto. Oggi, questo è il vero nocciolo del problema. Il malato è un soggetto debole e, più del soggetto sano, risente della disumanizzazione che, purtroppo, è presente in tutte le situazioni sociali. L'odierno concetto di società è disumanizzante, e non è più legato ai principi cattolici che noi non riusciamo a rendere presenti nella quotidianità.

Il problema vero è quello di portare umanizzazione in tutti i settori. Se riusciremo, anche la Sanità si umanizzerà. L'umanizzazione non si può imporre, perché non è semplicemente buona educazione. Come dirigente dell'Asl, vedo che, spesso, le lamentele del malato sono legate a situazioni di maleducazione, perché le componenti mediche e paramediche, alcune volte, non capiscono le sue esigenze e non rispondono al suo bisogno di sentirsi sostenuto nelle difficoltà. Il malato viene trattato come il cittadino che sta in fila all'Ufficio Postale.

Neanche chi fa la fila all'Ufficio Postale deve essere trattato male, ma, chiaramente, il malato è un soggetto più debole. Trattare in modo sgarbato chi va a chiedere l'appuntamento, non mostrare partecipazione affettiva, rivela mancanza di umanizzazione.

Sicuramente, l'informatica e le nuove tecnologie ci daranno un supporto per soddisfare le esigenze del malato, ma, se non possiamo dare risposta al suo problema, almeno mostriamoci vicini a chi soffre, in modo che capisca che faremo di tutto affinché abbia una risposta in tempi brevi.

Non è facile far entrare una concezione di questo genere nel personale, e, sicuramente, la formazione deve mirare a questo. Secondo me, la formazione dovrebbe cominciare all'Università. Gli studenti dovrebbero conoscere queste problematiche, che non ritengo siano sufficientemente affrontate nei corsi di Laurea.

Il medico, innanzitutto, deve essere una persona che dà conforto. Una volta, la presenza del medico di famiglia, in casa del malato, portava tranquillità e dava grande conforto. Oggi, tra medico e paziente non c'è più lo stesso rapporto di un tempo. Spesso il rapporto è freddo, il medico di medicina generale viene contattato solo per una richiesta di farmaci o di accertamenti. Il rapporto con il medico ospedaliero è occasionale. Spesso, il medico di base, al quale viene chiesta una visita domiciliare, sbuffa e non va volentieri a visitare i pazienti, che sentono il suo distacco.

Ripeto che, secondo me, l'educazione del medico, in questo campo, deve essere a monte della Laurea in medicina. Lo stesso discorso vale anche per gli infermieri. Addirittura, già a livello delle scuole inferiori, si dovrebbe insegnare ai giovani ad avere maggiore disponibilità verso il prossimo e, in particolare, verso chi soffre.

Da tempo, l'Ospedale Bambino Gesù è impegnato in processi di umanizzazione dell'assistenza e cura dei suoi piccoli pazienti, anche utilizzando strumenti informatici. Ne sono esempio le iniziative intraprese o in progressi per ridurre il tempo di presenza dei bambini ricoverati, quali:

- la richiesta di esami clinici e la ricezione dei referti effettuati direttamente dai reparti;
- la digitalizzazione delle immagini (radiografie, TAC, risonanze, ecografie) e la loro messa a disposizione dei medici curanti utilizzando la infrastruttura tecnologica del cablaggio strutturato presente in tutte le sedi dell'Ospedale.

Ne sono ulteriore esempio le sperimentazioni effettuate per assicurare l'assistenza domiciliare (elettrocardiogramma e spirometria controllati a distanza, dialisi domiciliare, WEB camera per dialogare da casa con i medici dell'Ospedale) che rappresentano il presupposto per consentire al paziente una vita nel contesto familiare con la massima garanzia di assistenza. Ma l'iniziativa di maggiore impatto che ha visto l'Ospedale proporsi quale elemento trainante di Aziende di altissimo livello (Banca di Roma, BNL Multiservizi, Ebit Sanità, Enterprise Ericsson, Finsiel) particolarmente sensibili ai problemi dell'assistenza, è stata la realizzazione del Portale Sanitario Pediatrico, primo del suo genere in Europa.

Con esso si è inteso:

- "fare sanità" in maniera innovativa, introducendo nuovi servizi dedicati all'utenza professionale e alle famiglie:
 - migliorando la qualità dei servizi forniti,
 - ampliando la tipologia dell'offerta
 - utilizzando nuovi canali e strumenti di comunicazione e integrazione (l'informatica e Internet), in particolare per i medici e le famiglie di pazienti cronici;
- mettere a disposizione le risorse cliniche, scientifiche e formative direttamente presso gli utenti, superando i limiti fisici e temporali delle attività sanitarie tradizionali;
- integrare on line servizi sanitari e informazioni specialistiche per creare valore per la comunità e contribuire a determinare i processi di trasformazione strutturale del contesto sanitario.

Le linee guida alla base del Portale possono essere così schematizzate:

- prescindere da vincoli territoriali nella messa a disposizione di informazioni e servizi,
- garantire risposte in tempi prefissati, a specifiche esigenze conoscitive e di consulto,
- agevolare la diffusione di informazioni,
- assicurare valore legale a particolari documenti (referti, consulti, ecc.),
- garantire la privacy e la riservatezza di specifiche informazioni,
- stimolare l'aggiornamento professionale a distanza, senza limitare l'attività professionale,
- ottimizzare i percorsi formativi anche attraverso la simulazione di casi reali,
- supportare l'assistenza domiciliare ampliandone la diffusione,

nel pieno riconoscimento e rispetto del ruolo e delle attività dei professionisti territoriali. In particolare, per ogni tipologia di utenti individuati (*Professionisti sanitari territoriali, Famiglie, Aziende sanitarie*, sono stati realizzati servizi quali:

- Informativa generica e specialistica
- Prenotazione di esami o visite
- Consulti (second opinion) specialistici
- Richiesta e ricezioni referti
- Supporto alla assistenza domiciliare
- Partecipazione a forum pediatrici specificamente dedicati a medici, pediatri, famiglie o bambini
- Abbonamenti a riviste di settore (oltre 100 titoli specialistici a livello internazionale e 3 banche dati di settore)
- Report sulle novità emerse in convegni nazionali o internazionali
- Fruizione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale erogati in modalità mista (multimediale on-line e tradizionale), in grado di svincolare da orari predefiniti di fruizione e ottimizzare i tempi di fruizione garantendo, al contempo la verifica del livello di apprendimento. Le informazioni sui servizi forniti sono proposte in maniera semplice, chiara, rapida; aggiornate con puntualità e tempestività garantendo così ai visitatori del Portale un flusso continuo di notizie utili nello svolgimento del proprio lavoro o per una crescita sana del bambino in un ambiente familiare armonioso e consapevole. Le informazioni sono organizzate secondo una struttura reticolare sfruttando al massimo le possibilità offerte dall'informatica (ipertesti, links e motori di ricerca) che consentano un'esperienza "personalizzata" di navigazione e una agevole ricerca degli argomenti di interesse, segnalando anche altre risorse a questi correlate. in maniera semplice e rapida.

È possibile individuare percorsi differenziati a seconda del tipo di utente per separare l'informazione scientifica specialistica ri-

volta agli operatori sanitari da quella divulgativa per genitori e non medici.

Sono presenti sezioni su patologie/sintomi più frequenti con indicazioni e consigli su primi interventi così come la messa in linea di materiali per i bambini e preparato dai bambini.

Inoltre sono organizzati forum di confronto fra famiglie e operatori di settore, moderati da specialisti del Bambino Gesù, su aspetti non solo clinici ma anche di management gestione e organizzazione sanitaria.

I servizi, peraltro, si basano sull'utilizzo – da parte del paziente e del medico che effettua il consulto – di smart card, al fine di garantire la necessaria *sicurezza e riservatezza*, assicurando nel contempo *valore legale* ai servizi forniti (consulti o inoltro referti), grazie al sistema della *Firma digitale* in coerenza della normativa vigente.

Sono, infine, previsti supporti all'assistenza domiciliare con particolare riferimento alla formazione dei familiari dei pazienti, all'inoltro di consulti o prescrizioni in collaborazione con i medici di famiglia.

Premessa

L'Ospedale Pediatrico del Bambino Gesù di Roma, è uno dei tre Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Pediatrico ufficialmente riconosciuti dal Ministero della Salute, ed è il più grande centro pediatrico dell'Italia centro-meridionale e uno dei primi in Europa.

Oggi è punto di riferimento specialistico per bambini provenienti da tutta Italia e dall'estero ed è collegato ai maggiori centri pediatrici europei e americani.

È dotato di 3 Centri di Ricovero e Cura: a Roma, Palidoro e Santa Marinella, con 830 posti letto, 60 dei quali di rianimazione e terapia intensiva, effettua 33.000 ricoveri l'anno, 60.000 accessi in Day Hospital, 50.000 visite in Pronto Soccorso, oltre 700.000 prestazioni ambulatoriali, 14.000 interventi chirurgici di cui 600 interventi l'anno solo di cardiocirurgia (un quarto di quanti se ne eseguono in tutta Italia), 17 trapianti pediatrici l'anno (la metà del totale nazionale), dispone di oltre 40 unità operative che vanno dalla cardiocirurgia ai trapianti, dalle neuroscienze alla chirurgia plastica, dalla endocrinologia alla genetica, dalla terapia intensiva neonatale, all'ingegneria clinica.

L'Ospedale Bambino Gesù ha ritenuto di doversi proporre quale elemento trainante per la attivazione di un Portale Sanitario

Pediatrico (il primo in Europa) che consenta di “fare sanità” in maniera innovativa, introducendo nuovi servizi dedicati all’utenza professionale e alle famiglie:

- migliorando la qualità dei servizi forniti,
- ampliando la tipologia dell’offerta,
- utilizzando nuovi canali e strumenti di comunicazione e interazione (Internet), in particolare per i medici e le famiglie di pazienti cronici;
- mettere a disposizione le risorse cliniche, scientifiche e formative direttamente presso gli utenti, superando i limiti fisici e temporali delle attività sanitarie tradizionali;
- integrare on line servizi sanitari e informazioni specialistiche per creare valore per la comunità e contribuire a determinare i processi di trasformazione strutturale del contesto sanitario.

Il Portale sanitario pediatrico

Le linee guida alla base del Portale che sono state condivise da un gruppo di Aziende di altissimo livello (Banca di Roma, BNL Multiservizi, Ebit Sanità, Enterprise Ericsson e Finsiel) che hanno condiviso l’impegno dell’Ospedale in tutte le fasi della progettazione, realizzazione e alla successiva gestione, possono essere così schematizzate:

- prescindere da vincoli territoriali nella messa a disposizione di informazioni e servizi,
- garantire risposte in tempi prefissati a specifiche esigenze conoscitive e di consulto,
- agevolare la diffusione di informazioni,
- assicurare valore legale a particolari documenti (referti, consulti, ecc.),
- garantire la privacy e la riservatezza di specifiche informazioni,
- stimolare l’aggiornamento professionale a distanza senza limitare l’attività professionale,
- ottimizzare i percorsi formativi anche attraverso la simulazione di casi reali,
- supportare l’assistenza domiciliare ampliandone la diffusione.

Per ogni tipologia di utenti individuati (*Professionisti sanitari territoriali*: Pediatri di base, Medici generici, Infermieri operanti sul territorio nello svolgimento di assistenza domiciliare, *Famiglie* con particolare riferimento a quelle con pazienti con patologie complesse o croniche, Associazioni di pazienti dedicati a particolari temi e/o patologie pediatriche, Associazioni di volontariato, Adolescenti, Portatori di handicap), *Aziende sanitarie*: Aziende sanitarie locali, Aziende o presidi sanitari ospedalieri, reparto di pediatria, Professionisti della sanità, Mondo scolastico) sono stati individuati servizi quali:

- Informativa generica e specialistica
- Prenotazione On Line di visite ed esami
- Consulti (second opinion) specialistici
- Richiesta e ricezione referti
- Supporto alla assistenza domiciliare
- Partecipazione a forum pediatrici specificamente dedicati a medici, pediatri, famiglie o bambini
- Consultazione di informazioni di carattere generale medico-scientifico di interesse diffuso, news
- Medical Library (oltre 100 riviste in full text, Comprehensive MEDLINE)
- Consultazione di normativa specifica
- Report sulle novità emerse in convegni nazionali o internazionali
- Fruizione di corsi di formazione ed aggiornamento professionale ECM erogati in modalità mista (multimediale on-line e fisica), in grado di svincolare da orari predefiniti di fruizione e ottimizzare i tempi di fruizione garantendo, al contempo la verifica del livello di apprendimento.

Le informazioni sui servizi forniti sono proposte in maniera semplice, chiara, rapida; aggiornate con puntualità e tempestività garantendo così ai visitatori del Portale un flusso continuo di notizie utili nello svolgimento del proprio lavoro o per una crescita sana del bambino in un ambiente familiare armonioso e consapevole. Le informazioni organizzate secondo una struttura reticolare sfruttando al massimo le possibilità offerte da ipertesti, links e motori di ricerca per consentire all'utente un'esperienza "personalizzata" di navigazione e una agevole ricerca degli argomenti di interesse, segnalando anche altre risorse a questi correlate, in maniera semplice e rapida. È possibile individuare percorsi differenziati a seconda del tipo di utente per separare l'informazione scientifica specialistica rivolta agli operatori sanitari da quella divulgativa per genitori e non medici. Sono presenti sezioni su patologie/sintomi più frequenti con indicazioni e consigli su primi interventi così come la messa in linea di materiali per i bambini e preparato dai bambini.

Inoltre sono stati organizzati forum di confronto fra famiglie e operatori di settore, moderati da specialisti del Bambino Gesù, su aspetti non solo clinici ma anche di management, gestione e organizzazione sanitaria. I servizi, peraltro, si basano sull'utilizzo – da parte del paziente e del medico che effettua il consulto – di smart card, al fine di garantire la necessaria *sicurezza e riservatezza*, assicurando nel contempo *valore legale* ai servizi forniti (consulti o inoltro referti), grazie al sistema della *firma digitale* in coerenza della normativa vigente. Sono, infine, previsti supporti all'assistenza domiciliare con particolare riferimento alla formazione dei familiari

dei pazienti, all'inoltro di consulti o prescrizioni in collaborazione con i medici di famiglia.

Area informativa

Le informazioni sui servizi forniti, siano essi di natura tradizionale o innovativa, sono proposte in maniera semplice, chiara, rapida e diversificata a seconda che vengano richieste da professionisti del settore o inesperti. Sono aggiornate con continuità e tempestività e sono accessibili attraverso canali di ricerca personalizzati. Le informazioni sono organizzate secondo una struttura reticolare sfruttando al massimo le possibilità offerte da ipertesti, links e motori di ricerca per consentire all'utente un'esperienza "personalizzata" di navigazione e una agevole ricerca degli argomenti di interesse, segnalando anche altre risorse a questi correlate, in maniera semplice e rapida. È peraltro, prevista la possibilità di individuare percorsi differenziati a seconda del tipo di utente per separare l'informazione scientifica specialistica rivolta agli operatori sanitari da quella divulgativa per genitori e non medici. Sono previste sezioni su patologie/sintomi più frequenti con indicazioni e consigli su primi interventi così come suggerimenti e informazioni di carattere generale (le "pillole") per le famiglie. Una sezione a parte riguarda materiali per i bambini preparato dai bambini sotto la guida degli insegnanti presenti al Bambino Gesù e dagli esperti della Ludoteca dell'Ospedale.

Inoltre, è prevista la organizzazione di forum di confronto fra famiglie e operatori di settore, moderati da specialisti del Bambino Gesù, su aspetti non solo clinici ma anche di management, gestione e organizzazione sanitaria. L'area informativa non è, quindi, solo veicolo informativo dei servizi che l'Ospedale e il Portale offrono, ma è stata realizzata in modo da fornire all'utente una informazione che educi e aggiorni con l'obiettivo di favorire la prevenzione oltre che la cura.

Prenotazioni on line

Il servizio è riservato agli utenti medici e genitori iscritti al Portale Sanitario Pediatrico. Sono state definite diverse tipologie di prenotazione:

- prenotazioni effettuate direttamente dal medico di base per cui si prevede che venga allegata una breve nota sintetica anamnestica della situazione clinica del paziente e del sospetto diagnostico, con eventuale indicazione anche del carattere di urgenza della visita o dell'esame strumentale
- prenotazioni effettuate direttamente dal paziente
- prenotazioni effettuate da pazienti che abbiano già fruito di servizi forniti dall'Ospedale Bambino Gesù.

Tra i molteplici vantaggi della prenotazione on line:

- prenotazione più facile e disponibile 24 ore su 24
- informazioni più dettagliate e complete
- riduzione dei tempi di attesa telefonica
- notevole risparmio di tempo: la conferma della prenotazione richiesta viene inviata via e-mail entro 48 ore lavorative

L'obiettivo è di agevolare il medico nell'erogare una migliore assistenza ai pazienti, con la possibilità di una più rapida conclusione dell'iter diagnostico e la fondamentale continuità assistenziale tra i medici di base e la struttura ospedaliera.

Second opinion

Il servizio consente ai medici accreditati di consultare gli specialisti del Bambino Gesù su casi clinici anche di particolare complessità. Sono state predisposte griglie di formulazione dei quesiti e delle regole che possano consentire la normalizzazione della richiesta; in particolare si è ipotizzato di effettuare:

- accettazione formale dei termini e limiti del servizio
- standardizzazione modalità di presentazione
- sintesi problema (35 righe)
- eventuali allegati (massimo 2)
- ipotesi già effettuate dal medico curante – presidi terapeutici
- quesiti (massimo 3 per richiesta).

Anche per le risposte, fornite entro le 72 ore, si prevedono griglie predefinite che consentano la standardizzazione formale delle risposte; in particolare si è ipotizzato:

- breve sintesi del quesito proposto
- discussione
- eventuali consulenze interne
- risposte “punto per punto”
- bibliografia (solo per i quesiti posti dai pediatri)
- invito al paziente a consegnare la risposta al medico curante.

Tali servizi, peraltro, si basano sull'utilizzo, da parte del medico che effettua il consulto, di smart card al fine di avere la certezza dell'identità degli interlocutori e di garantire la necessaria riservatezza, assicurando valore legale al risultato del consulto.

Refertazione e supporto all'assistenza domiciliare

Si prevede la messa a disposizione on-line sul Portale dei referti ambulatoriali degli esami effettuati dai Laboratori di Analisi, Radiologia, Microbiologia e Virologia e dal Servizio Immunotrasfu-

sionale; successivamente si procederà per la disponibilità sul Portale di tutti i referti e documenti prodotti nei Reparti e Servizi dell'Ospedale. Anche per questo servizio, per garantire l'integrità del referto, la riservatezza e la certezza dell'identità degli interlocutori viene utilizzato il sistema di firma digitale a norma di legge (smart card). Sono, inoltre, previsti supporti all'assistenza domiciliare (integrata nei servizi già svolti dall'Ospedale, quali a titolo esemplificativo la dialisi domiciliare e la telecardiologia) con particolare riferimento alla formazione dei familiari dei pazienti, al monitoraggio delle azioni intraprese, all'inoltro di consulti o prescrizioni (refertazione online) in accordo con i medici di base.

Formazione ECM

Il Servizio Sanitario Nazionale ha recentemente introdotto e reso vincolante per tutti gli operatori sanitari il programma d'Educazione Continua in Medicina (ECM). Questo programma stabilisce nuove regole per la formazione del personale sanitario, basate sui crediti formativi annuali. Ogni operatore sanitario potrà "costruire" il proprio percorso d'aggiornamento raccogliendo, per ogni quinquennio, 150 crediti formativi ECM. I criteri generali per la formazione continua sono presentati nel Decreto Legislativo 229/99. Lo sviluppo d'Internet ha profondamente mutato le caratteristiche della comunicazione, influenzando anche il mondo della formazione. L'Ospedale Bambino Gesù, che si è sempre operato per contribuire alla formazione dei pediatri con metodi tradizionali, è coinvolto in modo diretto anche in questo processo evolutivo. Tramite il Portale Sanitario Pediatrico oltre ad avere le informazioni utili alla frequenza dei corsi e seminari che si svolgeranno con la organizzazione del Bambino Gesù, in modo tradizionale, sarà possibile fruire dei corsi di formazioni a distanza su rete.

In tal modo sarà possibile:

- Svincolare il medico da orari predefiniti di fruizione di corsi (come avviene per i corsi residenziali o per la partecipazione a convegni) senza, quindi, limitazioni all'impegno professionale di assistenza verso i propri pazienti.
- Ottimizzare i tempi di fruizione dei corsi con la possibilità, da parte del medico, di creazione di percorsi autonomi, personalizzati con l'approfondimento delle sole componenti di interesse.
- Sottoporre alla attenzione del medico casi clinici reali attraverso la predisposizione di moduli multimediali con testi, immagini, audio, filmati e non escludendo la possibilità di organizzare momenti specifici di affiancamento ai medici ospedalieri con dimostrazioni "dal vivo" di casi complessi.

- Disporre di link a full text di riviste, pubblicazioni, articoli consigliati per l'approfondimento delle parti ritenute più rilevanti.
- Dialogare con il docente o un tutor tramite messaggi di posta elettronica o forum "asincroni" o momenti di chat o anche video-audio in tempi prestabiliti.
- Creare forum di discussione fra colleghi, con la supervisione di esperti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.
- Prevedere momenti di autovalutazione dell'apprendimento attraverso questionari a risposta multipla, non solo descrittive ma formate da immagini e audio rappresentative di casi reali.
- Prevedere momenti di verifica in presenza del docente e di una commissione specifica, in sessione predefinite, a garanzia dell'avvenuto apprendimento.

Contenuti della MEDICAL LIBRARY al 30 Aprile 2002

BioMedical Reference Collection Basic con 100 titoli in full text

Offre ai medici e ricercatori accesso a 100 riviste in full text che coprono, tra le altre, le seguenti discipline: medicina clinica, infermieristica, odontoiatria, sistema sanitario. Tutte le 100 riviste contenute nel database sono anche indicizzate in Medline. Effettuando una ricerca sul Medline all'interno di EBSCOHost viene offerta quindi la possibilità di raggiungere il full text dell'articolo eventualmente contenuto all'interno della Biomedical Reference Collection Basic.

Comprehensive MEDLINE

Questo importante database consente ricerche nel campo medico, infermieristico, odontoiatrico, medico veterinario oltre che in quello inerente ai sistemi sanitari e alle scienze precliniche.

Comprehensive MEDLINE offre:

- abstract e indici tratti da oltre 3.800 riviste biomediche correnti, pubblicate negli Stati Uniti e in altri 70 Paesi a partire dal 1966
- citazioni dall'Index Medicus, l'International Nursing Index e dall'Index Dental Literature, PREMEDLINE, BIOETHICSLINE, AIDSLINE ed Health STAR
- ulteriori indici forniti dal British Library Document Supply Center
- possibilità di utilizzare il Medical Subject Headings (MeSH) indicizzato alla terza cifra, con funzionalità di ricerca gerarchica.

Smart card digitale

La smart card è una carta, simile ad una normale carta di credito, dotata di un microchip in cui vengono memorizzati, all'atto

della registrazione, i dati caratteristici del possessore. la normativa italiana vigente prevede infatti che, al fine di consentire la salvaguardia dei dati personali e effettuare la firma digitale di documenti informatici registrati su supporto magnetico, in modo che abbiano valenza legale a tutti gli effetti, sia necessaria la registrazione presso uno delle organizzazioni certificate dall'A.I.P.A. (Autorità per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione).

Nel caso specifico del Portale Pediatrico Sanitario del Bambino Gesù l'organismo certificatore è BNL Multiservizi.

La registrazione consiste

- nella acquisizione dei dati personali del possessore a fronte di un documento di riconoscimento,
- nella memorizzazione sul microchip di certificati digitali che unitamente a un codice personale inserito al Personal Computer dal possessore ne consentano:
- la individuazione univoca,
- la garanzia della autenticità e valenza della operazione effettuata,
- l'inserimento della "firma" sul documento cui l'operazione si riferisce.

La smart card nel Portale Pediatrico Sanitario del Bambino Gesù consentirà di

- prenotare per via telematica visite mediche ed esami diagnostici,
- richiedere consulti e "second opinion", ricevendo risposte con valore legale,
- ricevere a domicilio referti informatizzati, con garanzia della tutela dei dati personali e sanitari,
- consultare banche dati specialistiche,
- accedere a qualsiasi articolo delle riviste di settore,
- fruire di corsi di formazione, istruzione e aggiornamento professionale su tematiche specifiche, erogati in modalità mista (multimediale on-line e fisica),
- partecipare a "forum" con altri utenti sotto la guida di Esperti del Bambino Gesù,
- ricevere news su aspetti riguardanti la salute del bambino.

Si prevede di estendere, in un secondo momento, tale servizio alle famiglie accreditate.

Ringrazio vivamente Mons. Pintor, per aver organizzato questo importantissimo seminario, in un momento politico in cui la maggioranza di Governo si avvia a modificare profondamente il Decreto Legislativo dell'ex ministro Bindi. Io mi occuperò dell'umanizzazione del processo di cura.

Dell'enorme importanza dell'informatica è stato già detto. Forse, però, sarebbe opportuno ipotizzare, con gli amici informatici, qualche seminario sulla chirurgia mini-invasiva, su quella robotica e su quella virtuale che, a mio modesto avviso, sono i nodi principali intorno ai quali si giocherà lo sviluppo dell'informatica sanitaria e della tele-medicina. È indubitabile che la professione medica, in questi ultimi anni, sia stata investita da vere e proprie rivoluzioni, che l'hanno modificata profondamente. Si è andati dalla trasformazione aziendale delle realtà sanitarie italiane al contestuale riconoscimento, in capo ai medici dipendenti, di funzioni e responsabilità dirigenziali, che allo stato attuale, sono più formali che reali.

Queste rivoluzioni come possono conciliarsi con l'umanizzazione del processo di cura del malato?

Le ultime riforme sanitarie, la 502 del '92 e la 229 del '99, pongono, in maniera vincolante, una limitazione all'uso delle risorse rispetto alle esigenze di tipo medico-sanitario dei pazienti. Questo non va nascosto. La legge stabilisce, in sostanza, che, per far quadrare i conti, occorre applicare regole mutuete dal libero mercato, cioè la competizione e la gestione manageriale delle risorse. Sono punti che io condivido totalmente. Questa realtà, però, comporta, come conseguenze, una quantità non indifferente di nuovi quesiti di carattere etico cui rispondere. Il medico nel concepire il costo delle cure, dovrà acquisire una mentalità economica.

Questo è giusto!

Egli non potrà sottrarsi al calcolo del rapporto tra costi e delle risorse impiegate e valore dei beni e dei servizi prodotti, come, per lunghissimo tempo, fino ad oggi, è avvenuto. È evidente, però, che queste nuove regole rischiano di imporre al medico limitazioni alla libertà di decisione, restrizioni, non prive di conseguenze, sul piano etico, se incidenti sulla nozione di beneficiabilità verso il malato, sulla giustizia e sull'equità dei sistemi sanitari, sull'uguale diritto di accesso alle cure mediche. Non dovrà mai succedere, in Italia, quello che è già successo in altre Nazioni Euro-

pee molto civili e sviluppate, dove i malati sono stati dimessi dall'ospedale non ancora guariti, solo perché esaurito il rimborso delle prestazioni o, ancor peggio, che non sia stato iniziato un trattamento, perché al percentuale di riuscita era così bassa da non giustificare la spesa elevata che doveva essere sostenuta dalla Sanità pubblica. Tuttavia, la scienza e le nuove tecnologie, nella loro continua evoluzione, pongono all'etica nuove domande, e vogliono risposte che l'etica, finora, non ha considerato, poiché non ha avuto lo stesso ritmo di crescita.

Come colmare questa distanza?

Creando, a mio parere, informazione, aggiornamento professionale, producendo cultura, migliorando il rapporto medico-paziente, quello tra medico-paziente-struttura, quello tra medico e struttura. Mettere a fuoco il rapporto medico-paziente, significa mettere a fuoco l'elemento portante della professione medica. Oggi, il medico è in grado di attingere a risorse farmacologiche e tecnologiche impensabili, fino a qualche decennio fa. Ha la possibilità e la responsabilità di compiere comportamenti e scelte di enorme rilevanza morale e sociale. Non si può pensare che lo sviluppo tecnologico incontrollato, cioè non regolamentato, sia, di per sé, un valore e indice di progresso. La scienza deve allearsi con la sapienza.

Nella carta degli operatori sanitari del Pontificio Consiglio della Pastorale si legge che la scienza e la tecnica sono oltranziste, ogni giorno spostano più avanti le loro frontiere. La sapienza e la coscienza tracciano, per esse, i limiti invalicabili dell'umano. Accanto a tale evoluzione tumultuosa della scienza e della tecnica, è in atto un'evoluzione della tipologia del malato, che sta mutando profondamente. Il malato riconosce, nel medico, un ruolo meritorio, socialmente irrinunciabile, ma non intende più delegare alla sua benevolenza e competenza decisioni di carattere medico, respingendone, in sintesi, il ruolo paternalistico, il ruolo "ippocratico", per rivendicare la propria autonomia decisionale. Qualcuno ha sostenuto che, ormai, una quantità di estranei si è installata al capezzale, tra medico e malato, laddove il medico si trovava da solo e decideva da solo. Chi sono, questi estranei?

Sono le Asl, sono i DRG, i vari tribunali del malato, i cosiddetti difensori civici, le libere democratiche associazioni dei cittadini, la sempre incombente ombra del Pretore, ecc. È stato anche detto che, in Sanità, c'è emorragia d'anima e che il medico rischia di deporre il camice per indossare la tuta. Per evitare tutto ciò, che sarebbe catastrofico, è indispensabile che il medico e l'ammalato si correlino quali soggetti di pari dignità; titolari di diritti fundamenta-

li, diversi solo per posizione professionale e per condizione professionale. La cultura di una “ par condicio “ antropocentrica, prima ancora che giuridica, consentirà di colmare, a mio parere, il divario ideologico tra Calvino e Ippocrate.

La soddisfazione del paziente, la tutela della privacy, la qualità delle cure costituiscono un momento forte di democrazia nel rapporto medico-cittadino-società, in quanto attendono alle potestà e ai diritti individuali. L'esaltazione dei diritti personali ed il rifiuto della mensa ippocratica della medicina situano il medico in posizione dialettica con il paziente. Il rapporto privatistico medico-malato si è trasformato in rapporto pubblico assistito-servizio sanitario nazionale. Tuttavia, sta riemergendo prepotente il bisogno del medico della persona, che, scaricandola trappola dell'accanimento informativo, sappia gestire empaticamente i bisogni, le paure e le aspettative del “suo” paziente.

Così evolvendo, potremmo incappare di nuovo in un neo-medico ippocratico, sornione invitato di pietra. Ma, se ciò dovesse accadere che male ci sarebbe?

Non potrebbe, forse, essere anche questa un'accettabile forma di umanizzazione del processo terapeutico?

Vi ringrazio.

Sono profondamente persuaso che vi siano realtà sociali dove l'utilizzazione di tecnologie avanzate diventerebbe innovazione di grande efficacia e di grande beneficio. Sono altresì profondamente convinto che l'uso dell'informatica e delle tecnologie nelle aree dove è endemica l'emergenza salute diventerebbe strumento di riscatto umano e di migliore qualità della vita. È opinione condivisa che ogni strumento può essere positivo o negativo, buono o cattivo, efficace o inefficace secondo l'uso che ne viene fatto ed è altrettanto condivisa la preoccupazione che gli strumenti tecnici sempre più sofisticati possano inaridire il rapporto tra le persone falsando la comunicazione e il pensiero, atrofizzando il mondo dei sentimenti e delle emozioni ed isolando drammaticamente ciascuno dall'altro. Immaginiamo con preoccupazione lo scenario in cui, realizzando l'Ospedale Virtuale, proprio chi ha maggior bisogno di contatto umano come il malato, potrà dialogare solamente attraverso sistemi audio-visivi sofisticati, ma senza ricevere uno sguardo amorevole, una parola di sostegno, il calore di una carezza. Non meno preoccupante appare l'ipotesi di un medico che possa abbandonare il rapporto fondamentale con il malato con il rischio di disumanizzarsi a sua volta perdendo o attenuando il proprio senso diagnostico, rinunciando alla capacità di intuizione e spegnendo la percezione "tattile" della malattia. Negli anni ottanta, entusiasta dell'idea, cercai di sperimentare l'efficacia e l'utilità dello "spazio intelligente" per le persone anziane che fossero costrette a vivere sole in casa.

Allo "spazio intelligente" fu collegato il sistema di "telesoccorso" affinché gli anziani soli potessero sentirsi sicuri nella loro vita quotidiana e protetti nei confronti di ogni incidente. Ero molto convinto del tentativo ed ero certo della grande soddisfazione di tutti coloro che avrebbero potuto sperimentare una vita così comoda e così ben garantita. Ma dopo qualche tempo gli anziani, al contrario delle previsioni, diventarono ansiosi, insicuri, agitati. Interrogati dagli psicologi che seguivano l'esperimento manifestarono tutto il loro disagio: da una parte si sentivano prigionieri, controllati in ogni loro gesto e privati della loro intimità., dall'altra cadevano in grave depressione perché gli strumenti tecnici li rendevano ancora più soli provocando una diminuzione delle visite e dell'interesse dei familiari per le loro condizioni.

Era ancora una volta la prova che il pericolo da scongiurare nei confronti dei malati e dei deboli restava sempre e comunque la

solitudine e l'isolamento. Sono tuttavia fiducioso nel ritenere che vi siano molte forme di utilizzazione e di applicazione tecnologica in grado di scongiurare le previsioni negative e le analisi pessimistiche di molti. È necessario in ogni caso vigilare, approfondire e sperimentare per impedire pericoli sempre presenti e per evitare atteggiamenti superficiali.

Vi sono alcune rapide riflessioni che vorrei fare, riguardanti gli interventi di tecnologia avanzata sul versante socio-sanitario. Nell'attuale processo di globalizzazione del mercato economico, al di là degli scontri spesso drammatici tra favorevoli e contrari, viene assai poco approfondito il tema della salute "planetaria". Non mi riferisco solamente al dissesto ambientale – su cui dovremmo soffermarci a lungo parlando di salute – ma alla globalizzazione delle malattie con particolare diffusione delle infettive e delle "nuove" epidemie.

Non c'è dubbio che non basta più pensare alle "malattie delle migrazioni" secondo lo schema ottocentesco, ma che è necessario affrontare l'espansione delle epidemie e delle infezioni con i sistemi più avanzati di cui disponiamo: questo è un problema drammatico dove l'uso dell'informatica e delle tecnologie avanzate diventa sempre più urgente e necessario.

In questo caso sarebbe disumanizzante non intervenire con le risorse che la tecnica e la scienza moderna ci offrono. A questo proposito, per chiarire meglio, desidero descrivervi per sommi capi un progetto pilota che ho proposto al Direttore della Struttura Complessa del San Gallicano Prof Aldo Morrone già impegnato in attività di cooperazione nel Corno d'Africa, in Asia e nei paesi dell'Est Europeo.

Il Prof Morrone ha creato una apposita Commissione per realizzare l'iniziativa a cui sto accennando. Non credo vi siano dubbi nell'individuare nel Continente africano l'area mondiale dove la condizione socio-sanitaria è maggiormente compromessa per l'insufficienza del sistema ospedaliero, per la presenza di epidemie di dimensioni bibliche, per l'insorgenza di nuove ed incurabili malattie infettive, per le difficoltà economiche, per l'inquinamento ambientale, per la povertà, per la mancanza di igiene.

La piaga dell'AIDS è tra le più drammatiche ed ormai siamo giunti a percentuali di diffusione che in alcune regioni colpiscono anche il 30% della popolazione.

Nel primo studio progettuale con l'IRCCS del San Gallicano abbiamo individuato un'area molto vasta che raggruppa alcune

zone confinanti tra Kenya, Etiopia e Tanzania. Qui pensiamo di realizzare i nostri interventi. Stiamo censendo tutti i centri ospedalieri con particolare attenzione, anche per la buona qualità dei servizi, a quelli gestiti dalle Congregazioni del Cottolengo, dei Passionisti, dei Cappuccini e delle altre Missioni.

La proposta è quella di formare una rete operativa creando Centri di Eccellenza nei singoli Ospedali, che avvalendosi dell'informatica e delle tecnologie avanzate, siano in grado di affrontare il problema dell'AIDS in ogni aspetto: formazione del personale, adeguamento delle strutture, terapia, ricerca scientifica, assistenza e cura degli orfani e delle donne.

Il San Gallicano avrà il ruolo di coordinatore scientifico ed operativo del piano socio-sanitario, ma l'iniziativa è aperta a tutte le altre realtà medico-scientifiche nazionali ed internazionali. L'intero progetto verrà sottoposto alle Istituzioni competenti in tempi molto brevi. Noi tutti pensiamo che il degrado sociale, dovuto anche alla mancanza di cure ai malati, debba essere finalmente affrontato in maniera decisiva, seria ed anche adeguata alle dimensioni dei problemi. Questo progetto sperimentale e modulare vuole anche dimostrare che tragiche epidemie come l'AIDS in Africa vanno affrontate con strutture e strumenti adatti e non con interventi che si manifestano sempre più inutili e inutilmente costosi.

Desidero infine segnalare una iniziativa molto interessante realizzata attraverso l'uso dell'informatica dall'IRCCS OASI Maria SS. di Troina. L'OASI è un Istituto di Ricerca Scientifica multidisciplinare che si occupa del ritardo mentale sia in età evolutiva che involutiva. In questo campo uno dei problemi più delicati è il rapporto con i familiari degli assistiti.

È evidente quanto sia importante dare a queste famiglie ogni forma di sostegno che le aiuti ad affrontare il peso e le difficoltà che comporta la convivenza ed il rapporto con un disabile mentale.

Ebbene, l'OASI ha istituito un servizio in Internet che può collegare direttamente dalle loro case le famiglie degli assistiti all'Istituto, dove operatori qualificati rispondono alla doppia esigenza del contatto e della ricerca scientifica. Siamo di fronte ad una utilizzazione delle tecnologie che integra il rapporto diretto con un servizio che, invece di "separare" l'utente dagli operatori dell'Istituto, lo aiuta e lo conforta proprio perché lo unisce in maniera permanente e rassicurante alla struttura che si occupa e preoccupa dei suoi problemi. Le risorse scientifiche sono in que-

sto caso un patrimonio ben speso che può far ipotizzare nuovi orizzonti ed aprire spazi ancora impensabili nel buon uso, umanizzato e umanizzante, dei sistemi informatici e tecnologici al servizio dei malati.

Se è possibile immaginare prospettive sempre più avveniristiche e moderne nella lotta contro le malattie ed il dolore, è però necessario ricordare, in ogni caso, che nulla potrà mai sostituire la forza ed il calore della solidarietà umana.

Penso che i relatori che mi hanno preceduto abbiano ben analizzato quanto sia rimasto di umano nell'ambito sanitario e quanto sia più o meno scaduto il rapporto tra medico-paziente. Io posso approfondire un piccolissimo settore dell'argomento odierno; cioè l'umanizzazione dell'informatica nel campo estremamente preciso, della radiologia. Io appartengo ad una famiglia di radiologi da tre generazioni. Ho respirato il senso del rapporto tra medico e paziente fin da bambino. Per me, il paziente è un uomo sofferente, che mi ha gratificato già nel momento in cui mi ha scelto.

Questo concetto ha permeato la mia vita professionale. Oltre a ciò, essere figlio "d'arte", ha significato anche poter scegliere delle attrezzature e, soprattutto, il modo di lavorare. Sono 12 anni che lavoro con attrezzature di tipo digitale e da 4 anni, nella mia struttura, non esiste più la camera oscura. Questo può sembrare un fatto banale, invece è fondamentale, perché il radiologo è un medico particolare. È stato considerato un po' stregone, un po' mago, uno che riusciva a creare ombre e non ombre su un foglio di plastica, nella camera oscura, la stanza dei segreti, dove nessun altro medico o paziente poteva entrare. L'utilizzazione dell'informatica ha distrutto la stanza dei segreti, ha portato il radiologo sullo stesso piano di qualsiasi altro medico.

Che cosa è la radiografia? È un artefatto che rappresenta la proiezione di un volume su un piano. Si può dire che essa rappresenti la realtà, così come una scena pittorica. Per capire la radiografia digitale, potremmo rifarci alle tecniche pittoriche dei divisionisti o degli impressionisti. Questi artisti rappresentano la realtà attraverso la riflessione della luce, in ogni punto della scena. La radiologia digitale usa lo stesso procedimento. È un insieme di puntini, estremamente fini, che esprimono un valore di luminosità. La radiografia digitale permette considerazioni diverse da quelle offerte dalla radiografia normale, perché si hanno relazioni tra punti e relazioni tra ogni singolo punto e l'insieme dell'immagine.

La radiografia digitale è un'immagine fatta di numeri. Questo è di grande aiuto, perché amplifica le possibilità offerte dalla radiografia tradizionale. I numeri ampliano la possibilità di cogliere, grazie al radiologo, i segni nell'ambito di un'immagine. Il primo concetto, che rende più umana la radiologia, sta nell'acquisizione dell'immagine. Abbiamo due possibilità di acquisire un'immagine: in formato diretto o in un formato indiretto. Con l'acquisizione di un

formato indiretto possiamo ridurre la dose di radiazioni dal 40% al 60%. Con l'acquisizione di tipo diretto, l'abbiamo del 90%.

Con la quantità di radiazioni necessaria per una sola radiografia normale, è possibile ottenere nove radiografie digitali, perché si agisce sul fattore tempo. Ciò è molto importante, soprattutto per chi lavora con bambini. Il bambino che piange, si muove. Se si riesce a ridurre il tempo di esposizione, è possibile ottenere le radiografie necessarie per diagnosticare, nonostante lo stato di agitazione del bambino, senza doverlo legare, e ripetere il procedimento radiografico anche due o tre volte.

Il primo, enorme vantaggio dell'applicazione dell'informatica alla radiologia è la riduzione della dose, nell'interesse del paziente. Vi ho detto che l'immagine è espressione di numeri, quindi, in essa, possiamo considerare dati di tipo matematico. Su una pellicola radiografica normale, esiste un'infinità di grigi, in punti talmente fini, che nessun occhio umano riuscirebbe mai a vedere. Al massimo, l'occhio esperto riesce a discriminare tra due punti che abbiano una quarantina di grigi diversi. Per il computer, questo limite non esiste.

Esiste il limite del monitor, ma, comunque, la radiografia digitale consente di cogliere, nell'immagine, un'infinità di segni che, normalmente, sfuggono all'occhio umano. Qual è il vantaggio che l'adozione dell'informatica ci ha portato, negli ultimi anni? Queste tecniche ci permettono di visualizzare un volume e, quindi, ci consentono di navigare in tale volume. Pensate a cosa sia possibile valutare all'interno di un ventricolo cerebrale, all'interno dei semi mascellari, all'interno di un ginocchio.

Abbiamo la possibilità di vedere quello che è l'organo aperto, di navigare al suo interno. Questo significa che possiamo offrire al chirurgo un pacchetto di informazioni che, magari con un sistema robotico, lo guidi nell'intervento; significa dare la possibilità non ad una persona, ma a cento studenti, di vedere all'interno di questo volume; significa dare al radioterapista la possibilità di centrare meglio, di utilizzare i sistemi di collocazione, in modo da salvare quanto più tessuto possibile e colpire solamente il cancro. Le immagini digitali, inoltre, possono essere riprodotte in qualsiasi momento, per esempio, su pellicole simili a quelle fotografiche, ma con sviluppo a secco, tutto questo grazie all'informatica.

Io sono di Salerno e, qualche anno fa, ho valutato le capacità di una città, come la mia, di produrre liquidi di sviluppo e fissaggio, che sono sostanze tossiche. Calcolando la quantità, macchina per macchina, e il numero di macchine presenti nelle strutture pubbli-

che e in quelle private, ho ottenuto un numero enorme. Questi liquidi, per il 15 %, contengono fanghi tossici. I fanghi tossici, prodotti in un anno in una città come Salerno, riempiono un camion. Immaginiamo la quantità di fanghi tossici in una città come Roma. Questo problema, con la radiografia digitale, non esiste più, grazie alla possibilità di stampare a secco.

Un altro vantaggio riguarda l'archiviazione delle immagini. Io ho un archivio enorme, conservo le immagini degli ultimi cinque o sei anni, archiviate in scatole di plastica, tipo CD. Preparare un CD per il paziente, significa dare le possibilità al paziente di ritornare, dopo qualche anno, con un supporto che non si è alterato. Si può utilizzare Internet.

Ad esempio, ho avuto un paziente che non si poteva muovere da Salerno. Io ho mandato l'esame ad un medico di un'altra città via Internet. Ci siamo consultati per telefono, guardando tutti e due, sui nostri monitor, lo stesso esame. Credo di aver dato un valido aiuto al mio paziente.

Questi sono stati i vantaggi di aver utilizzato, per dodici anni, la radiologia digitale. Mi sembrano estremamente interessanti.

Grazie.

Ringrazio tutti per l'invito rivoltomi, che ho accettato con grande piacere. Poiché sono stato invitato come assessore, vi parlerò della mia responsabilità amministrativa. Noi abbiamo presentato il primo Piano Sanitario della Regione Lazio. Presentando questo piano, abbiamo scelto, come elemento di riferimento, la persona umana e il suo bisogno. Per scelta, abbiamo voluto che fosse un Piano Sanitario di valenza etica e, avendo scelto la persona umana e il suo bisogno, ci siamo chiesti quali fossero le domande principali posti dai pazienti all'Amministrazione Regionale. Di qui, la scelta di rispondere a cinque grandi sfide, che sono le risposte alle domande che il paziente ci pone.

La prima sfida è l'*emergenza*, cioè il momento in cui il paziente è più in difficoltà e più in crisi; ha dubbi sul proprio destino, sulla sua salute.

La seconda è costituita dalle *liste di attesa*. Questo è un problema non soltanto per la nostra Regione, ma per tutte. Occorre che sia affrontato in modo rapido e deciso, perché è inimmaginabile che un paziente si senta dire, quando va a prenotarsi un accertamento, di tornare dopo sei mesi. È vero che, qualche volta, la salute non è messa a repentaglio se l'accertamento avviene dopo sei mesi; è vero che, qualche volta, alcuni non dovrebbero essere sottoposti ad accertamenti; però, il paziente questo non lo sa e, quindi, vive il tempo di attesa in maniera drammatica.

La terza sfida è l'*assistenza domiciliare*, per mantenere il malato all'interno della sua relazione familiare.

La quarta è la *prevenzione*.

La quinta è quella di fare in modo che gli ospedali *rispondano alla loro vocazione di essere al servizio degli acuti*. Non è pensabile che tutti vadano in ospedale, per esempio sia chi ha la polmonite che chi ha il cancro.

Queste sono le cinque sfide che la Regione Lazio ha scelto di affrontare nel prossimo triennio. Sono scelte fatte tenendo al centro del servizio sanitario regionale le esigenze della persona. Un assessore, inoltre, deve considerare la sostenibilità dell'organizzazione sanitaria che crea per rispondere alle esigenze dei cittadini. Non c'è dubbio che, fino ad oggi, tutte le Regioni del Paese abbiano lavorato in disavanzo, perché le risorse non erano sufficienti.

Abbiamo chiuso il 221 con 1.600 miliardi di disavanzo, con la prospettiva regionale di avere, nel 2002, 900 miliardi di disavan-

zo. Riteniamo di poter arrivare nel 2005, al pareggio. Questo è punto decisivo della mia azione, perché sono consapevole che, ogni prestazione aggiuntiva aumenta il disavanzo. È un punto critico che, per fortuna, è migliorato, perché, a partire dall'otto agosto, quando abbiamo stretto il Patto di Stabilità per gli anni 2002/2004, con il Governo, quest'ultimo, per la prima volta, ha messo a disposizione delle Regioni risorse che dovrebbero essere sufficienti a dare risposte ai cittadini. Noi abbiamo chiesto il 6% del PIL per la Sanità e il Governo ci ha dato il 5,88%.

Siamo molto vicino a quanto chiesto, a condizione, però, di realizzare un percorso rigoroso e appropriato per il contenimento degli sprechi. Questo vale, innanzitutto, nel settore farmaceutico. Le Regioni hanno la consapevolezza che, quando hanno firmato il Patto di Stabilità, mancavano 5.000 miliardi al conto rispetto a quello che era il fabbisogno delle Regioni. Stiamo riflettendo su come recuperare 5.000 miliardi. La Regione Lazio ha stabilito un piccolo ticket di partecipazione alla spesa farmaceutica, di 1 euro al pezzo. L'abolizione del ticket, avvenuta nel dicembre 2000, ha significato per la Regione Lazio, un aumento di spesa farmaceutica di 800 miliardi nel 2001. Si tratta di farmaci non utilizzati. Non è migliorata la qualità della salute dei nostri cittadini nel 2001, né c'è stata una qualche epidemia che giustificasse l'autorizzazione di 800 miliardi di farmaci in più.

O noi troviamo strumenti rigorosi e appropriati per il contenimento della spesa, laddove non sia giustificata, oppure non avremo risorse sufficienti per dare ai cittadini i servizi di cui hanno bisogno. Il processo di aziendalizzazione delle nostre realtà sanitarie sta procedendo e i risultati ottenuti sono validi, perché i nostri Direttori stanno lavorando bene, tanto è vero che il disavanzo del 2001 si è ridotto, rispetto a quello del 2000, ed è la prima volta che ciò avviene nella nostra Regione. Il processo di aziendalizzazione, quindi, determina una maggiore efficienza nella gestione delle risorse. È chiaro, però, che tale processo va considerato uno strumento e non un fine.

L'azienda deve essere uno strumento per migliorare l'efficienza, ma non si può avere come obiettivo il pareggio del bilancio. I LEA consentono di dare al paziente, ciò di cui ha bisogno, ciò che è essenziale per la sua salute. Anch'essi, quindi, sono uno strumento per utilizzare al meglio le risorse messe a disposizione dal Governo il 2002, il 2003 e il 2004.

Vorrei abbandonare, ora, il mio ruolo istituzionale e assumere quello professionale di medico, per esprimere le mie considerazioni; riguardo al problema dell'umanizzazione del processo di cura. Ritengo che serva un grande sforzo di carattere culturale, perché oggi, indubbiamente, la cultura prevalente è quella medica, che

è neutrale. È una cultura che considera la malattia una sorte di meccanismo che si è inceppato e considera, quindi, la terapia un ripristino automatico di tale meccanismo. Questa cultura di neutralità è alternativa a quella di umanizzazione, il ruolo che la cultura medica assegna al paziente è di evidente emarginazione. L'unico grado di integrazione che il paziente può avere con la struttura è l'accettazione di quello che gli viene somministrato. Quando il paziente prova a fare qualche resistenza, avviene la divisione. Immaginare un processo alternativo, che passi non soltanto attraverso il consenso informato, ancora molto burocratizzato, ma che arrivi ad una decisione condivisa, è una scommessa da giocare sul piano culturale e a me sembra che siamo piuttosto lontani dall'averla vinta.

Vorrei sottolineare che l'umanizzazione della medicina, cioè la possibilità che la relazione tra operatore sanitario e paziente sia fondata sulla solidarietà, non è in una prospettiva religiosa, ma rigorosamente laica. Se ciò è vero, mi chiedo come mai non riesca ad agganciarsi definitivamente a un modello di professione sanitaria solidarista. Tra paziente e medico si realizza l'incontro tra una fiducia, da una parte, e una coscienza, dall'altra; ciò vale non soltanto nella relazione individuale, ma anche nel rapporto tra società e salute. Anche la società nel suo complesso, infatti, ha una relazione di affidamento sfiduciale nei confronti della medicina. Io credo sia possibile un aggancio laico all'etica dell'umanizzazione. Credo che le istituzioni sanitarie di matrice religiosa, di cui abbiamo qui autorevoli rappresentanti, debbano dimostrare la praticabilità, cioè che tale modello possa essere esportato e sperimentato all'interno di istituzioni sanitarie.

Anche come assessore mi interessa che le istituzioni sanitarie cattoliche documentino, fino in fondo, l'efficacia del loro modello per poterlo diffondere anche a istituzioni sanitarie laiche. Io ritengo di sì, ma penso anche che, su questo, sia doveroso una grande vigilanza. Chiudo il mio intervento, esprimendo le mie opinioni sull'informatica.

Credo che l'informatica possa essere strumento di umanizzazione. Porto l'esempio dell'ospedale romano "San Giovanni", dove è stata realizzata, attraverso Internet, la prenotazione delle visite specializzate dal domicilio del paziente. Inoltre, con Internet, l'esito degli accertamenti arriva al domicilio del paziente.

Mentre, normalmente, un paziente va tre volte in ospedale, per prenotarsi, per fare la radiografia e per ritirare l'esito, grazie ad Internet, ci va una volta sola, per sottoporsi alla radiografia. Mi pare, perciò, che l'informatica sia un grande strumento per l'umanizzazione della medicina.

Possiamo guardare con ottimismo ai progressi tecnologici.

Prof. IVAN CAVICCHI

Ritengo interessante ciò che ha detto l'Assessore Saraceni a proposito dell'azienda. Egli ha espresso opinioni che condivido. Tuttavia ho individuato un'ambiguità di fondo, cause di tante distorsioni. L'assessore Saraceni ha detto che l'azienda è uno strumento per raggiungere obiettivi etici. È importante che egli abbia detto questo, perché io ho l'impressione che, per molti, azienda e imprese siano la stessa cosa.

L'impresa, infatti, ha come scopo il profitto; l'Azienda sanitaria, invece, è uno strumento che si caratterizza con i valori di chi lo usa, cioè lo Stato, il quale ha, primariamente, obiettivi etici. Occorre chiarire bene questo punto!

Se si interpreta l'Azienda come un'impresa, anche il ricorso a strumenti importanti, quali l'informatica, può essere canalizzato verso un fine improprio.

Se io dicessi che l'Azienda è un soggetto etico e basta, sarei naif. L'Azienda è un soggetto etico con vincoli di economicità. È sbagliato dire che il privato ha come fine il profitto e il pubblico no. Anche il pubblico ha obiettivi di profitto, se intendiamo, per profitto, la spesa pubblica. Sprecare soldi significa non fare profitto. Nel pubblico, è diverso il detentore del profitto. Se interpretiamo in modo corretto il concetto di Azienda, come ha fatto il dr. Saraceni, compiamo il primo passo sulla strada dell'umanizzazione.

L'Azienda Sanitaria non è un'impresa, occorre ribadire questo concetto. Vorrei ricordare a tutti che la prima idea di Azienda nacque nel 1983, con Degan, e andò avanti. Poi, venne riproposta da Maria Pia Garavaglia, sulla base di una grande mediazione politica tra una natura che doveva rimanere pubblica, pur assumendo metodologie e le organizzazioni del privato. A questo riguardo, occorre chiedersi quale sia la natura organizzativa dell'Azienda.

Secondo me, le Regioni hanno il diritto di scegliere la natura organizzativa, per questo sono contro le generalizzazioni. La natura organizzativa non deve essere scelta a priori, ma tenendo ben presente i bisogni della comunità. Io non sono a favore delle aziende di gestione, alla Formigoni, ma di quelle di servizio. L'azienda di servizio, però, radicalizza i concetti di privato dentro una natura pubblica, per cui accetta organici e budget flessibili, accetta di adattarsi alla domanda e questa cozza con gli Statuti lavorativi, dentro

il sistema sanitario. Ritengo che il concetto proposto dall'assessore Saraceni vada adottato.

Se accettiamo un concetto diverso, noi compiamo un primo passo verso la disumanizzazione.

Mons. ANGELO BAZZARI

Mi sembra importante riprendere la riflessione sul rapporto tra informatica e sanità. Si è detto che l'informatica è molto importante per il medico. La mia esperienza dimostra che è importante anche l'ammalato, che può collegarsi con la sua abitazione, sia per via telefonica che telematica. È importante che ogni ammalato senta una vicinanza umana intorno a lui.

Dr. STEFANO BIASIOLI

Ci siamo resi conto tutti che la società è cambiata. Io ho abbastanza anni per ricordarmi di quando l'Italia era povera, ma anche il lavoratore più umile fischiava e cantava. Oggi, la nostra società è più ricca, però è piena di muscoli duri e di provocazioni. Non siamo disposti ad accettare nulla e neppure a cedere una sedia ad una signora. Eppure, in una società e in una sanità che sono cambiate, (pensate solo a quanto è mutata la figura del medico dipendente del S.S.N. per effetto di due contratti, quello del 1996 e quello del 2000) noi abbiamo una figura che è ingessata, cioè il medico di medicina generale, che, oggi, è la principale fonte di spesa.

Egli è la prima fonte di spesa non perché sia incapace, ma perché, con un semplice foglio di carta, attiva visite specialistiche, indagini strumentali, ricoveri, ricorsi al Pronto Soccorso. Egli è l'unica variabile indipendente in un sistema ingessato della medicina dipendente.

Si considera un libero professionista, ma di fatto non lo è, perché è un convenzionato, con regole diverse rispetto ai medici dipendenti. Guarda caso, l'unico che è riuscito a ottenere il Contratto Integrativo Regionale, che porta parecchi soldi e parecchie libertà, che tutti gli altri medici hanno perso. Se è così, io continuo a chiedermi perché nella maggior parte delle Regioni d'Italia, si continua a sostenere che, per contenere la spesa sanitaria, occorre, innanzitutto, tagliare i letti ospedalieri. Non è affatto vero che chiudere 22 mila letti ospedalieri vuol dire risparmiare.

Riguardo all'informatica, ritengo che, sicuramente, possa essere uno strumento al servizio della persona e del medico. Abbiamo, però, tutti capito che oggi non sono completamente risolti vari problemi: la gestione dell'informatica, la condivisione, sia pur riservata, dell'informazioni, la migliore organizzazione del lavoro. Per esempio, occorrerebbe cominciare a pensare, anche utilizzando l'informatica, al fatto che in medicina occorre ragionare non per sintomi, ma per risoluzione di problemi.

Io credo molto nella possibilità dell'ospedale virtuale, che potrebbe mettere in comunicazione mondi attualmente non collegati, quello del medico di medicina generale, quello del territorio e quello dell'ospedale. L'ospedale virtuale, con le necessarie garanzie di rispetto della privacy, potrebbe dare risposta al problema della condivisione delle informazioni, per il miglioramento delle cure. Vorrei ricordare che noi, oggi, abbiamo di fronte il problema delle patologie mutanti e quello rappresentato dalle 5.000 malattie rare che non hanno diagnosi condivise, terapie, centri che possano riunire i casi che ci sono in giro per il mondo. L'informatica può aiutare a unire il mondo ospedaliero e quello del territorio.

In provincia di Vicenza, per esempio, attraverso l'uso di una serie di progetti informatici, i medici della parte meridionale della provincia sono stati collegati al Centro antidiabetico, perché ci sono motorizzazioni della glicemia e prescrizioni fatte a domicilio, senza che il paziente perda tempo. Io credo che, oggi, abbiamo capito che i problemi non sono nello strumento, in questo caso l'informatica, bensì nel cuore e nel pensiero dell'uomo. Penso che potrebbe essere creato un gruppo di persone che tenti di dare soluzione a questi problemi.

Mons. SERGIO PINTOR

Non abbiamo mai parlato di politica e di politiche. Mi pare che sia necessario avere il coraggio di dire che spesso esistono politiche di basso profilo o, comunque, non sufficientemente alte, per favorire queste riflessioni. La politica deve mirare al raggiungimento del bene comune, al cui interno trova spazio anche il bene del singolo e la ricerca della cura della salute. Alla lunga, la ricerca dei beni parziali, riduttivi o di parte, penalizza tutti. A livello planetario, esistono politiche che non danno peso al bene comune. Non è un'accusa, ma occorre farsi carico di questo problema, che ci tocca profondamente.



Conclusione

Mons. SERGIO PINTOR

L'informatica non ha bisogno di autogiustificarsi, ma è necessario stabilire come utilizzare al meglio questo eccezionale strumento, per curare meglio il paziente, per lavorare insieme, per accumulare esperienze. Non vi deve essere contrapposizione tra ospedale e territorio. Se è vero che il malato è al centro della sanità, questo è un falso problema. Credo che, oggi, stiamo per riunire una pluralità di figure: accademici, amministratori, imprenditori, ricercatori, operatori sanitari, singoli o associati. Questa è un'enorme ricchezza!

È necessario realizzare una sinergia tra le varie figure per il raggiungimento di finalità comuni. Va benissimo che esistano modelli diversi, perché nessuno è esauriente, però bisogna che ci siano linee e finalità comuni. La varietà dei modelli consente un'ampia sperimentazione per trovare un modello valido, mai rigido che sia al servizio delle persone.

Se azzerassimo il deficit senza ottenere il miglioramento del servizio, sarebbe una magrissima consolazione. Dovremmo, anzi, preoccuparci molto. Le risorse, in Italia, forse non sono così poche, c'è da chiedersi se sempre siano utilizzate bene.

Occorre rivedere il problema degli sprechi, occorre rivedere il problema delle forti sperequazioni, che creano conflittualità nel mondo della salute. Dobbiamo riflettere tutti su questi temi.

In Emilia-Romagna, recentemente, si è svolto un convegno dal titolo provocatorio "Dov'è il malato?". A volte, le nostre comunità cristiane non sanno dove sia il malato. Se l'informatica potrà aiutare a vedere il malato, o il disabile, nascosto in famiglia, darà un contributo importantissimo.

Per concludere, vorrei riassumere la prospettiva nella quale ci muoviamo; noi non possiamo salvare la Sanità con un seminario, ma dobbiamo esporci per primi, quando si parla di pratica di valori.

Come contribuire a superare una pratica senza valori, che spesso esiste? Occorre impegnarsi per una pratica intessuta di valori! Questo seminario, limitato, per tema, ha dimostrato che non c'è un tema limitabile. Non dobbiamo perdere di vista la globalità del mosaico, ma, contemporaneamente, dobbiamo ricordare che un mo-

saico è composto da tante tessere. Perciò, bisogna curare gli aspetti particolari, dentro una visione armonica. Sognavo di costituire, dopo questo seminario, un laboratorio permanente ed itinerante. Mi accorgo ora che lo abbiamo già avviato. Credo che la riflessione non terminerà qui, ma continuerà in futuro!

Come portarla avanti?

La mia proposta, che si può migliorare, è quella di costituire un gruppo più ristretto per servizio agli altri, invitando alcuni altri esperti, che formuli un documento di lavoro, che faccia emergere “problemi e percorsi”.

Per esempio, è emerso il problema dell'emarginazione, che non era previsto. Ce ne sono altri. Sulla base degli aspetti nodali individuati potremo gradualmente avviare gruppi di lavoro specifici, perché non tutti possiamo fare tutto; altrimenti procederemmo molto lentamente. Alla fine, vi sarà il momento della condivisione delle conclusioni, cui ogni gruppo è giunto.

Dovremmo analizzare se mancano presenze in Sanità, e forse qualcuna manca, per renderla presente nel laboratorio.

Questo tipo di ricerca potrebbe essere un collettore aperto a tutte le riflessioni.

Potremo, così, avvalerci di vari tipi di riflessione, che sono un contributo alla cultura e all'organizzazione sanitaria, per cercare nuovi modelli sanitari, evitando principi etici astratti, ma realizzandoli nella pratica, affinché diventino valori vissuti.

Vorrei potissimo arrivare ad una carta etica che contenga aspetti particolari verificabili e valutabili, per poter monitorare cosa è praticato e cosa non lo è. I buoni sentimenti sono importanti, ma non devono restare chiusi nell'intimo di ciascuno, devono attuarsi nella realtà. Non è possibile cambiare la realtà, se non si ha il coraggio di entrare nel processo di cambiamento delle persone, a partire da noi stessi. È questa la sfida!

Noi tutti possiamo offrire un contributo, con umiltà, che vuol dire ricerca, verità, limite, possibilità. Questa è la ricchezza che abbiamo e dobbiamo condividere.

Mi sembra di cogliere un grande desiderio di incontrarci, anche se il tempo di ognuno di noi è limitato. Occorre stabilire una giornata di formazione permanente a servizio del bene comune. Io credo che ciò farà bene a noi, perché ci aiuterà a riflettere e a maturare, e potrà fare del bene anche agli altri. Ringrazio tutti voi: la

CIMO, la Facoltà di Matematica e Informatica di Salerno, la Rational Services, la Siemens Informatica, la Curasam.

Ringrazio anche il dr. Umberto Mortari, che non è potuto venire. Spero di non aver dimenticato nessuno!

Ringrazio il dr. Stefano Biasioli, perché la CIMO si è offerta di curare la trascrizione degli interventi registrati nel corso del seminario. Essi costituiranno un arricchimento per tutti e consentiranno di continuare il nostro lavoro. Se qualcuno dovesse cogliere delle imprecisioni o volesse portare proprie integrazioni, lo comunichi..

Grazie di tutto!

Seconda parte

Pastorale della salute: due attenzioni di particolare attualità: la Cappellania ospedaliera e i Ministri Straordinari dell'Eucaristia

In questa seconda parte si riportano due riflessioni su temi di particolare attualità per la pastorale sanitaria:

- il primo sulla cappellania ospedaliera*
- il secondo su Accoliti, Ministri straordinari dell'Eucaristia nella pastorale della salute.*

A queste riflessioni seguono due autorevoli documenti su tali temi di S. Em.za il Card. Severino Poletto, Arcivescovo di Torino



La Cappellania ospedaliera

a cura di Mons. ITALO MONTICELLI

È nella Nota della CEI *“La pastorale della salute nella chiesa Italiana”* del 1989, che per la prima volta ufficialmente si parla di cappellania ospedaliera.

Essa recepisce una esigenza abbastanza diffusa di veder realizzato un nuovo modo di far pastorale in ambito sanitario, estendendo la responsabilità ad altre figure oltre quella del cappellano.

La Nota della CEI in modo sintetico e chiaro si esprime così nei riguardi di questo strumento pastorale:

“La Cappellania ospedaliera è espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie. (n. 79)

È composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici. (n. 80)

Gli obiettivi principali della cappellania sono i seguenti:

- far esistere nell’istituzione sanitaria un segno ecclesiale reperibile, che renda possibile un’azione missionaria;*
- essere un luogo dove, attraverso delle persone, delle attitudini e dei gesti, compresi quelli sacramentali, Dio rivela la sua tenerezza all’uomo per accompagnarlo nella prova, aiutandolo a vivere fino alla fine;*
- promuovere e coordinare tutte le forze presenti nella comunità ospedaliera, attraverso idonei strumenti e iniziative (Consiglio pastorale ...);*
- contribuire al coinvolgimento dei cristiani, presenti nel territorio, nella promozione della salute e nell’assistenza dei malati” (n. 81).*

Va sottolineato che dal 1989 varie leggi regionali, attraverso protocolli d’intesa fra la Regione, e la Conferenza Episcopale Regionale hanno ripreso quasi alla lettera la sostanza del documento della CEI. Addirittura qualche regione nel protocollo d’intesa usa il termine “cappellania”.

Nello *“Schema d’intesa tra l’Assessore Regionale della sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull’Assistenza Religiosa”* pur diffondendosi molto sulla figura dell’Assistente religioso, mi sembra di veder indicate abbastanza chiaramente la possibilità di realizzare nelle strutture sanitarie la cappellania attraverso l’art. 15, che recita:

“L’Assistente Religioso può essere coadiuvato da altri sacerdoti, diaconi e laici.

L’Assistente Religioso comunica alla Direzione generale i nominativi dei sacerdoti, dei diaconi e dei laici che lo coadiuvano conti-

nuamente o saltuariamente senza oneri a carico dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera. Tali collaboratori del personale di assistenza religiosa hanno accesso ai locali delle strutture di ricovero con le stesse modalità del personale di assistenza religiosa”.

Si può dire con una affermazione concisa che il nuovo modo di far pastorale è segnato da un passaggio: *dal cappellano alla cappellania*.

Ciò è dovuto allo sviluppo della scienza e della tecnologia, alla necessità di accostare tutti i malati in modo adeguato e rispettoso del loro cammino di fede e al formarsi di nuove mentalità nei confronti della salute, della malattia, della sofferenza e della morte, superando atteggiamenti che si fermano solo ad una azione sacramentale e a superficiali visite consolatorie.

Cercherò di rispondere a tre interrogativi:

- 1 - **Perché la cappellania oggi?**: sottolineerò quali sono le motivazioni per far sorgere la cappellania ospedaliera;
- 2 - **Che cosa deve fare la cappellania?**: indicherò il lavoro pastorale che si apre ai membri della Cappellania ospedaliera.
- 3 - **Come far sorgere la Cappellania?**: mi sforzerò di specificare le modalità pratiche per impiantare la Cappellania ospedaliera.

1. Perché la Cappellania?

Le ragioni per cui oggi si parla di cappellania e non semplicemente di cappellano o di assistente religioso, come fa la legge di Riforma n. 833 del 1978 sono di un duplice ordine: uno di ordine contingente, sociologico e occasionale, l'altro di ordine permanente e teologico.

a) *Motivazioni contingenti*

Solitamente si dice, o si è tentati di pensare, che è la mancanza di sacerdoti che ci porta a prevedere nei nostri ospedali oltre alla presenza di uno o due cappellani, anche la presenza della suora o di un diacono o magari anche di qualche laico all'interno dell'équipe pastorale. Questa può essere la ragione sollecitante, l'occasione necessitante occasionale. Ma non è la ragione di fondo.

Una motivazione più consistente, ma sempre occasionale, per avere la Cappellania nelle strutture sanitarie si connette con la situazione attuale degli ospedali e dei malati: cioè è una motivazione di carattere sociologico.

I nostri ospedali, oggi come oggi, hanno una popolazione differenziata per quanto riguarda il tipo di malattia.

Un conto è il reparto di ginecologia e di ostetricia, un conto il reparto di pediatria, un conto sono i malati di tumore, un conto sono i malati traumatologici.

E questi vari tipi di malattia richiedono anche una modalità di avvicinamento diverso. Ci sono persone che stanno in reparto un giorno o due e ce ne sono altre che ci stanno per più tempo. C'è quindi una differenza di malattia ed una differenza nella durata della degenza.

C'è poi una differenziazione nel tipo di maturazione di fede che è presente nelle nostre comunità ospedaliere. Possiamo avere persone ferventi e praticanti, consapevoli del valore dell'esperienza della malattia e della morte, come pure possiamo avere persone indifferenti, a tutto ciò, o addirittura persone atee.

E per tutta questa complessità di popolazione, di tempi di degenza, di tipi di malattie, di istanze religiose e di tipi di religiosità, non si può usare lo stesso comportamento, avere lo stesso atteggiamento uguale per tutti.

Occorrono modalità di accostamento che meglio possono essere offerte da una comunità di persone: dove il presbitero fa la sua parte, la religiosa la sua parte, il laico la sua parte. In armonia fra di loro possono affrontare meglio il tipo di ministero che va svolto in maniera appropriata. E l'arricchimento all'interno di questa comunità pastorale che è la cappellania, in cui lavorano operatori di vario ministero e di varie mansioni, è reciproco e "maturativo".

b) Motivazione teologica e permanente

È la nuova ecclesiologia di comunione del Vaticano II che costituisce la ragione di fondo per avere nelle strutture sanitarie la Cappellania. Tale ecclesiologia di comunione vuole che tutti i credenti in forza del loro battesimo si sentano corresponsabili nell'assumere gli impegni delle loro vocazioni e della loro missione nella chiesa e nella società (cfr. *Lumen Gentium, Apostolicam Actuositatem, Christifideles laici*).

Per realizzare in qualsiasi ambito della pastorale tale comunione e responsabilità occorre necessariamente attuare una pastorale d'insieme, quindi non solo attraverso la presenza e l'opera di un ministro, ma con la presenza e l'opera di un insieme di ministri e di carismi.

Allora parlare di cappellania non è soltanto per supplire alla carenza di numero di sacerdoti, ma è per rendere qualitativamente più ecclesiale la presenza pastorale di una comunità ospedaliera, anche nei suoi addentellati con il territorio.

È certamente più ecclesiale portare l'aiuto dell'evangelizzazione, della grazia sacramentale, della carità cristiana, del fatto redentivo ai pazienti attraverso i sacerdoti, religiosi, religiose e laici (quindi con una rappresentatività di tutta la comunità cristiana) che

non attraverso il solo cappellano. È una immagine più aderente alla teologia del Concilio sulla chiesa-comunione.

Al punto che, se anche i sacerdoti non mancassero, noi dovremmo preferire questa forma a quella che vede solo i cappellani a operare nell'ospedale.

Ciò vuol dire mettere a servizio dei malati l'insieme dei ministeri e carismi che la Chiesa possiede.

Dobbiamo arrivare a una cappellania che esprime la comunità (presbiteri, diaconi, religiose e laici), per una ragione quindi di ecclesialità e non semplicemente sotto la spinta dell'urgenza e della necessità. E dobbiamo essere convinti che questa pastorale d'insieme, questo aspetto comunitario della pastorale, deve essere presente non solo nell'insieme dei beneficiari della pastorale ma anche negli operatori.

Ma tutto ciò non è ancora sufficientemente recepito, forse non è presente, nemmeno nelle comunità parrocchiali nelle quali è ancora frequente l'immagine di colui che tende a fare tutto, ad accentrare tutto ed a fare da solo: l'immagine del presbitero, del parroco, come di un "tutto fare".

Eppure l'immagine di una comunità pastorale, gerarchicamente ordinata e in comunione, che opera per tutta la comunità attivando tutti i misteri e carismi presenti nella comunità stessa, è l'immagine che il Concilio ci ha definito e suggerito.

Si può ben dire che la cappellania si presenta oggi come uno strumento pastorale indispensabile, meglio come un progetto della chiesa che va realizzato. Attuandola in maniera appropriata, si contribuisce senza alcun dubbio a dare all'azione pastorale un carattere di più grande partecipazione e di comunione ecclesiale.

2. Cosa fare con la cappellania?

Che cosa deve fare una cappellania è già indicato nella nota della CEI:

- essere segno ecclesiale visibile, reperibile che renda possibile e concreta l'azione missionaria;
- essere luogo e strumento della tenerezza di Dio verso chi soffre;
- promuovere e coordinare tutte le forze presenti nella comunità ospedaliera;
- animare il territorio per coinvolgerlo nella promozione della salute e della pastorale sanitaria (cfr. n. 80).

Si potrebbe riassumere in una sola parola tutte le azioni che i membri della Cappellania ospedaliera devono esercitare: la parola è *evangelizzazione* o come dica Giovanni Paolo II *nuova evangelizzazione*.

Proviamo a riempire di contenuto il termine *nuova evangelizzazione*. Basta commentare la natura della pastorale sanitaria così definita dalla Nota CEI: “la presenza e l’azione della chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura” (n. 19).

Prima di tutto si parla di *recare luce*, cioè annunciare il Vangelo, la buona notizia della salvezza.

Questo significa saper dare il senso della sofferenza, della malattia, della morte, come il senso del lavoro sanitario alla luce della parola di Dio.

Come pure significa saper ascoltare con vera empatia le richieste, le domande e le aspettative del sofferente e dell’operatore sanitario.

Come pure significa portare conforto, consolazione, speranza, condivisione e partecipazione; costruire dialogo e accoglienza.

Non può mancare poi l’aspetto dell’umanizzazione dei rapporti umani e delle strutture come parte integrante di una vera e completa umanizzazione, come pure l’attenzione ai problemi etici così molteplici e complessi.

Per quanto riguarda il *recare grazia*, bisogna rivalutare il ministero del culto liturgico in tutte le sue espressioni.

Quindi occorre valorizzare i momenti della preghiera, far vivere una vita liturgica e spirituale, scandita sull’anno liturgico e fondata sul mistero pasquale, amministrare i sacramenti con decoro e con viva partecipazione, preparare a ricevere i sacramenti. Nel cammino, di “recare grazia” si inserisce pure l’impegno di sollevare moralmente il malato aiutandolo ad accettare la situazione di sofferenza in cui versa e sostenere l’azione di accompagnamento dei familiari a vivere con spirito di fede la prova della malattia dei propri cari. Si può, al riguardo, leggere e attualizzare quanto la nota della CEI dice sull’azione pastorale della sanità: nn. 20-21.

Vorrei solo mettere in evidenza un aspetto dell’azione pastorale, che compete non solo al cappellano, ma a tutti i membri della cappellania: *il ricupero della salute, connessa con la dimensione spirituale e morale della persona umana*.

Dice la Nota della CEI: “*La presenza e l’azione del cappellano s’iscrivono in quella visione globale dell’uomo che caratterizza significative correnti della moderna medicina. In tale prospettiva la dimensione spirituale e morale della persona umana ha un ruolo insostituibile nella conservazione e nel recupero della salute.*”

Ne consegue che l’intervento dell’operatore pastorale risponde a dei bisogni specifici del malato e s’inserisce, così, legittimamente nell’orchestrazione delle cure prestate ai pazienti.

In questa linea si muove il riconoscimento giuridico dell'assistente religioso da parte dello Stato”.

Questo riconoscimento scientifico e giuridico sull'aspetto morale e spirituale può veramente confermare l'importanza della Cappellania nelle strutture sanitarie, che può essere giustamente considerata un mezzo di collaborazione per raggiungere le finalità del servizio sanitario regionale e nazionale.

Vorrei però sottolineare con forza che tutta l'azione apostolica nel mondo sanitario si deve fondare su un principio educativo, che Giovanni Paolo II ci richiama nella Lettera Apostolica *Novo Millennio Ineunte: la spiritualità di comunione*. Leggiamo e meditiamo con attenzione il n. 43.

“Fare della Chiesa la casa e la scuola della comunione: ecco la grande sfida che ci sta davanti nel millennio che inizia, se vogliamo essere fedeli al disegno di Dio e rispondere anche alle attese profonde del mondo.

Che cosa significa questo in concreto? Anche qui il discorso potrebbe farsi immediatamente operativo, ma sarebbe sbagliato assecondare simile impulso. Prima di programmare iniziative concrete occorre promuovere una spiritualità della comunione, facendola emergere come principio educativo in tutti i luoghi dove si plasma l'uomo e il cristiano, dove si educano i ministri dell'altare, i consecrati, gli operatori pastorali, dove si costruiscono le famiglie e le comunità. Spiritualità della comunione significa innanzitutto sguardo del cuore portato sul mistero della Trinità che abita in noi, e la cui luce va colta anche sul volto dei fratelli che ci stanno accanto. Spiritualità della comunione significa inoltre capacità di sentire il fratello di fede nell'unità profonda del Corpo mistico, dunque, come “uno che mi appartiene”, per saper condividere le sue gioie e le sue sofferenze, per intuire i suoi desideri e prendersi cura dei suoi bisogni, per offrirgli una vera e profonda amicizia. Spiritualità della comunione è pure capacità di vedere innanzitutto ciò che di positivo c'è nell'altro, per accoglierlo e valorizzarlo come dono di Dio: un “dono per me”, oltre che per il fratello che lo ha direttamente ricevuto. Spiritualità della comunione è infine saper ‘fare spazio’ al fratello, portando ‘i pesi gli uni degli altri’ (Gal 6,2) e respingendo le tentazioni egoistiche che continuamente ci insidiano e generano competizione, carrierismo, diffidenza, gelosie. Non ci facciamo illusioni: senza questo cammino spirituale, a ben poco servirebbero gli strumenti esteriori della comunione. Diventerebbero apparati senz'anima, maschere di comunione più che sue vie di espressione e di crescita.

A questo punto si tratta di prospettare come praticamente si possa impiantare nelle nostre strutture questo “nuovo” strumento pastorale.

Evidentemente non c'è un metodo preordinato, una formula tecnica o magica.

Si tratta invece di trovare un percorso da realizzare. È bene partire dalla *convinzione* che una rinnovata pastorale nel mondo sanitario, si deve fondare sulla ecclesiologia di comunione, che pone in evidenza la partecipazione di tutti i battezzati alla missione di salvezza.

Su questa convinzione si promuovano, si valorizzino gli strumenti che, secondo le direttive del Concilio Vaticano II servono ad assicurare e garantire la comunione e a rispondere con prontezza ed efficacia ai problemi che i cristiani devono affrontare nel mondo sanitario in rapida evoluzione.

Partendo da questo orientamento ci si deve dare da fare per coinvolgere persone sensibili ai problemi pastorali delle nostre comunità, tenendo presente la necessità di valorizzare tutte le componenti del popolo di Dio nella ministerialità verso i malati e il mondo sanitario: sacerdoti, diaconi, consacrati/e, e laici/laiche.

Già nel mondo del volontariato, ben formato attraverso le loro associazioni e i centri diocesani o regionali di pastorale sanitaria, è possibile trovare delle persone disponibili a questo tipo di lavoro pastorale sanitario. Tutto deve avvenire in collaborazione con il cappellano con precise finalità evangelizzatrici e attraverso un servizio di testimonianza evangelica.

Le comunità cristiane si devono sentire coinvolte in questo servizio di assistenza religiosa agli ammalati e agli operatori sanitari attraverso la Cappellania. Anzi bisogna cercare di coinvolgerle per avere da loro un sostegno e un contributo di persone ben preparate. Il coinvolgimento si esprimerà nel sensibilizzare i fedeli sui problemi sanitari mediante la catechesi, la proposizione di opere di carità a favore dei sofferenti, dei malati, la partecipazione alle iniziative parrocchiali. Dalla comunità cristiana devono scaturire energie sempre nuove.

L'auspicio è semplice.

In ogni Ospedale:

- ci sia e si sviluppi una vera collaborazione tra i cappellani e religiosi e le religiose, e i laici di buona volontà, base indispensabile per il sorgere della cappellania;
- si punti con decisione alla formazione permanente sui molteplici problemi spirituali, pastorali, morali e relazionali presenti nel mondo sanitario;
- si agisca sempre con la convinzione che quanto si fa con la cappellania è in prospettiva terapeutica oltre che evangelizzatrice.

Solo lavorando insieme, con una solida formazione e in vero spirito di comunione, l'impegno pastorale della cappellania porterà frutti consolanti.



Accoliti, Ministri Straordinari dell'Eucaristia e Pastorale della Salute

a cura di Don FILIPPO URSO

Introduzione

La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a cercare l'incontro con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza. In un tale incontro l'uomo «diventa la via della Chiesa», ed è, questa, una delle vie più importanti.

(Giovanni Paolo II, *Salvifici Doloris*, n. 3)

Portate Dio ai malati, varrà più di qualsiasi altra cura

(San Pio da Pietrelcina)

“Non dobbiamo dimenticare che la prima e fondamentale vocazione di ogni essere umano, creato a immagine e somiglianza di Dio (cf. *Gen* 1,27), che è amore (1 *Gv* 4,8), è quella di amare”¹.

Per testimoniare l'amore misericordioso di Dio per gli uomini Cristo ha offerto la sua vita proclamando la buona Novella, curando i malati, accogliendo i poveri, gli emarginati e i peccatori e, soprattutto, amando e dando sé stesso per noi (cf. *Gal* 2,20) fino alla morte di croce, per poi risorgere.

L'apostolo Matteo in un sommario così sintetizza tutto il ministero di Gesù contrassegnato dall'amore ai malati e sofferenti:

Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo. La sua fama si sparse per tutta la Siria e così condussero a lui tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici; ed egli li guariva (Mt 4,23-24).

¹ B. L. PAPA, *Comunicare il Vangelo ai giovani e alle famiglie. Scelta pastorale prioritaria per il biennio 2002-2004*, Taranto, 15.

È a questo modello che ogni cristiano è chiamato ad ispirarsi, per fare dono di sé ai propri fratelli e sorelle che soffrono. Poiché “Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici” (Gv 15,13).

Lungo la storia, innumerevoli uomini e donne hanno fatto del servizio generoso ai malati e ai sofferenti il senso della loro vita, facendo proprie, con stupore, le parole di San Giovanni sull’amore di Dio per l’uomo in Cristo Gesù:

«“Noi stessi abbiamo veduto e attestiamo che il Padre ha mandato il suo Figlio come Salvatore del mondo... Noi abbiamo riconosciuto e creduto all’amore che Dio ha per noi” (1Gv 4,14.16). Queste parole dell’apostolo Giovanni ben sintetizzano anche le finalità della Pastorale della Salute, attraverso cui la Chiesa, riconoscendo la presenza del Signore nei fratelli che sono nel dolore, si impegna a recare loro il lieto annuncio del Vangelo e ad offrire a ciascuno segni credibili di amore»².

I.
Pastorale
della salute
e accoliti/ministri
straordinari
dell’Eucaristia³

Soggetto primario della pastorale della salute è la comunità cristiana tutta.

Gli *Orientamenti pastorali dell’Episcopato italiano per il primo decennio del 2000* ricordano come “... tutti i cristiani, in forza del Battesimo, che li unisce al Verbo diventato uomo per noi e per la nostra salvezza, siano chiamati a *farsi prossimi* agli uomini e donne che vivono *situazioni di frontiera*: i malati e i sofferenti, i poveri...”⁴.

Il Concilio Vaticano II raccomanda

- ai vescovi di circondare “di una carità paterna gli ammalati” (CD 30)⁵,
- ai sacerdoti di avere “cura dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (PO 6);
- ai religiosi di esercitare “al massimo grado” il ministero della riconciliazione in loro favore e di mantenere la fedeltà al carisma della misericordia verso gli ammalati (cf. PO 10);

² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la XI Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 2 Febbraio 2003, n. 1.

³ L’Accolitato è un ministero permanente e conferito ai solo uomini, cf. PAOLO VI, *Ministeria quaedam*, Roma 15/8/72, mentre il Ministero straordinario dell’Eucaristia è transeunte e conferito anche alle donne, cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Immensae caritatis*, Roma 29/1/73. Nella seguente relazione parlerò indistintamente di *accolito* e *ministro straordinario*, dovendomi riferire soltanto al loro comune servizio di visitare gli ammalati e distribuire la Comunione.

⁴ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia. Orientamenti pastorali dell’episcopato italiano per il primo decennio del 2000*, Roma 29 Giugno 2001, n. 62.

⁵ A questo proposito IPPOLITO nella *Tradizione Apostolica*, 34, ci riferisce che “I Diaconi e Suddiaconi informano il Vescovo dei malati della comunità, perché, volendolo, faccia loro una visita”, infatti, “È grande conforto per il malato vedere che il Vescovo si ricordi di lui”; citazioni riportate da U. CIARELLI, “Il servizio della visita e della Comunione frequente”, in AA.VV., *Sacramento dei malati*, Torino 1975, 175-176.

- ai *laici* di praticare “la misericordia verso i poveri e gli infermi”, ricordando che la “carità cristiana deve cercarli e trovarli, consolarli con premurosa cura e sollevarli porgendo aiuto (AA 8)⁶.

Dunque, da quanto detto emerge che tutta la comunità cristiana è chiamata a farsi prossimo di chi è segnato dalla sofferenza e dalla malattia.

In particolare il coinvolgimento dei laici nella pastorale della salute si può porre su due grandi linee:

- la *prima* è quella che li vede nell’esercizio della loro professione o nella attività di volontariato, riflettendo l’atteggiamento di Cristo verso i malati;
- la *seconda* linea di coinvolgimento è quella costituita dalla *collaborazione* al ministero dei ministri ordinati, senza che sia richiesto il carattere dell’Ordine Sacro; in questa collaborazione (e non sostituzione) si pongono per i laici i ministeri istituiti e il ministero straordinario dell’Eucaristia⁷. “Questo ministero straordinario, quindi suppletivo e integrativo degli altri ministeri istituiti, richiama il significato di un servizio liturgico intimamente connesso con la carità e destinato soprattutto ai malati... Il servizio dei ministri straordinari se preparato e continuato nel dialogo di amicizia e fraternità, diventa chiara testimonianza della delicata attenzione di Cristo che ha preso su di sé le nostre infermità e i nostri dolori”⁸.

Quindi lo spazio riservabile ai laici è rilevante: “possono visitare i malati a nome della comunità, portare loro l’eucaristia, presiedere le preghiere per la raccomandazione dell’anima, partecipare attivamente alle celebrazioni liturgiche”⁹.

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, considerando il ministero non solo dei sacerdoti e dei religiosi, ma anche dei laici afferma che:

⁶ Cf. CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Bologna 1989, n. 23. In IPPOLITO, *Tradizione Apostolica*, 20, cf. U. CIRELLI, “Il servizio della visita e della Comunione frequente”, 176, la visita ai malati e la fraterna attenzione per loro figurano tra gli elementi di valutazione di coloro che devono essere ammessi al Battesimo: “Quando si eleggono coloro che dovranno ricevere il Battesimo viene esaminata la loro vita: se durante il catecumenato sono vissuti onestamente, se hanno onorato le vedove, se *visitato gli infermi*, se hanno compiuto le opere buone”.

⁷ “Ove le necessità della Chiesa lo suggeriscano, in mancanza di ministri, anche i laici, pur senza essere lettori o accoliti, possono supplire alcuni dei loro uffici, cioè esercitare il ministero della parola, presiedere alle preghiere liturgiche, amministrare il battesimo e distribuire la sacra Comunione, secondo le disposizioni del diritto”: CODICE DI DIRITTO CANONICO, Roma 1984: Can 230, § 3.

⁸ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, Roma 1992, n. 2004, 1-2.

⁹ A. BRUSCO-S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo Medico. Manuale di Teologia Pastorale Sanitaria*, Bologna 1999, 101.

“la cura pastorale degli infermi ha nella catechesi, nella liturgia e nella carità i suoi momenti qualificanti. Si tratta rispettivamente di *evangelizzare* la malattia, aiutando a scoprire il significato redentore della sofferenza vissuta in comunione con Cristo; di *celebrare* i sacramenti come segni efficaci della grazia ricreatrice e vivificante di Dio; di *testimoniare* con la «diakonia» (il servizio) e la «koinonia» (la comunione) la forza terapeutica della carità”¹⁰.

2.
La visita agli
infermi espressione
della “sollecitudine
e della carità di
Cristo e della
Chiesa”

All’interno di questo spazio riservabile ai laici nella pastorale della salute, si può individuare, come compito proprio dell’Accolito/Ministro straordinario dell’Eucaristia, *la visita ai malati*.

I cristiani, seguendo l’esempio di Gesù che “passo facendo del bene e risanando tutti” (At 10,38), devono far propria la sua premura verso i malati e obbedire al suo comando di aver cura di loro (cf. Mc 16,18).

Il *Rituale del Sacramento dell’Unzione e cura pastorale degli infermi* al Cap. I dal titolo “Visita e Comunione agli Infermi” afferma che:

Tutti i cristiani devono far propria la sollecitudine e la carità di Cristo e della Chiesa verso gli infermi. Cerchino quindi, ognuno secondo le possibilità del proprio stato, di prendersi cura premurosa dei malati, visitandoli e confortandoli nel Signore, e aiutandoli fraternamente¹¹.

Il cristiano dovrà, quindi, assumere atteggiamenti e realizzare gesti di bontà che rendano visibile “la sollecitudine e la carità di Cristo e della Chiesa” e sull’esempio di Gesù buon samaritano “non si domanda chi è il suo prossimo, ma si fa egli stesso prossimo all’altro, entrando in **un rapporto fraterno** con lui (cf. Lc 10,29-37), riconoscendo e amando in lui il volto di Cristo, che ha voluto identificarsi con i ‘fratelli più piccoli’”¹². Ciò significa che la comunità cristiana è chiamata a ritrascrivere la parabola del *Buon Samaritano* che «non passa oltre», ma «ha compassione, si fa vicino (...) fascia le ferite (...) si prende cura» (Lc 10, 32-34) dell’uomo che soffre, rivelando l’amore di guarigione e consolazione di Cristo.

“Dev’essere un’azione capace di sostenere e di promuovere
– attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l’uomo nei momenti nei quali, a causa della malattia e della sofferenza, sono messe a dura prova non solo la

¹⁰ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1994, n. 110.

¹¹ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell’Unzione e cura pastorale degli infermi*, Roma 1974, n. 42.

¹² CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, n. 62; l’evidenziato in neretto è mio.

sua fiducia nella vita ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre”¹³.

Questo interiorizzare le parole e la vita di Gesù e di chi lo ha imitato più da vicino nei confronti dei sofferenti, richiede un itinerario di crescita e, innanzitutto, la richiesta a Dio, attraverso la preghiera, di un cuore compassionevole:

“a dispetto di tutte le nostre buone intenzioni, la compassione non costituisce l'autentico fondamento della nostra vita. La compassione non è una nostra reazione spontanea, ci riesce anzi di malavoglia. Viene da chiedersi se sia umanamente possibile! Questa presa di coscienza ha una salutare conseguenza. La compassione nel suo senso più pieno e profondo può essere attribuita soltanto a Dio”¹⁴;

dunque è a Dio che bisogna chiederla.

2.1 Prendersi cura dell'ammalato attraverso la visita, il conforto nel Signore e l'aiuto fraterno

2.1.1 La visita¹⁵

L'esortazione del *Rituale* a “prendersi cura premurosa dei malati, visitandoli e confortandoli nel Signore, e aiutandoli fraternamente” ci ricorda le parole di Mt 25,36 a proposito del giudizio finale, quando Gesù darà il regno a coloro ai quali potrà dire: *hvsqe,nhsa kai. evpeske,yasqe*, me: “ero malato e mi avete visitato”.

L'evangelista Matteo nel parlare di questa visita a Gesù, presente nell'ammalato, usa il verbo *evpiske,ptomai*¹⁶. Tale verbo non significa semplicemente “visitare” nel senso di andare a trovare qualcuno.

¹³ GIOVANNI PAOLO II, *Christifideles Laici*, Esortazione Apostolica Post-Sinodale, Città del Vaticano 30 dicembre 1988, n. 54.

¹⁴ H. NOUWEN, *Muta il mio dolore in danza. Vivere con speranza i tempi della prova*, Cinisello Balsamo 2003, 83-84.

¹⁵ I Vescovi italiani negli *Orientamenti pastorali per il primo decennio del 2000* sottolineano per i laici l'importanza della visita alla famiglie segno di speranza e servizio di Cristo all'uomo: “Abbiamo bisogno di laici che siano disposti ad assumersi dei ministeri con fisionomia missionaria in tutti i campi della pastorale... Diventando cioè catechisti, animatori, responsabili di «gruppi di ascolto» nelle case, visitatori delle famiglie... pienamente disponibili a riallacciare quei rapporti di comunione tra le persone che soli possono dar loro un segno di speranza, Questo significa essere corresponsabili del servizio di Cristo all'uomo servizio che costituisce la ragione per cui la Chiesa esiste e continua la sua missione”: CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, n. 62.

¹⁶ Il verbo ricorre nel Nuovo Testamento 11 volte di cui 8 con il significato di “visitare” e 3 di “vedere”, cf. J. D'ARC-M. BARDY-O. ODELAIN-S. SAGOT-P. SANDEVOIR-R. SÉGUINEAU, *Le Concordanze del Nuovo Testamento*, Genova 1978, 687.

Nella accezione propria della greicità classica significa “posare lo sguardo benevolmente su..., aver cura di..., vegliare su...”¹⁷ come atteggiamento religioso proprio degli dèi nei confronti degli uomini; significa altresì “visitare”¹⁸ in riferimento all’opera di pietà di visita agli ammalati.

Nella versione greca dell’AT (LXX) assume un significato profondamente religioso: “occuparsi di (...), prendersi cura di (...)”¹⁹ come atteggiamento proprio dell’agire di Dio che visita e salva il suo popolo Israele.

Nella tradizione rabbinica il visitare gli ammalati ha grande importanza ed è in prima linea rispetto al vestire chi è nudo, a consolare chi è afflitto o al seppellire i morti: non si tratta solo di consolare, ma di togliere parte del dolore in chi è sofferente: “Chi visita un ammalato gli toglie un sessantesimo del suo dolore”²⁰. Accanto all’ammalato c’è poi la stessa *shekinà* (presenza) di Dio: “si deve cercare di imitare l’Eterno. Così come questi è vicino al malato, così deve fare l’uomo” (TB, Sotà 14a)²¹, per questo, “Non ci si può avvicinare troppo al capo dell’infermo perché lì è presente Dio”²².

Gesù riprende l’etica rabbinica e ne fa un comandamento per tutti gli uomini e aggiunge che tutto ciò che si fa o non si fa ad uno dei più piccoli dei fratelli è come se viene fatto o non fatto a lui stesso: “ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25,40).

San Paolo, poi, ci ricorda che “se un membro soffre, tutte le membra soffrono insieme” (1Cor 12,26) e, poiché siamo corpo di Cristo e sue membra, ciascuno per la sua parte (cf. 1Cor 12,27), alcuni perciò Dio li ha posti nella Chiesa con i doni di assistenza (cf. 1Cor 12,27) per curare coloro che soffrono.

Alla luce di quanto detto l’Accolito/Ministro straordinario dell’Eucaristia nel visitare l’ammalato sarà consapevole che:

Gesù è da riconoscere, da ritrovare, da servire, da amare non solo nel segno del pane spezzato, ma in ogni volto di uomo e di donna, particolarmente quando è contrassegnato dalle lacrime, dalle ferite, dal sigillo della sofferenza fisica e morale. Questo annuncio di servizio, che impegna al dono del Vangelo della vita e della sofferenza, della carità e della speranza, è da celebrare e da testimoniare con fedeltà e credibilità, “con il cuore nelle mani”²³.

¹⁷ H. W. BEYER, “evpiske,ptomai”, in *Gran Lessico del Nuovo Testamento* III, edd. G. KITTEL-G. FRIEDRICH, 734.

¹⁸ *Ibidem*, 735.

¹⁹ *Ibidem*, 737.

²⁰ *Ibidem*, 742.

²¹ Citazione riportata da L. CARO, “Tradizione Ebraica”, in *Salute e malattia e morte nelle grandi religioni*, Pangrazzi A. (ed.), Torino 2002, 27.

²² O. SCARAMUZZI, “Le religioni unite contro la sofferenza”, in *Vita Pastorale* XC (Febbraio 2002) 2, 29.

²³ U. D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», in *Quaderni della Segreteria Generale CEI*, III, 5 (1999), 6.

Nella visita vari possono essere gli atteggiamenti e le iniziative di carità che impediscono ai nostri gesti di ridursi a “bronzo che risona o cembalo che tintinna” (1Cor 13,1).

Fondamentale innanzitutto è il *dono sincero di se stessi* per esprimere la propria umanità, attraverso l'amicizia, la bontà, la pazienza, la gioia, il perdono, la gentilezza, l'amore, la speranza, la fiducia ecc. Questi sono i doni dello Spirito (Gal 5,22) che siamo chiamati a condividere.

Poi avere:²⁴

- *un cuore ospitale*, che crea spazio per accogliere l'altro e farlo sentire da estraneo a familiare e amico. “Sentendosi completamente accolto, il malato sposta la sua attenzione dall'attenzione dall'esperienza contingente della malattia che lo opprime a quella di ricerca dei suoi valori esistenziali e spirituali”²⁵. Quando i discepoli di Emmaus invitano il misterioso viandante a fermarsi con loro perché si stava facendo sera, allo spezzare del pane riconoscono il Cristo (Lc 24,13-35).
- *essere consapevoli che il dono della visita* richiede di uscire da sé e andare verso l'altro (ricordiamo la Vergine Maria che fa visita ad Elisabetta, cf Lc 1,39-56). La visita fraterna ai malati, ai morenti, alle persone, fatta a nome della comunità cristiana, è sorgente di fraternità e di gioia, li fa sentire membri attivi della comunità ed è segno della vicinanza e dell'accoglienza di Dio.
- *saper essere presenti* (saper stare di fronte all'altro senza fuggire a causa del dolore) ed esprimere ciò a parole, ma anche col silenzio, con la mimica del volto (cf. sorriso), con una gestualità tutta carità (cf. una stretta di mano). Attraverso parole semplici, talvolta dette a mezza voce e frammiste di silenzio, si riesce a tenere compagnia e dare coraggio nei momenti difficili: “Ciò che è semplice è vicino all'essenziale. È nello spazio di queste parole sommesse ed essenziali che si crea la vicinanza, quella presenza che è medicina”²⁶.

Ascoltare qualcuno vuol dire non solo percepire le sue parole, ma anche i suoi silenzi, i suoi pensieri, le sue emozioni, il grido soffocato di alcuni gesti apparentemente banali²⁷. Fare un po' come Dio che “non è venuto a spiegare la sofferenza, è venuto a riempirla della sua presenza” (Paul Caludel)²⁸. La propria presenza se è

²⁴ Attingo in breve dall'ottimo contributo di P. ANGELO BRUSCO, offerto nel documento dell'Ufficio Nazionale CEI di Pastorale Sanitaria per la XI Giornata mondiale del Malato: UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il dono di sé*, XI Giornata Mondiale del Malato 11 Febbraio 2003, Torino 2002, 9-10.

²⁵ O. SCARAMUZZI, *Mi aiuti a uscire dalla notte? Problematiche e risorse del malato grave nei dialoghi di relazione d'aiuto*, Torino 1999, 33.

²⁶ G. COLOMBERO, *Cammino di guarigione interiore. Per abitare meglio se stessi*, Cinisello Balsamo (Mi) 1996, 47.

²⁷ Cf. L. SANDRIN, *Compagni di viaggio. Il malato e chi lo cura*, Milano 2000, 23.

²⁸ Citazione riportata da G. RAVASI, *Fino a quando, Signore? Un itinerario nel mistero della sofferenza e del male*, Cinisello Balsamo 2002, 18.

permeata da rispetto, comprensione, discrezione, può essere di grande conforto e trasmettere al malato sicurezza e calore e capiremo che in chi soffre si ricerca:

- amore, aiuto, silenzio, ascolto, competenze, di carità, di umanità²⁹:

Il dolore “sprigiona” amore e aspetta amore. Ha le mani alzate, imploranti. Nel silenzio c’è un lamento che geme e c’è un urlo che chiama per nome. Sembra che non tutti ascoltino anche nella Chiesa. Vi confesso con l’umiltà di un povero fratello: non è facile stare male. Apre a Dio, ma può anche chiudere: molto dipende da una presenza di Chiesa fatta di persone concrete che è accanto, da samaritana, da madre, io dico anche da sposa, con fedeltà e delicatezza.

2.1.2 Confortare nel Signore

Sul portale di un antico ospedale di Roma, il S. Giacomo, è scolpita la seguente frase:

Vieni per essere guarito, se non puoi essere guarito almeno per essere curato, se non puoi essere curato almeno consolato

L’operatore pastorale non è chiamato a guarire o curare chi soffre, ma a svolgere il *ministero della consolazione*. Il *Benedizionale* – a proposito delle celebrazioni liturgiche negli incontri con gli infermi – ci ricorda che “I medici, i vari operatori sanitari e quanti secondo le loro competenze e attitudini si dedicano agli ammalati, non devono tralasciare nulla di ciò che può essere fatto per recar sollievo al loro spirito”³⁰.

Nell’incontro pastorale la parola non può non essere accompagnata da atteggiamenti e gesti che devono assumere un significato sacramentale, quello di veicolare (oppure ostacolare) la tenerezza di Dio³¹.

Ministri di Dio che è il “Dio di ogni consolazione” (2Cor 1,3), e che ci consola in ogni nostra tribolazione, siamo chiamati “anche noi consolare quelli che si trovano in qualsiasi genere di afflizione con la consolazione con cui siamo consolati noi stessi da Dio” (2Cor 1,4). E per la preghiera di Gesù al Padre: “Io pregherò il Padre ed egli vi darà un altro Consolatore perché rimanga con voi per sem-

²⁹ Queste istanze emergono chiare da alcune parole – dell’ultima omelia al Convegno Nazionale CEI di Loreto del ‘98 degli Uffici di Pastorale Sanitaria – di Mons. Bianchi, Vescovo responsabile della Pastorale della Sanità nella Chiesa Italiana – già colpito dalla leucemia morirà il giorno di Pasqua 1999 – e che riporto nella citazione su nel testo, cf. U. D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», 7.

³⁰ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 262.

³¹ S. MARINELLI, *I cappellani ospedalieri. Identità e funzioni. Inquadramento storico-sociale e prospettive teologico-pastorali*, Torino 1993, 134.

pre” (Gv 14,16), e, per mezzo di Cristo stesso, come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così, (...) abonderà anche la nostra consolazione (cf. 2Cor 1,5).

Così per la grazia di Gesù e il ministero della Chiesa colui che soffre potrà dire: “Tutto posso in colui che mi da la forza” (Fil 4,13).

Giovanni Paolo II, segnato più volte dalla sofferenza durante il suo pontificato, così si esprimeva nel Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato del 1996: “Chiedo al Signore di voler suscitare in numero ancor maggiore persone generose, che sappiano donare a chi soffre il conforto non soltanto dell’ assistenza fisica, ma anche del sostegno spirituale aprendogli dinanzi le consolanti prospettive della fede”³².

La risposta cristiana al dolore e alla sofferenza non è mai caratterizzata da passività. Spinta dalla carità cristiana, che trova la sua suprema espressione nella vita e nelle opere di Gesù, che ‘passò beneficiando’ (At 10, 38), la Chiesa viene incontro ai malati e ai sofferenti, offrendo loro conforto e speranza. Non si tratta di un mero esercizio di benevolenza, ma è motivata dalla compassione e dalla sollecitudine che portano a un premuroso e generoso servizio. Ciò implica, in ultima analisi, il dono generoso di sé agli altri, in particolare a coloro che soffrono (cf. *Salvifici Doloris*, n. 29)³³.

Gli operatori pastorali ministri di consolazione e promotori di speranza “Con la loro vicinanza partecipe e solidale accanto ai sofferenti, imitano Maria che ai piedi della croce è di consolazione e di conforto al Figlio, pur non facendo nulla per toglierlo dal suo doloroso patibolo. Allo stesso modo testimoniano la loro speranza nella vita dopo la morte e nella risurrezione futura, incoraggiando e sostenendo la speranza di chi soffre e di chi muore”³⁴.

2.1.3 Aiuto fraterno

Il dono del servizio (più cuore nella mente e nelle mani) significa mettere a disposizione le proprie risorse materiali, il tempo, le competenze per rispondere ai più svariati bisogni dei malati: “Il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore umano” (*Salvifici Doloris*, n. 29). “Il Vangelo passa solo attraverso la strada della carità”³⁵. Andare dall’ammalato, visitarlo, aiutarlo a mangiare, fare una passeggiata con lui, occuparlo in qualche attività diversiva, svolgere dei piccoli ser-

³² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 11 Ottobre 1995, n. 4.

³³ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la X Giornata Mondiale del Malato*, Castel Gandolfo 6 agosto 2001, n. 2.

³⁴ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La comunità cristiana luogo di salute e di speranza*, VI Giornata Mondiale del Malato 11 Febbraio 1998, Torino 1997, 13.

³⁵ M. MAGRASSI, *Amare con il cuore di Dio*, Milano 1986, 109.

vizi (telefono, scrivere...), vuol dire amarlo con un servizio concreto che è più che amarlo soltanto con le intenzioni e il pensiero: andando da lui e servendolo incontriamo Gesù³⁶.

“Le istituzioni sono molto importanti ed indispensabili: tuttavia, nessuna istituzione può da solo sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro” (*Salvifici Doloris*, n. 29).

Dunque come Gesù buon samaritano l'operatore pastorale avrà cura di chi soffre, si occuperà di lui, starà accanto a lui, lo assisterà, spenderà del tempo – anche vegliando – così da offrirgli sollievo e salute (e salvezza attraverso i sacramenti). Riconoscerà altresì la presenza stessa di Gesù in chi soffre e con occhi contemplativi e con sguardo pieno di bontà, lo amerà e servirà.

Stiamo “accanto agli infermi e alle loro famiglie facendo sì che quanti si trovano nella prova non si sentano mai emarginati. L'esperienza del dolore diventerà così per ciascuno scuola di generosa dedizione”³⁷.

“Attraverso il varco aperto dalla carità irrompe la luce della fede. (...) Il problema concreto della malattia, per trovare una vera soluzione cristiana, va integrato in una più ampia educazione alla fede. E questa non è cosa che si improvvisa”³⁸.

I parroci specialmente, e tutti coloro che sono addetti alla cura degli infermi, sappiano suggerir loro parole di fede, che li aiutino a rendersi conto del significato dell'infermità umana nel mistero della salvezza; li esortino inoltre a lasciarsi guidare dalla luce della fede per unirsi al Cristo sofferente, santificando con la preghiera la loro infermità, e attingendo nella preghiera stessa la forza d'animo necessaria a sopportare i loro mali...

È ottima cosa invitare e guidare i malati a pregare, sia da soli che con i familiari e le persone addette al loro servizio; una preghiera che, ispirandosi specialmente alla sacra Scrittura, si esprima o nella meditazione del mistero della sofferenza umana alla luce di Cristo e del suo Vangelo, o nella recita di formule e di giaculatorie tratte dai

³⁶ In questo dono di sé la comunità cristiana dovrebbe scoprire e valorizzare i giovani: “la proposta di una Chiesa impegnata nel servizio della carità ha lo scopo di *coinvolgere* i giovani *nel dono sincero di se stessi*. È questo un aspetto fondamentale dell'antropologia cristiana che occorre fare oggetto di vera educazione attraverso la testimonianza di persone e comunità ove la diakonia è l'espressione gioiosa della vita di relazione”: B. L. PAPA, *Comunicare il Vangelo ai giovani e alle famiglie*, 14.

³⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 11 Ottobre 1995, n. 7.

³⁸ M. MAGRASSI, *Gesù e il malato. Il sacramento che porta alla salvezza*, Noci (BA) 1996, 52.

salmi o da altri testi. Per rendere più facile ai malati la preghiera potranno essere assai utili eventuali sussidi; meglio ancora se i sacerdoti, qualche volta almeno, vorranno volentieri pregare con loro³⁹.

3.1 Colloquio personale

Una comunicazione adeguata potrà aiutarlo a trovare un senso a ciò che sta vivendo e a trovare risposta alle domande sul senso della vita, sul significato del dolore, del male e della morte. Di grande importanza si rivela la *relazione d'aiuto* come «rapporto in cui uno dei due interlocutori mira a creare le condizioni che promuovano nell'altro la capacità di affrontare e superare creativamente la situazione difficile in cui si trova»⁴⁰.

Nella stagione della sofferenza e della vulnerabilità si ha bisogno di dare voce ai propri pensieri e sentimenti, alle proprie ansietà e scoraggiamenti. “Si ha la necessità di confidare a qualcuno il racconto della propria storia cambiata... La relazione sanante non comporta solo la cura della parte malata della corporeità, ma anche il dialogo con la persona per comprenderne la storia, recepirne i meccanismi di difesa, avvertirne i pensieri e le preoccupazioni, accoglierne i sentimenti, individuarne le risorse e i valori”⁴¹. Però solo se si capaci di fare verità su se stessi e di riconciliarsi con i propri vissuti si può diventare farmaco per chi è nella sofferenza⁴².

L'operatore pastorale – e nel nostro caso l'Accolito/Ministro straordinario dell'Eucaristia – nella visita che fa all'ammalato – una volta stabilito il rapporto umano –, attraverso parole illuminate dalla fede, lo aiuterà a valorizzare e trasfigurare la propria infermità inserendola nel mistero della salvezza, a cui il malato davvero è chiamato a partecipare, conscio delle parole di san Paolo: “Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa” (Col 1,24).

“Felice la persona che riesce a far risplendere la luce di Dio nella povertà di una vita sofferta o diminuita!... La ragione, che già coglie la distinzione esistente tra il dolore e il male, illuminata dalla fede comprende che ogni sofferenza può diventare, per grazia, prolungamento del mistero della Redenzione, la quale, pur essendo completa in Cristo, “rimane costantemente aperta ad ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza (*Salvifici Doloris*, n. 24)”⁴³.

³⁹ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 43-44; al n. 45 il *Rituale* propone una preghiera comune in forma di breve celebrazione della Parola di Dio.

⁴⁰ L. SANDRIN-A. BRUSCO-G. POLICANTE, *Capire e aiutare il malato*, 153.

⁴¹ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Costruire ponti non solitudini*, IX Giornata Mondiale del Malato 11 Febbraio 2001, Torino 2002, 5-7.

⁴² L. SANDRIN, *Come affrontare il dolore*, Milano 1995, 136.

⁴³ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la II Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 8 Dicembre 1993, nn. 2-5.

Così aiutati i malati possono trasformare la propria sofferenza in fonte di guarigione interiore e di salvezza per sé e per gli altri, unendo spiritualmente il loro dolore a quello di Cristo sofferente. “Nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza umana è stata redenta. (...) Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo” (*Salvifici Doloris*, n. 19).

3.2. *La preghiera fa vivere e sperimentare le verità della fede*

La preghiera è il momento privilegiato di comunione tra Dio e l'uomo che soffre e tra Dio e l'uomo che aiuta chi soffre. “Dalla preghiera il malato attingerà la forza per superare la prova del male e insieme il segreto per diventare soggetto d'azione, nonostante la sua impotenza fisica. Potrà immettere nel Corpo Mistico un fiotto di vitalità spirituale”⁴⁴. Attraverso la preghiera l'operatore pastorale esorterà l'ammalato a unirsi a Gesù sofferente, così da santificare l'infermità e attingere grazia, forza e coraggio nel cammino di sofferenza.

Lo aiuterà a pregare ponendosi alla presenza di Colui che non è mai assente; a pregare attendendo la salute e sopportando il dolore; a pregare mantenendosi sempre aperti ai diversi modi con cui Dio guarisce il corpo e lo spirito togliendo delle certezze e maturandone altre; a pregare avendo fiducia in Dio che soffre con chi soffre⁴⁵.

Per la preghiera comunitaria o personale – attraverso salmi di fiducia (22, 203, 206...) o del tempo della malattia (6..) e della prova (85, 87, 89), o attraverso il S. Rosario così da fissar lo spirito sui misteri di Cristo – la catechesi diventerà efficace. ... “E la preghiera fatta con fede salverà il malato” (Gc 5,15).

È importante che chi serve i malati non solo parli di Dio ai fratelli, ma che parli a Dio dei fratelli. Infine, è opportuno che innesti anche la preghiera fatta in prima persona dal malato⁴⁶.

⁴⁴ M. MAGRASSI, *Gesù e il malato. Il sacramento che porta alla salvezza*, 55.

⁴⁵ Cf. A. PANGRAZZI, *Creatività al servizio del malato*, Torino 1986, 43.

⁴⁶ L. DI TARANTO, *Assistere i malati oggi. “Mi sono fatto debole con i deboli”*, Torino 1994, 129.

L'attività terapeutica e la forza sanante della Chiesa si attua anche attraverso i sacramenti⁴⁷; in particolare il momento sacramentale della *Comunione eucaristica* è culmine di tutto il lavoro che precede e fonte di quello che segue, perché l'Eucaristia è "fonte e culmine di tutta la vita cristiana" (LG 11), anche della vita di persone in situazione di malattia e sofferenza e di chi si prende cura di loro.

L'Eucaristia diventa il "momento in cui tutta la vita della Chiesa viene raccolta intorno al Cristo pasquale, riceve il dono del suo amore oblativo e poi viene rilanciata per le strade del mondo, per essere segno della sua presenza di buon samaritano, quasi per fare sperimentare ai fratelli l'intensità e la forza con cui Dio li ama, con la qualità stessa del suo amore. Un amore che pensa più a dare che a ricevere"⁴⁸.

[I parroci specialmente, e tutti coloro che sono addetti alla cura degli infermi,] Procurino poi di portare a poco a poco i malati a partecipare frequentemente e con le dovute disposizioni, secondo le possibilità dei singoli, ai sacramenti della Penitenza e dell'Eucaristia e soprattutto a ricevere tempestivamente la sacra Unzione e il Viatico⁴⁹. I pastori di anime abbiano cura che agli infermi e ai vecchi, anche se non sono gravemente malati e non si trovano in pericolo, sia data possibilità di ricevere spesso, e, specialmente nel tempo pasquale, anche tutti i giorni, la comunione eucaristica: e questo, in qualsiasi ora della giornata...⁵⁰.

4.1 *Comunione con Cristo*

L'Eucaristia, memoriale della passione del Signore, "è il centro del ministero pastorale e della vita spirituale del sofferente"⁵¹; è "la via" maestra per portare la luce e la speranza della Pasqua di Cristo con la testimonianza dell'amore liberante di Dio in ogni situazione di malattia, sofferenza e morte⁵². L'Eucaristia permette di

⁴⁷ Cf. L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Milano 2000, 46-52.

⁴⁸ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Eucaristia, comunione e comunità*, Roma 1983, n. 47, in Ench.CEI 3/1290.

⁴⁹ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 43. In questo paragrafo mi soffermo soltanto sul Sacramento dell'Eucaristia che solo può essere amministrato dal ministro straordinario dell'Eucaristia/accolito; l'operatore pastorale, comunque, è bene che aiuti il malato a disporsi a ricevere i "sacramenti di guarigione" della Penitenza e Unzione degli Infermi che, però, possono essere amministrati solo dai Vescovi e dai Sacerdoti. Il *Benedizionale* – a proposito dei Cooperatori nella cura pastorale degli infermi – ricorda che "I religiosi e i laici che si renderanno disponibili al servizio degli infermi, avranno cura di prepararli a ricevere la Penitenza e l'Eucaristia e al tempo opportuno l'Unzione e il Viatico": CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 283.

⁵⁰ *Ibidem*, n. 46.

⁵¹ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 21.

⁵² Cf. A. BRUSCO-S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo Medico*, 130.

unire la propria offerta di sé e della sofferenza in sacrificio spirituale a Dio gradito in comunione alla offerta di Gesù al Padre, sorgente di salvezza per la Chiesa (cf. LG 34).

Partecipando dell'Eucaristia il sofferente è introdotto in un rapporto personale con Gesù e per lui con il Padre e lo Spirito Santo: "Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue dimora in me e io in lui. Come il Padre, che ha la vita, ha mandato me e io vivo per il Padre, così anche colui che mangia di me vivrà per me". (Gv 6, 56-57). In forza di questa comunione con Cristo si vive l'esistenza – anche quella segnata dal dolore – con gli stessi sentimenti di Cristo; dinanzi al dolore e alle sofferenze l'Eucaristia è la possibilità di scegliere non il risentimento, ma la gratitudine. La parola *Eucaristia* significa azione di rendimento di grazie: celebrare l'Eucaristia e vivere una vita eucaristica significa, allora, vivere al vita come un dono per il quale si è grati, anche se il dono è segnato dalla sofferenza⁵³.

"Celebrando l'Eucaristia, i cristiani annunciano ed attualizzano il sacrificio di Cristo, 'per le cui piaghe siamo stati guariti' (cfr 1 Pt 2, 25) e, unendosi a Lui, 'conservano nelle proprie sofferenze una specialissima particella dell'infinito tesoro della redenzione del mondo, e possono condividere tale tesoro con gli altri'" (*Salvifici Doloris*, 27)⁵⁴.

4.2 *Comunione con i fratelli*

L'incontro personale con il Signore nell'Eucaristia, "specie all'interno di particolari celebrazioni debitamente preparate e animate (dove non di rado i malati stessi sono protagonisti attivi), è di grande conforto e di aiuto nell'affrontare la sofferenza in una visione di fede e sostenuti dalla comunione fraterna"⁵⁵.

L'Eucaristia portata all'ammalato, esprime e alimenta i vincoli di *comunione con la comunità* alla quale i malati continuano ad appartenere. La comunità cristiana non solo *si ricorda* degli ammalati, ma quest'ultimi sentono la *vicinanza della loro comunità*⁵⁶. Si tratta di essere realmente incorporati a Cristo – anche se assenti – e di un vincolo di unione alla Chiesa che celebra l'Eucaristia: "La Comunione ai malati a partire dalla Messa domenicale, è una espressione della presa di coscienza da parte della comunità che anche i fratelli involontariamente assenti sono incorporati a Cristo

⁵³ H. J. M. NOUWEN, *La forza della sua presenza. Meditazione sulla vita eucaristica*, Brescia 1997, 22-23.

⁵⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la VIII Giornata Mondiale del Malato*, Castel Gandolfo 6 Agosto 1999, n. 7.

⁵⁵ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La comunità cristiana luogo di salute e di speranza*, 12-13.

⁵⁶ Cf. J. ALDÁZABAL, *I ministeri dei laici. Per una comunità celebrante*, Leumann (To) 1993, 109-110.

e una profonda esigenza di solidarietà li unisce alla Chiesa che celebra l'Eucaristia⁵⁷.

L'Eucaristia così genera la comunione ed elimina la solitudine: "Poiché c'è un solo pane, noi, pur essendo molti, siamo un corpo solo: tutti infatti partecipiamo dell'unico pane (1Cor 10, 17). "Chi crede nell'Eucaristia, e ne vive profondamente il dono e il comandamento della 'comunione fraterna', non si sente più solo, inutile, di peso. Unito come fratello a fratelli, a tutti può offrire il suo prezioso e insostenibile servizio, e cioè la sua stessa sofferenza, vissuta cristianamente, come amore che glorifica il Signore e salva l'umanità"⁵⁸.

4.3 Eucaristia come rimedio di incorruttibilità e di immortalità

L'Eucaristia è sorgente della vita immortale ed è pegno della nostra futura risurrezione. Nel discorso eucaristico di Gv 6 Gesù afferma: "Io sono il pane vivo, disceso dal cielo. Se uno mangia di questo pane vivrà in eterno e il pane che io darò è la mia carne per la vita del mondo" (v. 51) e "Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna e io lo risusciterò nell'ultimo giorno" (v. 54). L'Eucaristia, "farmaco d'immortalità" (S. Ireneo), ha la prospettiva di speranza e futuro perchè è "speranza di immortalità" (S. Ireneo), "seme d'immortalità" (San Cirillo di Alessandria), perchè è Gesù che stesso assocerà gli uomini alla sua risurrezione. L'eucaristia non solo sarà cibo e forza per il passaggio definitivo (cf. Viatico), ma attesa e anticipo della gloria futura, in cui ogni limite e germe di morte sarà vinto e in cui Dio "tergerà ogni lacrima dai loro occhi; non ci sarà più la morte, né lutto, né lamento, né affanno, perché le cose di prima sono passate" (Ap 21,4); così "nutrendosi del corpo di Cristo portato dal sacerdote, dal diacono o dai ministri straordinari dell'Eucaristia nelle corsie delle istituzioni sanitarie o nelle abitazioni domestiche o ricevendo la Comunione sotto forma di viatico, il malato è fortificato e munito del pegno della risurrezione"⁵⁹.

5. 5.1 Dare...

Dare e ricevere⁶⁰

Il cristiano che dedica il suo tempo e il suo apostolato per questo ministero deve essere conscio che è *inviato dalla comunità* a continuare la *stessa missione di Cristo*. Questo esigerà *spirito di sa-*

⁵⁷ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 2004, 2.

⁵⁸ R. GERARDI, "Eucaristia", in CINÀ G.-LOCCI E.-ROCCHETTA C.-SANDRIN L. (edd.) *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria* (Torino 1997), 418.

⁵⁹ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 21.

⁶⁰ Cf. UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il dono di sé*, 18-20.

crifizio, soprattutto nei giorni di festa, e *amore agli infermi*, ma soprattutto *vero amore all'Eucaristia*⁶¹.

“Il comando del Signore durante l’Ultima Cena: ‘Fate questo in memoria di me’, oltre a riferirsi alla frazione del pane, allude anche al corpo offerto e al sangue versato da Cristo per noi (cfr Lc 22, 19-20), in altre parole, al dono di sé agli altri. Un’espressione particolarmente significativa di questo dono di sé è il servizio ai malati e ai sofferenti. Perciò chi si dedica ad esso troverà sempre nell’Eucaristia una fonte inesauribile di forza e uno stimolo a una generosità sempre nuova”⁶².

Chi “regala” un po’ di se stesso e della propria vita ai malati, non tarda ad accorgersi che il dono fatto all’altro è fonte di crescita anche per se stesso. Molti visitatori dei malati concordano nel dire: “È molto più quello che ricevo di quello che do”. E san Francesco diceva: “È dando che si riceve, perdonando che si è perdonati, morendo che si risuscita a vita nuova”.

5.2 Ricevere...

Molteplici sono i doni che si possono ricevere dai malati.

- Una presa di coscienza della preziosità e, al contempo, della fragilità della condizione umana, fatta di grandezza e di miseria, di speranza e di abbattimento, di vita e di morte. I malati possono altresì offrire il dono di una lezione di vita, aiutando i sani a valorizzare il bene della salute, mostrando che anche in situazioni difficili la persona umana può riuscire a mantenere la propria integrità e serenità, a scoprire nuovi valori, a crescere in spiritualità.
- Un risveglio dei sentimenti di solidarietà e di fraternità. “Si potrebbe dire – scrive ancora Giovanni Paolo II – che la sofferenza presente sotto tante forme diverse nel nostro mondo umano, vi sia presente anche per sprigionare nell’uomo l’amore (*Salvifici Doloris*, n. 29)”.
- Il rimarginarsi delle proprie ferite interiori: l’esercizio delle opere di carità può aiutare a comprendere il senso della vita, a discernere i valori autentici e a rimarginare le ferite causate dall’egoismo e dall’indifferenza.

Conclusione

Il credente, a differenza di quanti non hanno speranza (cf. *1Ts* 4,13), sa che la stagione del soffrire può essere un’occasione di vita nuova, di grazia e di risurrezione ed

⁶¹ Cf. J. ALDÁZABAL, *I ministeri dei laici*, 113.

⁶² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la X Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 6 Agosto 2002, n. 3.

“esprime questa certezza attraverso l’impegno terapeutico, la capacità di accoglienza e di accompagnamento, la partecipazione alla vita di Cristo comunicata nella preghiera e nei sacramenti. Prendersi cura del malato e del morente, aiutare l’uomo esteriore che si va disfaccendo, perché l’uomo interiore si rinnovi di giorno in giorno (cfr 2 Cor 4, 16), non è forse cooperare a quel processo di risurrezione che il Signore ha immesso nella storia degli uomini con il mistero pasquale e che troverà pieno compimento alla fine dei tempi? Non è rendere ragione della speranza (cfr 1 Pt 3,15) che ci è stata donata? In ogni lacrima asciugata vi è già un annuncio dei tempi ultimi, un anticipo della pienezza finale (cf. Ap 21,4 e Is 25, 8)⁶³.

“Il servizio della Visita e della Comunione agli infermi, ben inteso e ben programmato, è reazione al processo di emarginazione sociale ed ecclesiale del malato. Questo sforzo avrà senso se la comunità guarderà all’opera di misericordia ‘visitare gli ammalati’ con una nuova mentalità cristiana, e se il malato – aiutato dalla stessa comunità e dai familiari – comprende ed integra la sua condizione di malattia in una visione di fede”⁶⁴.

Voglio concludere con le parole di Mons Ugo Donato Bianchi pronunziate al suo ultimo convegno di Pastorale Sanitaria Nazionale della CEI:

Chiesa, sei di tutti e sei per tutti, ma ricordati che i primi sono i malati nel corpo e nello spirito, bisognosi di consolazione e di speranza. Lì il tuo Signore ti aspetta, Chiesa, dai la Parola del Signore, la grazia dello Spirito, la carezza della tua maternità: dai il Signore Gesù, ma sii vicina anche in silenzio, tenendo per mano, pregando, ascoltando.

Ma, Chiesa, non solo dona, ma chiedi e accogli! Quella sofferenza, che rimanda alla croce e promette risurrezione, consolata dall’Eucaristia, dal Perdono, dall’Unzione, ha una fecondità missionaria, rientra nella tua azione pastorale. Le mani di questi figli non sono vuote, quelle croci umane “servono” come la Croce del tuo Gesù, la completano, l’attualizzano, esprimono l’amore, che già vince l’inutilità apparente del dolore e superando la disperazione proclamano la speranza... Chiesa, non perdere quello che Gesù, tuo Sposo e tuo Pastore, ha messo nelle mani, nel cuore e nelle carni dei tuoi membri: la redenzione si sta compiendo anche lì, adesso... Chiesa, apri le mani e il cuore per dare, ma apri anche a ricevere. Di quella misteriosa ricchezza hai bisogno! Appartiene a Lui e anche a tè. Sii gelosa di essa, perché non si perda. Valla a cercare, metti il grembiule del servizio e ringrazia. Metti in ginocchio: c’è il tuo Signore⁶⁵.

⁶³ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la VI Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 29 Giugno 1997, n. 9.

⁶⁴ U. CIRELLI, «Il servizio della visita e della Comunione frequente», 190.

⁶⁵ U. D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», 8.

3.

Orientamenti e norme per i Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica

Diocesi di Torino

PREMESSO che fin dall'anno 1970 sono regolarmente operanti nell'Arcidiocesi ministri straordinari per la distribuzione della Comunione Eucaristica sia in chiesa sia presso il domicilio delle persone che, a motivo della malattia o dell'età avanzata, non possono recarsi nel luogo sacro per partecipare all'Eucaristia, e che il nostro Ufficio Liturgico diocesano ha costantemente offerto opportuni sussidi, unitamente alla programmazione periodica di apposite iniziative curando nel tempo anche l'apporto specifico di altri Uffici diocesani al fine di offrire a questi ministri straordinari una specifica e puntuale formazione:

CONSIDERATO che da dieci anni l'Arcidiocesi si è dotata di specifici *Orientamenti e Norme* per sostenere adeguatamente lo svolgimento di questo prezioso servizio nel preciso rispetto delle disposizioni ecclesiali, congiuntamente all'attenzione pastorale verso tutte le persone coinvolte:

VALUTATA positivamente la presenza e l'opera nell'Arcidiocesi di ministri straordinari della Comunione Eucaristica e intendendo promuovere ulteriormente la loro formazione, sia iniziale che permanente, con modalità adatte anche a nuove concrete situazioni pastorali:

VISTI i canoni 230 §3 e 231 §1 del *Codice di Diritto Canonico* e il n. 71 del *Libro Sinodale*:

CON IL PRESENTE DECRETO
APPROVO E PROMULGO
GLI SPECIFICI "ORIENTAMENTI E NORME"
IL CUI TESTO È ALLEGATO AL PRESENTE DECRETO
DISPONENDO CHE ENTRINO IN VIGORE
DAL GIORNO 1 ottobre 2002.

Dato in Torino, il giorno trentuno del mese di maggio – *festa della Visitazione della Beata Vergine Maria* – dell'anno del Signore duemiladue

✠ SEVERINO Card. POLETTO MONS. GIACOMO MARIA MARTINACCI
Arcivescovo Metropolita di Torino cancelliere arcivescovile

L'Eucaristia, massimo dei doni lasciati da Cristo Signore alla sua Chiesa, esige una conoscenza sempre più approfondita e una partecipazione sempre più viva alla sua efficacia di salvezza. Per favorire e facilitare la possibilità di accostarsi alla santa Comunione, sono stati istituiti i ministri straordinari della Comunione Eucaristica. Il documento dove viene presentata in modo specifico l'identità del ministro straordinario della Comunione Eucaristica è l'Istruzione della Santa Sede *Immensae caritatis*, emanata il 29 gennaio 1973⁶⁶. In questo documento vengono definiti con maggior precisione i compiti dei "ministri straordinari della Comunione", già istituiti dall'Istruzione *Fidei custos* del 30 aprile 1969, recepiti nel 1983 dal *Codice di Diritto Canonico* (can. 230 §3). Va ancora fatto notare che sia nel Pontificale Romano⁶⁷, sia nelle premesse al Messale Romano e al sacramento dell'Unzione degli infermi⁶⁸ viene in modo particolare ribadita l'importanza di questo ministero e il suo collegamento con il sacramento dell'Eucaristia e con la cura pastorale dei malati.

L'istituzione di questi ministri "straordinari" ha quindi lo scopo di provvedere alle circostanze nelle quali manchi un sufficiente numero di ministri *ordinari* (Vescovi, presbiteri, diaconi) o straordinari *istituiti* (accoliti) per la distribuzione della santa Comunione e cioè, come precisa l'Istruzione *Immensae caritatis*:

– durante la celebrazione della Messa, *a motivo di un grande affollamento dei fedeli oppure per qualche particolare difficoltà in cui venga a trovarsi il celebrante;*

– fuori della celebrazione della Messa, *quando, per le distanze dei luoghi, è difficile portare le sacre Specie, soprattutto in forma di Viatico, agli ammalati che si trovino in pericolo di morte, oppure quando il numero degli infermi, soprattutto negli ospedali o in istituti simili, richieda l'opera di più ministri.*

Pertanto – prosegue la stessa Istruzione – affinché i fedeli, che sono in stato di grazia e hanno retta e pia intenzione di accostarsi al convito eucaristico, non siano privati dell'aiuto e del conforto di questo Sacramento, il Sommo Pontefice ha ritenuto opportuno istituire ministri straordinari che possano comunicarsi da se stessi e distribuire agli altri fedeli la santa Comunione, alle seguenti precise condizioni: è data facoltà agli Ordinari dei luoghi di consentire che persone idonee, individualmente scelte, possano, in qualità di ministri straordinari, in singole circostanze o anche per un periodo di tempo definito, oppure

⁶⁶ S. CONGREGAZIONE PER LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Istr. Immensae caritatis* (29 gennaio 1973).

⁶⁷ PONTIFICALE ROMANO, *Istituzione dei ministeri, Consacrazione delle vergini, Benedizione abbaziale*, pag. 148.

⁶⁸ MESSALE ROMANO2, *Principi e Norme per l'uso del Messale Romano*, n. 68; RITUALE ROMANO, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, Premesse, n. 29.

anche permanentemente in caso di necessità, sia cibarsi da se stesse del pane eucaristico sia distribuirlo agli altri fedeli e portarlo agli ammalati nelle loro case, quando:

a) manchino il sacerdote, il diacono e l'accollito;

b) i medesimi siano impediti di distribuire la santa Comunione a motivo di altro ministero pastorale, per malattia e per età avanzata;

c) il numero dei fedeli che desiderano accostarsi alla santa Comunione sia tale da far prolungare eccessivamente la celebrazione della Messa o la distribuzione della Comunione fuori dalla Messa [...].

Poiché queste facoltà sono concesse unicamente per il bene spirituale dei fedeli e per i casi di vera necessità, i sacerdoti debbono tenere presente che tali facoltà non li dispensano dall'ufficio di distribuire l'Eucaristia ai fedeli che legittimamente chiedono di riceverla e, in modo particolare, dall'ufficio di portarla e amministrarla agli ammalati⁶⁹.

Questo ministero richiede una specifica preparazione pastorale e liturgica, come ancora precisa il *Pontificale Romano*:

Anche questo ministero straordinario richiede una preparazione pastorale e liturgica nella quale si porrà in luce il vincolo che esiste fra il malato e il mistero di Cristo sofferente, fra l'assemblea radunata nel giorno del Signore e la vittoria pasquale sulla morte e sul male, fra l'effusione dello Spirito e l'annuncio ai fratelli della lieta novella di liberazione e di guarigione⁷⁰.

Nella nostra Arcidiocesi queste disposizioni della Santa Sede hanno subito trovato una pronta applicazione, tanto che a Torino l'esperienza dei ministri straordinari della Comunione Eucaristica vanta ormai più di trent'anni di presenza. Aumentando il numero dei ministri per la distribuzione della Comunione Eucaristica durante le Messe molto affollate, non si intese certo abbreviare la durata delle celebrazioni, quanto piuttosto poter disporre di un maggior tempo per celebrare meglio gli altri momenti dell'Eucaristia e, in particolare, per dilatare i così necessari momenti di silenzio previsti nel Rito della Messa. Così pure, aumentando il numero dei ministri per portare la Comunione Eucaristica agli ammalati, non si intese certo dispensare i presbiteri dalla loro insostituibile cura pastorale e sacramentale dei malati. Si intese piuttosto aiutare i presbiteri ad offrire agli ammalati più frequenti occasioni di ricevere il Corpo del Signore, anche in ricambio del loro contributo singolarmente prezioso per la comunità cristiana e per la salvezza del mondo.

Inoltre, alle condizioni stabilite dalla Santa Sede, si aggiunse nell'Arcidiocesi anche l'indicazione (poi ripresa, nel 1984, dalla *Nota pastorale* della Conferenza Episcopale Italiana *Il Giorno del Signore*, n. 35) di portare la Comunione Eucaristica ai malati *soprat-*

⁶⁹ Istr. *Immense caritatis*, 1, I e VI.

⁷⁰ PONTIFICALE ROMANO, *Istituzione dei ministri ...*, Premesse, pag. 15.

tutto la domenica e i giorni di festa, quando i malati sentono di più il peso di non potersi unire agli altri fedeli nella celebrazione eucaristica e i presbiteri e diaconi sono già assorbiti dagli impegni festivi della comunità. Le indicazioni per la visita e la Comunione agli infermi prevedono espressamente:

I pastori d'anime abbiano cura che agli infermi e ai vecchi, anche se non sono gravemente malati e non si trovano in pericolo di morte, sia data la possibilità di ricevere spesso, e, specialmente nel tempo pasquale, anche tutti i giorni, la Comunione Eucaristica⁷¹.

Constatate però le problematiche sempre maggiori nel rapporto con le persone malate e i loro familiari oltre alla necessità di una sempre maggiore conoscenza della liturgia per poter svolgere adeguatamente questo ministero, si vede ora la necessità di perfezionare ulteriormente l'iter formativo dei ministri straordinari della Comunione Eucaristica, affidandone la responsabilità congiuntamente agli Uffici diocesani *Liturgico* e per la *Pastorale della Sanità*.

Per migliorare quindi la formazione e il servizio di questi ministri, così da assicurare quella somma riverenza al Sacramento che è richiesta dalla fede viva nella presenza eucaristica, sentito il Consiglio Episcopale, stabilisco che – a partire dal giorno 1 ottobre 2002 – vengano osservate le seguenti

NORME

1. *Il mandato di “ministro straordinario della Comunione Eucaristica”, nell’Arcidiocesi di Torino, viene conferito unicamente dall’Arcivescovo, il quale ritiene, per ora, di non servirsi della facoltà di permettere ai presbiteri in cura d’anime di affidare, volta per volta, in caso di vera necessità, a una persona idonea l’incarico di distribuire la Comunione⁷². A nessun presbitero (o diacono) è quindi lecito affidare di propria iniziativa questo incarico ad altre persone. È perciò necessario che in ogni comunità cristiana si prevedano e si esaminino le esigenze che comportano la richiesta di ministri straordinari per distribuire la Comunione Eucaristica durante le Messe e/o portarla agli ammalati, con l’accortezza di prevedere anche particolari evenienze (Messe nelle grandi festività, in circostanze eccezionali, ecc.).*

Va anche tenuto presente che occorre prevedere un numero di ministri che consenta di attuare un certo avvicendamento. Un mini-

⁷¹ RITUALE ROMANO, *Sacramento dell’Unzione e cura pastorale degli infermi*, Premesse, n. 46.

⁷² Istr. *Immense caritatis*, 1, II; MESSALE ROMANO², pag. 1046.

stro straordinario, infatti, non può portare la Comunione Eucaristica nei giorni festivi a più di due o tre malati, per poter svolgere il suo incarico non affrettatamente, ma con la dignità e delicatezza che questo ministero richiede nei confronti sia del Santissimo Sacramento sia degli stessi ammalati.

2. La richiesta di *nuovi ministri* va compilata dai Parroci – sentito il Consiglio Pastorale parrocchiale – o Superiori religiosi (per le esigenze interne alla Comunità religiosa) sui moduli disponibili presso l'Ufficio Liturgico e presso l'Ufficio per la Pastorale della Sanità della nostra Curia Metropolitana e va trasmessa, almeno 15 giorni prima della data d'inizio del corso di formazione ai suddetti Uffici diocesani. I Rettori di chiese non parrocchiali dovranno fare riferimento al loro Parroco territoriale.

Nel caso di emergenze imprevedibili che comportino l'urgente necessità di ministri straordinari ci si potrà rivolgere ai Vicari Generali ed a questi stessi Uffici.

3. La richiesta di *rinnovo dell'incarico per i ministri già in esercizio* va anch'essa compilata dai Parroci o Superiori religiosi sui moduli disponibili presso i suddetti Uffici (Liturgico e per la Pastorale della Sanità) e va trasmessa, almeno un mese prima della scadenza dell'incarico annuale, agli stessi Uffici diocesani.

4. Come per ogni ministero nella Chiesa, anche i ministri straordinari della Comunione Eucaristica *«sono tenuti all'obbligo di acquisire la adeguata formazione richiesta per adempiere nel modo dovuto il proprio incarico e per esercitarlo consapevolmente, assiduamente e diligentemente»* (can. 231 §1).

Questa formazione viene svolta in un *Corso di preparazione* che si tiene due volte l'anno, ruotando nei quattro Distretti pastorali in cui è strutturata l'Arcidiocesi. Il Corso è a cura dell'Ufficio Liturgico, della Caritas Diocesana e dell'Ufficio per la Pastorale della Sanità.

Ogni *Corso di preparazione* prevede otto incontri di 2 ore ciascuno e termina con una domenica, nella quale ai partecipanti viene conferito il mandato, alla presenza dell'Arcivescovo o di un suo Vicario. I ministri straordinari che non portano la Comunione ai malati, ma aiutano unicamente nella distribuzione della Comunione in chiesa, dovranno partecipare solo ai primi tre incontri e alla domenica finale del Corso.

5. Dopo il Corso di base, i ministri straordinari della Comunione Eucaristica possono esercitare il proprio ministero per *tre anni*.

Trascorsi i primi tre anni, dovranno partecipare a *Incontri di formazione permanente*, anch'essi distribuiti nell'anno e dislocati territorialmente nei quattro Distretti pastorali dell'Arcidiocesi. Gli Incontri avranno la durata di mezza giornata e saranno curati dall'Ufficio Liturgico, dalla Caritas Diocesana e dall'Ufficio per la Pastorale della Sanità, secondo un calendario che ogni anno verrà reso noto all'Arcidiocesi:

- *i ministri che portano la Comunione Eucaristica ai malati* – se si intende chiedere che venga loro rinnovato l'incarico (vedi sopra, n. 3) – devono partecipare *ogni anno* a uno degli *Incontri di formazione permanente*;
- *i ministri che distribuiscono la Comunione Eucaristica solo in chiesa* sono tenuti a partecipare alla formazione permanente *ogni tre anni*, secondo un calendario stabilito all'Ufficio Liturgico.

6. Possono essere proposte per questo ministero persone che abbiano compiuto i 25 anni (in analogia con quanto deliberato dalla Conferenza Episcopale Italiana per i ministri *istituiti* del Lettorato e dell'Accolitato)⁷³ e non più di 70 anni.

L'incarico di ministro straordinario termina al compimento dei 75 anni.

7. La *scelta delle persone* da proporre per questo ministero deve tener conto:

a) di una loro buona formazione cristiana; in particolare, della formazione acquisita presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose o la Facoltà Teologica, presso l'Istituto Diocesano di Musica e Liturgia, presso il Centro Diocesano per la Formazione di Operatori Pastoralis, presso Corsi diocesani o zionali di formazione, presso Corsi di formazione promossi da Associazioni o Movimenti ecclesiali, presso Corsi di formazione per i Religiosi o le Religiose:

b) di una loro piena comunione ecclesiale;

c) di una loro assidua pietà eucaristica;

d) di una loro effettiva capacità di incontro, dialogo, servizio con i malati e gli anziani;

e) di eventuali esperienze di volontariato;

f) di impegni già svolti in qualche specifico settore pastorale.

Nessuno sia scelto a tale ministero, qualora la sua designazione possa dare motivo di stupore agli altri fedeli⁷⁴.

⁷³ Decreto del Presidente della Conferenza Episcopale Italiana (18 aprile 1985), Delibera n. 21 §1: «A norma del can. 230 § 1 del Codice di Diritto Canonico possono essere assunti stabilmente ai ministeri di lettore e di accolito laici che abbiano, di regola, l'età minima di anni venticinque».

⁷⁴ Istr. *Immense caritatis*, I, VI.

8. I ministri straordinari della Comunione Eucaristica che svolgono il loro ministero in ambiti specifici hanno bisogno di una formazione adeguata. Quindi, per le seguenti tipologie di servizi pastorali:

a) distribuzione della Comunione Eucaristica in strutture residenziali;

b) animazione di incontri di preghiera (ad esempio: adorazione eucaristica, S. Rosario, Via Crucis); occorre prevedere una formazione specifica.

Per la distribuzione della Comunione Eucaristica in strutture residenziali l'Ufficio per la Pastorale della Sanità propone un *Corso specifico*, successivo al Corso base precedentemente descritto al numero 4.

Per l'animazione di incontri di preghiera da parte di un ministro straordinario della Comunione Eucaristica, l'Ufficio Liturgico offre un *Corso di formazione liturgica* sul modo di preparare e condurre un incontro di preghiera. Anche questo Corso è successivo al Corso base per i ministri straordinari della Comunione Eucaristica.

Dato in Torino, il giorno trentuno del mese di maggio – *festa della Visitazione della Beata Vergine Maria* – dell'anno del Signore duemiladue

✠ SEVERINO CARD. POLETTO Mons. GIACOMO MARIA MARTINACCI
Arcivescovo Metropolitano di Torino Cancelliere arcivescovile

APPENDICE

La formazione dei ministri straordinari

Corso di base o di partenza

La formazione di base dei ministri straordinari della Comunione Eucaristica consiste in un *iter* formativo di circa 24 ore complessive, da suddividere in 8 incontri settimanali, più una giornata conclusiva, una domenica. Il Corso si tiene due volte l'anno, e viene dislocato nei 4 Distretti pastorali in cui è articolata l'Arcidiocesi, per favorire la partecipazione di tutti. In due anni vengono quindi toccati tutti e quattro i Distretti.

Per la metodologia ci si orienta su un lavoro maggiormente esperienziale, sullo stile del metodo degli operatori pastorali. Si pensa quindi di avere un momento iniziale di proposta di contenuti da parte di esperti, seguiti da un breve esercizio-laboratorio e con una verifica finale del lavoro con l'esperto.

Si cercherà di verificare l'apprendimento attraverso esercitazioni pratiche e ci si propone di valutare l'idoneità delle persone al ministero attraverso un contatto personale.

Questo può essere fatto attraverso delle figure formative a vario titolo: da una parte gli esperti, che hanno il compito di proporre i contenuti del Corso, dall'altro gli animatori, che seguono tutto lo svolgimento del Corso e si affiancano alle persone per un piccolo accompagnamento e confronto.

Queste figure formative sono da individuarsi tra persone con esperienza impegnate ed esperte negli ambiti della pastorale liturgica, sanitaria e caritativa.

Il Corso ha il seguente sviluppo:

<p>1. Identità e ruolo del ministro straordinario della Comunione Eucaristica</p> <p>C.E.I., <i>Evangelizzazione e Ministeri</i> (15 agosto 1977) A. BERGAMINI, <i>Il ministro straordinario della Comunione</i>, EP, Roma 1991</p>	<p>Il Ministero di Cristo e della Chiesa: Cristo Pastore, Cristo Servo, Cristo sacerdote. Un popolo sacerdotale: la Chiesa corpo di Cristo. L'assemblea liturgica. Ministeri al servizio delle celebrazioni liturgiche: i ministeri ordinati, i ministeri istituiti, i ministeri di fatto. Il ministro straordinario della Comunione Eucaristica: identità, il servizio liturgico-pastorale.</p>
<p>2. L'Eucaristia: teologia e celebrazione</p> <p>D. Mosso, <i>Riscoprire l'Eucaristia. Le dimensioni teologiche dell'ultima cena</i>, EP Milano 1993 C.E.I., <i>Principi e Norme per l'uso del Messale Romano</i> C.E.I., <i>Rito della Comunione fuori della Messa e Culto Eucaristico</i></p>	<p>La dimensione simbolica del banchetto eucaristico: cibo e vita; il mangiare insieme, il pane frutto della terra, il vino frutto della vite. Parole e gesti dell'ultima cena: «Questo è il mio corpo»; «Questo è il mio sangue»; «Fate questo in memoria di me». La celebrazione dell'Eucaristia: struttura e dinamica della Messa. La liturgia della Parola: struttura e significato. La liturgia Eucaristica: struttura e significato.</p>
<p>3. Eucaristia e testimonianza della carità</p> <p>* AA.VV., <i>Diaconia della carità nella pastorale della Chiesa Locale</i> = Studi Pastorali 8, Libreria Gregoriana Editrice, Padova 1986, parte III, IV. * CARITAS ITALIANA (a cura di), <i>Dall'Eucaristia alla diaconia della carità</i> = Quaderni 34, In proprio, Roma 1988 * CARITAS ITALIANA (a cura di), <i>Eucaristia e solidarietà</i> = Quaderni 19, In proprio, Roma 1994 * E. BACIGALUPO (a cura di), <i>La carità nella pastorale</i> = Biblioteca della solidarietà 30, PIEMME, Casale Monferrato 1996</p>	<p>Dimensione della Tradizione. Dimensione teologica. Le dimensioni di carità che sgorgano dall'Eucaristia. La dimensione spirituale per un ministro della Comunione Eucaristica. La dimensione ministeriale.</p>
<p>4. Corpo di Cristo: corporeità e salute</p>	<p>Teologia della corporeità e della salute. Incarnazione e salvezza. Malattia e salute nella Bibbia: valori redentivi della sofferenza – Gesù e la sofferenza – Malattia umana come mistero – Malattia e conoscenza di Dio.</p>

<p>5. I Sacramenti della guarigione (Unzione, Riconciliazione e Viatico)</p> <p>Da: AA.VV., <i>Il sacramento dei malati</i>, LDC (= Quaderni di Rivista Liturgica-Nuova serie): G. GOZZELLINO, <i>Annotazioni teologiche sulla Unzione degli Infermi</i> G. COLOMBO, <i>L'Unzione degli infermi: dall'uomo al rito</i> E. LODI, <i>La celebrazione dell'Unzione degli infermi</i> U. CIRELLI, <i>Il servizio della Visita e della Comunione frequente</i> R. FALSINI, <i>Il senso del Viatico ieri e oggi</i></p>	<p>Lettera di Giacomo sull'unzione dei malati. Unzione dei malati come Sacramento della vittoria del Signore sulla malattia. Riconciliazione come Sacramento della vittoria del Signore sul peccato. Viatico come il cibo per il lungo viaggio attraverso la morte.</p>
<p>6. Psicologia del malato e della famiglia</p>	<p>Funzioni psichiche e malattia. Le reazioni psicologiche del paziente. Il malato e la sua famiglia.</p>
<p>7. Come stare accanto al malato</p> <p>Testo di riferimento: FLAVIA CARETTA e MASSIMO PETRINI, <i>Accanto al malato</i>, Città Nuova</p>	<p>L'assistenza al malato nel messaggio biblico. La visita pastorale.</p>
<p>8. Come stare accanto al malato</p> <p>Testo di riferimento: FLAVIA CARETTA e MASSIMO PETRINI, <i>Accanto al malato</i>, Città Nuova</p>	<p>Le modalità di un ascolto. L'assistenza spirituale e religiosa. Protocolli di colloqui con il malato.</p>
<p>9. Domenica finale</p>	<p>a) Come celebrare con il malato e la sua famiglia (laboratori); b) norme per la distribuzione dell'Eucaristia; c) pranzo; d) preparazione al mandato: la spiritualità del ministro della Comunione (meditazione spirituale); e) silenzio; f) Eucaristia con celebrazione del mandato alla presenza dell'Arcivescovo o di un suo Vicario.</p>

4.

Costituzione della Cappellania ospedaliera e approvazione dei relativi orientamenti programmatici

Diocesi di Torino

PREMESSO che il vivo interesse sempre mostrato dalla Chiesa nel settore della sanità è un'espressione specifica della missione affidatale dal suo Fondatore e Maestro, manifestando la tenerezza di Dio verso l'umanità sofferente:

CONSIDERATO che nel corso dei secoli è fiorita in molti modi l'attuazione delle opere di misericordia, anche con specifiche istituzioni aventi la finalità di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi:

VALUTATE le concrete proposte per favorire l'integrazione del servizio dei pastori d'anime con quello di operatori sanitari cristiani, allo scopo di testimoniare ai sofferenti la presenza di amore operoso che trae l'ispirazione dalla fede nel Signore Gesù e dall'immagine evangelica del Buon Samaritano:

VISTO il Protocollo d'Intesa sottoscritto in data 22 luglio 1998 tra Regione Piemonte e Conferenza Episcopale Piemontese, concernente i criteri generali di esercizio delle funzioni di assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Regionale:

IN ATTUAZIONE di quanto espressamente stabilito nel recente Sinodo Diocesano Torinese (*Libro Sinodale*, 70) circa l'assistenza spirituale ai degenti e al personale:

CON IL PRESENTE DECRETO
C O S T I T U I S C O
NELL'ARCIDIOCESI DI TORINO
L A C A P P E L L A N I A O S P E D A L I E R A

E CONTESTUALMENTE
A P P R O V O
"AD EXPERIMENTUM"
G L I O R I E N T A M E N T I P R O G R A M M A T I C I
NEL TESTO ANNESSO AL PRESENTE DECRETO.

Affido alla Vergine Maria, Salute dei malati e Consolatrice nostra, questa nuova iniziativa pastorale chiedendole di concedere la sua protezione amorevole a chi è ferito nel corpo e nello spirito, di intercedere l'abbondanza dei doni di Dio per quanti si prendono cura dei loro fratelli più deboli e di sostenere la fatica di ogni sofferente verso la salvezza della Casa del Padre.

Dato in Torino, il giorno undici del mese di febbraio – *memoria della Beata Vergine Maria di Lourdes e Giornata Mondiale del Malato* – dell'anno del Signore duemiladue, *con decorrenza immediata*.

✠ SEVERINO Card. POLETTO Mons. GIACOMO MARIA MARTINACCI
Arcivescovo Metropolita di Torino Cancelliere arcivescovile

ORIENTAMENTI PROGRAMMATICI DELLA CAPPELLANIA OSPEDALIERA

Premessa

La pastorale della salute si propone di promuovere la presenza e l'azione pastorale della Chiesa nel mondo della Sanità e di curare la formazione umana e cristiana degli operatori socio-sanitari.

Questa azione pastorale è compito di tutta la comunità cristiana, perché il tempo della malattia o lo sforzo di preservare e di curare la salute, sono ambiti privilegiati della testimonianza cristiana: infatti gli operatori sanitari e pastorali, «promuovendo progetti intesi a rendere più umani gli ambienti di salute o cooperando a quelli già in atto, sono chiamati a offrirvi il contributo specifico della loro visione cristiana dell'uomo» (C.E.I., Nota *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, n. 21).

Nella pratica quotidiana la pastorale della salute comprende azioni e gesti molteplici: dalla visita e accompagnamento religioso dei malati, familiari e personale sanitario, al loro coinvolgimento nella catechesi, nell'animazione liturgica e sacramentale ed in altre attività pastorali.

Questo impegnativo sforzo di evangelizzazione e di testimonianza non può essere considerato e vissuto come opera solitaria di alcuni incaricati, né può essere improvvisato. Solo un impegno, comune e progettuale, di persone motivate potrebbe portare risultati innovativi e soddisfacenti: «L'assistenza amorevole agli ammalati raggiungerà più efficacemente il suo scopo se si eviteranno facili deleghe a pochi individui o gruppi e se si organizzeranno sapientemente gli interventi della comunità» (C.E.I., *op. cit.*, n. 24).

In quest'ottica, l'assistente religioso che opera nelle istituzioni sanitarie «deve possedere una competenza e preparazione professionali che gli permettano ... di praticare una valida collaborazione interdisciplinare» (C.E.I., *op. cit.*, n. 40).

La Chiesa, d'altra parte, più ancora che pratica di singoli, è testimonianza di uno spirito comunitario.

Una azione pastorale rinnovata presuppone necessariamente sacerdoti, religiosi e laici capaci di progettare e di lavorare insieme.

L'attitudine al lavoro in *équipe* si acquisisce solo gradualmente e a fatica ma va considerata un obiettivo prioritario, non solo perché richiesto dalla nuova sensibilità culturale e scientifica odierna, ma anche perché fortemente voluto dalla ecclesiologia di comunione del Vaticano II che molto insiste sulle dimensioni di comunione (*koinonia*), di testimonianza (*martyria*) e di spirito di servizio (*diakonia*) della vita della Chiesa, ponendo queste caratteristiche in stretta relazione tra di loro, come aspetti indissolubili di ogni servizio ecclesiale riuscito.

In questo cammino socio-ecclesiale si colloca la novità della Cappellania ospedaliera che è «espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie. È composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici» (C.E.I., *op. cit.*, nn. 79-80).

La Cappellania non va intesa come un semplice organismo di partecipazione e di collaborazione tra operatori pastorali e sanitari ma come una precisa metodologia di lavoro in grado di valorizzare tutte le componenti del Popolo di Dio nell'ambito della ministerialità verso i malati e il mondo sanitario in generale: lavorando insieme e con compiti ben definiti e verificabili, l'impegno pastorale diventa più armonico e meno faticoso e la testimonianza ecclesiale più autentica.

Sono due gli organismi che si ispirano ai valori della complementarità dei doni, della comunione e della partecipazione ecclesiale nell'ambito della pastorale sanitaria: il Consiglio Pastorale Ospedaliero e la Cappellania.

Il primo ha una composizione più vasta e articolata ed ha l'obiettivo generale di promuovere l'evangelizzazione degli ambienti ospedalieri, coinvolgendo le diverse realtà e professioni.

La Cappellania è, invece, un'istituzione più ristretta, con finalità più precise e prettamente pastorali, dove diaconi, religiose, religiosi e laici, adeguatamente formati, affiancano l'impegno pastorale quotidiano dei cappellani.

Non è ancora tutto chiaro nella definizione e nella organizzazione di questi importanti strumenti perché la sperimentazione è appena agli inizi.

Anche il nostro sforzo e la nostra iniziativa potranno contribuire ad arricchire di nuovi elementi ed esperienze il cammino della Chiesa che vuole farsi vicina a chi vive il dolore ed a chi si spende nel curarlo.

Parte I
**SITUAZIONE, CONTENUTI E FINALITÀ
DI UNA PASTORALE SANITARIA RINNOVATA**

1.
**La situazione:
urgenze, nodi
irrisolti e difficoltà
della pastorale
sanitaria**

Alcuni fenomeni nuovi caratterizzano il contesto in cui la pastorale sanitaria oggi è chiamata ad operare.

L'aziendalizzazione dei Servizi Sanitari

Si tratta di un fenomeno legato strettamente alla riorganizzazione istituzionale che ha investito tutta la sanità in questi ultimi anni, attribuendo agli ospedali il titolo e il ruolo di "azienda" e quindi concedendo piena autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Questo fenomeno, se da una parte vuole incentivare la qualità dei servizi e ridurre gli sprechi, dall'altra potrebbe creare condizioni di competizione e di gestione delle risorse non sempre a vantaggio del cittadino ammalato.

L'iperspecializzazione della medicina

Il progresso della medicina e le sue nuove (e fino a poco tempo fa inimmaginabili) possibilità di intervento e di cura hanno aperto nuove speranze ma anche nuovi timori, se l'incremento delle conoscenze scientifiche non si accompagnasse ad altrettanti progressi sul piano etico. Anche nel rapporto diretto con la persona ammalata si può riportare, a volte, l'impressione che il malato sia trattato più come "caso clinico", "cartella" o "numero" che come "persona da aiutare e sostenere". Senza nulla togliere all'importanza della professionalità di chi pratica la cura, servizi ben organizzati e specialistici non garantiscono da soli il rispetto alla dignità e al mistero della persona.

Una forte domanda di qualità del servizio

Nelle nostre società è giustamente molto viva la domanda e l'attesa di qualità nel servizio sanitario. Viene posta, in fondo, una domanda di umanizzazione: che nei servizi di accoglienza, di degenza, di informazione sia data la giusta importanza alla correttezza del rapporto umano. Anche (e soprattutto) agli operatori pastorali è chiesto un riscontro di sensibilità e di paziente attenzione alle persone.

La secolarizzazione della società

I processi di secolarizzazione avanzano e i loro effetti si ritrovano, naturalmente, anche negli ambienti ospedalieri. La fede cristiana, esplicita, convinta e praticata, è minoritaria sia tra i degenti che tra gli operatori sanitari.

La presenza di persone straniere negli ospedali pone, poi, l'accento sul tipo di accoglienza che viene loro riservata, sul come si è preparati a capirli nei loro usi, costumi e religione, sulla conoscenza che gli operatori hanno dei loro reali problemi di inserimento nella nostra società o nel districarsi nei complessi meccanismi delle nostre strutture.

La secolarizzazione segna concretamente il coinvolgimento e la considerazione del servizio religioso a tutti i livelli, sia dalla parte del personale che dei degenti, ponendo non pochi problemi per la missione pastorale.

La pastorale sanitaria, se vuole porsi in termini consapevoli e rinnovati, deve ripensare se stessa a partire da queste specifiche condizioni.

Se è vero che lungo i secoli l'impegno dei cristiani per l'assistenza umana, morale e religiosa dei malati ha svolto un servizio di supplenza rispetto alle istituzioni civili, oggi, in condizioni culturali particolari, l'evangelizzazione e la catechesi rivolte al mondo della salute vanno ripensate ed affrontate in maniera nuova e sistematica, sia a livello teorico e culturale che nella pratica pastorale.

È facile costatare, invece, come siano ancora rare e poco condivise le riflessioni organiche sull'approccio, i contenuti, la metodologia dell'evangelizzazione e della pastorale sanitaria. Ancora molta strada deve essere fatta perché l'ambiente ospedaliero possa contare su una pastorale sanitaria, accettata e ben integrata con una specificità ed eccellenza all'interno dei diversi servizi offerti al degente.

Questa condizione, che l'operatore di pastorale sanitaria sente come necessaria, non può oggi venire semplicemente "pretesa" dalla direzione dell'Azienda Sanitaria: dipende molto da come viene presentato e offerto il servizio pastorale e, ancor di più, dalla testimonianza personale di chi lo gestisce, cioè dai cappellani, o più precisamente, dalla Cappellania ospedaliera.

Una seria riflessione sulla pastorale sanitaria non può esimersi da una riflessione approfondita sulle motivazioni e sulle cause dell'estraneità crescente fra mondo sanitario (soprattutto nei suoi risvolti scientifici e metodologici) e la proposta cristiana, così come è doveroso e urgente ricercare le possibili forme di "inculturazione sanitaria" dell'annuncio cristiano, della liturgia e della catechesi negli ambienti ospedalieri.

La parola chiara e diretta di Gesù: «Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10,10) condensa perfettamente l'annuncio essenziale e prioritario che la pastorale sanitaria deve rendere esplicito nella pratica di ogni giorno.

Si tratta del significato stesso del mistero dell'Incarnazione: Dio, venendo nel mondo, si schiera a favore dell'uomo e della sua vita. La gloria di Dio è infatti l'uomo nella pienezza della sua vita. È esistenza che suppone la vita, in tutte le sue dimensioni: biologica, sociale e spirituale e che rimanda, al contempo, alla vita di Dio, donata in pienezza nella "rinascita dall'acqua e dallo Spirito".

Di questa esistenza creaturale tutti i momenti sono propizi e opportuni per la salvezza e la lode, ogni momento può diventare tempo di grazia.

Il primo contenuto dell'evangelizzazione verso chi vive la prova e l'angoscia della sofferenza è l'umile e discreta testimonianza del valore della vita, dono di Dio, anche quando essa è sconvolta dalla sofferenza.

La pastorale sanitaria ritrova la sua identità e il suo servizio ministeriale nelle indicazioni offerte dalla Parola, dalla riflessione teologica e dall'insegnamento catechistico sui grandi temi della sofferenza, della malattia, della guarigione e della salute, secondo l'annuncio evangelico di Gesù Cristo, nostra salvezza per tutto il corso della storia, nel tempo e al di là del tempo.

È significativo come il Cristianesimo si sia presentato fin dagli inizi anche con una proposta terapeutica, oltre che come messaggio di salvezza. Gesù è inviato a sanare i cuori affranti, a liberare gli oppressi, a dare la vista ai ciechi. Ha testimoniato, non solo con la Parola liberatrice ma anche con i gesti della guarigione fisica e psichica, la possibilità di una salvezza e di un risanamento totali, per chi si consegna all'amore di Dio. Fin dall'inizio i discepoli hanno invocato il loro Signore come medico che soccorre chi è colpito da ferite mortali. La salvezza può essere totale e definitiva – annuncia la Chiesa – solo se riguarda la persona nella sua integralità ed esclusivamente se è compiuta da Colui che ne ha il potere, da chi, cioè, può perdonare i peccati.

I Vangeli testimoniano l'efficacia curativa del messaggio di Gesù: della sua presenza, della sua opera e delle sue parole. L'insegnamento sulla guarigione è evidente nel suo atteggiamento nei confronti dei malati e degli emarginati. Gesù non indugia in discussioni sulle origini e sulla natura del dolore, snoda i cavilli che si costruiscono intorno alla sofferenza, mette a nudo le difese, i tradimenti, le curiosità.

La malattia viene invece collegata al manifestarsi delle opere di Dio (Gv 9,2). Gesù accoglie i malati e gli "indemoniati", li trae

fuori dalla loro condizione di disperazione e di passività, provoca il cambiamento del loro atteggiamento nei confronti della vita.

Il messaggio delle Beatitudini, condizioni per essere cittadini del Regno, apre prospettive straordinarie e assolutamente nuove per vivere da uomini risanati. Per Gesù la guarigione è conversione, malattia liberata dalla sua angoscia, capacità di accogliere la realtà e di ricominciare ad amare. La guarigione non è solo restaurazione delle forze fisiche, ma è accoglienza di una vitalità (spesso trasmessa per contatto) che ridona senso e gusto alla vita e che apre al totalmente Altro.

Fin dalla prima missione, Cristo associa gli Apostoli e i discepoli al suo potere di guarire le malattie (*Mt 10,1; Lc 9,1-6*). Questa è ancora la sua ultima e definitiva missione prima di lasciarli, dopo la Pasqua (*Mc 16,17*).

Nella tradizione cristiana (ma non solo) è sempre stata riconosciuta una connessione misteriosa tra la santità della vita e la capacità di guarigione, tra la visione religiosa dell'esistenza e del mondo e le doti terapeutiche (intese come carismi) verso il prossimo sofferente (le sofferenze dell'anima e quelle del corpo).

Che questo legame si vada perdendo per alcuni versi e, per altri, venga stravolto nel suo significato evangelico di segno, per essere lasciato a interpretazioni miracolistiche o salutiste, non è solo indice di secolarizzazione ma costituisce anche un nodo che interroga e sollecita la riflessione e la missione pastorale della Chiesa.

È vero che la secolarizzazione sembra aver oscurato l'apporto della religione, ma la nostalgia per un ritorno, sia pure tra minoranze, si fa sensibile anche nella ricerca civile: «C'è una domanda di senso che circola, anche nella società del duemila». «Pur riconoscendo alla medicina moderna indubbi successi nella diagnostica e nella terapia, bisogna constatare che, alla sua base, sta la rinuncia alla metafisica e alla religione. Ciò produce un vuoto, non delimitato dalla tecnica, che può ricevere spiegazioni irrazionali. L'incapacità di accettare la malattia, la sofferenza e la morte porta a ricercare mezzi miracolosi, al di fuori della medicina ufficiale». Invece, «la malattia non è solo una manifestazione fisica, psichica e sociale, ma anche spirituale» (ENGELHARDT VON D., citato in ARDIGÒ A., *Un approccio sociologico in tema di prevenzione*, 18).

Le comunità cristiane sono dunque depositarie di una "valenza terapeutica" ed hanno la responsabilità di viverla.

Con la parola: nell'ascolto e nella vicinanza empatica, la parola guarisce perché sollecita le energie della fiducia, perché conduce verso orizzonti che "stanno oltre", perché accompagna il malato ad accettare il proprio destino e quindi se stesso, dal momento che in Cristo anche la sofferenza trova senso.

Con i gesti e le azioni, conseguenti ad una concezione della vita intesa come servizio e amore. Si tratta di spendere la vita con dedizione e generosità, di ridare fiducia alla persona e di credere nelle sue capacità.

L'annuncio della guarigione cristiana deve, però, fare i conti con il rischio costante di un suo stravolgimento.

L'esperienza religiosa può nascere dove si avverte il limite e il vuoto e, quindi, quando il sentimento di angoscia si apre di fronte all'attesa di qualcosa di più grande.

La fede, però, non è terapia psicologica, anche se la sua accoglienza ha sicuramente effetti positivi sul cammino delle persone, sul loro senso di appartenenza e sulla loro guarigione. L'insegnamento della teologia tradizionale è un puntuale e sicuro riferimento, anche nel complesso rapporto tra fede e guarigione: la grazia non distrugge ma presuppone e perfeziona la natura. La ricerca e la disposizione alla fede è uno dei processi più originali e più profondi nella persona. Guarigione autentica è quella che orienta all'equilibrio e all'armonia personale, che libera coraggiose capacità di accoglienza e di dono, che rende capace la volontà di misurarsi, senza fughe, con la realtà, che fa della vita un progetto, che spinge al servizio del prossimo. L'amore cristiano esprime la pienezza della legge (*Rm* 13,10). È vera liberazione sia dalla sottomissione che dalla paura.

La carità riassume tutta la forza della liberazione e della guarigione operata dalla grazia: è fermento di novità perché "fa nuove tutte le cose". La sua energia (non cosmica ma spirituale, cioè opera dello Spirito) trasforma anche il nostro tempo; la sua azione immanente-trascendente si radica nelle caratteristiche della cultura dell'oggi per liberarle dalla loro inesorabilità e dalla paura e farle evolvere verso i nuovi orizzonti della creazione in costruzione (*Rm* 8,18ss.).

I grandi contenuti teologici della fede cristiana vanno poi tradotti nella catechesi ordinaria o, più spesso in ospedale, occasionale. Si può partire da una particolare situazione (in questo caso dalla situazione di malattia) per illuminarla dal punto di vista della fede. Ma la catechesi, anche nella realtà sanitaria, non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione ed ai valori della vita e della salute. Anche se appare sporadico ed occasionale, l'incontro con la forza della verità evangelica, in un tempo così denso umanamente come quello della malattia, può innescare un processo di riavvicinamento alla fede che potrà avere un seguito nella comunità parrocchiale.

Sono soprattutto i gesti sacramentali della Chiesa, celebrati in ospedale, a manifestare il carattere di totalità della salvezza di

Cristo e ad attualizzare il rapporto misterioso di interazione profonda e reciproca tra salute e salvezza, in modo che il tema della salute appaia come luogo teologico dell'evento cristiano della salvezza.

La pastorale sanitaria si propone non tanto di fare quanto di essere: creare le condizioni umane spirituali per poter celebrare, nell'incontro con il malato, una vera ed autentica relazione pastorale di aiuto.

È qui chiamata in causa la capacità di testimonianza dell'operatore pastorale. Innanzi tutto personale e umana: l'attitudine della compassione, cioè la capacità di entrare in empatia con il dolore umano, evitando la tentazione di confortare, consolare o incoraggiare in termini che più che alla condivisione rimandano alla rimozione dell'angoscia e del dolore. Il dolore va affrontato con la saggezza che nasce dalla riflessione e dall'attenzione profonda alle persone e alle situazioni e che rende l'operatore pastorale competente nel capire e nell'offrire indicazioni e risposte discrete alle persone che sono nel dolore o che pongono le grandi domande sul senso del vivere, del patire e del morire.

Un'altra attitudine umana fondamentale, che coinvolge direttamente il mandato della missione, riguarda la fedeltà dell'operatore: la sua capacità di ascoltare e di prestare attenzione alle persone e alle situazioni concrete, senza facili scappatoie consolatorie di fronte all'angoscia del dolore, testimoniando, in questo modo, nella sua essenza la fedeltà stessa di Dio, che in nessuna situazione abbandona i suoi figli, anche quando, come è avvenuto per il Figlio Gesù, permette il dramma e la sconfitta.

Il servizio agli ammalati è la strada maestra della spiritualità (della santità) dell'operatore pastorale; la sua testimonianza, infatti, è basata esclusivamente su un evento, su un fatto reale: l'incontro con il Cristo che lo ha coinvolto in tutta la sua persona. La sua vita di preghiera, l'attitudine al silenzio, l'esperienza di crescita all'interno della fraternità nella Cappellania, ne fanno un contemplativo, profondamente motivato e capace di uscire da sé e di consegnarsi a quell'Amore che lo rende capace di darsi totalmente al suo servizio.

Sicuramente la pastorale sanitaria deve poi avere chiari anche i contenuti del cammino formativo: stabilendo le priorità, cioè le mete irrinunciabili sulle quali costantemente confrontarsi per realizzare un programma di catechesi sui temi più specifici della sofferenza, della malattia e della morte a partire dagli incontri perso-

nali, dalle celebrazioni sacramentali ordinarie e dagli eventi che riguardano, spesso in termini drammatici, la vita delle persone incontrate.

Quando la formazione catechistica e teologica si intreccia con la capacità umana di ascolto empatico delle persone, si creano le condizioni per l'interazione profonda e dinamica tra la cura della salute e l'annuncio cristiano della salvezza e della grazia, in modo che la celebrazione dei Sacramenti esprima, nei termini più chiari, l'evento della benevolenza di Dio che si fa vicino all'uomo e diventi segno visibile di quella guarigione invisibile che libera l'uomo dal suo vero male e lo reintegra nella comunione con Dio.

Nel contesto della secolarizzazione avanzata di oggi, nel costante impatto con persone segnate da esperienze di Chiesa non sempre positive o portatrici di domande religiose non sempre chiare, la testimonianza personale, la cura delle celebrazioni liturgiche, la profondità e l'efficacia della catechesi, all'interno di un progetto unitario e coerente, costituiscono le priorità sulle quali verificare costantemente l'efficacia della pastorale della salute: se essa è evangelizzatrice, significativa, visibile, apprezzata, desiderata e accolta da tutti.

Nella pastorale sanitaria le celebrazioni liturgiche sono un aspetto rilevante: gran parte degli incontri e dei contatti con i malati sono determinati dalla "amministrazione dei Sacramenti". In molti casi, i modi in cui si svolgono i riti non consentono di parlare propriamente di "celebrazione": certe Comunioni distribuite a chi ne fa richiesta, certe Confessioni ascoltate nelle ore più impensate, le Unzioni degli infermi date spesso in condizioni tali da ridurre i gesti rituali all'essenziale, sono azioni ministeriali spesso frammentarie che non rendono possibile stabilire un vero dialogo con il malato richiedente.

I Sacramenti, tuttavia, sono i canali privilegiati attraverso i quali scorre l'amore risanatore di Dio, il cui primo dono è celebrato nel Battesimo.

Per questo si impone la responsabilità di vagliare le richieste non corrette da parte del malato e dei parenti e di orientarle nella direzione del significato autentico dei gesti celebrati. Non è però sempre facile discernere: da una parte è necessario adottare prudenza nel proporre i Sacramenti, dato l'ambiente secolarizzato in cui viviamo, dall'altra la degenza in ospedale sembrerebbe favorire, in alcuni malati, la riflessione sulla loro vita, aprendoli ad un incontro, da lungo tempo trascurato, con la dimensione della trascendenza. Questo tempo opportuno va individuato come occasione della grazia.

Potrà essere utile, in questo sforzo di evangelizzazione, approntare sussidi per le diverse situazioni (per i malati secondo le età, il luogo di degenza, la gravità della malattia, per gli operatori nel campo della sanità, per i volontari, ...) e organizzare occasioni di catechesi sistematiche ed occasionali, tenendo conto delle condizioni concrete delle singole unità sanitarie.

Il cappellano, poi, normalmente gestisce la chiesa o la cappella annessa all'ospedale, nella quale si celebra l'Eucaristia o altre funzioni (Rosario, benedizioni eucaristiche, adorazione): è un'opportunità preziosa da curare con attenzione.

Un altro obiettivo fondamentale, a partire da numerose constatazioni concrete, riguarda la formazione e la verifica della capacità di accoglienza da parte degli operatori pastorali. Quest'attitudine riveste un'importanza strategica fondamentale nella configurazione della Cappellania. Infatti, se l'altro, che avviciniamo nel nostro servizio, non è riconosciuto e accolto come persona ma è sentito come un peso, la Cappellania con le sue finalità di accoglienza,

dialogo, incontro, evangelizzazione e celebrazione dell'incontro con Cristo è destinata ad un sicuro insuccesso.

Ogni Cappellania dovrà dedicare tempo sia alla formazione che alla verifica dei propri operatori pastorali, a proposito della capacità di accoglienza e di empatia nei confronti delle persone con cui vengono in contatto nei servizi ospedalieri, in particolare delle persone alle quali sono chiamati a dare una relazione di aiuto.

Non bisognerebbe mai sottovalutare la necessità di una costante preparazione (non confidando solo sulla propria buona volontà) all'incontro interpersonale con il malato, con il personale, con i familiari. Sono, infatti, numerosi e complessi i fattori che entrano in gioco in una buona relazione di aiuto: l'atteggiamento di ascolto di tutta la persona, i contenuti che si comunicano, i sentimenti espressi ed inespressi (le paure, i silenzi, i significati), il rispetto profondo della persona incontrata, la disponibilità alla confidenza, l'atteggiamento della gratuità, ... su ognuno di essi occorre formarsi ed esercitarsi a lungo.

Più in generale occorre ribadire che la formazione interseca tutti i momenti e le dimensioni della Cappellania: riguarda la relazione pastorale di aiuto, la capacità di comunicazione, la competenza e l'arte del celebrare, l'aggiornamento teologico e pastorale, la spiritualità dell'approccio alla salute e alla malattia.

5. Individuazione della metodologia del servizio pastorale in équipe

La Cappellania è fondamentalmente una nuova modalità di servizio pastorale basato sul lavoro in *équipe* e sulla continua ricerca delle sinergie a tutti i livelli, sia all'interno dell'ambiente ospedaliero che nella pastorale che si apre al territorio. Questo obiettivo non potrà essere raggiunto senza acquisire una metodologia di programmazione e di verifica del servizio pastorale, attento alle dimensioni costitutive del lavoro in *équipe*.

Possiamo ricordarne le caratteristiche essenziali.

La reciprocità

Ogni membro della Cappellania si impegna ad instaurare, nei confronti dell'intero gruppo e di ogni suo singolo, un rapporto alla pari, basato sul dare e sul ricevere, in uno scambio che rifiuta di porsi in simmetria, di chiudersi nell'autosufficienza e nell'individualismo, di scadere nella competizione ma riconosce che ognuno si arricchisce e migliora insieme all'altro.

La complementarità

In *équipe* non tutti fanno le stesse cose: ognuno ha il suo compito e la sua responsabilità. Non si cerca l'unanimità ma si valoriz-

zano le differenze perché ogni operatore è considerato nella sua originalità. I diversi contributi e le diverse funzioni si integrano in un lavoro comune che non annulla le originalità e le specificità.

La corresponsabilità

La Cappellania si realizza nella costruzione di uno spazio umano di scambio e di confronto libero e paritario, il cui risultato finale appare come comune (senza quindi dare adito a forme di protagonismo o di arroganza, favorendo all'opposto forme mature di "anonimato").

Ognuno ha "messo del suo", ha offerto il suo impegno e la sua competenza, ma del servizio svolto rispondono tutti, in modo condiviso e unitario.

La metodologia del lavoro pastorale della Cappellania diventa così un processo formativo e simbolico costante che traduce operativamente una condizione umana fondamentale: quella dell'"essere-con-gli-altri", uguali e diversi, nel contesto della pluralità. L'impegno di operare in *équipe*, superando l'ambito ecclesiale, diventa, così, testimonianza di modalità di lavoro adeguato ai tempi che si ripercuote anche nel contesto civile. Allo stesso tempo traduce in atto un dato teologico per noi essenziale: impariamo dalla nostra fede trinitaria a camminare insieme, senza la ricerca affannosa dell'efficientismo o del pragmatismo a tutti i costi, ma offrendo il nostro umile servizio, consapevoli che è dando che si riceve.

Parte III
**ORIENTAMENTI OPERATIVI
PER LA REALIZZAZIONE CONCRETA
DELLE CAPPELLANIE**

**1.
FORMAZIONE**

a) Si richiede a sacerdoti, diaconi, suore o laici che si impegneranno nella pastorale sanitaria (secondo una buona abitudine instaurata in questi ultimi anni dall'Ufficio diocesano per la Pastorale della Sanità) la frequenza ad un **Corso propedeutico di Pastorale Sanitaria** della durata di almeno due anni (3 ore settimanali).

b) Cappellania (cappellani e collaboratori)

- *Corso annuale* con esperti (2 o 3 mattinate, pomeriggi o serate) su temi inerenti la pastorale sanitaria, la sanità o l'ambiente ospedaliero.
- *Una giornata annuale di ritiro*, con la presenza degli Uffici diocesani e/o dell'Arcivescovo: solo riflessione, preghiera e agape.

c) Personale dipendente

- *Incontro settimanale* proposto a tutti, in cappella.
- *Convegno annuale* su temi inerenti la sanità, etica professionale, ...

d) Consiglio Pastorale Ospedaliero

- Nel corso di un anno (2002) individuare tra il personale medico o infermieristico 5 o 6 persone che accettino di affiancare i cappellani e di "consigliarli" su nuove vie da tentare per fare una buona pastorale sanitaria.
- Gli incontri con il Consiglio Pastorale Ospedaliero saranno 2 o 3 all'anno, ma mirati a raggiungere degli obiettivi specifici e quindi propositivi e concreti.

**2.
ACCOGLIENZA-
INCONTRO**

a) Degenti

- *Visita nei reparti* almeno a giorni alterni, privilegiando i reparti dove ci sono le patologie più a rischio (oncologie ed ematologie) e i pazienti più gravi e/o terminali.
- Per quanto è possibile, nel colloquio con il degente, fare riferimento alla *comunità parrocchiale di appartenenza* e, se si ritiene opportuno, avvisare il parroco della presenza di un suo parrocchiano in ospedale, specialmente per i casi più gravi.
- Ai fini di una verifica comunitaria [vedi punto 5 b)] è bene periodicamente "*verbalizzare*" alcuni incontri con gli ammalati (quelli

che il cappellano o chi per lui ritiene più interessanti da un punto di vista pastorale) per esporli e confrontarsi nelle riunioni di Cappellania.

- *Passare singolarmente* da ogni degente, qualificandosi e dedicando tutto il tempo necessario al colloquio. Evitare di salutare frettolosamente gli ammalati dalla porta della camera solo per chiedere chi desidera la Comunione alla domenica.
- Predisporre un *libriccino* che illustra il “servizio di assistenza religiosa” in ospedale e darlo ai pazienti nei primi giorni di ricovero in occasione della prima visita del cappellano.
- D’intesa con la caposala, avere la possibilità di uno *spazio sulla bacheca del reparto* per poter affiggere avvisi vari riguardanti il servizio religioso.

b) Familiari

- Dedicare anche tutto il tempo necessario al *colloquio con i parenti*, specialmente con quelli di ammalati gravi o terminali.
- Non evitare di soffermarsi a parlare con i familiari anche quando si incontrano nei corridoi dell’ospedale.
- Invitare i familiari a fare presente al proprio parroco la notizia del ricovero in ospedale del loro caro, specialmente per i casi più gravi.
- Prendere in considerazione il progetto di avere a disposizione delle *camere* o dei *minialloggi* per i familiari dei lungodegenti. Potrebbe essere una proposta da fare anche ai responsabili dell’Azienda Ospedaliera e magari gestire insieme questo servizio.

3. ANNUNCIO- CATECHESI- SACRAMENTI

a) Degenti e familiari

- Nei tempi forti dell’anno liturgico proporre degli incontri settimanali di catechesi sui Sacramenti, spiegando bene soprattutto i Sacramenti: *Unzione degli infermi, Confessione, Eucaristia*.
- In Quaresima, in accordo con le caposala, si potrebbe provare a fare degli incontri nei reparti soprattutto dove i degenti non possono uscire e dove sia possibile avere uno spazio adeguato; se si ritiene opportuno, si potrebbe terminare il ciclo di incontri con la Confessione e l’amministrazione del sacramento dell’Unzione degli infermi.
- In prossimità del Natale e/o della Pasqua si può proporre la S. Messa in reparto.
- In occasione della Pasqua o nel tempo pasquale si può proporre la benedizione del reparto.
- È bene dare un’ampia disponibilità per la Confessione in chiesa con orari precisi.

- Una buona occasione di annuncio e catechesi potrebbero essere le feste nell'anno liturgico dando un ampio spazio alla loro preparazione: la novena di Natale, la novena dell'Immacolata, la festa del Patrono dell'ospedale, la Giornata Mondiale del Malato, la Settimana Santa, ...
- Preparare con cura la *Giornata Mondiale del Malato*, magari con un triduo e con una catechesi sul sacramento dell'Unzione degli infermi, lettura e meditazione del messaggio del Papa, ...

b) Personale

- Si può proporre al personale, specie nei tempi forti dell'anno liturgico o in qualche particolare occasione, un ritiro di mezza giornata o una "tre sere" in chiesa per una catechesi, per esempio in occasione della Pasqua.

4. LITURGIA [quotidiana - festiva - occasionale]

a) Degenti e familiari

- La liturgia sia sempre ben curata e mai frettolosa, in particolare la liturgia domenicale.
- Per la domenica si potrebbe pensare ad una unica Messa solenne concelebrata a metà mattinata.
- Durante la settimana, in alternativa alla Messa o oltre ad essa, si potrebbero offrire anche altre forme di preghiera guidate come l'adorazione eucaristica, meditazione della Parola di Dio, Rosario meditato, ...
- Si dia ampio spazio alla *Giornata Mondiale del Malato* preparandola con cura, parlandone per tempo sia ai degenti, sia ai familiari e al personale, cercando di coinvolgerli il più possibile sia nella preparazione che nella gestione. Potrebbe anche essere un'occasione in cui si possono invitare a partecipare gli amministratori dell'Ospedale.

b) Personale

- In occasione del Natale e/o della Pasqua si potrebbe invitare tutto il personale e l'amministrazione per la S. Messa e lo scambio di auguri, occasione propizia per consolidare i rapporti di conoscenza e collaborazione tra la Cappellania, i dipendenti e gli amministratori.
- Si dia spazio e siano ben preparate anche tutte le altre occasioni di incontro e di celebrazione richieste dai vari gruppi: anziani ex dipendenti, gruppi di volontariato, associazioni, ministri straordinari della Comunione eucaristica, ...

a) Consiglio Pastorale Ospedaliero

- Il Consiglio Pastorale Ospedaliero è un gruppo di persone che affianca la Cappellania e con essa collabora per “consigliare” i cappellani ed i loro collaboratori, e per proporre e/o trovare insieme vie nuove per una pastorale sanitaria ospedaliera attiva e coinvolgente.
- Il Consiglio Pastorale Ospedaliero può essere costituito anche da poche persone (5 o 6) dipendenti dell’ospedale (medici, infermieri, volontari, ...) interessate alla pastorale sanitaria, cioè che “credono” in una presenza di Chiesa all’interno dell’ospedale e con i cappellani cercano di dare una testimonianza cristiana nell’ambiente in cui lavorano, a fianco del malato e di fronte ai loro colleghi.
- I cappellani individueranno queste persone e faranno loro la proposta di costituire il
Consiglio Pastorale Ospedaliero spiegandone bene le finalità.

b) Verifica

Dedicare *1 o 2 ore settimanali* (preferibilmente in mattinata) per una verifica dell’andamento della Cappellania con particolare attenzione all’aspetto pastorale:

- confronto sulle *visite agli ammalati*;
- presentare a turno “*il verbale*” di un incontro;
- verificare gli *obiettivi* proposti;
- proporre eventuali *cambiamenti o idee nuove*;
- *prevedere per tempo* alcuni momenti significativi (novena di Natale, Natale, Quaresima, Pasqua, Giornata del Malato, festa del Patrono dell’ospedale, ...).

c) Rapporti con l’Amministrazione

Siccome la Cappellania agisce all’interno di una Azienda Ospedaliera con un direttore e dei responsabili nei vari settori dell’amministrazione:

- la Cappellania eviti di avere un rapporto puramente burocratico con l’Amministrazione; cerchi invece di tenerla costantemente al corrente delle iniziative proposte con l’obiettivo di coinvolgerla nel maggior numero possibile di occasioni e non solo per la festa del Patrono dell’ospedale;
- si faccia un incontro annuale con il direttore o con altri responsabili amministrativi per aggiornare l’Amministrazione sull’operato dei cappellani e dei loro collaboratori all’interno dell’ospedale;
- ogni iniziativa o attività particolarmente significativa che la Cappellania propone venga portata a conoscenza dell’Amministrazione anche soltanto facendo pervenire al direttore generale, o chi per lui, il materiale prodotto che illustra l’iniziativa in cantiere;

- ci sia un cappellano (il cappellano coordinatore della Cappellania) che mantiene i rapporti con l'Amministrazione a nome di tutti e fa pervenire in tempo utile ogni documentazione, inviti, richieste, ...

d) Rapporti con il Volontariato

Data una apprezzabile presenza di associazioni di volontariato che operano all'interno dell'ospedale, la Cappellania cerchi di mantenere il più possibile rapporti di conoscenza e di collaborazione con tutte:

- quando è possibile *il cappellano sia presente* all'interno dell'associazione stessa;
- si proponga un *Convegno annuale* tra tutti i gruppi di volontariato per trovare insieme vie nuove nell'assistenza e nell'umanizzazione della struttura ospedaliera;
- se si ritiene opportuno si proponga anche, nei tempi significativi dell'anno liturgico, un *incontro di preghiera e/o di riflessione*;
- tra i volontari si scelgano le persone più assidue e che si ritengono più adatte per i diversi servizi di appoggio alla Cappellania, come il ministero straordinario della Comunione eucaristica, la lettura della Parola di Dio nelle liturgie, ... avendo cura di seguirle nella preparazione con incontri periodici e facendole partecipare agli incontri diocesani.

e) Rapporti con la Diocesi, le parrocchie, il territorio

Se i sacerdoti, diaconi, religiosi/e e laici impegnati nelle strutture sanitarie testimoniano la presenza della Chiesa che si prende cura di chi soffre, secondo il comando di Gesù, essi non devono agire da soli e non devono sentirsi soli, ma sostenuti da tutta la Chiesa locale ed essere in dialogo costante con essa:

- è bene fare una verifica almeno semestrale con i responsabili della pastorale sanitaria della Diocesi;
- tra i cappellani sia nominato un "coordinatore per la pastorale" che sarà anche quello che mantiene i rapporti con l'Ufficio diocesano per la Pastorale della Sanità;
- partecipare il più possibile agli incontri con gli altri cappellani ospedalieri (A.I.P.A.S.);
- organizzare, d'intesa con i parroci, incontri nella varie parrocchie per una maggiore sensibilizzazione e catechesi su temi di cui forse si parla troppo poco: sofferenza, malattia, dolore, morte, ...;
- coinvolgere e lasciarsi coinvolgere specialmente dalle parrocchie della zona territoriale di cui fa parte l'ospedale.

f) Pubblicazioni

È opportuno che la realtà di Chiesa in ospedale sia anche manifestata in modo adeguato e discreto attraverso pubblicazioni, come strumento di comunicazione e di annuncio:

- fare una *pubblicazione* (bimestrale o trimestrale) *curata dai cappellani* con l'intervento di dipendenti (medici o infermieri) per far conoscere la presenza del servizio religioso in ospedale, le iniziative che si propongono ai degenti, ai familiari e ai dipendenti, avendo così anche l'opportunità di trasmettere messaggi illuminati dalla fede sulla sofferenza, dolore, malattia;
- chiedere all'Amministrazione uno *spazio sulla pubblicazione mensile dell'ospedale* con le stesse finalità descritte sopra;
- usufruire delle *bacheche interne* dell'ospedale e dei reparti per una informazione capillare delle attività proposte.

g) Resoconti

Tutti i componenti della Cappellania hanno uguale diritto di essere a conoscenza del denaro offerto (Sante Messe, offerte nelle cassette in chiesa, servizi funebri o altre eventuali offerte extra) e di sapere come viene gestito e dove è depositato; per cui è necessario che ci sia un responsabile della Cappellania, che tenga conto delle entrate e delle uscite dandone periodicamente un preciso resoconto, e che insieme si stabilisca l'uso del denaro offerto.

VISTO. Si approva *ad experimentum*.

Torino, 11 febbraio 2002

✠ SEVERINO Card. POLETTO Mons. GIACOMO MARIA MARTINACCI
 Arcivescovo Metropolita di Torino Cancelliere arcivescovile