

QUALITA' E UMANIZZAZIONE: UN BINOMIO INSCINDIBILE PER LA CURA

dr. Olmo Tarantino, 2009

Riassunto: "Le istituzioni sono molto importanti ed indispensabili: tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro" (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, n. 29, 1984)

Nella nostra 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 sanitari (medici, infermieri), operatori pastorali, ai volontari che visitano i malati in ospedale e a domicilio è chiesto un supplemento di sensibilità e di paziente attenzione alle persone.

1. INTRODUZIONE

"Se non sapete con certezza dove volete andare...rischiate di ritrovarvi altrove e di non accorgervene!". Questo ammonimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, raccomanda di avere sempre ben chiaro gli **obiettivi**, gli **scopi**, i fini che si vogliono raggiungere nella Sanità e nel gestire i servizi socio-sanitari, se non si vuole deviare, venir meno, totalmente o parzialmente, alle ragioni, ai compiti fondamentali, alla "mission" che definisce il servizio stesso e per la cui funzione è stato istituito.

In realtà il servizio sanitario, come qualsiasi altro servizio, Istituzione, Ente, Organizzazione, Associazione, non è qualcosa di anonimo, ma viene espletato da persone con compiti specifici e ruoli ben definiti per cui il servizio progredisce o regredisce, migliora o peggiora a seconda di come le persone che vi lavorano lo gestiscono, interpretando il loro ruolo.. Ciò vale anche per la Chiesa che, pur essendo di istituzione divina, è una comunità di uomini battezzati ma non per questo perfetti. Nel caso della sanità essa viene gestita non soltanto da medici, infermieri, tecnici, cioè dagli operatori che sono immediatamente a contatto con il pubblico (e che il pubblico vede e giudica), ma anche dai politici, dagli amministratori, dagli amministrativi. A queste categorie di persone oggi bisogna aggiungere **altre persone** esperte in umanità, figure indispensabili, purché siano adeguatamente preparate, competenti secondo le esigenze dei nostri tempi, intimamente convinte dell'importanza del ruolo che incarnano.

Scopo di questa relazione è, pertanto, offrire degli spunti di riflessioni sul ruolo che oggi viene richiesto agli esperti in umanità, ovvero ai "buoni samaritani", siano essi religiosi/e, operatori sanitari o pastorali, volontari ospedalieri o a domicilio. Ciascuno poi riflettendo singolarmente o nella propria comunità, in incontri ecclesiali o associativi potrà ulteriormente approfondire gli argomenti proposti per arricchire il proprio patrimonio culturale e quindi attuare un servizio più incisivo nell'ambito della pastorale della salute, ovvero in campo socio-sanitario

2. LA NOSTRA SOCIETA' OGGI

La nostra società attuale è segnata da complessità, frammentazione, consumismo ed esasperata invasione della tecnologia. Per quanto riguarda il consumismo, sembrerebbe che l'attuale crisi economica provochi un'inversione di tendenza, ma è ancora prematuro per esserne completamente certi. E' una società la nostra che censura la dimensione del significato e del senso dell'agire, che sfratta i fenomeni cui non si può porre rimedio con una risposta tecnica, come la malattia inguaribile, la disabilità, la vecchiaia e soprattutto la morte. Essi appaiono come eventi da gestire nel privato, poiché estranei alle possibilità dell'incrementare consumo e della possibilità tecnica di recupero.

Negli ultimi decenni si è avuto un **allungamento della vita media** con il conseguente progressivo invecchiamento della popolazione; fenomeno questo irreversibile. Se tale fenomeno da un lato è positivo, dall'altro ha consentito l'evidenziazione di malattie proprie dell'età adulta e presenile, malattie sempre esistite, ma mascherate nella loro evidenza, dalla presenza di una elevata mortalità in età relativamente giovane. L'invecchiamento della popolazione ha rappresentato il presupposto per una maggiore diffusione di quelle che vengono definite malattie "cronico- degenerative": le cardiopatie ischemiche, le vasculopatie

cerebrali, le malattie dismetaboliche (ad es. il diabete), i tumori, le broncopatie croniche, la demenza senile, ecc.

Attualmente sono le malattie muscolo-scheletriche, come le artriti e le osteoartriti (termine quest'ultimo più corretto rispetto a quello di artrosi) che dopo i 75 anni colpiscono almeno il 75% della popolazione e che creano notevole disabilità.. Le malattie cronico degenerative non sono malattie totalmente invalidanti, ma possono ridurre l'autosufficienza di una persona. Quest'ultima è la situazione che caratterizza una persona che, pur mantenendo naturalmente una propria parte di continuità nella condizione di vita, di azione e relazione, necessita di un aiuto e che, quindi in ultima istanza, dipende dagli altri.

Questo è già un primo fattore che ci fa intuire l'aumento dei malati sul territorio e quindi nelle nostre comunità.

Un secondo fattore è costituito dal fatto che gli ammalati, appena si esaurisce la fase acuta della cura, vengono subito dimessi dall'ospedale; questo perché il pagamento riguarda la tipologia del malanno e non più i giorni di degenza. Perciò **sono aumentati e aumenteranno sempre più i malati che avremo nelle nostre comunità**: malati oncologici, malati in fase terminale, malati psichici, anziani della terza e quarta età, specialmente non autosufficienti

Ma la sofferenza maggiore del nuovo secolo è la **solitudine**.

Solitudine della vecchiaia che nasce dall'abbandono del ruolo professionale, sociale e familiare; solitudine della morte ritenuta un evento da censurare e da rilegare in spazi neutri e tecnici.

Solitudine dei malati. Nell'ospedale oggi non incontriamo più, come problema principale, il dolore fisico, perché questo è efficacemente alleviato dai farmaci; incontriamo soprattutto la sofferenza, che è dolore dell'anima, e la solitudine. I progressi scientifici hanno progressivamente spostato l'attenzione sulla durata della vita e quindi sul quantitativo dell'esistenza, relegando in secondo piano la qualità di questa, soprattutto quando si passa nella stagione terminale.

Solitudine relazionale per mancanza di affetti. Anni fa, una signora ospite di una casa per anziani mi disse: "vede qui sto tanto bene, non sono mai stata tanto bene in vita mia, non manco di nulla, sono come una regina...veramente. Ma per i miei figli (e ne ho quattro) è come se non esistessi. Anzi esisto, ma solo a Pasqua e Natale. E' vero, non mi fanno mancare nulla... **ma non comprendono che mi manca la cosa essenziale... il loro affetto** ". A Napoli vi è un proverbio che dice: "**Si può vivere senza sapere il perché, ma non si può vivere senza sapere per chi**".

Solitudine esistenziale di chi ha un bisogno disperato di condividere la sua sofferenza con chi nella vita ha subito la stessa sorte. Cito ad esempio la donna che ha dovuto sottoporsi ad un intervento chirurgico al seno.: "Mi fermo, mi guardo. Molto è cambiato. Cosa è cambiato? Solo il mio corpo? Non lo so. Non mi trovo più. Sono sola con questi pensieri. E lei, una donna come me che ha percorso il mio cammino, cosa pensa? Voglio abbattere le barriere della solitudine, voglio incontrarmi con le altre e andare verso un nuovo equilibrio."

La solitudine dei bambini e degli adolescenti che genera paura e disagio. La solitudine interessa l'8,5 % della popolazione; una percentuale che aumenta fortemente nelle regioni settentrionali italiane dove raggiunge il 24%. Di fronte a questo dramma, ammoniva madre Teresa di Calcutta: " Noi crediamo che la povertà consista solo nell'aver fame di pane, nell'essere nudi per mancanza di vestiti, nell'essere privo di una abitazione di mattoni e di cemento. Esiste una povertà più grande: quella di non sentirsi amati, non sentirsi desiderati; sentirsi emarginati".

Il concetto di povertà, dunque, non si deve restringere alla sola mancanza di cose. In realtà povero è chi manca di sé, di vita, di amore, di fiducia, di coscienza, di umanità, di speranza, di solidarietà; povero è chi non ha rapporti con sé, con la realtà, con gli altri.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) negli anni 90 del secolo scorso aveva sintetizzato il proprio programma in espressione molto significativa: "**Dare anni alla vita, dare vita agli anni**". Non basta "dare anni alla vita" con l'allungamento della vita media, dovuta ad una migliore alimentazione, a condizioni igieniche più salutari, a stili di vita migliori, ma occorre che questa vita abbia una sua "qualità". Ciò fa riferimento non all'assenza del fatto episodico di malattia, ma ad una situazione che consenta precostituiti livelli di benessere. Il "benessere" è più dello "stare bene": con esso s'intende anche l'equilibrio psicologico, la soddisfazione emotiva, la capacità di assolvere alla propria vita di relazione. In questo senso si tratta di un elemento positivo, soprattutto se si tiene conto che ha spinto la medicina a porsi nuovi traguardi, come quello di curare anche nell'impossibilità di guarire, ossia di assicurare una qualità di vita migliore a un malato cronico o terminale.

Tuttavia la nozione di “qualità di vita” ha il suo polo negativo e mette in discussione il valore della vita stessa. In nome di una pretesa “qualità della vita”, si può mettere in dubbio che un’esistenza segnata da un handicap valga la pena di essere vissuta o negare che una malattia cronica renda ugualmente possibile una vita felice. Ad esempio, la qualità della vita di un giovane paralizzato agli arti inferiori può sembrare inaccettabile a chi lo osserva, e chi lo guarda può pensare che sia inaccettabile anche per il giovane malato. Ma se questi è, per continuare l’esempio, un musicista e la sua malattia gli consente di suonare il violino, egli può considerare la sua vita, malgrado la grave menomazione motoria, ancora sopportabile e degna di essere vissuta

“La nostra società oggi interpreta la cosiddetta “qualità della vita” in modo prevalente o esclusivo come efficienza economica, consumismo disordinato, bellezza e godibilità della vita fisica, dimenticando le dimensioni più profonde – relazionali, spirituali e religiose – dell’esistenza. In un simile contesto la sofferenza, inevitabile peso dell’esistenza umana, ma anche fattore di possibile crescita personale, viene “censurata”, respinta come inutile, anzi combattuta come male da evitare sempre e comunque. Quando non la si può superare e la prospettiva di un benessere almeno futuro svanisce, allora pare che la vita abbia perso ogni significato e cresce nell’uomo la tentazione di rivendicare il diritto alla sua soppressione” (Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae*, n. 23)

3. LA PASTORALE DELLA SALUTE

Nei suoi 2000 anni di storia la Chiesa ha avuto sempre cura pastorale degli ammalati, avvertendo che “**il servizio ai malati è parte integrante della sua missione**”, e tutti gli operatori sanitari, ognuno nel suo specifico ruolo, partecipano all’azione pastorale ed evangelizzatrice della Chiesa.

La Chiesa italiana, in questo settore della cura pastorale degli ammalati, nel 1989 ha offerto agli operatori sanitari e alle comunità ecclesiali delle linee operative attraverso una Nota semplice e breve, ma essenziale, facendone un punto di riferimento per la Pastorale sanitaria, affidandone loro la responsabilità di esecuzione, con un atto di profonda fiducia. In questi decenni, certamente la pastorale sanitaria ha cercato di adattarsi alle nuove situazioni createsi con il sistema dell’aziendalizzazione degli ospedali e del territorio, raccogliendone le sfide e le provocazioni di carattere politico, legislativo, etico e morale. Come la Sanità è uscita progressivamente dagli ambiti ristretti dell’ospedale per radicarsi e allargarsi sul territorio là dove la gente vive e lavora (distretti socio-sanitari), anche la stessa azione e presenza della Chiesa accanto ai sofferenti ha perduto la sua limitata connotazione di pastorale ospedaliera e si è configurata come pastorale della salute.

In questo contesto la Chiesa è chiamata ad offrire un valido contributo culturale, morale ed etico, perché le trasformazioni in atto si risolvano in autentico progresso non solo tecnologico e scientifico, ma altresì nell’offrire **servizi qualificati** che rispettino la dignità dell’uomo dal suo nascere alla morte naturale. Occorre, quindi, riaffermare con forza che la salvezza evangelica passa unicamente tenendo conto del senso e del valore della persona umana nella sua totale integrità psicofisica. E’ un compito arduo che certamente oggi non è più possibile consegnare e delegare solo al ruolo e alla responsabilità del “Cappellano”.

Seguendo le direttive della citata “Nota”, è la Comunità ecclesiale il soggetto primario della pastorale della salute (n. 23), la comunità direttamente coinvolta in tutte le sue componenti, dal Vescovo, al Presbiterio, al Diacono, all’Accolito, al Ministro dell’Eucaristia, all’Operatore pastorale, al Volontario, ai laici cristiani.

Soprattutto per quanto riguarda il *prendersi cura* degli ammalati nel territorio, a domicilio, che sono la stragrande maggioranza come precedentemente dimostrato, la comunità parrocchiale ha l’obbligo non solo di ritenersi, ma essere una Comunità sanante, identificandosi nel modello di *diakonia* che, nella pastorale della salute, esprime pienamente l’impegno evangelico e missionario “*Guarite gli infermi, sanate i lebbrosi....*” (Mt. 10,8).

Di fronte a problemi ingravescenti nel tempo come ci indicano tutte le statistiche, la società italiana, pur vivendo un drammatico periodo di transizione culturale e socio-politica, ulteriormente aggravato dall’attuale crisi economica, chiede un **l’azione coraggiosa condotta con impegno che sia voce del debole, speranza del disperato, coraggio del pauroso, sicurezza del dubbio**. Di fronte a queste attese non è sufficiente “fare il bene” e fermarsi all’opera buona, alla generosità e all’elemosina, regalando un euro o più attraverso un messaggino telefonico; serve pensare il bene ed essere avanguardie, protagonisti del cambiamento se vogliamo che questo si realizzi.

In questa prospettiva la Parrocchia, casa posta al centro del territorio, a servizio di tutti come accoglienza cordiale e come fermento nell’ambiente, , diviene soprattutto luogo dove la pastorale della salute offre

l'occasione privilegiata di evangelizzazione e di promozione umana, incarnandosi strettamente nel vissuto sociale e civile.

4. IL CONCETTO DI “QUALITA”

Oggi in tutti i contesti e a tutti i livelli, si parla con insistenza di qualità : qualità della vita, qualità del lavoro, qualità del servizio, qualità del prodotto, qualità totale, miglioramento continuo della qualità, verifica e revisione della qualità. E' questa una metodologia che tocca molteplici aspetti ed è la chiave del successo in molti settori, anche in quello sanitario.

4.1. Il concetto di “qualità”.

Nell'industria, nel commercio, nell'artigianato la qualità è la “capacità di un prodotto di rispondere completamente agli scopi per i quali è stato progettato e costruito, al più basso costo possibile”. Con il termine “qualità” si deve intendere un concetto globale e unificatore che ingloba tutto quanto riguarda l'obiettivo di “eccellenza” al quale deve tendere l'azienda. E, nel caso della sanità si deve intendere “il grado con cui i servizi sanitari incrementano la probabilità per i singoli individui e per una popolazione di ottenere i risultati sanitari desiderati, coerenti con lo stato attuale delle conoscenze professionali”.

4.2. Il nuovo significato di “qualità”.

Alla base della Qualità Totale, vi è un nuovo e più ricco significato della parola Qualità.

I contenuti di questa parola sono i seguenti:

Qualità è soddisfazione del cliente. La soddisfazione di colui che è giudice senza appello di quanto i prodotti/servizi raggiungono le aspettative

Qualità e prevenzione. Dare soluzione ai problemi prima che essi si verifichino e progettare l'eccellenza dentro il prodotto/servizio.

Qualità e attenzione ai clienti interni che sono a valle. I rapporti all'interno dell'azienda (reparto, unità operativa, laboratorio, radiologia, ecc.) vanno visti come un insieme di rapporti cliente-fornitore e ciascuna persona o ente deve ricercare la massima soddisfazione di coloro che ricevono gli output del proprio lavoro.

Qualità è produttività. Ottenuta dal personale che percepisce l'addestramento, gli strumenti e le istruzioni di cui ha bisogno per svolgere il proprio lavoro.

Qualità è flessibilità. La disponibilità a cambiare per far fronte alle richieste.

Qualità è efficienza. Fare le cose rapidamente e in modo corretto.

Qualità è processo. per un continuo miglioramento che non deve avere mai fine.

Qualità è investimento. Che dà grandi ritorni in quanto, nel lungo andare, fare le cose giuste la prima volta è meno costoso che correggerle successivamente.

Qualità è immagine verso l'esterno. Curando la qualità in tutti i suoi aspetti l'immagine dell'azienda viene ad essere potenziata e si viene a guadagnare il più importante capitale che possa avere l'azienda: la fiducia dei suoi clienti.

Tutti questi significati di qualità prendono consistenza soltanto se alla base di tutti vi è la **qualità delle risorse umane**, ovvero degli uomini, dei professionisti che operano nelle strutture sanitarie così come è stato detto nell'introduzione. Viene a proposito un'osservazione: oggi si parla molto di “eccellenza” anche nella sanità. Conviene dunque precisare che cosa si debba intendere per “eccellenza” in quest'ambito. Spesso si confonde l'alta specializzazione con l'eccellenza, ma si tratta di due cose diverse. L'alta specializzazione è un sistema basato anche sulla tecnologia, l'eccellenza è legata invece al talento di un medico, di una equipe, di un reparto. Si tratta in questo secondo caso di un di più che si guadagna sul campo, grazie alla competenza e all'efficacia delle cure. L' “eccellenza,” dunque, riguarda, ancora una volta, la **qualità delle risorse umane**. E, come vedremo, poiché tra le risorse umane vanno annoverati anche gli operatori pastorali, i volontari, dipende anche dalle loro doti di mente e di cuore il rendere di qualità “eccellente” il loro servizio in aiuto del prossimo.

Da queste precisazioni si evince che la qualità riguarda l'organizzazione di un servizio, l'immagine sul mercato, oltre l'attività dell'operatore. E la finalità è la **soddisfazione del cliente**.

La qualità è l'insieme delle caratteristiche di un prodotto che permettono di soddisfare le aspettative e le esigenze espresse o sottese del cliente. E dato che queste si modificano nel tempo, è importante un

revisione periodica dei vari processi. Questo processo riguarda anche, lo ripeto, gli operatori pastorale e i volontari. Con queste sottolineature sono state rilevate le basi delle diverse insoddisfazioni del settore sanitario: la *mancanza di identificazione del concetto di qualità tra operatori e pazienti*.

In ospedale, l'operatore sanitario, utilizzando tutte le risorse che le scienze mettono a disposizione, percepisce la qualità prevalentemente da un punto di vista tecnico, mentre il paziente la chiede rivendicando, oltre l'accettazione dei suoi valori in quanto persona e della sua autonomia, anche un buon aspetto relazionale e un soddisfacente confort alberghiero. Il personale di un albergo, di un negozio, di una compagnia aerea...., nella maggioranza dei casi, presta la massima attenzione al cliente e al suo concetto di qualità mediante un approccio educato, una sensibilità nel percepire i suoi desideri e i suoi valori. In ospedale questo avviene poche volte, ritenendo che il malato debba adattarsi ai ritmi della struttura complessa e non questa ai desideri del cliente-paziente. Un esempio emblematico è l'assurdo orario del pranzo e della cena vigente in parecchi Enti. La mancanza di convergenza sui parametrici qualità, la poca attenzione ai bisogni e ai desideri del sofferente dimostrano che il paziente, in vari casi, non è percepito come "il cliente" o meglio "il datore di lavoro" cui offrire il massimo.

Le metodologie che fanno riferimento alla Qualità Totale sono presenti, da decenni, nel contesto lavorativo giapponese che deve all'applicazione di queste la rinascita economico-industriale del dopo-guerra e la posizione di leadership in molti ambiti del mercato mondiale. Proprio le leggi 502/92 e 517/93, che hanno trasformato radicalmente il nostro sistema sanitario, hanno previsto sistemi di verifica e di revisione della qualità, dalla medicina di base al ricovero ospedaliero e a tutti gli ambiti della prevenzione, cura e riabilitazione.

4.3. Le metodologie della Qualità

4.3.1. Aspetti della metodologia della qualità I cambiamenti previsti dalla metodologia della Qualità totale richiedono un nuovo modello organizzativo e uno specifico atteggiamento nei confronti del cliente. Per il settore sanitario i punti di intervento sono i seguenti:

- Dimensione tecnica: reale copertura dei bisogni di diagnosi e cura
- Dimensione relazionale: adeguato rapporto interpersonale con gli operatori sanitari
- Dimensione organizzativa: rispetto dei diritti e delle esigenze dei pazienti e soddisfazione degli operatori sanitari,;
- Dimensione ambientale: struttura accogliente e serena;
- Dimensione economica: gestione corretta ed ottimale delle risorse;
- Dimensione d'immagine: prestigio della struttura e senso di appartenenza degli operatori sanitari e dei pazienti.

La gestione che pone come fondamentale principio la qualità valorizza, dunque, i "protagonisti": gli operatori e gli utenti. E oggi, non bisogna dimenticarlo, anche gli operatori pastorale e i volontari

4.3.2. Valorizzare le risorse umane.

Il principio della valorizzazione delle risorse umane procura all'operatore una **forte motivazione** ed un **reale coinvolgimento** che, uniti al metodo di lavoro razionale, consentono il perseguitamento dell'efficienza e dell'efficacia, generando un prodotto migliore ad un costo inferiore. Di conseguenza, è fondamentale apprezzare ed incoraggiare gli operatori ad una piena partecipazione, dando loro la possibilità di poter esprimere le proprie potenzialità, come pure riservare loro grandi attenzioni mediante percorsi di coinvolgimento, sensibilizzazione, motivazione, confronto e valutazione. Ciò renderà consapevoli gli operatori di partecipare ad un compito importante qualunque sia il ruolo, di contribuire alla costruzione di qualcosa che ha un valore e merita dedizione.

Al contrario, il sovraccarico lavorativo cui oggi sono sottoposti molti operatori sanitari, subendo turni ravvicinati per le croniche carenze degli organici, dimostra l'incoerenza con le metodologie della qualità. Il sovraccarico di lavoro non consente quella serenità psico-fisica fondamentale per offrire al paziente tempo, disponibilità, ascolto; anche le migliori intenzioni, il più delle volte, cedono sotto il peso della stanchezza.

Non va dimenticato altresì che la **qualità dell'accoglienza** dipende da molteplici fattori che hanno come base la preparazione professionale del personale sanitario, continuamente rimotivata e socialmente sviluppata, fondata sulla cultura della solidarietà e, per il personale sanitario cattolico, con un costante

riferimento al messaggio evangelico e all'antropologia cristiana che è quella della *persona*: tuttavia la formazione non può esaurirsi con l'umanizzazione data dalle scienze umane, ma deve completarsi con una formazione etica e spirituale permanente.

5. QUALITA' E UMANIZZAZIONE

Nella nostra 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 e di degenza, di informazione sia data la giusta importanza alla correttezza del rapporto umano

La **qualità** nel settore sanitario deve procedere parallelamente con l'**umanizzazione** per evitare che l'attuale impostazione aziendalistica tradisca, nuovamente, il malato. E' impensabile una struttura sanitaria senza umanità, sarebbe come una religione senza fede, un matrimonio senza amore, una civiltà senza "compassione".

5.5.1 "Umanizzazione": significato del termine

Il termine "umanizzazione" è presente nelle tematiche socio-assistenziali da oltre quarant'anni, da quando ci si è accorti che la prassi medica e l'efficienza tecnico-scientifica prendevano il sopravvento rispetto ai bisogni globali del sofferente. E così nell'ospedale, che in origine era nato solo in funzione dell'ammalato e il lato umano era naturale, si è reso necessario riscoprire e ripresentare l'indispensabilità della preoccupazione caritativole sia sul piano individuale che istituzionale

Umanizzazione significa "prendersi cura" in maniera esemplare del malato nella sua globalità in un contesto di sempre maggiore frazionamento e specializzazione..

Insieme all'avanzamento delle tecnologia e della cultura della superspecializzazione, c'è da registrare anche una tendenza alla burocratizzazione ed economicizzazione del servizio sanitario che oggi deve fare i conti con la modernità della gestione organizzata dei servizi (call-center, prenotazioni on line, ecc.) e con i costi gestionali dei servizi offerti. Con l'affermarsi nella Sanità di tecnologie e logiche aziendalistiche correndo un forte rischio, cioè quello di non considerare la persona che soffre come un "essere umano", che ha corpo, intelletto e psiche, una storia personale generale e clinica, un carattere, una famiglia, un suo particolare contesto sociale ed economico di cui bisogna tener conto e con cui è doveroso relazionarsi in maniera globale.

Il "prendersi cura" è diverso da "curare" ! Il "curare" è legato ad una concezione di medicina in cui prevale il lato biologico e l'ammalato è considerato come un oggetto; il "prendersi cura" fa riferimento ad una concezione olistica del paziente in cui sono prese in considerazione anche le componenti psicologiche, spirituali e sociali dell'uomo inteso come *persona*. Il paziente che in ospedale soffre fisicamente per la malattia e per le ansie che questa gli procura, o che agonizza e muore, necessita al suo fianco di operatori preparati a curarlo efficacemente, ma anche idonei ad esprimergli *solidarietà umana, comprensione e pietà*.

La *persona*, nel nostro caso il malato, per la filosofia dell'umanizzazione, è il principale interlocutore, un soggetto responsabile e non soltanto un passivo fruitore di servizi al quale è tolta ogni autonomia.

Umanizzare significa restituire all'ospedale il suo significato originale

L'**umanizzazione** riguarda tutti gli aspetti e tutte le fasi dell'assistenza e della cura; dal ricovero alla dimissione (situazione alberghiera, prestazioni sanitarie, qualità della vita del degente, aspetti relazionali, facilitazione nella continuità delle cure). Quando si parla di umanizzazione , pertanto, ci si riferisce ad un processo inteso a rendere una realtà degna della persona umana, rispettosa e coerente con i valori che essa sente come peculiari e inalienabili. Il riferimento di tale definizione al mondo della sanità apre ad un orizzonte ampio e pluridimensionale che comprende i seguenti settori:

- il rapporto di dialogo e corresponsabilità tra personale sanitario e pazienti;
- la formazione del personale sanitario, che necessita di una più accentuata dimensione umanistica;
- l'architettura dei luoghi di assistenza fatta a misura umana;

- l'amministrazione della sanità troppo spesso burocratizzata e politicizzata;
- la presenza dei sindacati, cui si domanda attenzione non solo ai diritti dei lavoratori, ma anche a quelli dei malati e dei loro familiari;
- l'area dei diritti dei pazienti (Tribunale dei malati);
- Il settore occupato dai problemi etici, che va dall'esame delle scoperte biomediche allo studio delle malattie ancora resistenti (tumori, malattie genetiche), e alla prevenzione in generale compresa quella per prevenire i disastri ecologici.

Se la vastità dei temi legati all'umanizzazione del "mondo sanitario", o per meglio dire del "mondo della salute", va tenuta presente, è bene però rilevare che il centro dell'attenzione è costituito dalla dignità della persona del malato e delle relazioni tra pazienti e personale. E' a tale livello, infatti, che si avverte la minaccia a **principi fondamentali** (valori) come i seguenti:

- la centralità del malato;
- la partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico,
- la presenza di relazioni autentiche (non funzionali) in uno spirito di uguaglianza;
- il rispetto della persona degli operatori

La centralità del malato. Tale valore esige, da un lato, che tutta la dinamica organizzativa dei servizi debba proporsi come obiettivo l'uomo o la donna che soffrono, nel corpo e nello spirito, le più svariate conseguenze dell'infermità e, dall'altro, che il malato sia considerato nella totalità del suo essere bio-socio-psico-spirituale. Un servizio sanitario non dovrebbe essere concepito per far fronte ad un "bisogno", ma piuttosto per rispondere ad una persona per la quale, in un determinato momento della vita, un "bisogno" assume un'importanza relativamente maggiore. Di fronte ad un servizio, infatti, sta sempre una persona, non un "bisogno". La separazione tra la persona e le sue necessità, fino a dare artificialmente vita al "bisogno" in forma quasi indipendente dalla persona che ne è portatrice, pone certamente in pericolo l'integrità del malato. Il rispetto di questo valore comporta anche la lotta alla marginalizzazione di alcune categorie di malati come i morenti, i diversamente abili, i malati mentali.

La partecipazione responsabile del paziente al processo terapeutico. Essa comporta una distribuzione più adeguata del sapere e del potere tra personale e ammalato in modo che quest'ultimo possa passare da una docile passività ad una presa di responsabilità nei confronti della propria malattia e delle conseguenze che essa provoca. In questo contesto rientra l'obbligo del "consenso informato"

Il rispetto della persona degli operatori. Il mondo della sanità si trasforma in un ambiente disumano per il personale quando quest'ultimo è costretto a sopportare modalità di lavoro che offendono la sua dignità, obbligandolo a comportamenti che eviterebbe volentieri o che sono contrari al suo modo di concepire l'assistenza ai malati. In alcune situazioni, che fanno appello alla coscienza individuale, va rispettata "l'obiezione di coscienza".

Fondamento etico dell'umanizzazione. Si può quindi concludere che il fondamento etico dell'umanizzazione è costituito dal riconoscimento della dignità della persona umana in tutti e in ciascuno, nel paziente, nel medico, nell'infermiere, nell'amministrativo, nel volontario. Tutto ciò non è sentimentalismo, ma è il *sentimento* che va posto accanto all'intelligenza e alla volontà nell'esercizio dell'arte sanitaria.

5.2 Il processo dell'umanizzazione

L'umanizzazione non è un'operazione di facciata, ma uno stile di comportamento che coinvolge gli operatori socio-sanitari, i responsabili politico-amministrativi, la comunità cristiana, le Associazioni dei malati e dei loro familiari, le organizzazioni di volontariato, tutte le forme di rappresentanza sociale che nascono e crescono nel territorio, e tutti i cittadini che sentono il dovere civico di dare il loro contributo

Coinvolge i politici nell'individuare strategie rispondenti sia ai bisogni di salute che di cura dei cittadini.

Coinvolge gli amministratori nell'impostare corretti modello organizzativo-gestionali, superando logiche burocratiche, rifuggendo da risposte preconfezionate e da prestazioni standardizzate, provvedendo ad una equa distribuzione delle risorse anche per creare condizioni logistiche adeguate

Coinvolge le figure apicali facendosi carico della fatica psicologico-relazionale che investe ogni professione di aiuto alla persona, assicurando adeguate gratificazioni ed incentivi, non solo economici, ma anche orientati ad una crescita professionale ed umana. Infatti, un clima umanizzato può nascere solo da operatori che si sentano essi stessi valorizzati e rispettati.

Coinvolge tutti i cittadini che intendano trasformarsi da “*consumatori passivi*” dei servizi sanitari in “*attori corresponsabili e partecipi*” di un bene che è comunitario, quello della salute. (legge di Riforma Sanitaria n. 833/’78, art. 1)

Anche ad un esame sommario della situazione ambientale e sociale ci si accorge che, se si vogliono ottenere risultati nelle medicina preventiva, nel suo momento territoriale, è necessario fare appello alla corresponsabilità dei cittadini e dare spazio alla loro partecipazione. Peraltro il termine *socializzazione* che caratterizza il modello di riforma sanitaria italiana sarebbe una parola vuota se non volesse dire partecipazione sociale in senso attivo e non soltanto in senso beneficiario e consumistico.

In particolare:

Coinvolge i “buoni samaritani” Se la pastorale è l’azione della Chiesa intera, di tutta la Chiesa e di tutti nella Chiesa, per nessuno l’azione pastorale deve essere atto individuale. Questo in ogni ambito, anche in quello sanitario. Tutti devono prendersi cura dei malati a domicilio con efficienza ed efficacia. Naturalmente l’efficacia non va ritenuta fine a se stessa, ma una condizione da non trascurare nell’azione caritatevole.

“L’efficientismo – scrive il Card. Giacomo Biffi, già arcivescovo di Bologna – non è una virtù evangelica, ma non sta scritto da nessuna parte che l’inefficienza sia dono dello Spirito Santo. Senza dubbio le nostre opere non sono gradite al Signore a misura della loro perfezione esecutiva e del successo mondano; ma è difficile ritenere che Dio si compiaccia dell’impreparazione, del pressapochismo, della trascuratezza”.

Vivere e diffondere la cultura e lo stile dell’umanizzazione per i “buoni samaritani” sono impegni prioritari che si concretizzano mediante la testimonianza e il servizio offerto con grande disponibilità gratuita.

Nei corsi di formazioni al Volontariato moderno organizzato da parecchie benemerite Associazioni del Patriarcato si chiarisce che fare volontariato non è manovalanza a costo zero, non è dilettantismo, non è improvvisazione, ma implica quasi una professionalità che si acquisisce sviluppando certe capacità destinate al servizio degli altri. Si tratta di sviluppare nel senso letterale del verbo di “togliere dal viluppo, liberare, accrescere, sprigionare” le nostre doti innate di mente e di cuore per un servizio pertinente, mirato e di qualità nel portare aiuto a chi è nel bisogno.

Questa presa di coscienza, questa maturazione interiore, denominata “***saper essere***”, è un dovere da parte di chi vuole assumere il ruolo di volontario per un atto di giustizia commutativa nei confronti del prossimo, prima ancora che per un atto di solidarietà. Giustizia commutativa significa che come io vorrei essere trattato sempre in ogni circostanza della vita, ma soprattutto se dovessi trovarmi in situazioni di bisogno, così io devo trattare gli altri.

In particolare per chi si professa cristiano, Paolo VI raccomandava un “supplemento d’anima” inteso come supplemento di sensibilità e di paziente attenzione alle persone sofferenti, rammentando altresì che “*la nostra società è più disposta ad ascoltare i testimoni che non i maestri; e se ascolta i maestri lo fa perché essi sono testimoni.*”

Se avremo la pazienza di riflettere sui valori di seguito descritti, ci accorgeremo che già esistono in noi. Sono risorse che attendono solo di essere portate alla luce, armonizzate, confluenti ad un unico fine: ***l'affinamento della sensibilità e della personalità di ciascuno di noi come volontario.***

6. ALCUNI VALORI ISPIRANO E IDENTIFICANO COLUI CHE “SI PRENDE CURA” DEL SOFFERENTE OGGI

Tali valori sono:

6.1 La riservatezza e il segreto professionale Le parole riservatezza e segreto professionale sono sinonimi. La prima viene definita “la condizione di ciò che deve essere tenuto segreto o comunicato soltanto a una cerchia ristretta di persone.” Il segreto indica notizie, fatti, circostanze che uno conosce e che non deve divulgare. Il segreto professionale indica tutto ciò che ad un professionista viene confidato con l'intendimento che non lo palesi ad altri. I concetti di *riservatezza* e di *segreto professionale* si riferiscono al diritto di ogni persona alla sua intimità (in inglese *privacy*) ossia al diritto che i suoi più intimi pensieri, sentimenti, desideri, aspirazioni, non vengano divulgati e trasmessi ad altri. La “Dichiarazione Universale dei Diritti dell’Uomo” (1948) recita all’art. 12 che “nessun individuo può essere sottoposto ad interferenze arbitrarie nella sua vita privata, nella sua famiglia, nella sua casa, nella sua corrispondenza, né a lesioni del suo onore e della sua reputazione. Ogni individuo ha diritto ad essere tutelato contro tali interferenze o lesioni.” La norma della riservatezza è dunque universale e non è limitata al segreto professionale. Chi si fa prossimo ad un malato ha l’obbligo della riservatezza, così come gli operatori sanitari hanno l’obbligo del segreto professionale, la cui violazione può comportare sanzioni penali.

6.2. L’empatia Al singolo “samaritano” si richiede soprattutto una **competenza umana e umanizzante** che si estrinseca attraverso l’**”empatia”** nell’assistere il prossimo sia esso malato, anziano, bambino. L’atteggiamento empatico è fondamentale in tutte le professioni di aiuto comunicando in modo semplice, efficace, trasparente, personalizzato. Empatia non è solamente capacità di capire, comprendere, ascoltare, rendersi conto.... ma in profondità significa *condividere, mettersi nei panni dell’altro*, evidentemente non per compiangerlo, quanto piuttosto per attivare delle risposte di aiuto veramente pertinenti, mirate ed efficaci.

Un esempio chiarirà il concetto. Per un medico dire ad un paziente: “Tu hai il cancro, ma oggi la medicina ti permetterà di vincerlo”, può non essere sufficiente per ottenere la collaborazione del paziente. Dire allo stesso paziente: “Comprendo quanto sei preoccupato del tuo futuro e di quello che ti attende, ma sappi che ti starò vicino e ti suggerirò come affrontare l’intervento o la terapia, perché ti assicuro che ne trarrai tanti benefici e tu dovrai lottare insieme a me per vincere il male che ti fa soffrire”, questo sì potrebbe essere più convincente come modo di comunicare per ottenere la necessaria determinazione e collaborazione da parte del malato.

Occorre tener presente anche la comunicazione del corpo, dello sguardo, della propria postura. Noi vediamo gli altri, ma loro ancor più vedono noi e la nostra immagine nel suo complesso. Questo vuol dire che se noi non ci poniamo in modo convincente di fronte al nostro interlocutore potremmo fallire nell’intento di comunicare un concetto in modo significativo e penetrante. Se invece vogliamo far comprendere in modo personale quello che diciamo e rendere la nostra comunicazione condivisa dobbiamo tenere conto anche di *come* e *dove* comunichiamo ed *in quale modo ci poniamo*. Gli esseri umani in una situazione di grande dolore hanno bisogno di altri esseri umani per rimettersi in piedi e la mano loro tesa non sarà rifiutata. *Condividere il tempo, il sapere, la capacità di ascolto e di vicinanza, come raccomandava San Vincenzo de Paoli, fondatore delle Conferenze di San Vincenzo. Il servizio esprime pienamente l’amore e la solidarietà, quando diventa condivisione di vita.*

6.3. Il senso della solidarietà e della responsabilità . Ulteriori valori qualificanti la vita dei volontari sono **il senso di solidarietà e della responsabilità**.

La responsabilità morale deve essere definita come *la capacità di prendere coscienza delle conseguenze delle proprie azioni e sentire l’impegno interiore di non rifiutarle o rinnegarle*. La parola **responsabilità** deriva dal verbo latino “respondére” che in un altro verbo latino “spondére” ha il suo corrispondente. **Significa “promettere”, “impegnarsi”**. E’ responsabile chi risponde delle proprie azioni, assumendosi anche le conseguenze di questa risposta. E’ facile trovare persone che fanno professione di principi etici, ma che per superficialità o per poca chiarezza e coerenza, lasciano agli altri – alla famiglia, alle strutture, alla società civile – il compito di portare il peso delle loro azioni. Se non si riesce a recuperare e ad educare i cittadini al senso della responsabilità, difficilmente uno Stato o una istituzione sociale potrà perseguire l’obiettivo del “bene comune”, perché sarà frammentato in tanti beni individuali spesso contrapposti fra di loro.

Maturato il senso della responsabilità potrà poi maturare il **senso della solidarietà**. Ci chiediamo: in che modo il volontario si fa portatore di questo valore ?

L’attenzione agli ultimi esige una continua vigilanza da parte del volontario: gli ultimi, infatti, non sono una categoria specifica di poveri, ma attraversano, per così dire tutte le stratificazioni sociali. Ciò risulta di tutta evidenza se si considera “povero” non solo chi manca di cose o di mezzi economici, ma “povero” è anche

chi manca di sé, di vita, di salute, di amore, di fiducia, di coscienza, di umanità, di speranza, di solidarietà; povero è chi non ha rapporti con sé, con la realtà, con gli altri. E la solidarietà non è un'etichetta che il volontario si applica entrando in una struttura o in una casa, ma il valore che deve interiorizzare e trasmettere nella quotidianità in famiglia, nella professione, nel sociale.

La **solidarietà** è il crocevia dell'autentica relazione umana. E' il sentirsi tutti, noi e chi richiede aiuto, legati alla stessa cordata e, pertanto, partecipi dello stesso dramma psicologico, familiare e sociale.

6.4. La condivisione è molto più del "dare", più anche dello "spendere generosamente" per gli altri. Esprime insieme la gioia del dare e del ricevere..

La **condivisione** suppone di sentirsi tutti, noi e gli emarginati, parte dello stesso corpo, legati alla stessa cordata. Suppone il credere che la società è come mutilata se si priva della cultura dei poveri, se rinuncia alla loro partecipazione fattiva e responsabile, giacché ogni persona ha qualcosa da dare e senza l'apporto di ognuno la comunità non cresce

La **condivisione** è sincera se considera tutti gli uomini importanti: diversamente diventa paternalismo, privilegio dei ricchi, dei sani, delle persone che possono più degli altri.

Il "buon samaritano", sia esso ministro straordinario della Comunione, o accolito, o volontario non è un benefattore nel senso tradizionale, né un assistente sociale. Non è il copione di un professionista. Se entra in ospedale non farà l'infermiere o il medico. Il suo è un compito diverso, **di condivisione della condizione umana della persona che incontra perché essa esca dalla sua solitudine, dalla sua povertà**. Ciò è possibile solo se colui che si incontra è stimolato ad essere protagonista, non un assistito, non un oggetto di iniziative passivizzanti, per preziose che siano. Questo esige che si addotti un metodo che conduca progressivamente la persona a "stare in piedi da sola", a scoprire e a **volere** – notate bene a **volere** – **tutta l'autonomia che gli è consentita**.

In tal senso viene accentuato il concetto di lavorare "**con chi richiede aiuto**", più che lavorare "**per chi richiede aiuto** ".. Condivisione è anche "saper ascoltare."

6.5. Il calore umano Amare ed essere amati costituiscono due dei bisogni fondamentali dell'uomo. Il calore umano è l'energia affettiva che indirizziamo verso l'altro. Lo strumento principale di **questa** trasmissione è il nostro corpo: attraverso la corporeità, vale adire l'espressione del nostro volto, dei nostri occhi, delle nostre mani, dei nostri gesti, della nostra voce, si trasmette calore, vicinanza e accoglienza. In determinate situazioni, le parole non servono. Anzi, se pronunciate, infastidiscono. Ad esempio, quando una persona ha ricevuto una diagnosi infausta o è straziata da un violento dolore o vive una perdita improvvisa. Sono momenti carichi di drammaticità. La sofferenza esige rispetto, non prediche. Una presenza silenziosa, una stretta di mano, un gesto di appoggio, possono esprimere più di mille parole.

6.6. L'ascolto Un grave difetto della nostra epoca è quello di non *saper ascoltare*, che deve essere corretto e superato, invertendo l'abitudine molto diffusa di voler soprattutto parlare. Si deve riconoscere che su questo punto ci furono gravi carenze nell'educazione che noi abbiamo ricevuto. Ci insegnarono tante cose: a scrivere, a leggere, parlare, cantare, amare, ma mai nessuno ci insegnò ad ascoltare. Mai nessuno ci disse che **regalare ascolto** è un gesto d'amore raffinato, che l'atteggiamento d'ascolto è tanto difficile quanto prezioso che può diventare dono. Così ci siamo convinti che parlare è più urgente che ascoltare e ciò che noi abbiamo da dire è sempre più istruttivo ed interessante di ciò che hanno da dire gli altri. E' proprio questo aspetto educativo sull'importanza dell'ascolto che va coltivato.

Ascoltare la voce di chi è nel bisogno è, prima di tutto, mettersi in atteggiamento di disponibilità interiore, di apertura d'animo, di capacità di empatizzare con lui. L'ascolto è arte difficile: non è solo un gesto fisico, ma capacità di capire e di "accogliere" l'altro così com'è e non come vorremmo che fosse. L'ascolto comincia con il fare silenzio dentro di noi, dimenticando l'importanza di noi stessi, della nostra persona. Ancora: significa essere disponibile, non essere troppo occupato o vuoto, non lasciarsi soffocare dalle ansie quotidiane. Ascoltare non è un atteggiamento passivo, bensì attivo, che ti coinvolge. Ascoltare è scoperta di una verità che non viene da noi. Una verità che bussa alla nostra porta e desidera entrare in una relazione con noi.

Come volontari siamo chiamati a **“regalare ascolto”**, in una società dove la persona è portata a mettere in mostra solo se stessa. E l’ascolto deve avvenire con viva partecipazione, con tutta la fioritura dei sensi. Solo prestando grande attenzione si potrà cogliere anche la comunicazione non verbale, talora espressa soltanto dallo sguardo di un malato oncologico, di un anziano che ha difficoltà ad esprimersi, di un bambino chiuso in un mutismo ostinato per mancanza di affetto, di un adolescente in situazione di disagio esistenziale.

Ma ancora non basta. Meglio ancora della condivisione e dell’ascolto è l’**amore**.

6.7. L’amore La parola *amore*, oggi, è inflazionata, logorata, strumentalizzata, banalizzata e soprattutto non compresa nella sua essenza. Cosa significa amare? Come dobbiamo amare? Dove nasce l’amore?

L’amore ha origine nel cuore dell’uomo, ma è una dote che va coltivata e curata. Classica è l’affermazione attribuita al Ferency, celebre discepolo di Freud, “non sono le tecniche del terapista, ma l’amore del terapista, che fa guarire”. La definizione che Hagermann dà di amore nell’ambito del rapporto assistenziale è la seguente: “L’amore è un modo di rispondere agli altri che esprime una coscienza e un rispetto della persona, che riconosce e considera i suoi bisogni specifici e che richiede una reciproca partecipazione”.

Questa definizione di *amore*, che si riferisce in modo specifico al Nursing, cioè all’assistenza infermieristica personalizzata basata sull’analisi dei bisogni, è paragonabile alla descrizione che Erich Fromm fa dell’amore maturo: “ *L’amore è una forza attiva presente nell’individuo, una forza che spezza le barriere che separano l’individuo dai suoi simili, che lo unisce agli altri; l’amore gli consente di vincere il senso di isolamento e di individualismo e al tempo stesso gli consente di essere sé stesso e di conservare la propria integrità*”. Per combattere le crisi sempre più sconvolgenti dell’umanità Fromm suggerisce di “mobilizzare l’amore per la vita, unica forza che possa sconfiggere l’amore per la morte”.

Nell’accostar il sofferente occorre un amore autentico che conosca le necessità dell’uomo d’oggi. Dietro gli sguardi spenti, i visi spaventati, c’è l’universo di un essere umano con le sue percezioni, le sue idee, i suoi sogni, e quindi i suoi bisogni specifici. Federico Shiller diceva: “Se vuoi comprendere gli altri, guarda prima nel tuo cuore. Siamo tutti della stessa pasta umana. La capacità di capire gli altri è innata in noi, è primaria, istintiva; è iscritta nella nostra struttura biologica e psichica; è una qualità o dotazione naturale, che si affina al ritmo della crescita di ciascuno, sotto l’influenza dell’interazione sociale e dell’addestramento. E’ il retaggio della comune esperienza umana. All’origine è un talento di base, un’attitudine iscritta nell’essere, una risonanza primitiva fra gli esseri umani, che la vita sociale stimola e affina”

Ha scritto un grande teologo cattolico che “un autentico servizio umano è già un servizio divino” e che “non la parola, ma l’azione fa luce su cosa è l’amore” (H. Kung, *Essere Cristiani*, Ed. Mondadori, 1976). Il nostro *“saper essere”*, il nostro impegno di operatori pastorali o volontari socio-sanitari, la nostra personalità matura deve estrinsecarsi nel nostro agire quotidiano con un atteggiamento, con un comportamento, con un *“modo di essere”*, nel rapporto con la persona bisognosa di aiuto, basato su di una vicinanza fatta di ascolto, di rispetto, di interesse. Deve essere un autentico incontro fra due uomini liberi o, come è stato detto da Giovanni Paolo II, fra una *“fiducia”* e *“una coscienza”*. Ciò consentirà al malato di sentirsi accolto e capito per quello che veramente egli è : un individuo, meglio una **“persona”** che ha delle difficoltà nell’uso del proprio corpo e nell’esplicazione delle sue facoltà, e quindi nel soddisfacimento dei suoi bisogni fisici, psichici, sociali, spirituali, ma che conserva intatta l’essenza della sua umanità che si attende di vedere rispettata.

7. LA MOTIVAZIONE ALL’INCONTRO CON IL SOFFERENTE.

Le motivazioni che inducono ad accostare il sofferente sono fondamentali perché dalla loro identificazione e verifica dipende, in massima parte, la *qualità del servizio*. La motivazione è il motore propulsore che accende il dinamismo della persona, infonde entusiasmo nella vita, spinge a compiere gesti e servizi di donazione e di altruismo.

Due sono gli ingredienti che sostengono una solida motivazione: una buona dose di *umiltà*, che scaturisce dalla disponibilità ad affrontare il proprio disagio e la propria povertà dinanzi alla sofferenza; umiltà intesa come *ricerca*, non umiltà nel senso di tirarsi indietro o del dire che siamo incapaci di affrontare questa realtà; questa non è umiltà, questo è *disimpegno*, è non riconoscere le energie che lo Spirito non cessa di mettere

in noi. L'umiltà dice anche che nessuno, fosse anche il più bravo, fosse anche il più dotato, nessuno potrà mai rispondere da solo nel prendersi cura del malato, consapevoli che il proprio contributo è parziale e che è necessario coinvolgere altri per offrire un'assistenza adeguata.

Ecco allora il "noi" della Chiesa, che rimane fondamentale; un "noi" della Chiesa che non è un noi di ghetto, né di roccaforte; è il noi dell'umanità perché è il noi del "Padre nostro" e dunque del Vangelo". *Nell'approccio ai malati e ai sofferenti, la Chiesa è guidata da una visione precisa e completa della persona umana, creata a immagine di Dio e dotata di dignità e di diritti umani inalienabili.*" (Giovanni Paolo II, *Messaggio pontificio* per la GMM 2002). L'espressione "dignità dell'uomo" non vuol dire nulla se non significa che per legge naturale, l'uomo, la persona umana ha il diritto di essere rispettata e possiede dei diritti. In una parola vi sono cose dovute all'uomo per il fatto stesso che è uomo dal concepimento alla morte naturale.

Ecco il "noi" delle associazioni di volontariato che si ispirano al Vangelo o più semplicemente a valori umanitari. Il secondo ingrediente è una buona dose di *coraggio*, che nasce dalla pazienza di fronte alle prove e dalla capacità di non arrendersi dinanzi alle difficoltà. Le migliaia di buoni samaritani che ogni giorno percorrono le corsie degli ospedali d'Italia per visitare gli anziani, i portatori di handicap, i malati di AIDS, i malati di mente in centri di riabilitazione o nelle loro case, sono mossi da ragioni o da motivazioni diverse. Il buon samaritano che svolge il proprio servizio all'interno di gruppi autonomi o di associazioni confederate può avere una varietà di **motivazioni sociologiche, motivazioni psicologiche, motivazioni pedagogiche**. (La motivazione, intesa come "conoscenza di sé", è descritta in **Appendice** a pag. 21)

8. LA VISIONE GLOBALE DELLA PERSONA SOFFERENTE

Oggi reggiamo una forte domanda di salute sia sul versante della medicina tradizionale che della medicina alternativa, come pure nella cura del corpo e nella ricerca del benessere, avendo assunto i concetti di salute e di malattia un'accezione più vasta che in passato.

Il concetto di salute ha acquisito nuove e importanti connotazioni. Non si rapporta unicamente a fattori fisici e organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche, spirituali e sociali della persona. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella dichiarazione di Alma Ata (1978), ha affermato che la **salute** è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia e infermità". Il termine "**salute**", dunque, non è più inteso come semplice assenza di disturbi fisici ed organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche, mentali, spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale, in cui la persona vive ed opera; inoltre è avvertito un profondo rapporto tra salute, qualità della vita e benessere dell'uomo.

Oggi non ci si accontenta più di vivere, ma si vuol vivere pienamente.

Il concetto di malattia In analogia con quello di salute, anche il **concetto di malattia** si è ampliato. Perché non è solo presenza di disturbi fisici ed organici, ma è "intesa come malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamento di valori e di errori di gestione dell'ambiente materiale e umano". Questa nuova visione evidenzia che la salute o la malattia non interessano una sola dimensione dell'uomo, ma **la persona nella sua globalità**. Solo quando tutte queste trovano equilibrio e stabilità, l'uomo può affrontare difficoltà e avversità. Di conseguenza, è necessario superare, da una parte, il limite presente in molti di considerare le varie dimensioni della persona come giustapposte e non inscindibilmente unite, ricordando che ogni distinzione tra corpo, psiche, spirito, affetti, sentimenti contribuisce a creare divisione e malessere. Dall'altra è opportuno correggere la forte accentuazione che, soprattutto nella cultura odierna, è assegnata al corpo. Dietro gli sguardi spenti, i visi spaventati e i corpi dolenti c'è l'universo di un essere umano con le sue percezioni, le sue idee. I suoi sogni, e quindi i suoi bisogni specifici.

La visione di globalità è indispensabile accostando il sofferente, perché la malattia, l'evento traumatico improvviso o l'invalidità provocano un cambiamento degli stati esistenziali, coinvolgendo tutta la persona.

Il coinvolgimento fisico od organico, si manifesta mediante il dolore dell'organo ferito.

Il coinvolgimento psichico si esterna con la paura, l'ansia, la depressione e mediante interrogativi: “*Che cosa avrò ? Mi diranno tutta la verità ? Riuscirò a guarire ?*“

Il coinvolgimento spirituale rende problematico il rapporto con Dio e con se stesso: “*Che cosa ho fatto di male perché Dio mi castighi duramente ? Ho vissuto onestamente, perché ora mi trovo in questa situazione ?*“

Il coinvolgimento sociale nasce dall'aver sospeso, anche solo temporaneamente, una professione e una rete di rapporti interpersonali per cui ci si chiede: “*Potrò tornare al mio lavoro ? E se non potrò, chi si preoccuperà della mia famiglia ? Quanto tempo mi ci vorrà per guarire ? I miei amici mi dimenticheranno ? I miei clienti cercheranno altri rapporti, escludendomi ?*“.

9. L'UOMO – PERSONA DI FRONTE ALLA MALATTIA

Il malato vive un grossa difficoltà; è bloccato nella sua attività quotidiana, spesso è totalmente dipendente dagli altri, in molti casi ha perso i suoi diritti, non è più padrone di sé e dei significati della sua vita. Non è più padrone di sé perché è ricoverato in un luogo estraneo, con regole precise e sostanzialmente caratterizzato da una neutralità affettiva e da un orientamento settoriale e specialistico. Non è più padrone di sé perché, forse, è affetto da malattia cronica, da menomazione permanente o handicap invalidante, conseguente un grave incidente, che non gli permetteranno in futuro di riprendere le attività quotidiane ed un ruolo sociale conquistato con sacrifici e fatica. Di conseguenza dovrà abituarsi a vivere da malato in un mondo di sani. Non è più padrone di sé perché è terrorizzato dalla morte che, in alcune situazioni, si avvicina velocemente. E di fronte a questa “espropriazione”, può assumere vari atteggiamenti, diversi secondo l'età, la personalità, la gravità della patologia, la modalità d'insorgenza, la capacità della famiglia e dell'ambiente sociosanitario di rispondere alle sue esigenze.

I bisogni del malato. “Ho bisogno di...”, “Sento il bisogno di...”, “Voglio...”, “Desidero...”, “Mi manca...” Parole e pensieri di questo genere, accompagnati da particolari condotte ed emozioni, solitamente rivelano uno stato particolare: il bisogno.

Il bisogno è uno stato soggettivo di carenza, uno stato di perdita di equilibrio, una mancanza di qualcosa (risorsa) che ottenuta farebbe ritornare l'equilibrio entro livelli di tolleranza. La reale possibilità di poter soddisfare i bisogni e di mantenere l'equilibrio in un momento così difficile come quello di un ricovero, soprattutto se resosi necessario per una patologia severa dipende dalla reale capacità del *team* ospedaliero (medico, infermiere, ausiliario) di saper riconoscere i bisogni. Focalizzare i bisogni vuol dire mettere al centro sia il malato che i familiari, utilizzando al meglio le risorse disponibili. Vuol dire massimizzare la *qualità di vita* nonostante la sofferenza; e tutto ciò aumenta le probabilità che la persona sperimenti un vissuto di “sollievo”, anche e soprattutto nel senso spirituale del termine. “*Quando entrerete in una casa, sarà per il sollievo dei malati.*”, raccomandava già 2500 anni fa Ippocrate, medico greco, padre della medicina.

Il malato può manifestare dei bisogni che, all'occhio della persona sana che lo assiste, possono sembrare contraddittori. Ha dei parametri diversi con cui confrontarsi, per cui gli stessi concetti di spazio e di tempo vanno modificandosi dando un senso diverso agli eventi che si susseguono. Il alato ha bisogno di dialogare con i sanitari e con i familiari in modo chiaro e aperto. Può volere sapere la verità, ma forse non tutta la verità. Può voler sapere la gravità della situazione e sentirsi consapevole del termine della vita, ma non avere piacere che questo gli venga detto in modo esplicito. Durante tutto il decorso della malattia, la persona ha il diritto di conoscere le terapie che gli vengono praticate e di decidere il tipo e la quantità delle cure a cui intende sottoporsi. Anche nella fase terminale ha bisogno di mantenere il controllo della propria situazione, continuando a partecipare alle scelte terapeutiche.

Proprio nei momenti più difficili, come quello di un ricovero ospedaliero, l'uomo percepisce che ha bisogno di “qualcosa” che va al di là di se stesso, che dia senso alla sua vita, e che sia capace di dare respiro, motivazione e spiegazione al suo desiderio di felicità. La spiritualità rappresenta per l'uomo, insieme, motivazione e obiettivo che trascende la limitatezza della singola persona e lo apre all'infinito.

Per accompagnare e sostenere adeguatamente il sofferente, e non soltanto nella fase del ricovero ospedaliero, dobbiamo comprendere i moventi dei suoi comportamenti (motivazione) e il significato di alcune

sue reazioni specifiche (atteggiamenti). All'atto pratico tutti coloro che sono chiamati ad assistere un malato, direttamente o indirettamente, possono e devono farsi carico della **relazione d'aiuto** e devono favorire al massimo le opportunità di dialogo. La parola e la vicinanza sono i legami che permettono di unire, cancellando la distanza e il silenzio; tolgoni dall'isolamento. Operatori sanitari, familiari, amici, religiosi, operatori pastorali e volontari possono rassicurare mandando messaggi positivi in diversi modi: scegliendo un luogo ed un momento adatti alla conversazione, presentandosi, toccando, sedendosi accanto al malato con tranquillità, rimuovendo gli ostacoli che potrebbero interferire nel rapporto.

10. LA CONTINUITA' DELLA CURA

Allorché ciascuno di noi si trova di fronte alla malattia, come primo impatto prova una sensazione di sgomento, se non di paura. Le reazioni personali successive dipendono dai valori, dalla fede, dalle risorse che ciascuno possiede e, ultimamente, anche dalle risorse economiche a sua disposizione per poter affrontare la situazione. Molte persone anziane vivono sole o per scelta o perché rimaste vedove. I figli, se ci sono, abitano lontano in altre città e devono lavorare. Non tutti hanno disponibilità finanziarie per potersi permettere il costo di una badante. Sicuramente la malattia rappresenta una realtà che non possiamo affrontare da soli. Per cui l'essere curati in caso di malattia, oltre ad essere un diritto dell'individuo ed interesse della comunità, sancito per legge (Costituzione italiana, art. 32), rappresenta un momento privilegiato di incontro, di relazione. Subentra la necessità non solo di essere informati, curati, assistiti, ma anche di essere accompagnati in tutto ciò che può conseguire ad essa.

Uno dei problemi più gravi che oggi ci troviamo ad affrontare nel nostro territorio è l'assicurare **"la continuità della cura"** al momento della dimissione dall'ospedale, soprattutto delle persone anziane. Oggi in ospedale vengono ricoverati solo malati affetti da malattie acute o da patologie che necessitano di indagini diagnostiche complesse e di una terapia altamente specialistica, per cui non possono essere curati ambulatorialmente o in regime di day hospital. Comunque in ospedale si rimane il tempo strettamente necessario per tornare, il più presto possibile e nelle migliori condizioni possibili, al proprio domicilio. A fronte di questo nella realtà veneziana sono numerosissime le persone anziane e sole che, superato l'evento acuto, non sono immediatamente in grado di riprendere a vivere senza alcun aiuto poiché magari abitano al terzo piano di una casa con scale impossibili e con la necessità di comperare le medicine, andare dal medico di famiglia, fare le spese e portarle a casa, cucinare, provvedere autonomamente agli atti comuni della vita.

Il Comune di Venezia fa sicuramente già molto, ma vi è necessità di collaborare più strettamente e soprattutto più velocemente con le strutture sanitarie, per "proteggere" le dimissioni di questi pazienti, per i quali tra l'altro ogni giorno in più passato in ospedale non solo crea disagio e disorientamento, ma aumenta molto il rischio di contrarre un'infezione ospedaliera, che per loro, data la fragilità commessa all'età avanzata oltre che agli esiti debilitanti dell'eventuale intervento chirurgico od ortopedico, cui sono state sottoposte di recente, può essere anche fatale.

L'approccio complessivo alla malattia ha come importantissima conseguenza la necessità di instaurare la relazione con gli altri e, dunque, con la società.

Ecco la necessità di una **"rete per l'umanizzazione"** nel territorio (quartiere, sestiere, parrocchia, strada, ecc.) dove viviamo. Occorre un cambiamento culturale profondo: un cambiamento che faccia sì che tutte le figure interessate, medico ospedaliero, medico di famiglia, e ammalato collaborino in modo più stretto, unitamente alla famiglia, quando c'è, con i buoni samaritani, con i vicini di casa. Occorre una maggior fiducia e disponibilità reciproca; con la convinzione di fondo, che tutte le figure nel campo socio-assistenziale operino per un unico fine, ovvero la salute del singolo, della sua famiglia, e della società intera.

Il vero salto in avanti non si ottiene solo con le leggi e regole migliori; e neppure attraverso l'impiego di maggiori risorse. Il vero salto di qualità si ottiene solo attraverso un **cambiamento culturale** che ci renda tutti più aperti e disponibili alle esigenze del prossimo, sia esso l'ammalato, la sua famiglia, il medico o la struttura. Il progressivo diffondersi della consapevolezza che non possiamo **"passare oltre"** alle richieste di aiuto solidale da parte degli anziani e di chi ha bisogno, favorirà il passaggio da un atteggiamento di passività e di delega ad un attivo coinvolgimento e corresponsabilità di tutti: le famiglie, i gruppi spontanei di buoni samaritani, le associazioni. La presenza e l'azione di buoni samaritani a domicilio deve diventare volano di solidarietà nella società. Cioè i valori di cui essi si fanno portatori devono diventare valori di tutti.

Occorre creare “**reti amicali**” nel territorio. Bisogna aiutare le famiglie ad aprire gli occhi sui vicini, a collegarsi fra loro, perché soltanto questa rete consentirà alle persone che vivono sole con grossi problemi, di salvarsi in caso di necessità.

Non vogliamo più leggere nei giornali o ascoltare nei telegiornali “morto da 10 giorni, e ne accorgono dopo che i Vigili del fuoco hanno abbattuto la porta di casa”. Nei condomini il non preoccuparsi dei bisogni di chi abita nell'appartamento di fronte, soprattutto se anziano, non è segno di “buona educazione” e di rispetto della “privacy”, è semplicemente inciviltà

Il buoni samaritani non possono ignorare queste realtà, ma devono dare il meglio di sé fungendo da raccordo, da cerniera, da ponte tra ospedale e territorio.

Qui si pone il problema della riservatezza, della privacy. La domanda cruciale è: il buon samaritano ospedaliero che comunica al suo omonimo che fa servizio a domicilio la prossima dimissione di una persona ricoverata, che ha bisogno gli sia garantita la “continuità delle cure”, viola la riservatezza, la privacy ? Può andare incontro a delle sanzioni ?

La risposta è insita nella definizione di *riservatezza* già illustrata (vedi pag. 9) Essa è “*la condizione di ciò che deve essere tenuto segreto o comunicato soltanto a una cerchia ristretta di persone*” Come l'operatore sanitario (medico, infermiere, tecnico) non viola il *segreto professionale* nel comunicare, *per ragioni professionali*, notizie riservate riguardante un paziente, così il volontario che comunica, *per ragioni di servizio*, ad un altro volontario (esso pure tenuto al vincolo della riservatezza) notizie riguardanti un malato di cui ci si “prende cura”, non viola l'obbligo di rispettare la privacy. In una parola: è vietato “squamcherare” senza una preciso e giustificato motivo, ma *bisogna sempre e comunque salvaguardare l'intimità e la dignità della persona*.

Ovviamente, prima di prendere qualsiasi iniziativa, è doveroso informare adeguatamente il malato che l'associazione, il gruppo parrocchiale cui si appartiene è in grado di offrire una “**continuità di assistenza**” a domicilio. Per cui se egli acconsente, potrà essere predisposto questo prezioso servizio. Il “bisogno di sicurezza” rende giustamente diffidente la persona anziana, ragione per cui soltanto se il volontario avrà saputo instaurare un rapporto di **fiducia** con la *qualità del suo servizio* attento, premuroso, educato, profondamente umano, la proposta con ogni probabilità potrà essere accolta.

11. LA RELAZIONE D'AIUTO

Le relazioni col malato sono l'alfa e l'omega, il punto di partenza e il punto di arrivo dell'attività **diagnostica, curativa ed assistenziale**. Queste relazioni influenzano lo stato d'animo del malato e quello delle persone che lo curano e lo assistono, possono provocare nei vari casi e indipendentemente dalla natura della malattia, gioie o dolori, collaborazione o dissenso, comprensioni o incomprensioni. Il “buon samaritano” entra in relazione con l'altro e risponde ad un bisogno fondamentale della nostra epoca, quello di **avere una persona accanto**. Ed il termine “assistenza”, che deriva dal verbo latino “ad-sisto” ha proprio questo significato: “sto accanto” per sostenere, aiutare sia materialmente che psicologicamente. I nostri contemporanei, soprattutto i sofferenti, sentono imperioso il bisogno di parlare, di uscire dal proprio isolamento, di partecipare il proprio vissuto e il proprio tormento.

Lo spazio sempre maggiore che i giornali dedicano alle lettere dei lettori, il successo della comunicazione via Internet attraverso le comunità virtuali e lo “chattare”, le varie trasmissioni televisive dove si raccontano anche gli aspetti più intimi della propria vita, addirittura lo scrivere slogan sui muri, ci dimostrano questa forte esigenza che per il sofferente diventa “**bisogno terapeutico**”. Ma perché si possa *parlare* occorre qualcuno disposto ad *ascoltare*. E oggi è molto difficile trovare che ne abbia voglia, tempo e disponibilità. La nostra società non ha inteso questa necessità e, di conseguenza, esalta chi sa parlare bene, comparire, apparire, vendersi, fare di se stesso in prodotto.

La “relazione” è soprattutto presenza, saper entrare nel campo di conoscenza, nei problemi e nel vissuto dell'altro partecipando alle sue ansie e condividendo le sue speranze. La relazione chiesta al volontario è composta sia da elementi “tecnici”: l'accoglienza, l'ascolto, il non giudicare, il contatto continuo con la propria interiorità, l'utilizzare il tempo necessario, ma soprattutto da convinzioni che possiamo riassumere nel

rispetto e nell'accettazione della diversità. Gli esseri umani in una situazione di sofferenza hanno bisogno di altri esseri umani per rimettersi in piedi e la mano tesa di un medico, di un operatore sanitario o pastorale, di un volontario non sarà rifiutata. I malati e i sofferenti si aspettano attenzione, tempo e una parola di incoraggiamento, un atto umano. Il colloquio personale potrà aiutare il malato a trovare un senso a ciò che sta vivendo e a trovare risposta alle domande sul senso della vita, sul significato del dolore,

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 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 sentimenti, individuarne le risorse e i valori.

Per i “buoni samaritani”, soprattutto per quelli che operano a domicilio. andare dall'ammalato, tenergli compagnia, aiutarlo a mangiare, fare una passeggiata con lui, occuparlo in qualche attività diversiva, svolgere dei piccoli servizi (telefono, scrivere...), vuol dire amarlo con un servizio concreto che è più che amarlo soltanto con le intenzioni e il pensiero.

Benedetto XVI nel Messaggio pontificio in occasione della XVI Giornata mondiale del malato (2007) si è così espresso: *“E' importante non lasciare i malati nell'abbandono e nella solitudine mentre si trovano ad affrontare un momento tanto delicato della loro vita. Meritevoli sono pertanto coloro che con pazienza e amore mettono a loro servizio competenza professionale e calore umano. Penso ai medici, agli infermieri, agli operatori sanitari, ai volontari, ai religiosi e alle religiose, ai sacerdoti, ai diaconi, agli operatori pastorali che senza risparmiarsi si chinano su di essi, come il buon Samaritano, non guardando alla loro condizione sociale, al colore della pelle o all'appartenenza religiosa, ma solo a ciò di cui abbisognano”*.

Occorre, dunque, un'alleanza esistenziale tra il malato, i suoi familiari, il personale sanitario, i volontari disponibili, l'assistente religioso in ospedale, il parroco a domicilio e i loro collaboratori laici per la pastorale della salute, che permetta un approccio globale alla persona malata e consenta il passaggio dalle molteplici prestazioni ad una vera “relazione d'aiuto”, umana, solidale, adeguata ad un integrale accompagnamento della persona malata. Ricordando sempre che ogni relazione è unica e irripetibile, come unica e irripetibile è la persona che incontriamo.

12. RUOLO DEI “BUONI SAMARITANI” OGGI

Ciascuno di noi nella propria vita si trova a svolgere ruoli diversi in ambito familiare (figlio/a, padre, madre, sorella, zio, nonno/a, ecc), professionale, lavorativo (dirigente, collaboratore, operaio), sociale, politico, sportivo, religioso, ecc. La sua riuscita “eccellente” in ciascun ruolo dipende dal suo talento, dalla sua volontà, dalla sua motivazione, dall'interpretazione ottimale del proprio ruolo, dalla sua appassionata dedizione. A tutti noi è richiesta una coerenza di vita. Non è coerente e credibile che nella professione tratta con sufficienza chi a lui si rivolge per aiuto, consiglio, e poi, fuori dal servizio, entra nella casa dell'anziano della porta accanto pieno di attenzioni e di premure.

Con l'**individuazione dei rapporti personali** i “buoni samaritani” sanno farsi stimare dalla struttura in cui operano ed acquistano la fiducia degli altri operatori siano essi sanitari, pastorali, volontari. Nello svolgimento del proprio ruolo divengono persone *credibili* che non danno l'impressione di vivere il servizio come ripiego nel tempo libero o come ricerca di gratificazione. Il ruolo dei “buoni samaritani” nell'ambito del sistema socio-sanitario è destinato ad assumere un'importanza sempre maggiore sia che il servizio venga svolto in ospedale, sia e soprattutto quando viene svolto al domicilio della persona bisognosa di aiuto.

1. In ospedale sono cresciute nel paziente le giuste aspettative di professionalità, umanità, rapidità, efficienza, alta specializzazione e di un ambiente di ricovero funzionalmente adatto e confortevole. Tutto ciò mette a dura prova l'impegno degli operatori sanitari e la pazienza dei degenzi. In un ospedale che diventa sempre più tecnologico ed attento alle procedure ed in cui la durata della degenza è sempre più breve, si sente acuta, infatti, la difficoltà del dialogo tra paziente ed operatori sanitari. I “buoni samaritani” ospedalieri possono rappresentare *figure fondamentali di intermediazione*, di ascolto dei bisogni dei malati e, mettendo in atto la “**relazione d'aiuto**”, vengono a costituire il fiore all'occhiello di un processo di umanizzazione dell'ospedale. L'ospedale è una macchina fragile e costosa per cui bisogna averne cura. Il “buon samaritano” in ospedale, in quanto non è né paziente né operatore sanitario, costituisce una *testimonianza*

non solo cristiana, ma anche di impegno civico e di coinvolgimento diretto del cittadino nel processo assistenziale. Nell'espletare la "relazione d'aiuto" il "buon samaritano" ospedaliero svolge il ruolo di intermediario, garante di una assistenza umana e umanizzante.

2. Territorio. Il Servizio Sanitario di un paese moderno deve essere basato sul concetto di "rete assistenziale", costituita da familiari, medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, badanti, ma di cui anche i "buoni samaritani" sono parte integrante e necessaria per poter garantire la "continuità della cura" che è una delle caratteristiche basilari di un Servizio Sanitario efficiente ed efficace.

Se si accettano queste premesse, è chiaro che l'opera dei "buoni Samaritani" non può essere vista come una componente opzionale dell'assistenza sanitaria, ma deve invece integrarsi a pieno titolo tra i soggetti ad essa istituzionalmente deputati. Ciò comporta la necessità che la comunità cristiana e le associazioni di volontariato si facciano parte attiva per garantire che il "buon samaritano" svolga il suo lavoro con competenza e professionalità, non essendo più sufficienti, per quanto sempre necessarie, la dedizione e la motivazione. Competenza e professionalità si acquisiscono attraverso una adeguata formazione di base e poi una formazione continua. La delicatezza del servizio, le difficoltà che si incontrano, esigono che non si agisca a "schiere sparse" e a "briglie sciolte", ma implicano avere una strategia condivisa da perseguire passo dopo passo. Ciò implica che le realtà associative e i gruppi parrocchiali, pur mantenendo la propria autonomia, stabiliscano un coordinamento per un proficuo scambio di esperienze e reciproco sostegno, cui l'Ufficio per la pastorale della salute offre la propria collaborazione sia attraverso il sito internet, sia con periodici incontri, sia in preparazione della Giornata Mondiale del Malato che in altre occasioni che il coordinamento stesso potrebbe suggerire.

Giovanni Paolo II nell'Enciclica **"Salvifici doloris"**, di cui quest'anno celebriamo il venticinquesimo dalla sua pubblicazione, è estremamente esplicito circa il ruolo dei "buoni Samaritani": *"L'eloquenza della parabola del buon Samaritano, come anche di tutto il Vangelo, è in particolare questa: l'uomo deve sentirsi come chiamato in prima persona a testimoniare l'amore nella sofferenza. Le istituzioni sono molto importanti ed indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro. Questo si riferisce alle sofferenze fisiche, ma vale ancora di più se si tratta delle molteplici sofferenze morali,, e quando, prima di tutto, a soffrire è l'anima "* (n. 29)

Sempre vera ed attuale l'espressione di Paolo VI: *"Il mondo moderno è più disposto ad ascoltare i testimoni che non i maestri "* Oggi con il proprio esempio occorre promuovere modi di pensare, atteggiamenti mentali nuovi da cui derivino nuovi comportamenti, pur sempre ispirati al modello del "buon samaritano" della parabola evangelica.

13. CONCLUSIONE

Ogni convegno rappresenta una tappa che poi deve continuare, proseguendo il cammino in seno alla propria associazione, al proprio gruppo ecclesiale, nel discernere di come attuare messaggi ed indicazioni che sono emersi durante questo nostro incontro .

La risposta alla sfida dell'Umanizzazione della sanità sia negli ospedali che nei distretti socio-sanitari, nelle case dei malati, degli anziani non autosufficienti, dei diversamente abili, non può essere che uno sforzo collettivo per trovare vie nuove, agganciandole ad una concezione della vita capace di ispirare relazioni personali autentiche e di piegare l'opera delle Istituzioni nel senso di un più grande rispetto dell'uomo.

Rumanizzare la medicina, la sanità significa pertanto lottare per riconfermare una moralità basata sulla dignità della persona. Oggi occorre ricollocare il malato al centro dell'attenzione dell'organizzazione ospedaliera, e più in generale della sanità, prendere consapevolezza che il vero protagonista, la ragione d'essere di tutta la struttura è lui, la persona malata

Quanto è stato detto vuole essere una proposta orientativa, utile ad impostare il servizio accanto a chi soffre, ed a guidarne lo svolgimento. L'invito della vita è di offrire un contributo personale, anche se umile, per migliorare un mondo che soffre. Per come debbano comportarsi gli operatori sanitari, medici, infermieri esistono i Codici deontologici scritti da rispettare; per i "buoni samaritani" non esiste un codice scritto sulla

carta, ma deve essere scritto nel cuore. L'esercizio dell'azione di accompagnamento, sollievo, aiuto, conforto, esplicata dai "buoni samaritani" rappresenta una visione diversa da quella che, tuttora, esiste nella nostra società: **una concezione che evidenzia l'importanza del passaggio dal "fare" all' "essere", per creare la prassi e la cultura della solidarietà e della credibilità dell'azione gratuita.**

"L'amore non ha confini, se non quelli che gli diamo ", ha scritto Italo Calvino.

Questa deve essere la Vostra presenza e la Vostra sfida in una società che ha bisogno di riscoprire il **valore** del "**farsi prossimo**", e che ha bisogno di rivitalizzarsi con il protagonismo intelligente e costruttivo di tutti e di ciascuno.

APPENDICE

14. LA MOTIVAZIONE COME "CONOSCENZA DI SE"

Il discorso riguardante le motivazioni che inducono ad intraprendere una **relazione d'aiuto** o come operatorie pastorale o come volontario è complesso, entrando in azione vari fattori e diverse situazioni, ma **fondamentalmente perché dalla loro identificazione e verifica dipende, in massima parte, la qualità del servizio**. La loro genuinità e la loro trasparenza potranno essere riconosciute solo mediante in percorso all'interno della propria personalità.

14.1. La motivazione. Il termine motivazione copre una serie di altre parole del linguaggio comune: intenzione, desiderio, fine, interesse, movente, scelta, preferenza. Tutti termini indicanti che il comportamento segue una direzione che gli è stata impressa prima che si manifestasse.

La motivazione è ciò che è capace di "muovere" il soggetto. Indica l'insieme dei motivi e delle attese che spingono ad agire.

La motivazione, dunque, non è un fatto osservabile ma un insieme di forze che ispirano, dirigono e sostengono il comportamento nei confronti di una determinata scelta o realtà in seguito all'azione di stimoli esterni o sulla base di particolari itinerari interiori e risponde alla domanda: "Perché compio questa azione? " e, nel nostro caso, "**Perché decido di scegliere di fare il volontario o l'operatore pastorale** (accolito, ministro straordinario della comunione) ? "

14.1.1. La motivazione al servizio di assistenza a chi è nel bisogno

La motivazione è il motore propulsore che accende il dinamismo della persona, infonde entusiasmo nella vita, spinge a compiere gesti e servizi di donazione e di altruismo.

Due sono gli ingredienti che sostengono una solida motivazione: una buona dose di *umiltà*, che scaturisce dalla disponibilità ad affrontare il proprio disagio e la propria povertà dinanzi alla sofferenza; e una buona dose di *coraggio*, che nasce dalla pazienza di fronte alle prove e dalla capacità di non arrendersi dinanzi alle difficoltà; umiltà intesa come *ricerca*, non umiltà nel senso di tirarsi indietro o del dire che siamo incapaci di affrontare questa realtà; questa non è umiltà, questo è disimpegno, è non riconoscere le energie che lo Spirito non cessa di mettere in noi

Le migliaia di buoni samaritani che ogni giorno percorrono le corsie degli ospedali d'Italia per visitare gli anziani, i portatori di handicap, i malati di AIDS, i malati di mente in centri di riabilitazione o nelle loro case, sono mossi da ragioni o da motivazioni diverse. Spesso essi stessi non si sono mai soffermati ad interrogarsi sul perché o sulle ragioni che li hanno portati ad accostarsi a chi soffre. Alcuni hanno la presunzione di fare tanto, ispirati dalle più nobili intenzioni e dallo spirito della più genuina carità, che non richiede ricompense di alcun tipo. In realtà ogni azione altruistica porta in sé il carattere dell'ambivalenza: mentre è tesa a soddisfare i bisogni del prossimo è anche una opportunità per la realizzazione di sé e risponde all'esigenza di sentirsi amato, gratificato e apprezzato.

Il volontario che svolge il proprio servizio all'interno di gruppi autonomi o di associazioni confederate può avere una varietà di **motivazioni sociologiche, motivazioni psicologiche, motivazioni pedagogiche**.

14.1.2 Motivazioni sociologiche

Le motivazioni sociologiche che potrebbero indurre la persona ad entrare a far parte di una associazione di volontariato socio-sanitario, e a lavorare insieme in un programma di formazione, includono:

- ***Il desiderio di dilatare il proprio mondo per aprirsi ad una realtà più vasta.***

Gli obiettivi e ambizioni dell'uomo comune non soddisfano il volontario. C'è in lui il desiderio di contribuire ad una più vasta società. Il sentirsi coinvolto con altri, nel tessuto vivo di problematiche umane, lo aiuta a trovare nuove dimensioni alla sua esistenza, a **divenire voce per chi non ha voce, coscienza critica all'interno della società.**

- ***L'apporto degli altri alla propria crescita.***

Ogni persona è unica nel suo stile e nel suo modo di leggere la realtà. Quando persone diverse si riuniscono insieme per collaborare ad un progetto comune, il gruppo si arricchisce con il contributo di esperienze umane distinte: c'è la casalinga, lo studente, l'impiegata, il professionista, il pensionato. C'è il celibe e lo sposato, il giovane e l'anziano. Lavorando insieme si apprezza il valore dell'unità nella diversità e ci si arricchisce con l'apporto che gli altri offrono al proprio modo di vedere e di sentire.

- ***Il contatto con diversi mondi.***

Ogni volontario svolge il suo servizio in un ambiente diverso: chi in ospedale e chi a domicilio, chi in case per anziani e chi in centri per handicappati, chi in comunità di recupero di tossicodipendenti e chi in carcere. Dato che per il singolo non esiste la possibilità di inserirsi in tutti questi contesti sociali, nel contatto col gruppo si ha l'opportunità di conoscere la realtà e le problematiche di questi mondi. Ecco la necessità ed insieme il vantaggio arricchente di periodici incontri in seno all'associazione.

- ***Il bisogno di appartenenza.***

Un bisogno importante dei volontari è di sentirsi membri di un gruppo che incarna determinati valori e principi. All'interno del gruppo essi svolgono le funzioni e i servizi più rispondenti alle loro inclinazioni. C'è chi è più propenso a coltivare la componente umana del volontariato: la comunicazione, l'ascolto e l'appoggio umano. C'è chi preferisce la componente pratica dell'assistenza: servizi domiciliari, pratiche diverse, prestazioni concrete. C'è chi si sente più portato verso la componente funzionale dell'organizzazione: programmazione, ricerca di fondi, pubblicità, informazione. La varietà dei carismi, delle attitudini e contributi rappresenta un principio di forza e di vitalità del gruppo.

- ***Il bisogno di valorizzazione personale.***

Il significato della vita dipende molto dal sentirsi apprezzati sostenuti. Ciò è molto gratificante e promuove le capacità donative della persona. Queste capacità contribuiscono a saldare lo spirito di unione e solidarietà, che si manifestano non solo durante gli incontri di carattere formativo, ma anche durante iniziative di natura socio-ricreativa.

Pericoli da evitare

- ***Il pericolo del dilettantismo.***

Il volontario pratica interventi frazionati, dispersivi, e discontinui;

- ***Il pericolo della disorganizzazione.***

Quando manca il coordinamento si rischia di doppiare i servizi e di non assicurarne la continuità;

- ***Il pericolo di danneggiare il buon nome dell'organizzazione***

Gli sforzi isolati, alle volte impulsivi e imprudenti, possono nuocere all'immagine stessa del volontariato e della comunità;

- ***Il pericolo di indebolire l'identità del gruppo.***

Il moltiplicarsi di iniziative personali, indipendenti da uno sforzo comune, concorre a mutilare l'identità del gruppo e l'organicità degli interventi.

14.1.3 Motivazioni psicologiche

La competenza che si richiede ai volontari socio-sanitari non è professionale, ma ***umana e umanizzante***. Il volontario deve sempre più perfezionarsi nella capacità di relazionarsi e di trasmettere umanità. Diverse sono le ragioni che possono spiegare il suo coinvolgimento con gli altri, tra queste:

- ***Coscienza e ruolo dei bisogni personali.***

Quando si parla di volontari c'è la tendenza a sottolineare l'aspetto gratuito del servizio, la dedizione, il disinteresse.

E' vero, i volontari non sono pagati, ma non lavorano per niente. Il volontariato non è solo un modo per aiutare gli altri, ma sé stessi. Scavando un po', sotto le intenzioni più genuine e altruistiche, ci sono esigenze personali da appagare. Per alcuni il volontariato gratifica perché dà significato nuovo alla vita, per altri serve ad alleviare un certo senso di isolamento, per altri ancora offre un certo protagonismo sociale. Forse non è del tutto azzardato suggerire che spesso i volontari hanno più bisogno degli assistiti che non gli assistiti dei volontari.

- ***Fiducia di avere qualcosa da offrire***

Se è vero che è doveroso riconoscere la presenza di motivazioni personali da soddisfare, è pure vero che il volontario è cosciente di avere qualcosa da offrire al prossimo bisognoso. Il suo servizio risulterà tanto più efficace quanto più è ***personalizzato***. Per esempio, il solo sforzo di chiamare le persone per nome può aiutare a sentirsi meglio. Una base solida per meglio avvicinarsi agli altri è di ***cultivare qualità che umanizzano*** gli incontri con chi è in situazioni di bisogno quali: ***la sensibilità, la pazienza, la gentilezza, il calore umano.***

Servire vuol dire ***partecipare sé stessi*** secondo le esigenze del momento. A volte si porta il dono di una presenza rasserenante, altre volte si offre una fede che ispira, o un sorriso che allieva.

Servire significa ***essere umili*** nell'offrire il proprio contributo senza imporre le proprie prestazioni.

Il volontario deve imparare a "leggere" la situazione e riconoscere dove c'è bisogno di ***sostegno, di ascolto, di conforto, di spazio, di attesa.***

- ***Disponibilità ad apprendere.***

Il contatto con la sofferenza dell'altro porta a guardare alla propria realtà con un'ottica diversa. Di fronte all'handicappato, le lagnanze ed i problemi personali perdono la loro giustificazione. Ogni incontro costituisce un'opportunità di apprendimento e un ***incentivo a crescere in umanità***

Pericoli da evitare

- ***La tendenza a proiettare***

Spesso si proiettano sugli altri i propri bisogni, come quando, spinti dal proprio entusiasmo, si rende il prossimo sempre più dipendente da chi lo aiuta, invece di incoraggiarlo a sviluppare l'autosufficienza. L'attuazione di interventi efficaci dipende dalla capacità di distinguere i propri bisogni da quelli degli altri, riconoscendo dove possono convergere e dove deviano.

- ***La tentazione della messianicità.***

Una tendenza ricorrente è il misurare il valore del proprio contributo in base ai problemi risolti, ai risultati ottenuti. Il compito del volontario non è di intervenire come esperto, ma di **accompagnare come amico**.

- ***L'atteggiamento medico.***

Un altro pericolo è di avvicinarsi al sofferente con lo stile del medico dilettante: “*come va il mal di testa oggi?*”, “*Quando è il prossimo trattamento di chemioterapia?*”, “*Quando ti levano il gesso?*”. L’interlocutore può sentirsi bombardato da questo esame medico. Sì, qualche domanda sullo stato di salute può servire per uno scambio iniziale. Ma non ci si può soffermare soltanto al corpo, ***il dialogo deve saper parlare al cuore e all'anima della persona.***

- ***Il toccasana dell’allegria.***

C’è chi è convinto che la principale missione verso coloro che soffrono è di tenerli allegri. Quando il volontario si fa paladino di questa filosofia, questo modo di agire, il suo intento e di “tener su lo spirito”, di sdrammatizzare le preoccupazioni. Senza dubbio il buon umore, quando appropriato, è sano e tonificante, ma quando è inopportuno può turbare e irritare.

E’ importante quindi mettersi in sintonia con la gente e con le situazioni concrete.

14.1.4 Motivazioni pedagogiche

Si dice spesso che l’ “esperienza insegna”. In realtà tale affermazione è solo parzialmente vera. Se l’esperienza è veramente maestra, come mai tanti continuano a ripetere gli stessi errori ?

L’esperienza da sola non insegna. ***L’esperienza diventa maestra quando è accompagnata dalla riflessione e dalla volontà di seguirne gli indirizzi.*** Le opportunità formative e di verifica dovrebbero quindi procedere di pari passo con l’azione. La riflessione è importante punto di riferimento per comprendere le motivazioni e le tecniche pedagogiche su cui è fondato un lavoro d’insieme e l’impegno a servire meglio gli altri. A livello pedagogico la riflessione può aiutare a capire alcune basi su cui è impenniato il volontariato; esse sono:

- ***Una esperienza personale del dolore.***

L’intuizione cioè che, spesso, la motivazione di servizio è basata su ***una esperienza personale del dolore***, a livello fisico, spirituale o psicologico. Questo vissuto personale matura il desiderio di aprirsi ad altri che soffrono simili crisi. Il dolore non uccide ma educa e crea le basi per gesti di donazione di sé. Il dolore ha in sé il potenziale per divenire l’elemento più formativo della vita. Dal dolore si sprigiona l’amore.

- ***La sagacia di riconoscere nei sofferenti i migliori insegnanti.***

Essi offrono lezioni di pedagogia dal vivo sul come prestare migliore assistenza, sui loro diversi modi di affrontare le prove della vita. I diversi modelli, che si presentano al volontario, gli forniscono spunti di riflessione sulle sue possibili scelte e atteggiamenti di fronte a simili crisi nel futuro.

- ***Il servizio promuove la creatività.***

Il contatto con gli altri può portare alla luce qualità insospettabili e dare impulso alla propria immaginazione. C’è chi si industria a far sorridere, chi rasserenà col canto, chi intrattiene con la lettura. Per chi sa mobilitare la propria creatività non ci sono limiti alle possibilità umane.

- ***Il confronto di gruppo.***

Il bisogno di migliorarsi è legato alla necessità di esaminarsi e confrontarsi serenamente. L’incontro con gli altri volontari diventa il contesto di verifica del proprio operato. Nella partecipazione di problemi e approcci alle diverse situazioni umane, una persona allarga la gamma delle proprie conoscenze, assimila nuovi stili

di intervento, ricava spunti per operare diverse scelte. *L'esperienza di gruppo, quando è condotta con tatto, diventa “luogo” di formazione e di informazione per attuare un servizio più incisivo.*

Pericoli da evitare

- **Preoccupazione di efficientismo.**

Questo pericolo è basato sulla convinzione che la misura del proprio operato è definita da azioni concrete e toccabili con mano. Si rischia di “fare” senza riflettere, cioè senza la disponibilità alla verifica e all'autocritica. Collegato a questo è il rischio di svalutare il significato dell' “**essere**”, della propria presenza umana.

- **Pretese di autosufficienza.**

Il volontario presume di non aver nulla da imparare e di aver assimilato tutto il necessario per un competente servizio.

- **Il rischio di spontaneità “non guidata”.**

Spesso il volontario è costretto a condurre avanti la sua esperienza come meglio può, perché mancano le strutture di sostegno, di guida e di scambio. Così, senza il beneficio di un gruppo di verifica o di un competente che accompagna, il volontario è lasciato in balia di sé stesso nell'imparare l'arte di aiutare chi si trova in situazione di bisogno, di aiuto.

Le domande su cui dovremmo interrogarci sono di questo tenore:

- In che modo possiamo approfondire il rapporto con quelli che vivono nella sofferenza alleviandone il peso ?
- E in che modo possiamo contribuire nel creare condizioni positive per lo sviluppo della qualità della vita dei sofferenti e, quindi, all'umanizzazione dell'assistenza ?

Le risposte a tali domande dipendono certamente dalla nostra formazione sociale, etica, culturale, dai valori fondamentali e dalle motivazioni che ispirano il nostro comportamento. Non esistono risposte precise, ma è sicuramente possibile soffermarsi sugli spunti di riflessione proposti durante l'incontro sul tema “**Qualità e umanizzazione: un binomio inscindibile**” allo scopo di trarne suggerimenti operativi per il proprio gruppo di “buoni samaritani” a livello parrocchiale, vicariale, ospedaliero, associativo.