

# PARTECIPARE

PERIODICO MENSILE A CURA DELLA SEGRETERIA  
ZONALE FLAEI - CISL di VITTORIO VENETO

Speciale  
N.  
Anno 2016  
Pastorale della  
salute

**Direttore Responsabile:** SILVIO DI PASQUA

**Proprietario:** BENIAMINO MICHIELETTO

Autorizz. Del Tribunale di Treviso  
n.463 del 5/11/1980

**Redazione e stampa:**  
31029 VITTORIO VENETO

Via Carlo Baxa, 13

tel. 0438-57319 – fax: 0438/946028

.....e-mail: [trevisoflaeicisl@gmail.com](mailto:trevisoflaeicisl@gmail.com)

“Poste Italiane SpA - Spedizione in  
abbonamento postale – 70% NE/TV”

**Hanno collaborato:** Le Segreterie Nazionale, Regionale e Territoriale della FLAEI-CISL, Bazzo Giorgio, Griguolo Tiziano, De Luca Adelino, Fontana Sergio, De Bastiani Mario, Perin Rodolfo, Budoia Angelo, Tolot Margherita, Dal Fabbro Edgardo, Battistuzzi Lorenzo, Sandrin Giuseppe, Faè Luciano, Piccin Livio, Da Ros Remigio, Carminati Giovanni, Pilutti Aldo, Tempesta Domenico, Bitto Valter.

SOMMARIO:

**II CONVEGNO DI PASTORALE  
DELLA SALUTE 2015**  
**Come prendersi cura?**

**III CONVEGNO DI PASTORALE  
DELLA SALUTE 2016**  
**“Professionalità e (è) Misericordia”**

Vuoi ricevere Partecipare per posta elettronica? Segnala a: [treviso@flaei.org](mailto:treviso@flaei.org) oppure [flaeicisl.treviso@gmail.com](mailto:flaeicisl.treviso@gmail.com)

Indice

Pag	Argomento
4	<b>II CONVEGNO DI PASTORALE DELLA SALUTE 2015</b>
4	<b>Come prendersi cura?</b>
5	<b>Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana.</b>
6	<b>Evoluzione delle politiche per la salute: dalla cura della malattia alla cura della persona e della comunità</b>
6	LA SALUTE ...
6	ART. 32 COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA (1948)
6	ART 1 COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA (1948)
6	LEGGE N.833/78 “ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”
6	EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE ...
6	MISURE DI SALUTE E MISURE DI MALATTIA
6	POPOLAZIONE RESIDENTE NELL’ULSS 7. ANNI 1995-2013
7	LA PIRAMIDE DELL’ETÀ
7	IL PROGRESSIVO INVECCHIAMENTO
7	LA SPERANZA DI VITA
8	LA MORTALITÀ IN ITALIA. ANNI 1861-2011
8	LA MORTALITÀ PER CAUSA IN ITALIA. ANNI 1881-2001
8	LA MORTALITÀ DEI BAMBINI IERI E OGGI IN ITALIA
9	LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NELL’ULSS7 - ANNI 2007-2011
9	ANNI DI VITA PERSI NELL’ULSS 7
9	LA SPERANZA D VITA IN BUONA SALUTE
10	LE MALATTIE CRONICHE PIU’ DIFFUSE
10	LE PATOLOGIE CRONICHE
10	TASSI DI MORTALITÀ CARDIACA: CONFRONTO FRA LA PRIMA E L’ULTIMA CLASSE SOCIALE IN INGHILTERRA (PER 100.000)
11	I FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NON SONO SOCIALMENTE NEUTRI
11	PERSONE CON LIMITI FUNZIONALI (Italia, fonte ISTAT)
11	IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (REGIONALE)
11	ORGANIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA SANITARIA (D. LGS. 502/1992)
12	BISOGNI DIVERSI ...
12	CRITICITÀ E SFIDE DA AFFRONTARE (dal PSSR 2012-2016)
12	OBIETTIVI PRIORITARI DEL PSSR NELL’ASSISTENZA TERRITORIALE
13	PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE
13	ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELL’ETÀ ADOLESCENZIALE
13	ASSISTENZA AL PAZIENTE CRONICO
13	ASSISTENZA AL PAZIENTE FRAGILE
13	FILIERA DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE
13	LA DECLINAZIONE LOCALE ...
13	ART 1 DELLA COSTITUZIONE ...
15	<b>Meno Ospedale Territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana</b>
15	<b>IERI</b>
16	<b>OGGI</b>
16	<b>IL MEDICO DI FAMIGLIA</b>
16	<b>“DALLA CURA” AL “PRENDERSI CURA”</b>
16	<b>CHI PARTECIPA ALL’INDIVIDUAZIONE/RISPOSTA DEI BISOGNI</b>
17	<b>LE CURE PALLIATIVE</b>
17	<b>OBIETTIVO DELLE CURE PALLIATIVE</b>
18	<b>“GLI INFERMIERI CAMBIANO ...”</b>
18	<b>LA PROFESSIONE NEL CONTESTO</b>

Pag	Argomento
18	<b>DALL'OSPEDALE AL DOMICILIO</b>
19	<b>“IL CONTESTO DEFINISCE LE AZIONI”</b>
19	<b>“SISTEMA FAMIGLIA”</b>
19	<b>“LA PRESENZA”</b>
19	<b>LA NARRAZIONE</b>
20	<b>L'ASPETTO EDUCATIVO</b>
20	<b>DISORIENTAMENTO</b>
20	<b>LAVORARE A DOMICILIO È IMPEGNATIVO</b>
21	<b>LA PRESENZA</b>
21	<b>L'ÉQUIPE</b>
21	<b>CONCLUSIONE</b>
21	<b>IL RACCONTO</b>
23	<b>III CONVEGNO DI PASTORALE DELLA SALUTE 2016</b> <b>“Professionalità e(è) Misericordia”</b>
23	<b>LETTERA DI INVITO</b>
25	<b>S.E. Mons. Corrado Pizziolo, Vescovo di Vittorio Veneto</b> □ “Flash” sul vissuto:
27	<b>CONIUGARE PROFESSIONALITA' E MISERICORDIA NELLA CURA DELLA SALUTE</b>
27	<b>PROFESSIONALITA' - MEDICO</b>
27	<b>PROFESSIONALITA' – INFERMIERE</b>
27	<b>MISERICORDIA</b>
27	<b>MODELLI DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE</b>
28	<b>QUINDI</b>
29	<b>LA MISERICORDIA NELLA RELAZIONE DI CURA</b>
3	<b>CHI E' MONS RENZO PEGORARO</b>
31	<b>DAL SETTIMANALE DIOCESANO L'AZIONE DEL 28 FEBBRAIO 2016</b>
31	<b>PRIMO PIANO</b>
31	<b>IL VESCOVO: “BINOMIO POSSIBILE”</b>
31	<b>COMPATIBILITÀ E CONTRASTI</b> Le testimonianze di otto operatori
37	<b>LA LECTIO MAGISTRALIS DI MONS. ENZO PEGORARO</b> Tra scienza e coscienza
39	<b>ALTRI TEMI EMERSI DAL DIBATTITO</b>

## II CONVEGNO DI PASTORALE DELLA SALUTE 2015

### Come prendersi cura?

L'Azione 22 febbraio 2015

Evitare che la riduzione delle risorse e delle persone impoverisca i territori e le comunità. È il messaggio lanciato dalla Pastorale della salute della diocesi di Vittorio Veneto nel suo convegno di sabato 14 febbraio in Seminario “Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana”.



Si tratta anzitutto di una sfida che la Chiesa pone a se stessa: con meno sacerdoti, e più unità pastorali che parrocchie con parroco residente, come garantire sempre la cristiana vicinanza a chi soffre?

Una risposta, che è poi anche vero fulcro della pastorale della salute ventura, sta in chi ogni giorno porta Cristo Eucaristia ai malati: i ministri straordinari della Comunione. In diocesi sono almeno quattrocento, ed è stato il vescovo Corrado stesso a sottolinearne l'importanza. Il loro ruolo, come ha evidenziato anche il direttore della Pastorale della salute don Roberto Camilotti, non è più solo in ambito liturgico, ma è appieno un servizio della carità. Per loro, come per tutti, vale da esempio il “prendersi cura” del Buon Samaritano, la compassione che è la stessa del compassionevole Dio in cui crediamo.

Prendersi cura non solo del fisico, ma anche delle paure e delle tristezze di chi è malato, non è solo compito dei sacerdoti, dei consacrati, dei ministri straordinari. Lo dimostra il buon numero di medici e operatori sanitari tra i 180 presenti al convegno.

Lo conferma l'intenzione della Pastorale della salute di avviare un corso di formazione sull'assistenza spirituale che sia anche accreditato Ecm, ossia un'opzione per la formazione obbligatoria del settore sanitario.

Ma l'equazione “meno risorse, meno assistenza” è un rischio che anche il servizio sanitario pubblico deve evitare, si è sottolineato al convegno. In ogni caso, di fronte alle modifiche che spostano la cura e il malato dall'ospedale al territorio, la Pastorale della salute offre alle istituzioni ascolto e dialogo e raccomanda a tutti i suoi operatori prontezza per adeguarsi al rinnovamento.

## Diocesi Vittorio Veneto II Convegno di Pastorale della Salute il 14 febbraio 2015

### **Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana.**

Se la sanità si sposta sul territorio, si sposta anche la pastorale della salute



**Meno ospedale,  
più territorio:  
il nuovo interpella  
la comunità cristiana**



PROGRAMMA
<b>Introduzione musicale</b> All'organo il Maestro Roberto Padoin
Saluto del vescovo Corrado
<b>Evoluzione delle politiche per la salute: dalla cura della malattia alla cura della persona e della comunità</b> Dot. Sandro Cinquetti, Direttore del Dipartimento di Prevenzione ULSS 7
<b>L'andare della sanità sul territorio: l'esperienza di un operatore</b> Dott.ssa Agnese Dal Bianco, Infermiera Assistenza domiciliare
<b>Testimonianze sull'andare e sull'attendere</b> Filmato a cura di Federico Campodall'Orto - La Tenda
<b>La cura, la casa e la comunità cristiana</b> Don Roberto Camilotti, Direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute e della Caritas diocesana
<b>DIBATTITO IN ASSEMBLEA</b> Moderatore: dot. Giuseppe Bazzo, Direttore dei Servizi Sociali dell'Ulss 7
Conclusione

**Agnese Dal Bianco, infermiera** che si occupa di assistenza domiciliare, racconterà "L'andare della sanità sul territorio: l'esperienza di un operatore".

**Un video curato dal collaboratore della Diocesi Federico Campodall'Orto** farà ascoltare "Testimonianze sull'andare e sull'attendere": quelle di Giovanni Carniel, infermo; Paola De Zotti, volontaria dell'assistenza; Morena De Nardi, familiare di un ammalato; mons. Pierdomenico Amort, parroco di San Vendemiano.

A fare da moderatore degli interventi sarà il direttore dei servizi sociali della Ulss 7 Giuseppe Bazzo.



*Dopo il Piano sociosanitario e le sue Schede, le nuove sfide per la Chiesa: sabato 14 a Vittorio Veneto il convegno "Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana" con il vescovo mons. Corrado Pizziolo e un video con le testimonianze di malati, famigliari, volontari, parroci*

*Se i malati non sono più tutti in ospedale, non basta il cappellano dell'ospedale a mostrare la vicinanza della Chiesa. Anche la pastorale della salute deve essere sul territorio, in tutti i diversi e nuovi luoghi della sofferenza.*

*Ecco perché s'intitola "Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana" il secondo convegno organizzato dalla Pastorale della salute della diocesi di Vittorio Veneto, guidata da don Roberto Camilotti. L'appuntamento è per sabato 14 febbraio dalle 9 alle 12 a Vittorio Veneto, in Seminario, con saluto iniziale del vescovo Corrado..*

Il convegno arriva proprio mentre comincia a concretizzarsi quanto la Regione Veneto ha deciso con il Piano Sociosanitario e le relative Schede: riduzione dei ricoveri ospedalieri ed impulso, invece, a strutture intermedie, tra l'ospedale e il ritorno a casa o in centro di servizi per anziani (cioè la casa di riposo). Tra queste strutture intermedie, l'ospedale di comunità: posti letto di questo tipo dovranno nascere anche nella Sinistra Piave trevigiana, territorio della diocesi vittoriese.

Dopo l'introduzione all'organo del maestro Roberto Padoin, a portare il saluto iniziale al convegno di sabato 14 sarà il vescovo della diocesi di Vittorio Veneto mons. Corrado Pizziolo, che tra l'altro è anche membro della commissione per il servizio della carità e la salute della Conferenza Episcopale Italiana.

Il direttore del dipartimento di prevenzione della Ulss 7 Sandro Cinquetti, presenterà il cambiamento regionale parlando di "Evoluzione delle politiche per la salute: dalla cura della malattia alla cura della persona e della comunità".

**Al responsabile diocesano della pastorale della salute don Camilotti** spetta l'intervento "La cura, la casa e la comunità cristiana", con alcune riflessioni sui nuovi compiti della pastorale della salute ora che la cura della salute si sposta sul territorio: quali nuovi modi e stili di servizio sono richiesti a parroci e cappellani, consacrati e consacrate, ministri dell'Eucaristia o semplici volontari? Di cosa hanno bisogno ammalati e sofferenti?

## Evoluzione delle politiche per la salute: dalla cura della malattia alla cura della persona e della comunità

Sandro Cinquetti - Direttore del Dipartimento di Prevenzione – ULSS 7 del Veneto

### LA SALUTE ...

E' uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità.

E' uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque ne siano la razza, la religione, le opinioni politiche e le condizioni economiche-sociali.

OMS 1948

### ART. 32 COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA (1948)

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

### ART 1 COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA (1948)

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

### LEGGE N.833/78 “ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”

- La tutela della salute è garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

### EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE ...

- Accanto alla tutela della salute ...
  - Diritto a non ammalare
- La promozione della salute ...
  - Dovere di non ammalare
- Quindi il “diritto alla salute” interpreta la tutela come protezione e promozione insieme
- Modello *paternalistico*: le persone non sono competenti e vengono tutelate dal servizio sanitario.
- Modello dell'*empowerment*: le persone sono competenti e il sistema promuove e valorizza le competenze perché le persone possano effettuare scelte consapevoli e autonome.

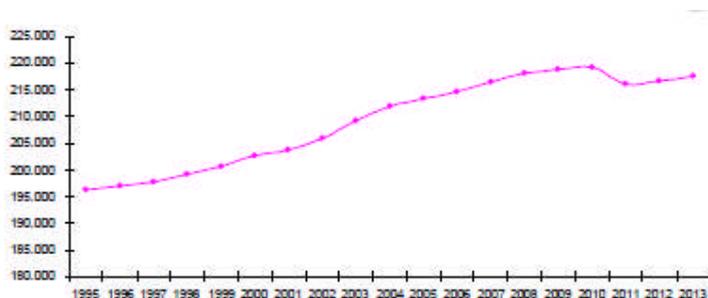
### MISURE DI SALUTE E MISURE DI MALATTIA

#### La popolazione dell'Ulss 7

Al 1° gennaio 2014 la popolazione residente nell'Ulss 7 è costituita da **217.573 persone**.

Ci sono **26.604 stranieri** pari al **12,2%** della popolazione

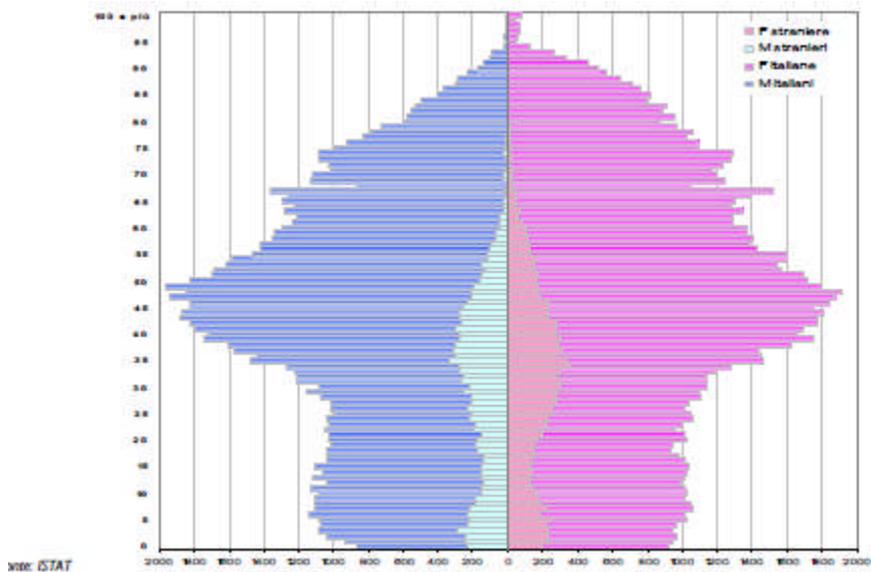
### POPOLAZIONE RESIDENTE NELL'ULSS 7. ANNI 1995-2013



Fonte: ISTAT

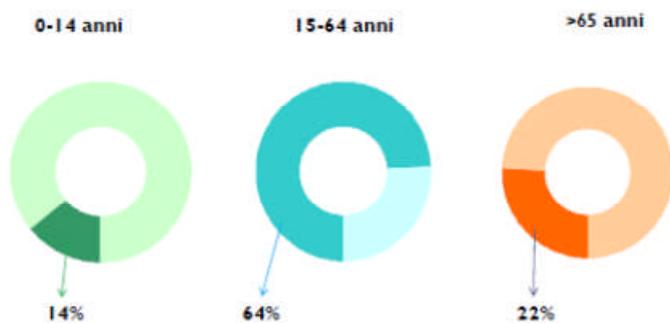
## LA PIRAMIDE DELL'ETÀ

Popolazione residente al 31.12.2013 per età e sesso e di cui stranieri. Ulss 7. Valori assoluti.



## IL PROGRESSIVO INVECCHIAMENTO

Gli individui con 65 anni e oltre hanno raggiunto il 22% della popolazione .

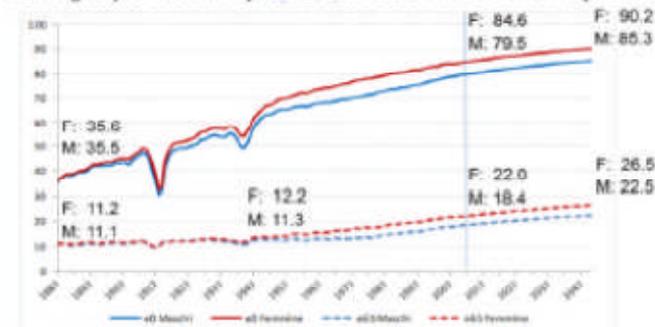


La popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari a meno di 2/3 del totale

## LA SPERANZA DI VITA

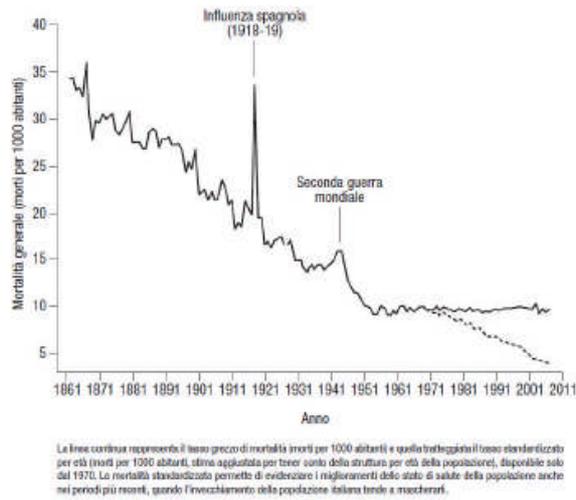
- La **vita media in Italia** è di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne (stime ISTAT, anno 2012).

La "longevity revolution". Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso. Anni 1887-2047.



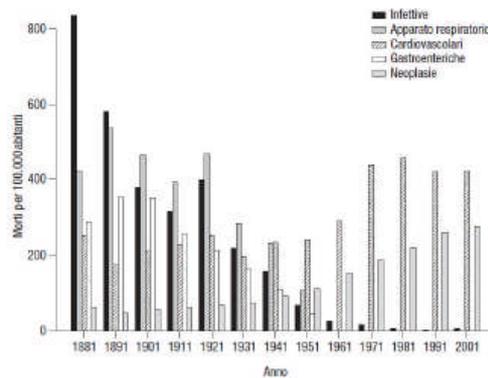
- In **Veneto** è pari a 80,1 anni per i maschi e 85,1 anni per le femmine
- In **provincia di Treviso** è pari a **80,7 anni** per i maschi e **85,9 anni** per le femmine

## LA MORTALITÀ IN ITALIA. ANNI 1861-2011



Fonte: Atella V. et al.: *La salute degli italiani*

## LA MORTALITÀ PER CAUSA IN ITALIA. ANNI 1881-2001

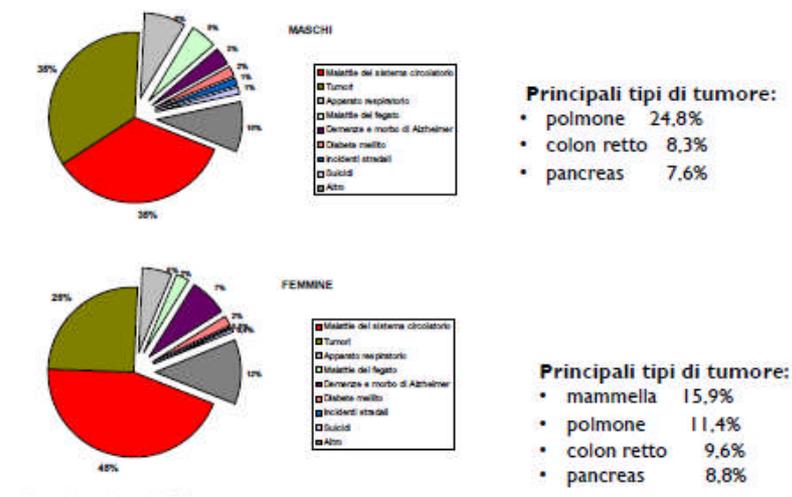


Fonte: Atella V. et al.: *La salute degli italiani, 1861-2011*

## LA MORTALITÀ DEI BAMBINI IERI E OGGI IN ITALIA

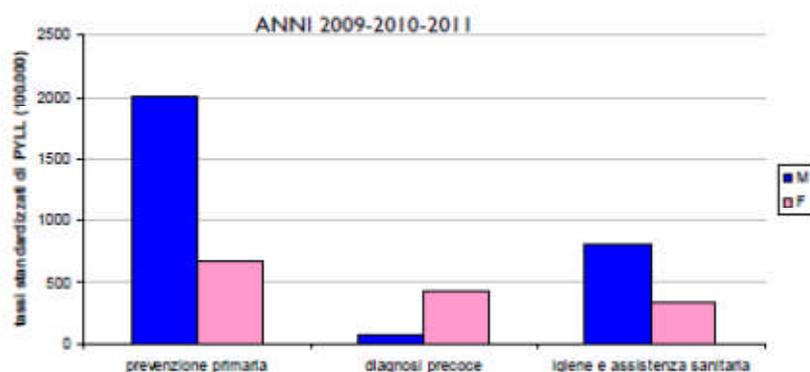


## LE PRINCIPALI CAUSE DI MORTE NELL'ULSS7 - ANNI 2007-2011



Fonte: elab. su archivio di mortalità - SER

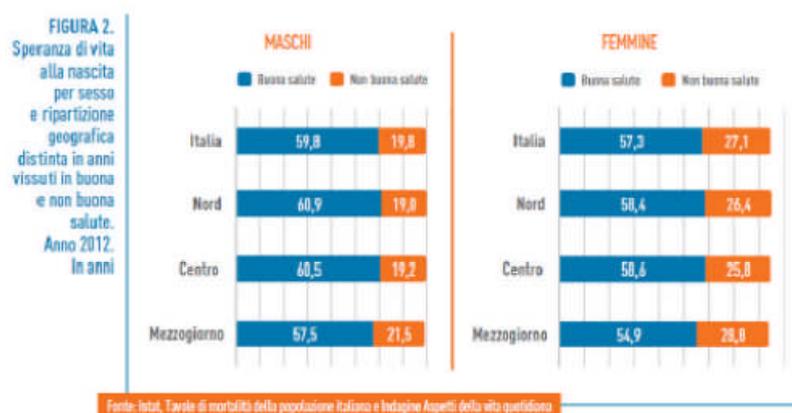
## ANNI DI VITA PERSI NELL'ULSS 7



Decessi prima dei 75 anni

Fonte: elab. su archivio di mortalità - SER

## LA SPERANZA DI VITA IN BUONA SALUTE



## LE MALATTIE CRONICHE PIU' DIFFUSE

### NELLA POPOLAZIONE

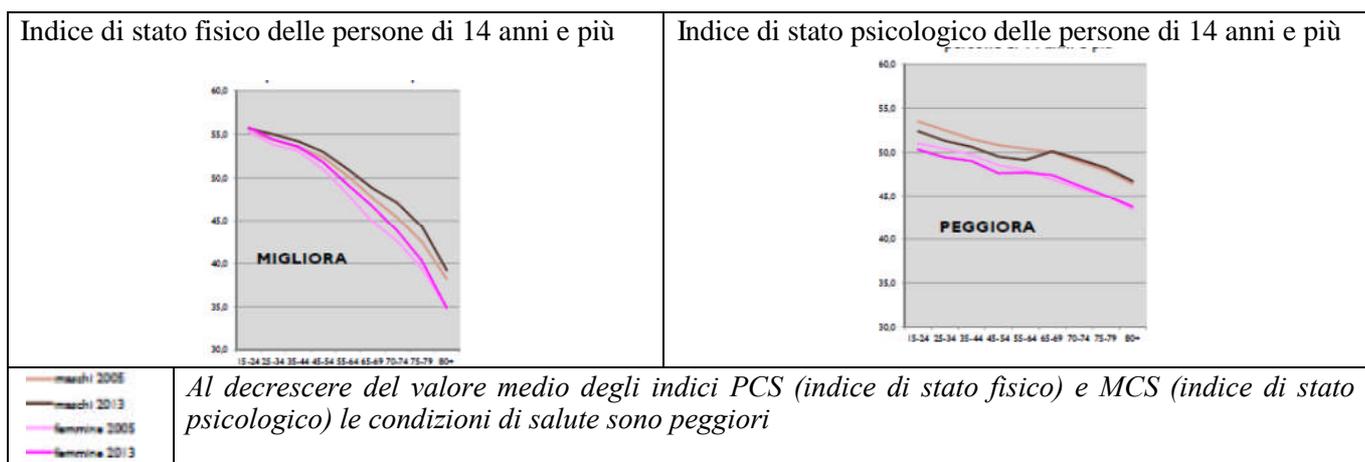
1. 17,1% IPERTENSIONE
2. 16,2% ARTROSI
3. 13,7% MALATTIE ALLERGICHE

### NEGLI OVER 65

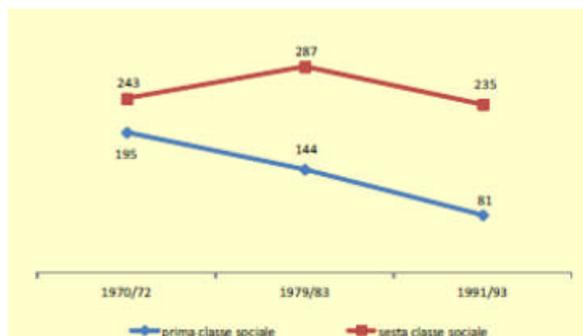
<u>MASCHI</u>		<u>FEMMINE</u>	
1. Ipertensione	45,8%	1. Artrosi, artrite	59,4%
2. Artrosi, artrite	38,9%	2. Ipertensione	50,9%
3. Diabete	18,3%	3. Osteoporosi	39,5%
4. Bronchite cronica, enfisema	14,3%	4. Diabete	16,8%
5. Malattie del cuore	13,6%	5. Ansia o depressione	16,7%
6. Infarto	10,0%	6. Malattie della tiroide	13,0%

## LE PATOLOGIE CRONICHE

fonte: ISTAT, Indagine «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari», 2012-2013



## TASSI DI MORTALITÀ CARDIACA: CONFRONTO FRA LA PRIMA E L'ULTIMA CLASSE SOCIALE IN INGHILTERRA (PER 100.000)



Prima classe sociale: professionisti (es. commercialisti, ingegneri, medici)

Ultima classe sociale: manodopera non specializzata (es. manovali, operatori delle pulizie)

## I FATTORI DI RISCHIO CARDIOVASCOLARE NON SONO SOCIALMENTE NEUTRI

ULSS 7 – PASSI 2010-2013	FUMO	OBESITA' (bmi≥30)
<b>SESSO</b>		
Uomini	30%	12%
Donne	18%	9%
<b>ISTRUZIONE</b>		
Nessun titolo/lic.elementare/media inferiore	28%	15%
Media superiore	23%	8%
Laurea	17%	6%
<b>SITUAZIONE ECONOMICA</b>		
Molte difficoltà	36%	26%
Qualche difficoltà	29%	10%
Nessuna difficoltà	19%	9%
<b>CITTADINANZA</b>		
Italiani	24%	10%
Stranieri	27%	15%

### PERSONE CON LIMITI FUNZIONALI (Italia, fonte ISTAT)

- 11,4% sono le famiglie con persone con limiti funzionali;
- meno del 20% di famiglie con persone che hanno limitazioni funzionali fruisce di assistenza domiciliare dai servizi pubblici
- Oltre il 70% di famiglie non si avvale di alcun aiuto a domicilio

### IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (REGIONALE)

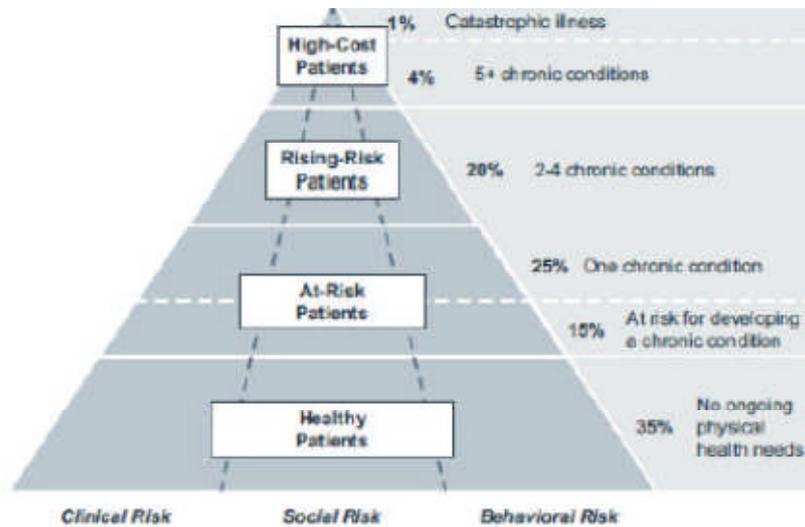
“La centralità della persona nel mondo della cura porta inevitabilmente a scegliere un sistema sanitario di tipo solidaristico e a copertura universale capace di garantire un’assistenza sanitaria equa, che si traduce nella possibilità per i cittadini di accedere a uguali servizi per uguali bisogni, con gli stessi livelli di qualità.”

Gian Antonio Dei Tos  
 ETICA ED ECONOMIA  
 NELL’ORGANIZZAZIONE SANITARIA  
 Ed. Messaggero Padova, 2014, pag. 15

### ORGANIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA SANITARIA (D. LGS. 502/1992)

Livelli essenziali di assistenza (LEA)	Strutture del Servizio Sanitario Nazionale
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Dipartimento di Prevenzione
Assistenza distrettuale	Distretto Socio Sanitario
Assistenza ospedaliera	Ospedale

## BISOGNI DIVERSI ...



Patient risk stratification pyramid with root causes highlighted.

SOURCE: "Prioritizing Population Health Interventions", The Advisory Board Company.

## CRITICITÀ E SFIDE DA AFFRONTARE (dal PSSR 2012-2016)

Attraverso l'analisi di **contesto** si evidenzia il mutare dei bisogni assistenziali della popolazione, con l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte:

- dalla crescita della aspettativa di vita con progressivo **invecchiamento** della popolazione, con l'aumento delle patologie cronic-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un **elevato carico assistenziale**;
- dalla **precarietà** che connota i **rapporti** familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;
- dalla correlazione tra la **fragilità individuale**, specie nell'anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;
- dalla rilevanza della **componente immigrata** tra la popolazione residente, che apporta nuove istanze ed approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

Rappresentano **scelte strategiche** della programmazione regionale:

- il **potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale**, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- la ridefinizione organizzativa **dell'offerta ospedaliera** ...;
- la ... **sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio**, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete;
- ...
- l'investimento sull'**appropriatezza** clinica ed organizzativa...

## OBIETTIVI PRIORITARI DEL PSSR NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

- *prevenzione e promozione della salute*
- *assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale*
- *assistenza al paziente cronico*
- *assistenza al paziente fragile*

## **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**

- profilassi delle malattie infettive
- prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche non trasmissibili
- prevenzione dei traumatismi

## **ASSISTENZA MATERNO-INFANTILE E DELL'ETÀ ADOLESCENZIALE**

- sviluppo del bambino
- genitorialità
- stili di vita
- disabilità
- tutela

## **ASSISTENZA AL PAZIENTE CRONICO**

- Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)
- cure palliative
- team assistenziali

## **ASSISTENZA AL PAZIENTE FRAGILE**

- dimissioni protette
- servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali

## **FILIERA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE**

- assistenza primaria (MMG, PLS e CA)
- cure domiciliari
- assistenza specialistica e cure palliative
- assistenza semiresidenziale e residenziale
- assistenza in strutture di ricovero intermedie (ospedale di comunità)

## **LA DECLINAZIONE LOCALE ...**

- C** – Comunità
- U** – Umanizzazione
- O** – Organizzazione
- R** – Reti
- E** – Eccellenza

## **ART 1 DELLA COSTITUZIONE ...**

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul **lavoro**. ...



*lavoriamo dunque,  
col cuore, insieme!*

*sandro.cinquetti@ulss7.it*



**Meno Ospedale Territorio: il nuovo interpella la comunità cristiana**

*Meno ospedale, più territorio: il nuovo interpella la cristiana l'andare della sanità sul territorio:  
L'esperienza di un operatore*

Pastorale della salute  
14 febbraio 2015

Diocesi di Vittorio Veneto  
Agnese Dal Bianco 1

**IERI**

Alla fine degli anni '80 inizia la presenza degli infermieri pubblici sul territorio, dapprima nei Comuni di Conegliano e di Vittorio Veneto poi a tutti i Comuni afferenti all'ULSS7.

Nel '90 inizio la mia esperienza come infermiere domiciliare.

Il lavoro non è strutturato, ma lascia spazio alla libera iniziativa, esperienza e sensibilità del singolo operatore.

Si tratta di un'assistenza infermieristica domiciliare semplice: medicazione di ferite, prelievi venosi ... cateteri vescicali a dimora



Si collabora con le Assistenti Sanitarie (Ufficio Igiene)

## OGGI

L'assistenza infermieristica domiciliare risponde a nuovi bisogni ... nutrizione, idratazione, terapia per via endovenosa periferica

- per via enterale (via naturale)



□ sondino naso gastrico (SNG)



□ sonda gastrostomica percutanea (PEG)



- per via endovenosa periferica

## IL MEDICO DI FAMIGLIA



Si sviluppa l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che vede un maggior coinvolgimento del Medico di Famiglia. Il piano assistenziale, per le persone ad alta complessità o intensità di cura, verrà condiviso in Unità Valutativa Multi Dimensionale (UVMD).

## “DALLA CURA” AL “PRENDERSI CURA”

Nel '96 avvio della sperimentazione in collaborazione con il CNR di Roma di un nuovo strumento di valutazione che mette al centro il paziente e il suo contesto familiare.



## CHI PARTECIPA ALL'INDIVIDUAZIONE/RISPOSTA DEI BISOGNI



- Medico di Famiglia,
- Medico di Distretto,
- Infermiere domiciliare,
- Assistente Sociale del Comune di appartenenza,
- altre figure professionali a seconda della necessità (Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista, Dietista ...)

Vengono coinvolti nel Piano di Cura

- la famiglia che al suo interno identifica un Care Giver (colui che presta assistenza: figlio, coniuge, personale privato)
- la rete amicale
- il volontariato

### Pazienti più complessi

Arrivano nel territorio pazienti più complessi, che richiedono agli infermieri una maggiore attenzione educativa e tecnico-professionale, per poter essere un valido supporto, vicino alle famiglie.



Mi riferisco in modo particolare ai tracheostomizzati con necessità di manutenzione della canula tracheo-stomica, e la necessità di essere aspirati/ventilati meccanicamente.



### Valutazione Multidimensionale dell'Anziano

Nel '99 la Regione Veneto ha adottato un nuovo strumento di valutazione la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA). Utilizzata tutt'oggi per :

- Protocolli di Assistenza (assistenza domiciliare integrata, cure palliative)
- Ingresso in Strutture Residenziali
  - a. Centro diurno
  - b. Ricovero Temporaneo di sollievo, riabilitativo, riattivativo, di emergenza sociale
  - c. Ricovero Definitivo
  - d. Ingresso in Hospice
- Domande per contributo economico di sostegno alle famiglie
- Rinnovi dei protocolli di assistenza e di residenzialità



### LE CURE PALLIATIVE

Nel 2005 iniziano in modo sperimentale le Cure Palliative domiciliari. Nel 2007 entrano a far parte dell'offerta sanitaria che l'ULSS 7 ha messo a disposizione dei malati oncologici in stato avanzato di malattia e delle loro famiglie.

La famiglia viene sempre coinvolta nel piano di cura.

Al centro del piano assistenziale è il malato e i suoi problemi.

Vengono arruolati nelle Cure Palliative i malati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) e coloro che hanno bisogno di terapie di supporto.

Arriva una nuova sperimentazione: "Progetto Arianna" riservata ai pazienti affetti da patologie croniche degenerative avanzate, che tendono allo scompenso cardiaco, respiratorio, renale.



### OBIETTIVO DELLE CURE PALLIATIVE



Offrire la migliore qualità di vita possibile, al paziente e alla sua famiglia.

Le Cure Palliative forniscono una risposta terapeutica integrata alla molteplicità dei bisogni della sfera fisica, psicologica, sociale, spirituale, culturale, rispettando i desideri della persona e coinvolgendola nel piano di cura.

## L'Hospice



Nel 2012, sorge l'Hospice, struttura residenziale che completa ed integra le Cure Palliative. Con l'obiettivo di accogliere malati oncologici in fase avanzata di malattia, la cui gestione è resa particolarmente difficile, a domicilio, per complessità clinica e/o sociale.

Al suo interno si cerca di ricreare un ambiente familiare, dove ci sia spazio per l'accompagnamento, le relazioni umane e l'affettività.

## “GLI INFERMIERI CAMBIANO ...”



A cominciare dalla loro formazione, si è passati da una formazione di tipo professionale ad una universitaria



## LA PROFESSIONE NEL CONTESTO



Il contesto in cui l'infermiere si trova a lavorare, fa esprimere in modo diverso la sua professionalità, accentuando alcuni aspetti a scapito di altri, perché l'obiettivo è diverso a seconda del setting assistenziale in cui opera.



## DALL'OSPEDALE AL DOMICILIO

<b>OSPEDALE (reparto di degenza)</b>	<b>DOMICILIO</b>
La cura è centrata sul malato	La cura è centrata sul malato e la sua famiglia
È riservato all'acuzie	È rivolto al proseguimento delle cure, ai malati stabilizzati, cronici o che necessitino di terapie di supporto o di palliazione
Il tempo è incalzante, mirato all'intervento professionale volto principalmente a curare e stabilizzare il paziente	Il tempo è più dilatato per dar spazio alla relazione terapeutica oltre che all'intervento tecnico-professionale specifico: “dalla cura al prendersi cura”
L'infermiere non è mai da solo, lavora in presenza di altri colleghi o medici	L'infermiere lavora prevalentemente da solo, anche se ha un gruppo che lo sostiene, si avvale della collaborazione del medico di famiglia, di un'équipe multi professionale e multidisciplinare
L'infermiere comunica, ai colleghi del servizio domiciliare, le persone fragili che necessitano di essere seguite a domicilio	L'infermiere del servizio domiciliare accoglie la segnalazione dei colleghi ospedalieri, dopo essersi confrontato con il medico di famiglia (responsabile clinico della persona a domicilio), prende accordi con la persona e/o la sua famiglia per la visita domiciliare, rileva i bisogni assistenziali e definisce un PAI (piano assistenziale individuale), se necessario fa intervenire l'équipe multi professionale

## “IL CONTESTO DEFINISCE LE AZIONI”



Quando vado a domicilio sono un “ospite” e, in quanto tale, chiedo il permesso per entrare. Aspetto che mi aprano la porta e che mi accolgano.

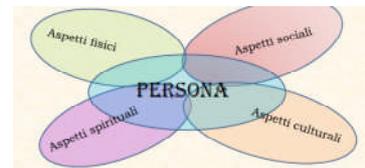
Solo allora mi permetto di entrare.

Busso ogni volta che mi reco in una casa, anche quando mi è stata fatta una richiesta formale, anche quando la persona è già in cura. È la mia persona che entra in quell’ambiente, non solo l’infermiere.

## La persona

Non do per scontato nulla, devo chiedere permesso per entrare nell’ambiente fisico, sociale, spirituale, culturale di quella famiglia ed anche per potermi accostare a quella persona e ai suoi sentimenti.

Non tutti i momenti sono uguali, quello che mi viene concesso in un preciso momento riguarda quell’istante e non si estende per sempre (qui ed ora).

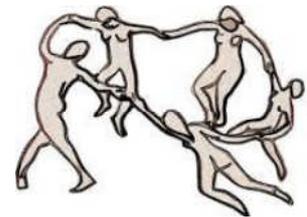


## “SISTEMA FAMIGLIA”

Il paziente è un tutt’uno con la famiglia, fa parte di un Sistema se lui soffre tutto il sistema ne risente.



Quando una malattia, una diagnosi infausta, un problema irrompe in un nucleo familiare, si rompe un equilibrio, a seconda del ruolo rivestito dalla persona colpita, questo equilibrio può essere più o meno compromesso. Con il tempo si ripristina un nuovo equilibrio che è funzionale alla famiglia.



## “LA PRESENZA”



Saper ascoltare, è il primo passo.

Cerco di sospendere ogni giudizio di cui abbia consapevolezza.

Mi pongo con umiltà di fronte al paziente.

La storia che mi sta raccontando è la sua Storia, è il suo Vissuto, le sue delusioni, le sue attese ...

... fino ad allora io non ne avevo avuto parte.

## LA NARRAZIONE

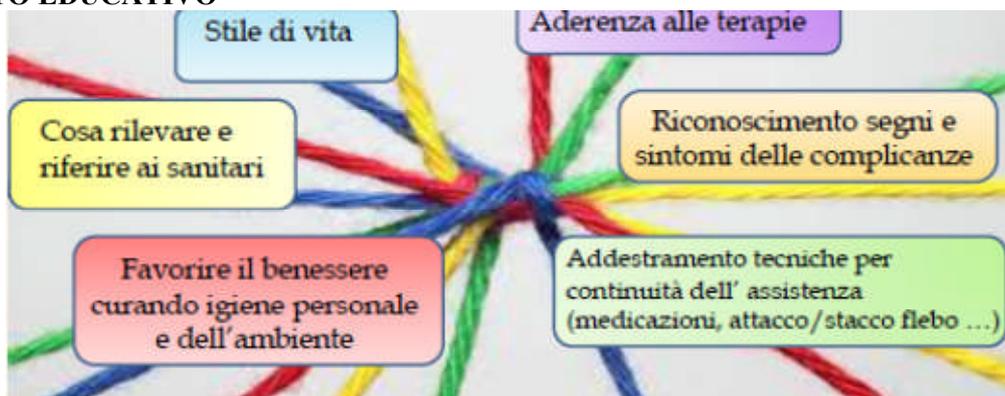


L’ascolto attivo, la narrazione inserita nella relazione terapeutica, è un percorso ...

attiva modalità di coping ... fa sì che attingendo alla resilienza, più facilmente si ripristini l’equilibrio perduto.



## L'ASPETTO EDUCATIVO



Ogni azione che svolgo in ambito domiciliare, sia essa rivolta all'ammalato, ai suoi familiari e a chi si occupa di lui, non può essere svincolata dall'aspetto educativo intrinseco in essa.

## DISORIENTAMENTO

Di fronte la malattia, la famiglia è disorientata. Si chiede se ha fatto tutto il possibile per il proprio caro. Quante volte mi sono trovata in questa situazione, non sempre ho saputo rispondere. Non potevo però neanche lasciar cadere la domanda. L'ho portata in équipe, ed insieme abbiamo trovato la strategia migliore, perché oltre ad accogliere questo disagio era



necessario sostenere questa fragilità, e cercare di colmarla, aiutando malato e famiglia a trovare una risposta di senso.

Altre volte la richiesta è più semplice. Non tutti conoscono i "nodi della rete", offrendo un orientamento sui vari Servizi presenti nel territorio e come poter accedervi sono riuscita a soddisfare questo bisogno.

## LAVORARE A DOMICILIO È IMPEGNATIVO



Gli studi e la buona volontà non sono sufficienti a fornire, agli infermieri, quegli strumenti che servono a fronteggiare le fatiche di ogni giorno. Lungo la strada del mio cammino, ho fatto tesoro di quegli stimoli che le persone mi hanno donato, mettendo spesso a nudo la mia persona.

Mi hanno costretto a riflettere, mi hanno obbligato a lavorare su me stessa, sulle mie paure, sui miei limiti. Mi hanno spinto a cercare strategie nuove, che mi aiutassero ad abitare la presenza, nel rispetto dello spazio altrui.



## LA PRESENZA



La presenza, quando è significativa, favorisce il percorso verso l'accettazione della malattia (o della morte), aiuta i familiari nel processo di elaborazione della perdita (intesa non solamente come lutto verso la morte di un proprio caro, ma anche come perdita di autonomia, di salute, di ruolo ...).

## L'ÉQUIPE

Lavorare in équipe, condividendo i vissuti, le strategie, le difficoltà aiuta a superare gli ostacoli che si incontrano.

Avere degli obiettivi chiari e condivisi, aiuta ad essere significativi nel presente e a guardare con speranza al futuro, vivendo con fiducia il cambiamento.



## Mettersi in gioco



Essermi messa in gioco, aver intrecciato la mia vita con le persone che ho assistito e le loro famiglie, mi hanno aiutato ad essere una professionista migliore, lasciandomi più ricca di umanità.

## CONCLUSIONE

Mi piace concludere questa presentazione con “una perla” che ho raccolto nell'esercizio della mia attività lavorativa. Dimostra come quando ci si mette a disposizione dell'altro, riconoscendo la sua integrità e dignità di persona, i miracoli continuano ad accadere, basta tenere aperti gli occhi del cuore per riconoscerli.



## IL RACCONTO



Un paziente cognitivamente lucido, fragile nel corpo ma non nello spirito, si è trovato nella necessità di essere aiutato a lavarsi (non si reggeva in piedi e non era riuscito a controllare gli sfinteri). Come fosse una cosa naturale gli propongo di aiutarlo.

Fatto accomodare sul bordo della vasca da bagno, comincio con gentilezza a lavargli le gambe e i piedi ...



*"Mi sembra di essere Maria Maddalena che lava i piedi a Gesù"*

Allo stesso tempo però, la persona riconoscente per questo semplice ed umile gesto fatto con naturalezza dice:

*" Sono onorato, mi sembra che Gesù mi stia lavando i piedi"*



**III CONVEGNO DI PASTORALE DELLA SALUTE 2016**  
**“Professionalità e(è) Misericordia”**



**LETTERA DI INVITO**

Gentile Signora, Esimio Signore,

a nome del Vescovo di Vittorio Veneto e mio personale, ho il piacere di invitarLa al III Convegno di Pastorale della Salute, che avrà luogo sabato 20 febbraio a Vittorio Veneto, come da programma allegato.

Il Convegno vuol essere un'occasione di incontro e di confronto, ed è proposto dall'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute per favorire la conoscenza e lo scambio tra quanti, in vario modo e a diverso titolo, hanno a cuore la salute e la cura delle persone. Il tema di quest'anno, in sintonia con il Giubileo indetto da Papa Francesco, sarà il binomio *“Professionalità e Misericordia”*.

Considerato l'impegno e le responsabilità che Lei ha in questo campo, anche la Sua presenza sarà per noi motivo di gratitudine e di crescita.

RingraziandoLa per l'attenzione, porgo a Lei e ai suoi collaboratori - ai quali, se lo riterrà opportuno, potrà estendere l'invito - cordiali e fraterni saluti.

Don Roberto Camilotti

Direttore dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute

**III CONVEGNO DI PASTORALE DELLA SALUTE 2016**

*Nella salute e nella malattia misericordiosi come il Padre: “professionalità e misericordia”*

**20 febbraio 2015**

Aula Magna del Seminario Vescovile di Vittorio Veneto

## **Programma**

- ore 9.00:** Accoglienza

A seguire:

- Momento di riflessione. All'organo il Prof. **Roberto Padoin**

- Introduzione al tema:

**S.E. Mons. Corrado Pizziolo**, Vescovo di Vittorio Veneto

- "Flash" sul vissuto:

Videointerviste (a cura di **Federico Campodall'Orto**, La Tenda Tv)

- Lectio Magistralis:

"Coniugare professionalità e misericordia nella cura della salute. I termini e i problemi in questione"

**Don Renzo Pegoraro**, direttore scientifico della Fondazione Lanza di Padova, Cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita

- Dibattito assembleare

- Ore 12.00:** Conclusioni

\*o\*o\*o

**S.E. Mons. Corrado Pizziolo, Vescovo di Vittorio Veneto**

□ “Flash” sul vissuto:

### **Professionalità e misericordia.**

Apparentemente si tratta di un binomio difficilmente coniugabile.



**La professionalità**, secondo l'opinione più immediata appartiene al campo, diciamo così, della scientificità, delle scienze esatte, della tecnica, del metodo. Possiamo dire di più: la professionalità appartiene al campo di ciò che risponde ed è regolato da un contratto.

**La misericordia** invece appartiene al campo della gratuità, di quel *di più* che non rientra nel contratto. Che non è inquadrabile in qualcosa di scientifico e di tecnico, ma, per antonomasia, gli sfugge perché è eccedente.

Apparentemente sembra quindi che si tratti di due realtà appunto incompatibili. L'antico adagio sembra dare ragione a questa opinione: *Medico pietoso fa la piaga cancerosa*. Ci sono modi diversi modi diversi per precisare questo aggettivo finale, ma il senso è quello.

Eppure avendo messo a tema del Convegno questo binomio vuol dire che noi siamo del parere che queste due realtà, la professionalità e la misericordia, non solo non sono incompatibili, ma possono coesistere

e, più ancora, possano beneficiarsi a vicenda.

Qual è il filo che dobbiamo seguire per motivare questa convinzione che ci ha spinti a mettere insieme queste due realtà?

Mi pare sia quello di chiederci e di capire che cos'è la misericordia.

Certamente anche la *professionalità* meriterebbe di essere messa a fuoco meglio di quanto si faccia nel parlare comune, tuttavia mi sembra che essa possa essere più facilmente compresa.

La definizione che la gran parte dei dizionari danno di professionalità è la seguente: *capacità e competenza nello svolgimento della propria professione. Serietà e rigore nell'esercitare un'attività. Qualità prevista nel membro di una professione. Carattere spirito o metodo professionale*.

La professionalità può essere intesa quindi, sostanzialmente, come la capacità, la competenza e la serietà morale e metodologica nell'esercitare una professione. In alcuni modi di parlare la professionalità viene intesa come molto vicina (o addirittura identica) alla specializzazione, anche se, a mio parere, si tratta di cose diverse. Ad ogni modo mi sembra che questa di approfondire il senso della professionalità non sia la principale strada per approfondire la nostra ricerca.

A mio avviso è più proficuo e opportuno approfondire il senso della **misericordia**.

Molto spesso infatti questa parola viene utilizzata per indicare una forma di bontà e di condiscendenza pressoché assoluti. Senza nessun criterio o regola. Per certi aspetti un'indulgenza incondizionata... un buonismo incondizionato.

Molto più opportuno è, in realtà, che il contenuto di questa parola *misericordia* vada cercato non in un *secondo me* o in un'opinione formatasi non si sa come, ma nel modo preciso indicato anche dal Papa che ha indetto il Giubileo della misericordia. *Misericordiosi come il Padre, misericordes sicut Pater*. C'è quindi un criterio per intendere correttamente la misericordia di cui intendiamo parlare e questo criterio è il modo con cui Dio si mostra misericordioso.

*E com'è la misericordia del Padre?*

Qualche tempo fa, poco prima di Natale, in una riflessione offerta proprio ai medici cattolici, ai giuristi cattolici e ai membri della Associazione imprenditori cattolici ho trattato proprio questo punto, e ho indicato come appare la misericordia alla luce della Sacra Scrittura e, specialmente, come ce la mostra Gesù. Sono questi gli unici modi attraverso cui noi possiamo conoscere qualcosa di ciò che è Dio, di ciò che è il Padre.

Ebbene, alla luce della Rivelazione, la misericordia di Dio ha tre fondamentali caratteristiche:

**La prima caratteristica è la gratuità:** Dio si mostra misericordioso perché non si pone in atteggiamento di accoglienza e di misericordia verso alcuni sì e verso altri no, perché gli uni sono buoni, gli altri sono meno buoni ... gli uni sono simpatici, gli altri meno simpatici ... gli uni – che so io - sono bianchi di pelle, gli altri sono neri di pelle che così via

No. Dio è misericordioso “a prescindere”... è misericordioso verso tutti.

Gratuità e quindi universalità: questa è la prima caratteristica della misericordia come si mostra in Dio. Il tema della lettera pastorale di quest'anno medita sul libro di Giobbe: ebbene il libro di Giobbe (libro scritto da ebrei) mostra come Dio sia misericordioso anche verso gli abitanti della città di Ninive che era una città universalmente conosciuta del mondo antico per la violenza e per la crudeltà verso le altre nazioni. Dio è misericordioso anche verso Ninive. Universalità, dunque come espressione della gratuità.

**In secondo luogo la misericordia di Dio si mostra come una misericordia che responsabilizza.** È un dono che suscita o intende suscitare una risposta che corrisponda ad esso. L'amore misericordioso di Dio non è ciò che si intende con la parola *buonismo*, cioè un atteggiamento di indulgenza che nulla richiede nei confronti di chi viene usata. Certo parte senza aspettare la bontà o il merito di colui a cui si rivolge, e tuttavia spinge costui a corrispondere. È una misericordia responsabilizzante nel senso che non si limita a dimenticare la colpa, ma spinge il peccatore a convertirsi e proprio per questo a vivere in modo autentico: *io non voglio la morte del peccatore ma che si converta e viva.*

**In terzo luogo la misericordia come appare dalla Parola della Rivelazione e dall'operato di Gesù Cristo è qualcosa di concreto:** la misericordia non è un vago sentimento, un'emozione passeggera, ma è un agire concreto, comporta gesti storici visibili.

- Sia da parte di Dio il quale nel suo agire non si limita a una pia intenzione ma realmente converte e cambia il cuore dell'uomo. Pensiamo ai concreti atti di misericordia e di perdono che Gesù compie nel Vangelo e che giungono a rinnovare la vita delle persone.
- Sia da parte degli uomini la cui risposta alla misericordia di Dio è chiamata ad essere molto concreta: Avevo fame e mi avete dato da mangiare, avevo sete mi avete dato da bere, ero forestiero e mi avete accolto, malato o in carcere e siete venuti a visitarmi e così via.

Ebbene se queste sono le caratteristiche della misericordia di Dio, io credo che senza grandi difficoltà possono essere applicate anche a ciò che noi intendiamo per professionalità.

Un agire professionale, specialmente l'agire professionale di una persona che opera nell'ambito sanitario è tipicamente universale. Sia nella letteratura sia nei cinema ci vengono presentate, a volte, figure di medici che si prendono cura di tutti. E che di fronte all'autorità politica o militare (magari in tempo di guerra) reagiscono dicendo: *Qui c'è una persona che ha bisogno di essere curata ... non importa che sia italiano o tedesco o russo: ha bisogno di essere curata. E io me ne prendo cura!*

In questo senso la professionalità si coniuga con la gratuità ... la gratuità nel senso dell'universalità: fa parte della professionalità medica.

Ma anche la caratteristica di responsabilizzazione può essere senza difficoltà applicata alla professionalità medica, nel senso di un coinvolgimento del paziente; il quale non è una cavia o un semplice numero, ma è una persona che, nella misura del possibile, deve essere coinvolta nell'opera di cura che l'operatore sanitario attua. Tutti abbiamo sentito sentiamo dire frasi come questa: «*Quel tale non collabora ... ed è un guaio!*». Oppure: «*Lei deve voler guarire! Lei deve coinvolgersi ... partecipare!*».

E infine il carattere di concretezza che connota la misericordia può senza eccessive difficoltà essere applicato anche alla professionalità medica, infermieristica, sanitaria in genere. Ciò che caratterizza la professionalità medica è proprio la concretezza. Non i bei discorsi ma la capacità di compiere atti concreti ... molto concreti: fisici ... ma che riguardano l'interesse della persona, a partire da quell'unità inscindibile di corpo e spirito che caratterizza ogni persona umana.

Sono alcuni spunti che dicono come la professionalità che deve caratterizzare, come dice la sensibilità di oggi, sempre più la professione medica o sanitaria in genere ha molto a che fare con le caratteristiche della misericordia: la gratuità e quindi l'universalità, la capacità di responsabilizzazione, la concretezza degli atti.

Non ha certo voluto esaurire il tema, ma semplicemente mostrare la plausibilità di questo accostamento che dà il titolo al Convegno di quest'anno.

Ascoltiamo quindi con molto interesse la riflessione che ci verrà proposta anzitutto attraverso il video che tra poco vedremo e attraverso poi la relazione di mons. Renzo Pegoraro e anche - nella misura del possibile - dal dibattito e dagli interventi fatti di osservazioni, condivisioni di esperienze, puntualizzazioni di sottolineature importanti che avremo modo di fare prima di concludere.

Buon lavoro e grazie coloro che hanno organizzato il tutto.

## CONIUGARE PROFESSIONALITA' E MISERICORDIA NELLA CURA DELLA SALUTE

Mons. Renzo Pegoraro  
Pontificia Accademia per la Vita  
Vittorio Veneto, 20 febbraio 2016

**Medico:** *vir bonus, sanandi peritus*

**Infermiera:** *nutrix* → *nursing*  
(*nutrice*)

### PROFESSIONALITA' - MEDICO

“Il medico si appoggia alle conoscenze scientifiche generali acquisite per incontrare dei pazienti...”

**Attivismo, fiducia, soggettivismo e sensibilità verso l'indeterminato**, sono le caratteristiche che distinguono il clinico dagli altri professionisti” (Malherbe)

- **Cod. Deont. (2014) Art. 3:** “Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva il medico esercita attività basate sulle competenze specifiche ed esclusive previste negli obiettivi formativi degli ordinamenti didattici...e impegna la sua autonomia e responsabilità”.
- **Cod. Deont. (2014) art. 4:** “L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità. Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura”.
- **Cod. Deont. Art. 20.** “La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia....considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura”.
- **Cod. Deont. Art. 22:** “Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici...”

### PROFESSIONALITA' - INFERMIERE

- **Cod. Deont. (2009) art. 2:** “L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari..
- **Art. 3:** “La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo”.

### MISERICORDIA

- “La misericordia di Dio non è un'idea astratta, ma una realtà concreta con cui Egli rivela il suo amore come quello di un padre e di una madre che si commuovono sino dal profondo delle viscere per il proprio figlio. E' veramente il caso di dire che è un amore “viscerale”. **Proviene dall'intimo come un sentimento profondo, naturale, fatto di tenerezza e di compassione, di indulgenza e di perdono.** “
  - **(Misericordiae Vultus, 6)**
- “Tutta questa ricchezza dottrinale è rivolta in un'unica direzione: servire l'uomo. L'uomo, diciamo, in ogni sua condizione, in ogni sua infermità, in ogni sua necessità”.
  - Paolo VI, 7-12-1965
- Per l'operatore sanitario “l'ammalato non è mai soltanto un caso clinico, un individuo anonimo sul quale applicare il frutto delle proprie conoscenze, ma sempre un 'uomo ammalato', verso cui adottare un sincero atteggiamento di 'simpatia'. Il che esige amore: disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, benevolenza, pazienza, dialogo. “

Carta degli Operatori Sanitari, 1994, 2

### MODELLI DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

(cfr. E. Emanuel and L. Emanuel, JAMA 1992)

#### 1) Il modello paternalistico

- Criteri obiettivi per determinare che cosa è bene per il paziente
- Autonomia è il consenso a quanto determinato dal medico, che deve agire per il bene del paziente
- Il medico è “tutore”/ “guardiano del paziente”
- E’ il “medico moderno”
- Modello che va bene in certe condizioni di emergenza

## 2) Il modello Informativo

- Il medico fornisce al paziente tutte le informazioni rilevanti, per la decisione del paziente
- Autonomia è il controllo del paziente sul processo decisionale delle cure
- Il medico è “esperto tecnico competente”
- Ma il paziente desidera che uno “si prenda cura”
- Un’ autonomia così è poco realistica

## 3) Il modello Interpretativo

- Il medico aiuta il paziente a comprendere la situazione e a riconoscere i propri valori come rilevanti nelle decisioni cliniche
- Autonomia è la comprensione di sé e come le opzioni mediche gravino su di sé
- Il medico è “consigliere”/counselor, “adviser”
- Può scivolare nel paternalismo
- Difficoltà per tempo, condizioni e conflitti con il paziente
- Medico “post-moderno”?

## 4) Il modello Deliberativo

- Il medico si coinvolge nella discussione etica riguardante i valori in gioco per raggiungere la salute e per la miglior cura
- Autonomia è lo sviluppo morale di sé, con la responsabilità di analizzare i valori e le loro implicazioni per le scelte mediche
- Il medico è “insegnante”, “amico”/” teacher”
- Può scivolare in un non intenzionale paternalismo
- Difficoltà per il pluralismo sociale, culturale e morale
- Medico “post-moderno”?

## QUINDI

- 1) **Riconoscere un’evoluzione storica in atto**, con i cambiamenti sociali e culturali che gravano sul rapporto medico-paziente
- 2) **I quattro modelli** ricordati possono coesistere e possono essere adottati in diversi contesti clinici, in diverse condizioni
- 3) **Prospettiva del “modello deliberativo”, come espressione del “prendersi cura” sviluppando una “alleanza terapeutica”** che impegna due persone, ad affrontare la malattia, a condividere una decisione, pur in condizioni ben diverse
- 4) **4. Recuperare e sviluppare l’arte di curare la persona malata**
- 5) **5. Valore della visita medica e suo potere terapeutico**
- 6) **6. Catarsi che il paziente ricava dal raccontare** le proprie vicende a qualcuno di cui si fida come “guaritore” che si prende cura per guarire o accompagnare
- 7) **7. Per comprendere le problematicità nel panorama attuale, occorre prendere consapevolezza dei fattori che più di altri condizionano oggi il rapporto medico-paziente:**
  - Standardizzazione della cura (linee-guida, protocolli, ecc.) che condiziona e/o limita un approccio personale alla cura
  - Eccessiva enfasi sulla autonomia del paziente (con la conseguente “contrattualizzazione” del rapporto medico paziente, e il sorgere della cosiddetta medicina difensiva)
  - Modi e tempi di assistenza imposti dall’organizzazione sanitaria delle strutture (anche in riferimento al limite delle risorse e la questione dei costi)
8. **A fronte di questi fattori di condizionamento, recuperare alcuni elementi fondanti del rapporto medico-paziente:**
  - Il concetto di professione medica: il medico agisce in *scienza e coscienza*, elementi costitutivi della sua professionalità, e nessuna linea-guida può sostituirsi alla coscienza del professionista
  - Elemento fiduciario che si pone alla base di ogni rapporto che sia vera *relazione*:
    - Uscire dalle logiche del contratto
    - Garantire competenza
    - Far convergere medico e paziente nel comune obiettivo del bene del paziente

- Rinsaldando l'alleanza terapeutica
- Fiducia della istituzione nei confronti del medico, ponendolo nelle condizioni di poter agire nel migliore interesse del paziente.

## LA MISERICORDIA NELLA RELAZIONE DI CURA

1. La relazione è un **trafficato crocevia** :\_ istanze professionali, etiche, umane e civili
2. Gestire la **asimmetria relazionale**\_ , con una relazione fondata sulla carità misericordiosa .
3. Una **alleanza** per una **beneficità** nella fiducia
4. Le caratteristiche morali del “buon medico” e del “buon infermiere” – **virtù**  
 “le virtù per S. Tommaso sono abitudini o inclinazioni che rendono l'uomo capace di ragionare bene (virtù intellettuali) e di agire secondo la retta ragione (virtù morali) ... Questi due tipi di virtù sono collegati nell'uomo virtuoso che si sforza di perfezionare la sua potenzialità umana. E sono collegati più saldamente a una virtù dalla quale derivano le altre: la prudenza, il modello del retto volere e agire, forma e matrice per le altre virtù ... spingendoci a scegliere mezzi buoni per fini buoni” (Pellegrino, 235-236)
5. **Per esercitare la professione medica in modo virtuoso**: attenzione scrupolosa alla conoscenza e all'abilità tecnica; compassione; beneficenza e benevolenza; accoglienza, ascolto, dialogo; onestà e fedeltà; talvolta anche coraggio. (Pellegrino, 242)
6. **“L'attività medico-sanitaria si fonda su una relazione interpersonale di natura particolare. Essa è un ‘incontro tra una fiducia e una coscienza’.** La *fiducia* di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognoso, il quale si affida alla *coscienza* di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e che gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo. Questi è l'operatore sanitario.”
  - Carta degli Operatori sanitari n. 2
7. **“Professione, vocazione e missione di incontrano**\_e, nella visione cristiana della vita e della salute, si integrano reciprocamente. In questa luce, l'attività medico-sanitaria prende un nuovo e più alto senso come servizio alla vita e ministero terapeutico”.
  - Carta degli Operatori sanitari n. 4
8. **Fedeltà alla norma morale e ruolo della bioetica**\_“questo magistero bioetico costituisce per l'operatore sanitario, cattolico e non, una fonte di principi enormi di comportamento che ne illumina la coscienza e la orienta, specialmente nella complessità delle odierne possibilità biotecnologiche...”
  - Carta degli Operatori sanitari n. 6
9. “ Il continuo progresso della medicina richiede da parte dell'operatore sanitario una **seria preparazione e formazione continua** .”
  - Formazione etico- religiosa , umana - relazionale, bioetica.
  - Carta degli Operatori sanitari n. 7
10. **“Gli operatori sanitari, i medici in particolare, non possono essere lasciati soli e gravati di responsabilità insostenibili**\_ , in presenza di casi clinici sempre più complessi e problematici” ...
  - L'importanza dei Comitati Etici e di Servizi di Bioetica Clinica.
  - Carta degli Operatori sanitari n. 8
11. **Collaborare attivamente al “buon funzionamento”**\_ delle istituzioni socio-sanitarie e dell'organizzazione sanitaria.
12. **Impegno per l'umanizzazione della medicina e della sanità**\_“sia sul piano personale-professionale che sul piano sociale – politico ... Il primo non senza il secondo, in quando tale umanizzazione, oltre che a un compito d'amore-carità, “risponde a un dovere di giustizia”.
  - Carta degli Operatori Sanitari n. 9

## HI E' MONS RENZO PEGORARO

Diocesi di Padova

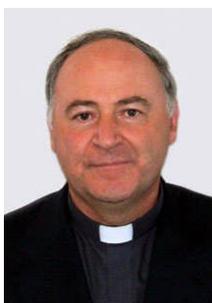
**Don Renzo Pegoraro, cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita**  
*Una nomina del Santo Padre*

**Don Renzo Pegoraro**, presbitero diocesano e direttore scientifico della Fondazione Lanza, è stato nominato dal Santo Padre Cancelliere della Pontificia Accademia per la vita. La nomina è stata pubblicata lunedì 12 settembre nel bollettino della Sala Stampa Vaticana e rappresenta motivo di onore per la Diocesi padovana e di riconoscimento all'esperienza maturata negli anni da don Pegoraro sui temi dell'etica e della bioetica, in particolare all'interno della Fondazione Lanza, di cui rimane direttore scientifico.

L'incarico, che ha durata quinquennale, rappresenta la seconda carica della Pontificia Accademia per la vita, che ha come compito la promozione della ricerca, dell'informazione e la formazione circa i principali problemi di bioetica e di biodiritto, relativi alla promozione e alla difesa della vita e della dignità della persona umana, soprattutto nel diretto rapporto che essi hanno con la morale cristiana.

### Biografia di don Renzo Pegoraro

Don Renzo Pegoraro, classe 1959, è presbitero della Diocesi di Padova ed è stato ordinato l'11 giugno 1989.



In precedenza si era laureato in Medicina presso l'Università di Padova e ha poi conseguito la licenza di Teologia Morale all'Università Gregoriana di Roma e si è specializzato in bioetica anche con un semestre di studio alla Georgetown University di Washington.

Attualmente è docente di bioetica presso la Facoltà Teologica del Triveneto ed è direttore scientifico della Fondazione Lanza. È Membro del Comitato Etico per la sperimentazione dell'Azienda Ospedaliera di Padova e Presidente del Comitato Etico dell'Istituto Oncologico Veneto. Attualmente è anche Presidente dell'Associazione Europea dei Centri di Etica Medica (EACME)

## **DAL SETTIMANALE DIOCESANO L'AZIONE DEL 28 FEBBRAIO 2016**

### **PROFESSIONALITÀ E MISERICORDIA**

Nell'esercizio della professione medica non si devono scindere ma integrare

28 febbraio 2016

#### **Il convegno Online**

Il filmato del convegno, curato e montato da Federico Campodall'Orto, è disponibile sui siti internet

[www.lazione.it](http://www.lazione.it)

[www.latendatv.it](http://www.latendatv.it)

[www.caritasvittorioveneto.it](http://www.caritasvittorioveneto.it)

#### **PRIMO PIANO**

Il convegno della Pastorale diocesana della Salute Senza cadere nell'atteggiamento di chi si sofferma costantemente sul mezzo bicchiere vuoto a scapito dell'indicare e del gustare quanto sta nel bicchiere mezzo pieno, riteniamo tuttavia che ciò non basta per fare della nostra pastorale della Salute un'esperienza significativa per il vivere e l'agire della nostra Chiesa vittoriese.

L'immagine che mi porto dentro è la costruzione di grandi e grossi piloni, sui quali però è appoggiata una piccola e talvolta quasi inconsistente strada viabile.

Buoni i nostri tre Convegni, ricchi di contenuto e sufficientemente aderenti alla realtà complessa e molto problematica della sanità e dei problemi che vive la nostra gente. Buoni ma non sufficienti per un cammino pastorale, che prenda in considerazione l'annuncio del Vangelo a quanti vivono l'esperienza della malattia e dell'infermità, alle loro famiglie e ai tanti che, per professione o per volontariato, in tanti modi si accostano e si chinano su queste persone. Occorre dire, con gratitudine, che nell'esperienza pastorale della Chiesa l'attenzione e la cura verso gli ammalati e verso gli operatori non sono mai venute meno. Sono tante le persone, i gruppi e le Associazioni, le religiose e i sacerdoti che hanno investito e stanno investendo attenzioni, energie e risorse verso e con il mondo delle persone sofferenti.

Ma oggi la buona volontà e l'impegno, la cura delle persone ammalate o inferme devono – se vogliono essere esperienze evangelicamente feconde – confrontarsi con il “nuovo” esistenziale e istituzionale, che segna il vissuto di chi vive in prima persona o a fianco, per diversi motivi, l'esperienza della fragilità e della debolezza. La sfida è grande: comunicare la speranza cristiana dentro e accanto alle molteplici esperienze di debolezza e di fragilità, come chi - con l'aiuto della Grazia - sa accoglierla con discrezione e tenerezza, restituendola arricchita di senso dal Mistero pasquale del Signore Gesù al cammino della vita personale e comunitaria.

A questo siamo chiamati tutti, in particolar modo quanti operano come credenti nel mondo della sanità e della prevenzione. A Dio piacendo ci sarà pure un quarto Convegno di pastorale della Salute, ma nel frattempo sentiamoci impegnati a realizzare e a percorrere delle strade di pastorale quotidiana, sul territorio, dentro le nostre parrocchie.

*d. Roberto Camilotti*

*Direttore dell'Ufficio diocesano  
per la pastorale della sanità*

#### **IL VESCOVO: “BINOMIO POSSIBILE”**

Nell'introduzione al convegno, il vescovo Corrado ha posto l'attenzione sul fatto che “il binomio professionalità-misericordia può apparire difficilmente coniugabile”. La prima, infatti, ha che fare con la scientificità e appartiene al campo del contratto. La misericordia sembra più legata all'ambito della gratuità che “eccede” il contratto. Come cristiani invece dobbiamo essere convinti che le due realtà possono coesistere e beneficiarsi a vicenda, a patto che ci chiediamo che cosa sia la misericordia. Se “professionalità” significa capacità e competenza, serietà morale e metodologica nell'esercizio di una professione, “misericordia” non significa una forma di bontà o di accondiscendenza assolute e senza criterio: una sorta di indulgenza incondizionata o di buonismo. Molto opportuna è la prospettiva di papa Francesco, che ci invita ad essere “misericordiosi come il Padre”.

Le Scritture e il volto di Cristo sono le vie attraverso le quali noi possiamo conoscere la misericordia del Padre. Per il vescovo tale misericordia ha almeno tre caratteristiche: la gratuità (e quindi l'universalità), perché Dio è misericordioso verso tutti e non fa distinzioni di persona; la misericordia è un dono che

responsabilizza, perché non attende la risposta della persona per agire e spinge a corrispondere e a dare una risposta; la misericordia è concreta, perché non è un vago sentimento ma è fatta di gesti storici e visibili. Questi tre aspetti caratteristici della misericordia sono perfettamente applicabili anche alla professionalità medica. Essa è infatti tipicamente universale: basti pensare al giuramento di Ippocrate; è responsabilizzante, perché il paziente è chiamato ad essere partecipe della cura del medico e deve coinvolgersi nel percorso di guarigione; è concreta, perché comporta atti fisici e corporei, che coinvolgono la persona nella sua interezza.

*AM*

## COMPATIBILITÀ E CONTRASTI

### Le testimonianze di otto operatori

Otto operatori diocesani del mondo della sanità hanno portato la loro testimonianza sul tema del convegno, rispondendo a tre domande rivolte loro e montate in un interessante filmato da Federico Campodall'Orto de La Tenda Tv.

Erano **Silvana Betto**, fisioterapista de La Nostra Famiglia impegnata nel volontariato internazionale; **Chiara Silvestrin**, medico anestesista rianimatore all'ospedale di Conegliano; **Laura Barazza**, caposala anestesia e rianimazione all'ospedale di Conegliano; **Riccardo Carlon**, direttore dell'hospice Casa Antica Fonte; **Maura Carniel**, infermiera al Piccolo Rifugio di Vittorio Veneto; **Cosimo De Chirico**, responsabile dell'unità di cure palliative della Ulss 7; **Sandra Strazzer**, responsabile dell'area neuro fisiatrica all'Irccs Medea (legato a La Nostra Famiglia) di Bosisio Parini; **Maria Teresa Armellin**, fisioterapista a La Nostra Famiglia.

#### Misericordia e Professionalità: cosa le fa venire in mente questo binomio?

La misericordia per **Silvana Betto** è «il primo motore, che più o meno consapevolmente ci ha fatto scegliere questo lavoro»; per **Chiara Silvestrin** è la compassione verso i soggetti più deboli, quindi dei malati, o bimbi e anziani; per **Maura Carniel** «la professionalità è saper essere, saper fare e sapere; misericordia è saper andare incontro ai bisogni delle persone»; per **Sandra Strazzer** «la professionalità mi permette di vivere tutte le opere di misericordia: nella vita mi sono accorta di quante volte ho dato da bere agli assetati, ho vestito gli ignudi... e lo considero un dono di grazia. Professionalità e misericordia sono situazioni compatibili, ed è un dono rispetto alla mia vita di fede ». Per **Riccardo Carlon** la misericordia è la compassione nei confronti delle persone che ci spinge ad agire per cercare di alleviare le sofferenze.

«La Compassione ha due momenti: la comprensione e la partecipazione. La professionalità è la capacità di agire con scrupolo, dedizione. Unisce questi due termini l'empatia, ovvero la capacità di sentire in sé i sentimenti dell'altro, in una relazione che è asimmetrica, e che proprio l'empatia cerca di bilanciare ». Per **Laura Barazza** il binomio è stretto perché «fa parte del nostro ruolo infermieristico prenderci carico in modo totale della persona, soprattutto nel momento della debolezza fisica e psichica». Secondo **Maria Teresa Armellin**, nell'ambito sanitario è «un binomio imprescindibile: non si può rinunciare alla capacità tecnica né alla misericordia declinata in accoglienza, sensibilità». A **Cosimo De Chirico** questi due termini ricordano San Martino, che donò metà del suo mantello (pallio) al mendicante seminudo per riparare entrambi dal freddo, e Cicely Saunders, l'infermiera e poi medico inglese che fondò il primo hospice (San Christopher) a Londra, nel quale tutti gli operatori erano e sono ispirati dai suoi principi: attenzione verso la persona, nella consapevolezza che il dolore non è solo quello fisico ma anche “emotivo, sociale e spirituale”.

#### Misericordia e Professionalità: quanto vede compatibili questi due atteggiamenti umani?

Tutti sono concordi nella compatibilità delle due espressioni nel rispettivo lavoro, pur nelle difficoltà. Secondo **Silvana Betto** «nel lavoro con i pazienti misericordia e professionalità si abbinano facilmente, molto meno nel cercare di far combaciare le esigenze di operatori, utenti e studenti. Ma sono due aspetti che nella nostra professione devono esserci». Per **Chiara Silvestrin** vanno di pari passo. Secondo **Laura Barazza** nel campo infermieristico «questi due termini devono assolutamente essere legati perché fa parte del nostro ruolo prenderci in carico in modo globale le persone che seguiamo e le loro famiglie».

«Non solo sono compatibili, ma strettamente legati: non possiamo staccare la relazione col paziente dall'atto medico », ha detto **Riccardo Carlon** che ha ricordato una frase di un famoso professore di medicina del Novecento: «Chi conosce soltanto la medicina non conosce nemmeno la medicina». «Non si può disgiungere la competenza tecnica dall'agire in relazione con il paziente. La relazione è faticosa, ma è anche la ricchezza del nostro mestiere: non curiamo malattie ma persone malate ».

Tutti hanno sottolineato altresì l'importanza delle relazioni, fatica e bellezza del loro lavoro.

«Andare incontro alle persone diventa un modo di essere per noi: imparare ad andare incontro ai bisogni con i nostri limiti.

Non è sufficiente una risposta personale: per essere misericordiosi serve una risposta d'insieme di tutti gli operatori», ha detto **Maura Carniel**. «Una professionalità senza misericordia è un corpo senz'anima» ha detto **Cosimo De Chirico**:

«Chi si occupa di cure palliative percepisce la sofferenza, la solitudine delle persone e si adopera per alleviarla facendosi carico dei problemi del malato e della famiglia».

Secondo **Maria Teresa Armellin**:

«Non possiamo non essere professionisti, ma non possiamo prescindere da un atteggiamento umano di empatia. Dobbiamo cercare di entrare in punta di piedi nella storia dei nostri pazienti per entrare in relazione profonda, mettendoci in ascolto ».

### **Misericordia e Professionalità: quali contrasti ha sperimentato?**

«I contrasti sono di tipo personale - sostiene **Silvana Betto** - quando il professionista non riesce a dimenticarsi le proprie fatiche; e di tipo istituzionale perché sempre di più le risorse scarseggiano e i carichi di lavoro aumentano ». «Non credo che ci siano contrasti, ma può essere percepito quando si devono proporre atteggiamenti invasivi – ha detto **Chiara Silvestrin** -: sembra mancanza di misericordia e allora dobbiamo farlo capire attraverso la nostra professionalità».

Per **Laura Barazza** «i contrasti nel nostro settore infermieristico possono esserci nel vissuto negativo delle persone che abbiamo in carico: è importante saperci avvicinare e venire incontro a pazienti e famiglie ». «I contrasti nascono quando l'atto medico viene disgiunto da un contesto di relazione di aiuto e vicinanza – afferma **Riccardo Carlon** -. La compassione deve poi avere un senso, una direzione, verso la realizzazione dell'essere umano in quanto tale: la medicina per avvicinarsi a diventare un atto di misericordia deve tenerne conto».

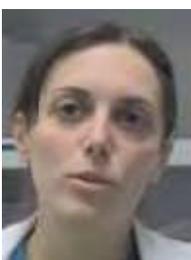
«La difficoltà c'è di fronte alla fatica nell'accompagnare certi genitori - spiega **Sandra Strazzer** - di fronte al loro choc per il problema occorso ai figli: rabbia, dolore, anche nei confronti di chi cerca di aiutarli. Alcune reazioni ci feriscono dentro, anche se questo percorso per noi è un dono di grazia». «Il contrasto l'ho avvertito quando dall'attenzione alla persona si è passati al concetto di azienda sanitaria, con l'attenzione spostata su tempi, profitti e rendimenti», ha ammesso **Maura Carniel**.

«Più che di contrasti parlerei di difficoltà. Affrontiamo storie di dolore e la difficoltà è riuscire ad essere dovutamente chiari, senza dare illusioni quando non ci sono i presupposti. - afferma **Maria Teresa Armellin** -. La difficoltà è di condurre il genitore ad apprezzare i piccoli passi, abbandonando il sogno di normalità, per relazionarsi col bambino così com'è. E capita di dover gestire la rabbia di alcuni contro la situazione, la presunta imperizia degli operatori... ma sappiamo che fa parte delle reazioni umane e dobbiamo chiederci: "Cosa faremmo noi nella loro situazione?"». «Il contrasto c'è quando il professionista focalizza la sua attenzione sull'organo ammalato piuttosto che sulla persona e sull'impatto che la malattia ha su quella persona - ha concluso **Cosimo De Chirico** -.

Quando il professionista non ascolta il disagio della persona, che ha bisogno di dare un senso alla propria vita in questa fase: non è tanto il dolore fisico, quando la difficoltà a dare un senso alla vita. Il professionista che accoglie la misericordia nel suo bagaglio di competenze non può prescindere dalla sua dimensione umana e spirituale». **AT**



**Sandra Strazzer** primario del reparto di Neuroriabilitazione a **La Nostra Famiglia** di Bosisio Parini (Lc)



**Chiara Silvestrin** anestesista rianimatore all'ospedale di Conegliano



**Riccardo Carlon** responsabile medico dell'hospice Casa Antica Fonte di Vittorio Veneto



**Cosimo De Chirico** medico specializzato in cure palliative



**Maria Teresa Armellin** fisioterapista a La Nostra Famiglia di Conegliano



**Silvana Betto** fisioterapista, collaboratrice in progetti di volontariato internazionale



**Laura Barazza** infermiere caposala in Anestesia e rianimazione all'ospedale di Conegliano



**Maura Carniel** infermiere al Piccolo Rifugio di Vittorio Veneto

## LA LECTIO MAGISTRALIS DI MONS. ENZO PEGORARO

### Tra scienza e coscienza



Don Roberto Camilotti con mons. Enzo Pegoraro

Sacerdote dopo la laurea in medicina nella sua Padova, direttore scientifico della fondazione Lanza, specializzato in bioetica a Washington e cancelliere della Pontificia Accademia per la vita, Mons. Enzo Pegoraro ha offerto ai presenti al convegno una interessante lectio. E in avvio ha subito spiazzato tutti apponendo un accento nel titolo: professionalità è misericordia. «Quando parliamo di ambito sanitario, la professionalità di un medico è un'espressione di misericordia perché si dedica alla cura di chi soffre: anche etimologicamente il “clinico” è colui che si china su chi soffre, quindi la professione sanitaria è misericordia, perché è sapersi chinare, saper curare chi soffre, nel corpo e nello spirito. D'altra parte in questo campo l'attenzione al malato, quindi la misericordia, diventa professionalità.

Il medico è “vir bonus sanandi peritus” (uomo buono, esperto nel curare), che mette assieme la competenza tecnica scientifica all'umanità di chi dedica la propria vita al malato. Infermiera in inglese è “nurse”, la nutrice, che accudisce, dà concreto aiuto: è chi sta accanto con spirito quasi materno».

### Autonomia e responsabilità

La relazione tra medico e paziente si fonda sulla libertà di scelta e sulla individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità. «Il medico – spiega mons. Pegoraro - non è un tecnico, ma utilizza le tecniche, non è uno scienziato, ma mette in pratica le sue conoscenze scientifiche al letto dell'ammalato. E lo fa con autonomia, assumendosi la responsabilità di curare una persona malata.

È una persona che cura un'altra persona, con tutta la ricchezza e la problematicità che questo comporta».

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura, fondata sulla reciproca fiducia, considerando il tempo della comunicazione, dell'ascolto, del dialogo con il paziente quale tempo di cura.

La professionalità dell'infermiere sta nel mettersi al servizio della persona, della famiglia e della collettività.

La responsabilità sta nell'assistere, nel curare, nel prendersi cura: in inglese è quasi un gioco di parole: “cure” e “care”, curare e prendersi cura. Questa professionalità è misericordia: e questa misericordia richiede competenza e conoscenze.

### Il rapporto medico - paziente

«A proposito di rapporto tra medico e paziente si è parlato di relazione, di alleanza. Se vogliamo mettere la relazione al centro, come dobbiamo declinarla perché sia in grado di esprimere professionalità e misericordia? Nella storia, sono quattro i modelli di rapporto: “paternalistico” tradizionale, del medico che agisce come un buon padre che sa quel che va bene fare; “informativo”, che informa perfettamente il paziente (che però vuole essere curato, non solo sapere cos'ha); “interpretativo”, che vuole interagire di più col paziente, da consigliere che interpreta, spiega, consiglia... ma si scivola nel paternalismo, e c'è bisogno di tempo per un dialogo esaustivo, ed emergono i contrasti; “deliberativo”, con il medico coinvolto nella discussione, negli aspetti etici, con una reciproca responsabilità... una specie di insegnante, di amico che viene coinvolto, ma con il rischio che emergano tensioni, che compromettono l'alleanza capace di portare risultati.

In realtà la maggior parte di medici, infermieri, pazienti e famiglie riescono a trovare un dialogo e una convergenza sulle decisioni prese.

Ma a volte si esasperano i conflitti, con prospettive anche legali: il medico vede dei rischi nel paziente perché potrebbe creargli dei problemi; il paziente guarda il medico con sospetto, come se volesse imporre le sue decisioni. Morale: la relazione non è più alleanza, ma un trattato di non belligeranza, nel quale tra i due litiganti vicendevolmente diffidenti, spesso il terzo (l'avvocato) gode e al giudice, che non sa di medicina, spetta paradossalmente il compito di decidere cosa è giusto. Una prospettiva importante è quella del modello deliberativo, come espressione del "prendersi cura", sviluppando un'alleanza terapeutica che impegna due persone ad affrontare la malattia e a condividere una decisione, pur in condizioni ben diverse».

### **Le prospettive e le problematicità**

«Si tratta di recuperare l'arte di curare la persona malata. Come nella pittura l'artista deve conoscere le tecniche ma avere anche un'umanità per trasmettere un'emozione con un dipinto, così un bravo scienziato non è necessariamente un buon medico, e un uomo di grande umanità non è detto sia un bravo medico.

Di più, va recuperato il valore della visita medica, senza filtrare tutto con gli esami di laboratorio: la visita è relazione, è entrare in contatto fisico con il paziente. E si tenga conto della catarsi che il paziente riceve nel raccontare le proprie vicende a qualcuno di cui si fida, che si prende cura di lui per guarirlo o accompagnarlo.

Per capire la problematicità attuale, si prenda consapevolezza dei fattori che condizionano il rapporto medico-paziente.

1) La standardizzazione delle cure (linee guida, protocolli) per essere inattaccabili: è più importante rispettare le procedure o curare il malato?

2) L'eccessiva enfasi sull'autonomia del paziente (da cui la contrattualizzazione del rapporto medico-paziente e la nascita della cosiddetta medicina difensiva): c'è un'asimmetria di condizione e competenze.

3) Modi e tempi di assistenza imposti dall'organizzazione sanitaria in relazione ai costi (si dice che "la salute non ha prezzo, ma la sanità costa"): è chiaro che la sanità deve organizzarsi e distribuire bene le risorse, ma medici e infermieri sono poco coinvolti nelle decisioni di organizzazione. È invece necessario che le istituzioni diano fiducia ai medici, rendendoli protagonisti nella scelta di percorsi diagnostici, tempi, modi... C'è l'idea che bisogna tagliare il personale, ma si verifichi se questo non raddoppia il costo dei farmaci...

A fronte di questi elementi di condizionamento, vanno recuperati alcuni elementi fondanti del rapporto medico-paziente.

1) Il medico agisce in scienza e coscienza, e nessuna linea guida può sostituirsi alla sua coscienza.

2) La fiducia è alla base della relazione, uscendo dalla logica del contratto, garantendo competenza, puntando ad una convergenza tra medico e paziente, rinsaldando l'alleanza terapeutica.

3) Serve la fiducia delle istituzioni nei confronti del medico, che va posto nelle condizioni di agire al meglio nell'interesse del paziente: chi governa metta i paletti, ma il medico deve avere dei margini di decisione. Se la coscienza viene annullata perché bisogna solo mettere in pratica un protocollo non c'è professionalità».

*Alessandro Toffoli*

## **ALTRI TEMI EMERSI DAL DIBATTITO**

Gli interventi dal pubblico hanno consentito a mons. Pegoraro di spendere anche qualche parola su altri temi.

**Il ruolo dei familiari:** «È cambiato, ed è di diverso tipo, da chi facilita a chi scarica sul medico i propri sensi di colpa pretendendo quel che non ha senso. Come gestirlo? È importante che l'équipe curante sia unita e lavori assieme: magari qualche volta le parole di una brava caposala, o l'intervento della direzione, potrebbero e dovrebbero aiutare il medico ». Le recenti **violenze** in una casa di cura: «Chi ha colpe va condannato, ma anche i familiari siano più partecipi perché così si prevengono simili situazioni ». La formazione e l'impegno degli **Operatori Socio Sanitari** nelle case di riposo: «Sono formati bene, ma per evitare il burnout bisogna sostenerli, motivarli, e magari agire come in Usa, dove ogni tot anni di hospice gli infermieri si fanno sei mesi in maternità ». La **formazione** dei medici: «Una volta la preparazione umanistica degli studenti di medicina era superiore, oggi si scivola più sull'aspetto meramente tecnico: è in atto una revisione per risolvere questo aspetto». La possibilità di **insegnare la misericordia**: «È una virtù: si testimonia; è frutto di esercizio, che va accompagnato, aiutato». La **gestione della sanità** oggi: «L'aumento dei costi della sanità è un problema mondiale, ma non si possono fare tagli lineari. Gli operatori sanitari siano più protagonisti nelle decisioni: il manager non può sostituire il politico in queste decisioni. Ci si concentri non sugli obiettivi, ma sul come si raggiungono». *AT*