

Concorso Nazionale

“Un ospedale con più Sollievo”

X edizione



organizzano
Fondazione Gigi Ghirotti

UCIIM

Associazione Professionale Cattolica Italiana di Docenti, Dirigenti e Formatori

Fondazione Alessandra Bisceglia – W ALE

In collaborazione con

Università Cattolica del Sacro Cuore

Associazione Attilio Romanini - Onlus

A.I.I.R.O.

Associazione Italiana Infermieri di Radioterapia Oncologica

**MIUR – Direzione Generale per lo Studente, l’Integrazione e la
Partecipazione**

Con il patrocinio
Ministero della Salute
**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e
della Ricerca**

Presentazione

È opinione diffusa che la Sanità nel nostro Paese, mentre risulta in continua crescita nei suoi aspetti tecnologici, sembra al contrario ridurre la sua dimensione umana nel difficile rapporto fra operatori sanitari e pazienti.

Mentre la moderna Medicina, sempre più basata su metodi scientifici rigorosi (medicina delle evidenze) sta registrando risultati molto positivi in tutte le sue specializzazioni, più che mai si avverte una insoddisfazione diffusa e crescente da parte di coloro che sono destinati a beneficiare di tali risultati: i pazienti ed i loro familiari. I vari episodi di malasana, puntualmente oggetto di ampia diffusione da parte dei media, sono almeno in parte espressione di questi sentimenti. La superspecializzazione e soprattutto la crescita tumultuosa delle applicazioni tecnologiche se, da un lato, interessano quasi morbosamente i pazienti ed i loro familiari sempre più "informati" ed esigenti, dall'altro facilitano questa sensazione di abbandono ad opera degli operatori sanitari.

Per esaltare e far crescere nella coscienza collettiva, nell'ambito di questa relazione di aiuto, il valore insostituibile del "sollievo" inteso non come negazione definitiva del dolore fisico ma piuttosto come sostegno sollecito ed amorevole, psicologico e spirituale al malato, specie se cronico in evoluzione di malattia, da anni si celebra, sia pure in maniera alquanto disomogenea, una lodevole iniziativa nel nostro Paese. Si tratta della GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO, promossa dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti insieme al Ministero della Sanità ed alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, istituita con decreto del presidente del Consiglio nel 2001, celebrata l'ultima domenica di Maggio.

Vista la tendenza ad applicare anche nel nostro Paese modelli di assistenza che privilegiano competenza, appropriatezza ed economicità delle cure sui sentimenti di condivisione del disagio altrui, è urgente trasferire tale consapevolezza al mondo dei "provvisoriamente sani", cominciando dalla scuola, fin dal livello primario, affinché siano sensibilizzati a tale tema: gli alunni, le loro famiglie e gli stessi insegnanti.

Di seguito ci piace riportare il testo della "Lettera al Malato" che Nicasia Teresi, Direttore generale della Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, ha composto in occasione della 1^a Giornata:

Caro paziente, eroe sconosciuto dai mille volti che si sovrappongono nella memoria, vorrei sentire la tua voce in questa Giornata dedicata a te. Caro amico, grazie per la pazienza che mi hai insegnato quando ascoltavi le ruote di quel carrello spinto lungo un corridoio infinito, quando si fermava nelle stanze vicine, contando quanto avrebbe impiegato a raggiungere la tua stanza con la soluzione a quel dolore. A volte hai aspettato con silenziosa dignità il tuo turno, altre volte hai urlato il tuo bisogno impellente suonando insistentemente quel gracchiante campanello che disturbava l'udito, ma non scuoteva le coscienze. "Non si agiti, stia calmo, un po' di pazienza, di educazione..." Parole facili, scontate, a volte taglienti... è un "sano" che parla.

Quante notti insonni trascorri in cui la luce dell'alba sembra non arrivare mai, lunghe notti in cui ricordi, angosce, paure si intrecciano in ragnatele inestricabili! Grazie per il grato sorriso che mi hai regalato, in una calda giornata estiva, per un

po' di acqua fresca. Grazie per avermi onorato dalla tua amicizia e confidenza raccontandomi frammenti della tua vita. Ho pianto con te, abbiamo riso insieme su storie buffe a volte inventate solo per evadere da quell'angoscia; ho stretto la tua mano, tu hai stretto la mia. Grazie per avere arrestato le mie stressate e insensate corse del quotidiano ed avermi insegnato a fermarmi per assaporare la gioia di ogni attimo del tempo che scorre. Nonostante il tempo trascorso insieme, io sono "sana" e scopro di non poter capire fino in fondo i tuoi bisogni, le tue angosce, il tuo dolore. La tua intimità e il tuo corpo violato da tante mani sconosciute. In palazzi, in stanze colme di sapienza si parla di te, del tuo dolore, dei tuoi bisogni. Si decide, si giudica e a volte... ci si "commuove". Si scrive la tua storia a volte solo per potere o per interessi personali. Caro amico, forse non posso comprenderti fino in fondo, ma se vuoi ecco la mia mano, stringila, ti aiuterò a salire sul palco, chiederò ai dotti di tacere. Oggi vogliamo ascoltare solo la tua voce. Tu hai diritto di essere ascoltato. Perché solo tu sai e puoi dirci di che cosa hai bisogno.

Per sensibilizzare allo spirito originario della Giornata del Sollievo, una delle iniziative a livello nazionale coinvolge il settore dell'istruzione primaria, secondaria e universitaria attraverso un concorso che sollecita la creatività di bambini, adolescenti e giovani.

Il concorso è rivolto anche a bambini e ragazzi che, vivendo una situazione di ospedalizzazione, frequentano le scuole di ogni ordine e grado operanti presso strutture ospedaliere. Ciò nella consapevolezza che, se è urgente sensibilizzare il mondo dei "provvisoriamente sani", ancora più pregnante è dar voce a chi, bambino o ragazzo, vive in prima persona la situazione di disagio e può, a maggior ragione, indicare con la creatività, strategie per il sollievo da tale disagio.

Regolamento

Art.1

Lo scopo del concorso è quello di sensibilizzare gli alunni di tutte le età, i docenti e le famiglie sul tema del Sollievo, inteso non come la negazione definitiva del dolore fisico, ma piuttosto come sostegno sollecito ed amorevole nel dolore fisico, psicologico e spirituale al malato specie se cronico in evoluzione di malattia.

La partecipazione al concorso, come momento importante di crescita nella coscienza collettiva del valore insostituibile del sollievo, si propone come strumento per favorire un percorso formativo alla scoperta del mondo della sofferenza e quindi del sollievo, insieme ai propri insegnanti e alle proprie famiglie. In particolare, per i concorrenti più piccoli, l'obiettivo primario è sensibilizzare i bambini alla scoperta e quindi all'accettazione del malato, dell'anziano e in genere delle persone in difficoltà.

È noto che l'assistenza agli infermi nasce da iniziative di carità e volontariato rivolte a pellegrini e/o a persone che, dato il loro basso ceto sociale, non potevano permettersi le spese per le cure. Infatti i primi ospedali, nascono come assistenza ai pellegrini in viaggio verso luoghi particolarmente significativi per i credenti (Roma, Loreto, Terra Santa...). Da qui la proposta rivolta agli studenti universitari di riflettere, attraverso un percorso di ricerca autonomo, sul significato dell'assistenza sanitaria come iniziativa gratuita di solidarietà allo scopo di donare sollievo.

Art.2

Il concorso è riservato esclusivamente agli alunni/studenti di:

- Ultimo anno delle sezioni della scuola dell'infanzia
- V classe della scuola primaria.
- III classe della scuola secondaria di primo grado.
- Classi della scuola secondaria di secondo grado.
- Classi delle sezioni ospedaliere di ogni ordine e grado.
- Corsi di laurea triennale e specialistica.

Art.3

Gli elaborati devono riguardare la tematica del sollievo e consistono in:

- Ultimo anno delle sezioni della scuola dell'infanzia: un plastico o un poster.
- V classe della scuola primaria: prodotto iconografico o testo.
- III classe della scuola secondaria di primo grado: un prodotto iconografico con didascalie esplicative oppure un fumetto.
- Tutte le classi della scuola secondaria di secondo grado: videoclip.
- Scuola ospedaliera: prodotto iconografico o testo o videoclip.
- Sezione università, elaborato in forma di testo consistente in una ricerca o in una narrazione:
 - ricerca sui luoghi storici di assistenza sanitaria di una città e/o di una regione italiana, finalizzata a promuovere la conoscenza del *luogo del sollievo* e del contesto urbano/regionale in cui esso si inserisce;
 - testo narrativo, incentrato su esperienze relazionali che valorizzano il significato della solidarietà all'interno di luoghi assistenziali o riferite a situazioni personali, reali o immaginate (anche sotto forma di favola). In entrambi i casi il testo prodotto può essere arricchito da immagini e testimonianze.

Art.4

Caratteristiche degli elaborati che possono essere individuali o di gruppo:

- **Il plastico o il poster:** può essere utilizzato qualsiasi tipo di materiale e/o tecnica artistica. È opportuno far pervenire il prodotto accompagnato da una breve descrizione. Il lavoro deve essere realizzato da tutti gli alunni della sezione e dovrà avere uno dei seguenti titoli:
 - Un abbraccio, una carezza o un sorriso per esserti vicino ed alleviare il tuo dolore.
 - Ti aiutiamo con la nostra gioia ad essere coraggioso per superare le tue difficoltà.
 - Il linguaggio del cuore, la bontà e la comprensione saranno capite in ogni situazione di disagio.
- **Il prodotto iconografico** può essere un disegno o una composizione arricchita da ritagli di giornali, illustrazioni, fotografie, fumetti. Può essere accompagnato da una breve descrizione dell'elaborato.
- **Il testo** (poesia, prosa, filastrocca, altro) non deve superare i **600 caratteri** (spazi esclusi).
- **Il videoclip:** deve essere in formato video-DVD (16/9 o 4/3) della durata massima di 1,5 minuti (compresi l'introduzione e i titoli di coda). Il videoclip deve essere un video sceneggiato o con animazioni digitali. Non verranno presi in considerazione quei videoclip che contengono sequenze di fotografie o immagini fisse accompagnate da testi scritti.
- **Le scuole ospedaliere** dovranno inviare, **insieme all'elaborato, un elenco** di materiale o attrezzature finalizzate al miglioramento dell'attività didattica.
- **La ricerca/testo narrativo** non deve superare le 10 pagine A4 scritte con carattere Times New Roman 10.

Art.5

È obbligatorio partecipare al concorso con **un solo elaborato per sezione, classe scolastica o per studente universitario.**

Art.6

Gli elaborati dovranno essere spediti entro e non oltre il **26 aprile 2016**, a:
Fondazione Nazionale "Gigi Ghirotti"
Via Fratelli Ruspoli, 2
00198 Roma

Art.7

Il videoclip dovrà essere spedito per posta ordinaria, masterizzato su supporti ottici DVD o CD.

Art.8

Il plico degli elaborati non deve essere firmato, né deve evidenziare il nome dei concorrenti o della Scuola di provenienza. **Esso dovrà contenere in una busta chiusa non intestata** una scheda indicante i riferimenti della Scuola che partecipa al concorso (Denominazione, Via, Città, C.A.P., Telefono), del dirigente scolastico e dell'insegnante che ha guidato gli alunni nell'elaborazione dei lavori (Cognome e nome, Via, Città, C.A.P., telefono) e l'elenco degli alunni che hanno partecipato al lavoro (come scheda allegata in ultima pagina); la scheda relativa all'università dovrà contenere oltre al cognome, nome, recapito, anno e corso di laurea dello studente che partecipa al Concorso, la denominazione dell'università d'appartenenza e il recapito telefonico.

Art. 9

Il giudizio della giuria, che è composta da rappresentanti delle organizzazioni promotrici, è insindacabile.

Art.10

Sono posti in palio sei premi, cinque offerti dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, uno dalla Fondazione Alessandra Bisceglia, da assegnare come segue:

- 1 premio di € 500,00 al miglior elaborato prodotto dagli alunni della scuola dell'infanzia;
- 1 premio di € 500,00 al miglior elaborato prodotto dagli alunni della V classe della scuola primaria;
- 1 premio di € 500,00 al miglior elaborato prodotto dagli alunni della III classe della scuola secondaria di primo grado;
- 1 premio di € 500,00, intitolato a “Anna Maria Verm”, al miglior elaborato prodotto dagli alunni delle classi della scuola secondaria di secondo grado.
- 1 premio di € 500,00 massimo, destinato esclusivamente all'acquisto del materiale o delle attrezzature indicate nell'elenco di cui all'art. 4, per il miglior elaborato iconografico o testuale o video prodotto dagli alunni della scuola ospedaliera.
- 1 premio di € 500,00, intitolato ad “Alessandra Bisceglia”, destinato alla migliore ricerca sui luoghi storici o testo narrativo su esperienze relazionali solidali, prodotta da uno o più studenti universitari.

Ad eccezione del premio che sarà assegnato allo studente vincitore nella sezione universitaria, i **premi** destinati alle altre sezioni di concorso sono attribuiti **all'intera classe** e non ai singoli studenti esecutori dell'elaborato.

Targhe e medaglie sono offerte dall'UCIIM.

- Una targa personalizzata verrà assegnata a ciascuna scuola di appartenenza degli alunni vincitori e allo studente universitario vincitore.
- Una medaglia verrà consegnata al dirigente scolastico e a ciascun docente che ha curato gli elaborati premiati.

I premi, le targhe e le medaglie si ritirano personalmente durante l'evento celebrativo della XV Giornata Nazionale del Sollievo a Roma, presso il “Policlinico Agostino Gemelli” – domenica 29 maggio 2016. La mancata presenza dei vincitori alla cerimonia di premiazione comporta l'esclusione dal premio.

Art.11

Le classi della scuola secondaria di secondo grado e gli studenti universitari, già vincitori di una precedente edizione del concorso, possono partecipare alle due successive, ma non concorrere all'assegnazione dei premi.

Art.12

Le buste contenenti le schede di partecipazione verranno aperte a premio assegnato e verrà data notizia dell'esito agli organi di informazione ed agli interessati con lettera personale.

Art.13

Gli elaborati pervenuti resteranno di proprietà della Fondazione Gigi Ghirotti, dell'U.C.I.I.M. e dell'Associazione Attilio Romanini - Onlus, che si riservano la possibilità di pubblicarli successivamente.

Art.14

La cerimonia di premiazione avrà luogo al Policlinico "Agostino Gemelli" durante la celebrazione della XV Giornata Nazionale del Sollievo (domenica 29 maggio 2016).

Art.15

La partecipazione al concorso comporta l'incondizionata accettazione di tutti gli articoli del presente regolamento.

SCHEDA IDENTIFICATIVA DELL'ELABORATO STUDENTI UNIVERSITARI

• Nome:

• Cognome:

• Indirizzo:

• Città:

• Telefono:

• Corso di Laurea:

• Università:

N.B. Qualora l'elaborato sia stato prodotto non da un singolo studente ma da un gruppo, la scheda dovrà essere compilata dal rappresentante delegato a ritirare il premio, che si assume la responsabilità di dividerlo con i suoi colleghi, i cui nominativi devono essere riportati qui di seguito.

NOME	COGNOME

Approfondimenti

Lungo viaggio nel tunnel della malattia

Nel 1972 il famoso giornalista Gigi Ghirotti si ammalò di una grave malattia del sangue, un tumore chiamato “linfoma di Hodgkin”, oggi di questa malattia si può anche guarire, ma negli anni in cui si ammalò Gigi Ghirotti non c'erano ancora farmaci e cure efficaci. Lui sapeva della gravità della malattia e anziché abbattersi e chiudersi in se stesso rinunciando alla vita, decise di impegnarsi e lottare fino in fondo. Era giornalista, e quindi il modo migliore di affrontare questo periodo difficile della sua vita, ritenne fosse quello di continuare a fare il proprio lavoro. Ghirotti in tanti anni di lavoro era stato inviato in varie città e regioni italiane per raccogliere direttamente informazioni sulle più svariate questioni o eventi e scrivere articoli e inchieste. Così gli italiani potevano essere informati e conoscere molte realtà della nostra Italia senza che si spostassero da casa, ma grazie all'occhio attento e la capacità narrativa di Gigi Ghirotti. Ebbene, ammalatosi, Ghirotti decise di continuare a fare l'inviato speciale, ad informare gli italiani, questa volta dai luoghi che, diceva Ghirotti, si incontrano attraversando “il lungo tunnel della malattia”. Da bravo giornalista e cronista fece conoscere agli italiani, attraverso i giornali e la televisione, ciò che accade a chi, suo malgrado, si ammala ed è costretto a farsi curare negli ospedali.

Ghirotti ha aperto all'Italia di quegli anni una finestra sul mondo del malato e della malattia e ha indicato tante questioni e problemi da conoscere, affrontare e risolvere. Ha indicato tanti ostacoli al sollievo dalla sofferenza; un sollievo che per essere vissuto, non ha solo bisogno della liberazione dal dolore fisico o da altri sintomi, ma anche di rispetto della persona malata, della vicinanza di persone care, di medici e infermieri che sanno relazionarsi con attenzione e cura, di speranza. Alcune frasi raccolte qua e là da quello che ha scritto e detto Ghirotti possono aiutarci a capire cosa vuole realmente la persona malata e come vive nella sua condizione di fragilità.

Quello che importa, sia durante la vita, sia di fronte alla morte, è non sentirsi abbandonati e soli.

Mi trovo impegnato in una partita difficile, su terreno fangoso, con un avversario che è furbo e anche sleale. Ma non sono solo. C'è mia moglie, Mariangela, che mi aiuta, mi dà fiducia, mi dà il braccio se vacillo. [...], finché dura l'incontro, ogni possibilità è sospesa: non ho vinto io, ma nemmeno lui, siamo pari. E vero, il signor Hodgkin deve tirare il suo terribile calcio di rigore. È pauroso pensarci, ma in fin dei conti anche i più famosi campioni talvolta sbagliano il rigore. E in ogni caso è giusto che quel pallone mi trovi sulla porta, quando arriverà.

Non abbiate paura di disturbare. Una volta si usava girare in punta di piedi attorno all'ospedale. Ma è un'usanza sparita da un pezzo: adesso pare che gli indici più drammatici della rumorosità urbana si vadano registrando appunto in coincidenza con gli ospedali. Non fatevi scrupoli, dunque, per il “disturbo”; l'importante è che il malato non sia lasciato solo.

Gli ospedali sono pieni di bambini infelici, la cui infelicità è accresciuta dalla mancanza di amicizie e di collegamenti con i coetanei in buona salute. [...] Qualcosa anche uno scolaro può già fare: andando per esempio negli ospedali alla ricerca dei piccoli ricoverati. Per conoscerli, per sentire se, ad esempio, volessero praticare lo scambio delle figurine.

Il messaggio di Gigi Ghirotti continua ancora oggi anche senza di lui, grazie alla Fondazione Nazionale che porta il suo nome. La Fondazione Ghirotti è convinta che il sollievo è raggiungibile anche nelle malattie più gravi e invalidanti; anche quando non è possibile guarire. Lungo la strada che porta al sollievo si incontrano: terapie e cure del dolore e della sofferenza, il generoso e gratuito aiuto di volontari, l'ascolto di persone esperte come psicologi, il facile accesso ai servizi sociali e sanitari e soprattutto l'affettuosa presenza di persone care accanto al malato. Alcuni malati hanno raccontato alla Fondazione Gigi Ghirotti come si sentono quando sperimentano il sollievo:

Sollievo è uno spiraglio di luce che si fa strada in mezzo a tanta sofferenza.

Dopo tanto buio, tanto dolore e paura ho incominciato a vedere il mondo in bianco e nero, ho iniziato a respirare. Oggi c'è colore, ci sono i profumi nel mio mondo e... ci sono io.

Il sollievo è la quiete dopo la tempesta.

Il sollievo è riprendere fiato.

Per me sollievo è essere compresa e coccolata e parlare con qualcuno che mi capisca.

È la voglia di vivere dopo il dolore è come una grossa nube che va via dopo il dolore.

Il sollievo per me è sentirmi libero e leggero da ogni dolore fisico e morale.

Il calore di un sorriso

Alessandra Bisceglia, nasce a Venosa (Potenza) il 30 ottobre 1980, giornalista, autrice televisiva. Affetta, fin dalla nascita, da una malformazione vascolare gravissima e rara, che in fase adolescenziale l'ha costretta su una sedia a rotelle, comincia la sua battaglia insieme alla sua famiglia con determinazione, dignità, coraggio e costanza superando problemi quotidiani e ostacoli di ogni genere. Come diceva Alessandra "sono le condizioni peggiori a rendere le situazioni straordinarie". E lei era straordinaria per il suo modo di reagire alle negatività della vita. È proprio in uno dei suoi racconti che scrive: "Ho capito che c'è un tempo per tutto... per arrivare a queste conclusioni nella mia vita ho dovuto combattere per tutto il tempo..."

Il 3 settembre a soli 28 anni, "ha lasciato le rotelle per mettere le ali" e ricordarla è il modo più bello che abbiamo oggi per ritrovarla accanto a noi, sentirla vicina e averla come guida silenziosa. La sua è una storia comune a molti giovani che scelgono di costruire la propria professionalità lontano dalla propria città di origine, scegliendo le università più prestigiose, perseguendo i propri obiettivi con tanta determinazione.

Quella di Alessandra è anche la storia speciale di una ragazza che ha trascorso molti momenti della sua vita in ospedale, che ha dovuto combattere ed abbattere barriere architettoniche e culturali, che ha dovuto organizzare la propria quotidianità anche in funzione della presenza di servizi e luoghi "accessibili". Eppure è riuscita a frequentare la facoltà universitaria che aveva scelto (e che oggi grazie alle sue battaglie ha un servizio di trasporto per disabili), a trasferirsi a Roma, a realizzare il sogno di diventare giornalista.

*Determinata nelle scelte, forte nelle difficoltà, serena nel suo guscio familiare **Alessandra è un esempio di vitalità per tutti noi** che spesso ci perdiamo dietro ad un naso storto o un brufolo di troppo.*

*L'aggettivo che viene in mente pensando ad Alessandra è.....**Straordinaria**. Straordinario era il suo sorriso, capace di sussistere nonostante tutto, tutte le sue sofferenze erano annullate, inesistenti, invisibili anche a chi ne conosceva mole e fattezze.*

Chi ha avuto la fortuna di conoscerla e ancor di più essere "amica adorata" di Alessandra dice di lei: "aveva una grande capacità di ascoltare, di cogliere occasioni, di inserirsi in ogni circostanza con l'armonia e la consapevolezza del momento che viveva. Entrava in modo tranquillo in ogni situazione dando forza a chi lavorava con lei, aiutando a credere che di fronte ai problemi si può lottare e farcela. È il messaggio forte che ha distribuito insieme all'amore, alla familiarità tra le persone, un messaggio che non deve andare disperso" (Lorenza Lei).

Chi invece l'ha conosciuta attraverso i suoi scritti, i servizi, il progetto, le testimonianze di amici, dice di lei: "mi ha arricchito, mi ha suggerito pazienza nell'affrontare situazioni e momenti delicati, mi ha insegnato a perseverare, a non lasciarmi abbattere, a cercare strade diverse da quelle solite, che non portano da nessuna parte. Mi ha fatto scoprire persone, tante, che hanno a cuore il bene di se stessi insieme a quello degli altri, che vogliono diffondere ed ampliare un pensiero, fare del bene a chi è stato meno fortunato, mettersi al servizio di chi chiede, a volte in silenzio, aiuto" (Lorena Fiorini).

*È un esempio grande e semplice quello di **Alessandra Bisceglia**, giornalista, autrice televisiva, giovane donna dotata di grandi capacità professionali ed umane, oltre che di un talento e un coraggio fuori dal comune.*

*Alessandra ci ha fatto vivere un'esperienza meravigliosa e ci ha insegnato che **ogni difficoltà è superabile**, ma soprattutto ci insegna a vivere e a soffrire, a lottare e a riuscire, e che non bisogna essere grandi eroi per vincere le battaglie, ma basta apprezzare la vita e non smettere mai di sognare.*

*Ha dimostrato che con l'impegno, la determinazione, la tenacia è possibile **"farcela nonostante tutto"**.*

***Alessandra lascia un'eredità preziosa....** Continua a brillare e la sua luce trasmette calore ed energia per altre storie, altre vite....*

Ha sempre guardato alla vita con gioia ed entusiasmo, sfidando il modo tradizionale di vivere la disabilità, combattendo i pregiudizi e superando tutti gli ostacoli, raggiungendo mete che le sembravano negate.

Numerose sono le testimonianze che parlano di lei: amici, colleghi, parenti, persone che hanno avuto la fortuna di essere accarezzati da quel sorriso che li aveva conquistati tutti!

Come la ricorda Lorena Bianchetti " la sua vita è stata una carezza di Dio agli altri".

E il dono di quella carezza oggi può essere forza per tutti noi!

Grazie ad Alessandra, al suo sorriso, tutti noi ci carichiamo di energia per dare spazio al dono. È lei che ci invita a fare qualcosa per gli altri, lei che non ha mai fatto le cose solo per se stessa, e che qualsiasi cosa abbia fatto lo ha sempre fatto pensando che poteva essere utile anche agli altri.

Una fondazione oggi ricorda Alessandra.

*Fortemente voluta dai suoi amici più cari, **la Fondazione Alessandra Bisceglia W ALE Onlus** si fa promotrice di attività di ricerca sulle anomalie vascolari in campo pediatrico per approfondire la comprensione della patologia ed elevare le possibilità terapeutiche, ma anche formando specialisti per conoscere e studiare malattie rare e più semplicemente per aiutare chi vive nella difficoltà e non sa a chi rivolgersi.*

Il destino non è una catena

Ma un volo...

E da giornalista ho iniziato a volare...

In radio a 28 minuti,

poi ho iniziato a muovermi nell'aria

del Corriere della Sera,

Mi manda Rai Tre.

E ancora nel "cielo stellato" del TG2.

Nuove emozioni poi nel pianeta

Di "Ragazzi c'è Voyager" e "Domenica In"

E ora eccomi qua...Il volo continua....

Alessandra

Una breve riflessione sulla sofferenza

Giovanni Villarossa

dirigente scolastico - presidente nazionale emerito UCIIM

La sofferenza è legata alle caratteristiche psicofisiche di ogni singola persona, le reazioni al dolore dipendono della sua sensibilità, del suo carattere, della tipologia di lavoro che esercita o ha esercitato, dallo stile di vita che conduce e dai principi etico-religiosi a cui si ispira.

La reattività al dolore è rapportata alla tipologia del dolore stesso che può essere fisico, psichico, della coscienza o dell'anima.

A seconda della persona si hanno risposte di diversa intensità sul piano etico, esistenziale ed ontologico.

La presenza del dolore crea un turbamento nell'equilibrio della persona.

Quando il dolore è fisico si hanno reazioni psico-fisiche tipiche del mondo animale; quando è psichico vengono coinvolti aspetti specifici dell'uomo e crea reazioni di tipo umorale e comportamentale; quando è della coscienza siamo ancor più nella specificità umana e le reazioni sono di tipo intellettuale ad una riflessione problematica del proprio agire etico e dei propri orientamenti esistenziali; quando è dell'anima coinvolge la spiritualità dell'uomo ed è frutto del peccato verso Dio e verso il prossimo.

La sofferenza fa scoprire all'uomo i propri limiti e la capacità di rifiutarla, sopportarla o accettarla.

Il rifiuto comporta abbattimento, isolamento o ribellione al proprio stato.

La sopportazione è frutto della presa d'atto di una condizione che va comunque vissuta.

L'accettazione è consapevolezza, valorizzazione del dolore e affinamento della propria sensibilità e spiritualità.

Le attuali terapie mediche del dolore si sono correlate alla psicologia medica, che studia le reazioni del singolo paziente, per contenere il suo dolore entro limiti sopportabili.

La conoscenza dei fattori che concorrono alla genesi del dolore consente alla medicina di ottenere livelli di miglioramento della qualità della vita anche in pazienti affetti da inguaribili malattie.

La persona consapevole della propria condizione sofferente riesce meglio a pervenire alla presa di coscienza della sua intima essenza, infatti la frattura che coglie tra ciò a cui ha aspirato e l'impossibilità della realizzazione creatagli dalla sofferenza gli dà la misura del limite della propria corporeità e la percezione della precarietà di una vita non necessariamente corrispondente alle attese in essa riposte.

Ma lo sperimentare direttamente la fragilità dell'esistenza, attraverso la sofferenza, se si accompagna alla difficoltà di riuscire a darle un senso, può diventare un dramma esistenziale, che aggiunge dolore a dolore.

Allora sorge il lamento sempre più intenso nei confronti di una Natura o di una condizione umana, che viene accusata di mancanza di logica e di giustizia.

In alternativa la sofferenza è intesa come prova permessa da Dio per purificare e verificare la fedeltà dell'uomo. E diventa occasione di salvezza e di liberazione.

Nasce così la resa, la donazione di tutto se stesso a Dio, mistero insondabile.

La sofferenza va, allora, collocata nel piano di Dio, il cui agire nella storia è sempre imprevedibile ed inconoscibile.

L'esperienza della sofferenza può creare condizioni di apertura alla trascendenza, dove, forse, dopo tanto dolore, si può incontrare quel Dio, che a lungo si è cercato e dal quale ognuno è stato cercato.

Si attribuisce così un senso al vivere anche nelle situazioni più difficili, senza abdicare alla propria dignità di persona umana.

Soffrire davanti a Dio non va confuso con forme di ascetismo, con sopportazione stoica, con provvidenzialità del dolore, con rassegnazione.

Soffrire davanti a Dio è un chiedergli conto, è un consegnarli il proprio dolore o meglio un consegnarsi con il proprio dolore.

La presenza Dio accanto all'uomo, la sua compassione, è stata rivelata dalla passione di Cristo e dalla sua resurrezione che attestano la possibilità del superamento della sofferenza e della morte.

Il rapporto con la sofferenza in prospettiva educativa e didattica: orientamenti per gli insegnanti

prof. Andrea Porcarelli

Consigliere Centrale UCIIM – Direttore Scientifico del Portale di Bioetica
(www.portaledibioetica.it)

Un concorso come quello che ha a tema il “sollievo della sofferenza”, in rapporto al nostro modo di concepire anche il ruolo delle strutture ospedaliere e rapportarci con esse, può essere considerato come una significativa “occasione educativa” per mettere a tema alcune questioni di grandissima attualità, che – peraltro – sono state anche al centro di recenti e accesi dibattiti culturali.

Prima ancora di addentrarsi nel cuore della progettualità didattica un insegnante ha bisogno di mettere a fuoco alcune idee guida, la “posta in gioco” sul piano culturale, cercando – contestualmente – di farne emergere le potenzialità in prospettiva educativa. Scopo di queste brevi note è proprio quella di accompagnare quel momento di focalizzazione mentale che sta a monte della progettazione didattica e, in qualche misura, ne costituisce l’anima in senso profondo. Cercheremo dunque di tratteggiare – in prima battuta – una sintetica “mappa problematica” che possa offrire il senso della complessità delle questioni direttamente o indirettamente coinvolte (anche per non confondere realtà diverse, mediante sovrapposizioni indebite); ci soffermeremo poi sul tema della sofferenza, cercando di metterne in luce alcuni risvolti culturali più significativi in prospettiva educativa.

Una “mappa problematica” con diverse questioni che si intrecciano

La sofferenza come dimensione dell’esperienza umana

Dal punto di vista biologico la sofferenza rappresenta un “campanello d’allarme”, un indicatore mediante il quale gli organismi viventi e dotati di vita sensitiva reagiscono a situazioni che potrebbero essere nocive per loro e, pertanto, possono assumere comportamenti conseguenti per salvaguardare se stessi e la propria salute. Ovviamente la sofferenza non è solo di natura fisica, ma spesso si radica in problematiche di tipo psicologico e relazionale, che a loro volta retro-agiscono sulla stessa fisicità (somatizzazione), così come è possibile concepire dei dinamismi per cui alcune esperienze di privazione e di sofferenza sul piano fisico, si traducono in un irrobustimento del carattere e della personalità, portando benefici sul piano spirituale.

L’approccio medico, ma anche psicologico, alle diverse forme di sofferenza dipende pertanto da un’attenta considerazione delle condizioni complessive in cui si trova la persona con cui ci si rapporta e non può limitarsi a soluzioni affrettate e superficiali.

La terapia del dolore

L’approccio al problema del dolore, in medicina, ha avuto in tempi recenti una evoluzione, nel senso che - soprattutto nel caso dei malati cronici acuti - è stata sviluppata una vera e propria terapia del dolore, intesa non solo come una sorta di

elemento “a latere” della terapia mirante alla cura della malattia, ma intesa come un complesso di interventi terapeutici che hanno la sintomatologia dolorosa come oggetto diretto. In realtà si tratta di una ripresa (in termini più moderni e con l’ausilio di conoscenze e tecniche più evolute) dell’antico detto della scuola salernitana: “divinum sedare dolorem”, che precisa uno degli elementi essenziali della medicina ippocratica.

Mettere a tema la morte senza banalizzarla

Dal punto di vista biologico la morte rappresenta la cessazione irreversibile delle funzioni vitali di un soggetto vivente, quindi sembrerebbe una nozione relativamente semplice. Ma nelle questioni complesse è bene non dare nulla per scontato, per cui quando parliamo – ad esempio - di eutanasia richiamiamo l’idea della morte come se fosse un concetto chiaro che ci aiuta a spiegarne uno più oscuro e pare che l’unico problema sia quello di stabilire se e a quali condizioni essa possa venir chiamata “buona”. In realtà parlare della morte non è così banale, essa non rappresenta un “dato immediato” dell’esperienza, ma un’interpretazione di alcuni segni visibili di una realtà che non si vede. Più ancora è complessa la questione dell’interpretazione “esistenziale” di ciò che abbiamo designato con il termine “morte”. Oggi si tende a banalizzare fortemente la morte, spesso “rimossa” dall’orizzonte delle nostre considerazioni, talora “spettacolarizzata” (con funzione probabilmente catartica), talaltra addirittura “ricercata” (si pensi ai “comportamenti a rischio” di alcuni adolescenti), ma in tutti questi casi destituita del suo profondo significato esistenziale, come “evento supremo”

In tema di accertamento di morte, al di là della problematicità stessa del termine, vi è stata un’evoluzione notevolissima delle metodiche, soprattutto in questi ultimi anni. Per secoli, per accertare l’avvenuta morte, si è utilizzato il criterio di constatare l’arresto dei battiti cardiaci e della respirazione; il che lasciava comunque aperto un certo margine di dubbio di cui gli stessi operatori erano consapevoli¹. L’invenzione dei respiratori artificiali e l’approfondimento - da parte del personale curante - di pratiche come il massaggio cardiaco, hanno messo radicalmente in discussione tali criteri: grazie alle tecniche di rianimazione è possibile assicurare per settimane (o anche per mesi) la circolazione sanguigna, la respirazione, l’escrezione e il nutrimento di un organismo, ma si tratta di un essere umano ancora vivo o di tecniche che consentono il funzionamento di alcuni organi di un cadavere?

Negli anni 1955-1960 alcuni rianimatori si trovarono di fronte a casi particolarmente impressionanti di corpi umani che presentavano i segni evidenti della morte ma che, secondo i criteri allora ammessi, erano da considerare vivi: sussistevano respirazione e circolazione sanguigna. Apparve presto evidente che tali stati dipendevano da una distruzione irreversibile del cervello², tanto che nel 1959,

¹ Si pensi, ad esempio, al racconto evangelico circa le risurrezione di Lazzaro, in cui non solo si dice che l’amico era morto, ma che era sepolto da tre giorni e già “mandava cattivo odore” ... in tal modo ogni possibile dubbio viene fugato.

² Furono le autopsie effettuate su malati tenuti a lungo in vita artificialmente che consentirono di verificare che il cervello aveva già cessato da tempo le proprie funzioni.

in occasione del XXIII Convegno neurologico internazionale³, fu resa la prima descrizione del coma dépassé o “morte cerebrale” (espressione decisamente più precisa e - per questo - preferibile). Infatti il termine “coma” indica una perdita prolungata dello stato di coscienza (il che si rileva soprattutto a livello di vita di relazione), ma non comporta l’abolizione della funzione di regolazione dell’organismo.

L’accompagnamento del morente

Il dolore fisico non è sempre l’elemento peggiore della condizione esistenziale del malato grave, spesso il problema è più profondo: parliamo di quel malessere dell’anima che caratterizza chi si avvicina al momento supremo della vita, soprattutto se ciò avviene sotto il segno della solitudine. La sofferenza e la morte vengono sempre affrontate “in prima persona”, nel senso che nel momento supremo ciascuno è fisiologicamente “solo”, ma questa esperienza (unica nella vita) diviene opprimente se viene affrontata in modo “solitario”, sentendosi abbandonati.

Diversi testi⁴ hanno preso in esame la condizione psicologica e relazionale del malato terminale, fino a tracciare una sorta di percorso in cui si collocano alcuni degli atteggiamenti più ricorrenti:

- *Il rifiuto.* All’inizio la persona, pur essendo consapevole della gravità del suo male, tende a rifiutarlo, accusa i medici di essersi sbagliati, consulta altri sanitari, si impegna febbrilmente in nuove attività.
- *La collera.* Non potendo negare la realtà alcuni malati reagiscono in modo aggressivo (“perché proprio a me?”), alcuni credenti sperimentano anche una fase di ribellione contro Dio.
- *La depressione.* Può essere di due tipi: la depressione reattiva per cui non ci si rassegna alle menomazioni o limitazioni imposte dalla malattia, la depressione silenziosa, in cui il malato non vuole essere disturbato dagli amici o dai visitatori, ma desidera stare con una sola persona che si sieda al suo fianco e lo conforti.

L’accanimento terapeutico (medico)

Con il termine “accanimento terapeutico” si designò inizialmente il ricorso a terapie “sproporzionate” rispetto agli esiti possibili di guarigione o anche solo di recupero di funzionalità, ma tale indicazione risulta piuttosto vaga ed è oggi necessario precisare meglio. Anche lo stesso termine può essere messo in discussione: un’azione autenticamente “terapeutica” (cioè tale da rappresentare una cura efficace e proporzionata rispetto alle condizioni fisiche complessive di un determinato malato) può essere legittimamente “tenace” (non usiamo il termine “accanita”), mentre quando parliamo di “accanimento” è segno che l’azione che si sta compiendo – in quelle determinate condizioni – non è più autenticamente “terapeutica”, quindi si potrebbe addirittura preferire l’espressione accanimento medico, perché si allude ad un’azione di tipo medico, che non ha il rango di autentica terapia. Il rifiuto

³ Cfr. Patrick VERSPIEREN, *Eutanasia? Dall’accanimento terapeutico all’accompagnamento dei morenti*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1985, p. 75 e sgg.

⁴ Cfr. E. KÜBLER - ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1976, ripresa anche da Patrick VERSPIEREN, *Eutanasia? Dall’accanimento terapeutico all’accompagnamento dei morenti*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1985, p. 183 e sgg.

dell'accanimento medico trova concordi tanto coloro che si ispirano ad una concezione etica di tipo personalista (ivi incluso il Magistero della Chiesa cattolica), quanto coloro che fanno riferimento a concezioni materialiste o utilitariste: il vero problema è quello di stabilire la linea di confine tra una terapia legittima e doverosa (la cui mancata erogazione si configurerebbe come “abbandono terapeutico”) ed una terapia sproporzionata (accanimento medico).

La stessa questione si pone anche per le terapie rianimative, per cui si potrebbe parlare anche di “accanimento rianimativi”. Quando l’EEG è piatto si ammette la sconfitta, e si desiste da azioni di rianimazione che non farebbero altro che mantenere attiva la funzionalità di alcuni organi di un cadavere. Vi sono però dei casi (coma respiratorio o iperazotemico) in cui l’EEG non è piatto ed allora è necessario interrogarsi sulle possibilità reali di un recupero del paziente: se esiste uno scompenso funzionale di determinati organi, tale da rendere impossibile il recupero, allora le azioni terapeutiche ed anche le pratiche di rianimazione sono un semplice prolungamento di un’agonia già in corso.

L'eutanasia

Il termine, letteralmente, significa “bella morte” (dal greco eu = bene e thanatos = morte) o “buona morte” ed è stato utilizzato per secoli senza alcun riferimento alla pratica che oggi viene indicata con tale nome che, peraltro, era esplicitamente esclusa dal Giuramento di Ippocrate.

Solo alla fine del XIX secolo - in pieno clima culturale positivista - l’espressione eutanasia assume il nuovo significato di procurare una morte dolce ... mettendo fine deliberatamente alla vita del malato. Il termine nel linguaggio bioetico contemporaneo ha assunto progressivamente due significati:

- 1. (ormai in disuso) “l’intervento della medicina diretto ad attenuare i dolori della malattia e dell’agonia, talora con il rischio di sopprimere prematuramente una vita”,*
- 2. (prevalente) “un’azione o un’omissione che di natura sua, o nelle intenzioni di chi la compie, procura la morte, allo scopo di eliminare radicalmente le ultime sofferenze o di evitare il prolungarsi di una vita infelice, segnata da gravi handicap fisici o mentali”, sia che il soggetto risulti consenziente (se è capace di intendere e di volere al momento della richiesta), sia che egli non possa esprimere il proprio consenso (nel qual caso portatori della richiesta sono i parenti più stretti).*

Spesso capita oggi di notare – nel dibattito bioetico – una sovrapposizione tra questioni di fatto diverse, come se la cosiddetta uccisione pietosa, potesse essere considerata una forma di “terapia del dolore” o peggio ancora un modo di “accompagnare” la persona gravemente ammalata verso la morte ormai imminente. La stessa confusione si realizza – a maggior ragione – nella comunicazione mediatica e più ancora nelle menti dei giovani che spesso trovano nei media la loro principale fonte non solo di informazione, ma anche di “formazione” di una mentalità e di un’opinione. In tale situazione si coglie con maggiore evidenza il ruolo chiarificatrice che può avere la scuola.

Il tema della sofferenza in prospettiva educativa

Brevi cenni su alcune linee di tendenza nella nostra cultura

Questi brevi cenni, data l'esiguità dello spazio che ad essi possiamo dedicare, hanno semplicemente la funzione di collocare le proposte di tipo didattico-formativo nel contesto di un'analisi culturale da cui non possiamo prescindere se vogliamo svolgere un'azione educativa efficace: i nostri ragazzi non sono dei marziani, provenienti da un altro mondo, ma sono persone che respirano a pieni polmoni la mentalità in cui sono immersi e la respirano proprio in quella stagione della vita in cui non hanno ancora quegli strumenti di discernimento critico che spetterebbe anche a noi aiutarli a formarsi.

L'incapacità di concepire la sofferenza

L'uomo d'oggi non è capace di concepire la sofferenza e cerca una sorta di raffinato equilibrio tra piaceri fisici e relazionali, "calcola" quali preferire in vista della propria utilità e fa di tutto per sfuggire la tristezza, la noia, il dolore: l'uomo ha paura del dolore, della sofferenza, della morte, ma come si difende da tutte queste cose che pure esistono? Per lo più si difende cercando di non pensarci, come suggeriva Epicuro: la morte non è nulla, il dolore si può sopportare ...

Più ancora dobbiamo osservare come la nostra cultura dell'immagine ci presenti una sorta di mito dell'eterna giovinezza e per di più i nostri ritmi di vita sono sempre più assorbenti e fagocitano in modo impressionante le nostre energie e la nostra attenzione, tanto che per una persona mediamente attiva il livello di efficienza richiesto è notevolissimo: viviamo in una società in cui i ritmi di vita esigono un grado tale di efficienza che la malattia non è "prevista", per cui chi si ammala (e mi riferisco soprattutto a chi si ammala in modo cronico e grave) si trova a dover fronteggiare una duplice sofferenza: 1) da un lato sperimenta la sofferenza fisica dovuta alla malattia (che, già di per sé, è qualcosa di fastidioso e seccante); 2) dall'altro lato poi sperimenta il senso di emarginazione sociale che la malattia oggi come oggi generalmente provoca e, visto che per lo più la nostra cultura tende a favorire una sorta di identificazione tra "identità personale" e ruolo sociale. La malattia porta anche ad una progressiva perdita del senso del proprio ruolo sociale e, conseguentemente, sperimenta una crescente solitudine esistenziale.

La radice profonda dell'incapacità di soffrire va ricercata nella perdita della virtù della speranza: si vuole la ricetta sicura di un certo tipo di felicità; anche nell'età ellenistica si diffondeva tale sensibilità: si era perduta la capacità di gettare sull'universo uno sguardo meravigliato e attonito, perdeva terreno lo slancio speculativo del pensiero umano per ripiegare su problemi pratici, lo scibile veniva "incasellato" in sistemi rigidi e assoluti, l'agire affidato a poche semplici norme di facile attuazione e di sicura efficacia. Anche oggi si pretende qualcosa del genere: si esige che la scienza, la politica, la società creino presto un paradiso in terra e tale esigenza è tanto più urgente quanto più si è smesso di guardare con speranza verso il cielo.

Se poi ci spostiamo dalla percezione della sofferenza a quella della morte notiamo ancora di più le difficoltà della nostra cultura; è stato giustamente osservato come una visione secolarizzata della vita, prevalentemente orientata verso beni materiali

di natura edonistica, riveli la propria incapacità di dare senso al dolore e alla morte e come tale incapacità si traduca in due atteggiamenti solo apparentemente opposti: “da una parte la si ignora e la si bandisce dalla coscienza, dalla cultura, dalla vita e, soprattutto, la si esclude come criterio veritativo e valutativo dell’esistenza quotidiana; d’altro canto la si anticipa per sfuggire al suo urto frontale con la coscienza”⁵. La morte si viene dunque a configurare come una sorta di tabù che deve essere esorcizzato in vario modo (al limite “giocando” con la propria vita o con quella altrui).

Dall’incapacità all’intolleranza

Se è vero che l’uomo cerca di non pensare alla sofferenza è vero anche che, quando la incontra, non ha un atteggiamento positivo verso di essa: la sofferenza, in realtà fa più paura a chi la vede negli altri che a chi la sperimenta in se stesso. Chi vede qualcuno soffrire, mentre sta bene, viene subito turbato, viene colto dalla paura che qualcosa del genere potrebbe capitare anche a lui e questo “qualcosa” è particolarmente stridente rispetto alla situazione di relativo benessere in cui magari si trova. Chi invece sperimenta in se stesso il dolore e la sofferenza ha quanto meno la certezza “esistenziale” che ormai non la può evitare e allora tutti i suoi sforzi, pur con comprensibili momenti di sconforto, saranno volti a “reagire” contro le cause o gli effetti della propria sofferenza. La radice profonda dell’intolleranza verso chi soffre è proprio il fatto che vede in queste persone una sorta di attentato al proprio benessere, alla propria tranquillità, al proprio quieto vivere.

A questo punto è tragicamente facile capire come si arrivi a “sacrificare” ogni cosa sull’altare di questi idoli: un bambino sta per nascere segnato dal marchio della sofferenza? Meglio ucciderlo, non tanto per lui (che non ci guadagna granché), quanto per tutti gli altri, perché l’immagine della sua sofferenza non vada a disturbare il quadro patinato del loro benessere. Un vecchio sta avviandosi alla morte tra le sofferenze? Sarebbe meglio sopprimerlo, così il suo pianto di dolore non turberà la vita di chi ha estromesso il dolore dall’orizzonte della propria esperienza. Si noti che queste considerazioni hanno di mira solo il problema “culturale”, della precomprensione che la nostra civiltà da rivista patinata offre di fronte al dolore o alla sofferenza; non si vuole nemmeno prendere in considerazione il caso ancora più tragico, ma purtroppo non infrequente, in cui il motivo della scelta di sopprimere o emarginare chi soffre sia dovuto al puro e semplice egoismo di chi dovrebbe prendersene cura e non lo vuole fare.

Il valore della sofferenza

Abbiamo visto come i problemi più seri della nostra cultura siano, in fondo, quello di non sapere accettare la sofferenza e di aver perso la capacità di sperare; se dunque vogliamo ricorrere in aiuto di questa cultura e di coloro che in essa maturano e crescono dovremo ridarle motivi di speranza ridarle motivo di capire il senso della sofferenza.

⁵ Elio Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, Vita e Pensiero, Milano 1988, p. 466.

C'è un valore nella sofferenza dal punto di vista umano?

Non è facile, parlando in termini puramente umani, dar senso alla sofferenza, è difficile dire che essa sia un “valore”, qualcosa di bello in se stessa, ma possiamo tentare di intuire i motivi di una certa “ragionevolezza” in lei: durante un'alba in montagna, ad esempio, il nostro sguardo è attirato dal sole, dalle nubi che si tingono dei colori più svariati, ma non possiamo fare a meno di vedere i monti ancora parzialmente avvolti nell'oscurità perché anch'essi fanno parte allo stesso titolo dello stesso spettacolo; così di fronte al mistero della vita siamo attratti e affascinati dalla bellezza e dalla serenità, ma non dobbiamo chiudere gli occhi di fronte alla sofferenza, perché anche lei ci rivela qualcosa dell'esistenza umana. Per sommi capi cerchiamo di individuare (in funzione educativa) alcuni spunti per una “pedagogia della sofferenza”; ne elenco alcuni in modo schematico:

- *la sofferenza è parte dell'esperienza di vita, aiuta a crescere, rende “saggi”: chiunque ha affrontato delle difficoltà e delle prove si rende conto di esserne uscito “cresciuto”, similmente a quanto capita agli atleti, i cui allenamenti iniziano a diventare efficaci a partire dal momento in cui il loro fisico fa effettivamente fatica; la sofferenza è un “allenarsi a vivere” in modo attivo e reattivo, è un velato (anche se non sempre gradito) invito a trascendere se stessi ed i propri limiti;*
- *la sofferenza è occasione d'amore, perché dà all'uomo la possibilità di “farsi prossimo” in modo concreto e tangibile del proprio fratello che soffre;*
- *la morte pone di fronte al mistero della vita nella sua interezza: se non ci fosse questo appuntamento molti sarebbero tentati di “vivere alla giornata” senza vere motivi seri per mettere in dubbio quello che sia il modo migliore di vivere, senza fare “bilanci” e senza chiedersi come si sta spendendo la propria vita; la domanda è tanto più significativa quanto più prendiamo sul serio il fatto che di vita ne abbiamo una soltanto ... e ad un certo punto finirà.*

La sofferenza e la morte sono comunque sintomo che qualcosa non va, quasi un tacito richiamo all'altra realtà misteriosa che è quella del peccato ed al profondo bisogno di redenzione che bisognerebbe perlomeno riuscire a far intravedere ai nostri ragazzi, in una cultura che tende ad ostracizzare il problema.

La sofferenza come “luogo d'incontro” dell'uomo con l'amore di Dio

Il mistero della Redenzione è un mistero di unione, dell'unione intima, amorosa e amichevole di Dio e degli uomini, che dopo il fatto del peccato deve avere una “modalità” tutta particolare, cioè quella della Redenzione. Prescindendo da una piena articolazione dei vari aspetti del mistero della Redenzione ci limitiamo a porre l'accento sul fatto che la sofferenza costituisce per più di un motivo il luogo d'incontro dell'uomo con l'amore di Dio:

1. *il Verbo di Dio assume fino in fondo la natura umana che vuole redimere, condivide “in tutto” fuorché nel peccato la condizione umana, e - per quanto concerne il peccato - ne assume il fardello accettando le conseguenze del peccato, cioè la sofferenza;*
2. *la sofferenza di Cristo è anche l'aspetto attivo del suo amore per gli uomini (nessuno ha un amore più grande di questo, dare la vita per i nostri amici...);*

Per sintetizzare tutto questo in un'immagine, possiamo paragonare la sofferenza al "luogo d'incontro" con l'amore di Dio, come una panchina, un parco in cui due innamorati si diedero appuntamento per la prima volta: il luogo in sé potrebbe non avere particolari attrattive, ma i due saranno ugualmente molto affezionati a quel luogo, perché è lì che è nato il loro amore ed in forza di questo amore ameranno anche quella povera panchina sbrecciata. Per questo possiamo dire che Cristo dà un nuovo significato al dolore e alla sofferenza: la via che porta al Padre passa attraverso Cristo, passa attraverso il suo insegnamento, attraverso il suo esempio, ma è una via che passa anche dalla cima del Calvario. Il mistero della sofferenza e della morte risulta dunque unito in modo ineffabile al cuore stesso del mistero d'amore che è Cristo: è dunque evidente quanto sia poco saggio disprezzare la sofferenza, emarginare chi soffre, uccidere chi si suppone che potrebbe soffrire: nel volto piangente di chi soffre sulla terra è impressa in modo indelebile l'impronta luminosa dell'amore di Dio e della Passione di Cristo.

In tale prospettiva acquista tutto il suo splendore quel "vangelo della vita" da cui la nostra cultura ha in qualche modo preso le distanze: riconoscendo il valore della vita come tale si coglie, all'interno di una considerazione analogica della gerarchia di perfezione delle diverse realtà viventi, il valore specifico della vita umana personale (in cui il credente non stenta a riconoscere impressa l'immagine del suo Creatore), tale valore però rischia di venire in parte offuscato dall'esperienza del dolore, della morte, dell'infelicità, del peccato: di fronte a tali realtà l'enigma dell'umana esistenza si fa più fitto, ma la nostra intelligenza si rifiuta di proclamarne irrevocabilmente il non-senso e, in qualche modo, ne "postula" un significato ad un livello superiore. Di fronte a questa aspirazione suprema dell'uomo la fede viene incontro all'umana ragione con la rivelazione del significato salvifico del dolore di Cristo che, liberando dal peccato, libera anche dalla sofferenza e dalla morte e conferisce un senso al nostro stesso soffrire terreno in attesa della promessa felicità futura.

Umanizzazione ed organizzazione della cura ambulatoriale e domiciliare dell'ammalato oncologico

ATTI del Terzo Congresso Nazionale di Supportoterapia in Oncologia;
Roma 14 - 15 marzo 1984

Introduzione al congresso del Prof. Attilio Romanini (Ordinario di Radiologia e primo Direttore Sanitario del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma)

Dieci anni fa, quando ci incontrammo nel primo corso convegno sulla Umanizzazione della Medicina, organizzato prima in Europa, dalla nostra Università, concentrammo la nostra attenzione sulle necessità di supporto, non sanitario, dell'ammalato ricoverato in ospedale. Quella riunione fu la scintilla da cui scaturì il volontariato clinico che tanto ha fatto tra noi ed ha portato qui a poco a poco al ricupero dei valori che sempre caratterizzavano il rapporto tra personale sanitario e ammalato. Rapporti che negli ultimi anni erano stati gravemente compromessi per l'avvento nei nostri ospedali della lotta politica e sindacale da un lato e della burocratizzazione dall'altro.

Questo riferimento ha uno scopo preciso, ci troviamo in presenza di una nuova crisi nella cura dell'ammalato, crisi che colpisce soprattutto l'ammalato inguaribile nella fase terminale della sua malattia.

I nostri ospedali infatti, progettati per l'assistenza all'ammalato acuto, sono poco adatti per la cura di questi ammalati che, in genere, non hanno bisogno tanto di cure attive, quanto di una terapia di supporto e di tanto calore d'affetto umano.

Si tratta di assistenza sanitaria assai meno costosa di quella dell'ospedale per acuti e assai più gradita anche perché, l'esperienza ci insegna, che essa può esser data nella maggior parte dei casi, al domicilio dell'ammalato o in piccole strutture che per loro natura devono avere più affinità colla casa che coll'ospedale. si veda ad esempio l'esperienza degli "Hospice programs" in Gran Bretagna e negli Stati Uniti.

Questo tipo di assistenza è stato incluso dal legislatore nella Riforma Sanitaria del 1978. si tratta però, come sappiamo, nel nostro caso, di una Riforma progettata da un architetto ardito ed antiveggente che peraltro, proprio per l'arditezza sua, ha messo non poco in difficoltà gli ingegneri che devono realizzarla. La difficoltà è particolarmente sentita perché non esistono in Italia sperimentazioni su cui potersi basare per l'attuazione su vasta scala.

Abbiamo ritenuto opportuno proporre questo argomento come oggetto del convegno di quest'anno, non solo per la sua urgenza ma anche e soprattutto perché il nostro gruppo raccoglie persone fortemente interessate ed impegnate nella realizzazione e proprio soltanto da professionisti autoresponsabilizzanti come noi può nascere quella sperimentazione (atta a risolvere problemi magari parziali) che può fornire una conoscenza oggettiva a chi ha, per legge, il dovere di attuare, su tutto il territorio nazionale, quell'assistenza domiciliare e ambulatoriale strettamente integrata con quella ospedaliera, che forma uno dei concetti "fondamentali della Riforma Sanitaria in attuazione.

Unità di Cura Continuativa (UCC)

Soluzione più umana ed economica per la cura dell'ammalato oncologico in fase terminale

Attilio Romanini; Rivista bimestrale: Progressi Clinici, 1988

L'indiscusso aumento di efficacia delle cure antitumorali e di quelle di supporto consente oggi di guarire molti pazienti che quindici anni fa non avrebbero potuto esserlo ed inoltre di prolungare notevolmente la vita della maggior parte dei pazienti inguaribili.

La cura di questi ultimi si effettua nello spazio di parecchi mesi, quasi sempre di anni durante i quali si possono distinguere due fasi. La prima di relativo benessere durante la quale il paziente svolge una vita quasi normale, detta «fase di stato» e la seconda di più o meno rapido declino, durante la quale si assiste al più o meno rapido venir meno della possibilità di vita indipendente dapprima, e poi delle varie funzioni vitali dell'organismo.

Tutto ciò rende necessaria un'impostazione terapeutica completamente differente da quella che deve essere tenuta nei pazienti in cui elevate sono le possibilità di ottenere una guarigione clinica durevole.

Da un lato, infatti, è necessario attuare la terapia antitumorale con modalità tipicamente palliative, evitando cioè di determinare al paziente sofferenze, pur ottenendo una regressione della neoplasia, od almeno un rallentamento della sua evoluzione.

Dall'altro lato è ancora più necessario, se non addirittura indispensabile, attuare nel modo più completo le varie terapie di supporto così da assicurare al paziente una qualità di vita quanto migliore possibile.

Tra queste è indispensabile evitare all'ammalato un senso di solitudine; in particolare che egli abbia l'impressione di dover affrontare da solo la sua malattia, curato cioè or da questo or da quel gruppo di medici nessuno dei quali si sente responsabile di lui, di risolvere i suoi problemi.

Se questo è vero per ogni malattia ed anche nel campo oncologico per gli ammalati destinati a guarire, lo è in modo tragico per gli ammalati inguaribili.

In questi ammalati la necessità di integrare interventi specialistici differenti aggrava il problema che è reso ancor più attuale dall'illogica separazione, oggi esistente anche da noi, tra medicina domiciliare ed ospedaliera.

È estremamente opportuno che tutti gli ammalati inguaribili, ed in modo particolare quelli oncologici, siano curati da un'unica équipe sanitaria che sia in grado di assisterli sino alla loro morte, e nel contempo sia in grado:

- 1) di consentire loro, nella « fase di stato » della malattia, una vita rimanente quanto più gradevole e, a questa condizione, lunga possibile. (Prolungare la vita di un paziente senza essere in grado di alleviarne le sofferenze sarebbe crudeltà). Da questo principio è possibile derogare solo su espressa richiesta fatta dal paziente per motivi personali suoi, che il medico può sindacare solo sino al punto da essere certo che quella è realmente la volontà del suo paziente;*

2) di assicurare loro, nella «fase terminale» della malattia, non solo la soppressione dei dolori e la minimizzazione delle sofferenze non sopprimibili, ma anche il determinante supporto psicologico di sapere che pur nell'aggravarsi del proprio stato l'equipe terapeutica (che l'ha curato per anni, e è diventata perciò stesso gruppo di amici cui lui ha affidato la sua vita) non lo abbandona ora che chiaramente è destinato a morire, ma anzi rimane accanto a lui, responsabile della sua cura sino alla fine, amici attivamente accanto all'amico, che muore;

3) di essere disponibile ed attrezzata a curarlo anche a casa sua

Per la maggior parte degli ammalati (e dei loro familiari) morire in ospedale è estremamente traumatizzante sia sul piano fisico che su quello psicologico.

Essi vi si rassegnano solo in quanto non esistono concrete possibilità di agevole cura domiciliare.

Se ciò attualmente si verifica ancora su vasta scala, pur essendo più costoso dell'assistenza specialistica domiciliare, è solo per un residuo della separazione tra cura domiciliare ed ospedaliera realizzata, per motivi organizzativo-finanziari, durante gli ultimi lustri della gestione INAM.

L'attuale legge sul Servizio Sanitario Nazionale stabilisce infatti l'unicità strutturale della cura dell'ammalato (nell'ambito dell'Unità Sanitaria Locale) e pertanto, sul piano concettuale, viene pienamente incontro al desiderio degli ammalati di essere curati a casa loro nella « fase terminale » della loro vita, e non nell'igienico e freddo squallore di una stanza d'ospedale.

Esistendo le premesse giuridiche è ora necessario realizzare praticamente questa modalità terapeutica.

A questo scopo è possibile far tesoro dell'ampia esperienza della cura domiciliare di questi pazienti attuata oltre oceano dagli Hospice Programs (Kutscher 1985).

La loro esperienza però non è trasferibile come tale in Italia sia per la grande differenza socio-psicologica esistente tra il nostro ed il loro modo di vivere che per l'ancor maggiore differenza tra le legislazioni sanitarie delle due nazioni.

Essa però può essere ampiamente utilizzata nell'integrare funzionalmente le nostre strutture sanitarie così da curare in modo unitario gli ammalati che lo desiderano; integrazione realizzabile mediante l'adattamento delle nostre strutture che va sotto il nome Unità di Cura Continuativa (UCC) e ha le seguenti caratteristiche:

a) L'UCC ha come oggetto delle sue cure l'intero gruppo familiare e non il solo ammalato. Malato + familiari sono considerati un tutt'uno che va aiutato.

b) L'UCC è la continuazione domiciliare delle cure che l'ospedale normalmente fornisce nelle degenze e nei day-hospital e che il medico di famiglia, da solo non è in grado di attuare. Essa consente anzi di dimettere precocemente il paziente in cura domiciliare e ricoverarlo nuovamente in modo altrettanto agevole quando nuova sintomatologia faccia ritenere opportune cure che solo l'ospedale può consentire.

c) L'UCC non è né un reparto né una nuova specializzazione terapeutica. Essa infatti è essenzialmente una organizzazione di assistenza infermieristica e volontaria generica, che utilizza le competenze specialistiche più varie, integrandole al fine di ottimizzare la cura del paziente.

d) A tale scopo l'UCC ha una struttura semplice e ad un tempo particolarmente funzionale. Diretta da un medico coadiuvato da un infermiere esperto dotato anche di capacità organizzative, essa è costituita da due distinti gruppi di persone:

- un gruppo operativo costituito da infermieri e volontari, che effettuano l'assistenza domiciliare.
- un gruppo di consulenza composto da medici delle diverse specialità e da psicologi preparati nel campo, assistenti sociali e spirituali.

e) Operativamente infermieri e volontari, scelti tra persone motivate e particolarmente equilibrate dal punto di vista psicologico, si recano due o più volte la settimana a casa dei pazienti assistiti per svolgervi l'assistenza e la terapia prescritta dai medici dell'UCC cui riferiscono le notizie cliniche dei pazienti assistiti, per averne eventuali variazioni terapeutiche. Queste discussioni avvengono, quando possibile, in incontri di gruppo in presenza dei componenti il Gruppo di Consulenza più interessati (medici specialisti, psicologi, assistenti sociali e spirituali). A questi gli infermieri espongono non solo l'evolversi della malattia del paziente ma anche i problemi familiari che colla sua assistenza si interconnettono onde poterne avere i consigli opportuni. Compito loro è infatti non solo il guidare i parenti nella cura del malato, ma anche l'assistenza ai parenti stessi, che in questa fase possono presentare scompensi sul piano psico-affettivo anche gravi. I medici e gli altri componenti del gruppo di consulenza intervengono raramente a domicilio del paziente, sebbene ciò sia tutt'altro che escluso. Tutt'altro che raro è invece l'intervento domiciliare dell'assistente spirituale.

f) L'UCC, sul piano organizzativo, può assumere fisionomia differente. Può essere parte del presidio ospedaliero così come gli ambulatori ed il Day Hospital, od essere struttura differente da quella ospedaliera (Gruppo di Volontariato, Cooperativa terapeutica, ecc.). Essenziale è la stretta collaborazione tra medici curanti in ospedale e componenti dell'UCC affinché il malato ed i suoi familiari si sentano sempre rispettivamente curato e guidati dallo stesso gruppo di sanitari. Questo fa in genere preferire le soluzioni direttamente parte dell'ospedale o di cui facciano parte integrante sanitari, infermieri e personale dei vari livelli di competenza dell'ospedale. Il carattere determinante della sua funzione sul piano del supporto psicologico dell'unità paziente-famiglia fa ritenere preferibile la realizzazione della UCC come parte integrata nella divisione ospedaliera. Meglio si realizza, infatti, così la continuità della cura dell'ammalato, usque ad finem, da parte della stessa équipe.

Oggi quando l'ammalato non è più abbisognevole di cure ospedaliere, viene dimesso e avverte un troncarsi del legame con i sanitari dell'ospedale; legame che gli apporta quel senso di sicurezza, di sostegno psicologico proprio del rapporto di fiducia.

Nel caso di malattia prolungata od a prognosi infausta, questo legame è di solito sostituito in modo altrettanto efficiente da quello con il medico di famiglia. Cio è dovuto in parte al fatto che in genere quest'ultimo ha difficoltà organizzative concrete ad attuare stretta collaborazione con i metodi dell'ospedale ove pure ha

indirizzato il paziente. Quasi sempre è privo di collaborazione infermieristica e, pertanto, gli risulta piuttosto difficile proseguire a domicilio dell'ammalato l'assistenza specialistica di cui questi ha bisogno. Pure difficile gli è spesso ottenerne nuovamente, se necessario, il ricovero in ospedale.

Tutto ciò fa sì che la dimissione dall'ospedale possa essere sentita da questi ammalati come un abbandono da parte dei curanti e che i parenti si sentano improvvisamente «responsabili» delle cure ulteriori di cui l'ammalato ha bisogno; situazione psicologica tutt'altro trascurabile in presenza di una prognosi infausta a non lunga scadenza.

L'UCC sopprime tutto questo dando un valore permanente al legame terapeutico e al rapporto di fiducia tra sanitari, ammalato e parenti.

L'ammalato non si sente più «dimesso» ma sa che va a casa senza interrompere le cure, sa che sarà seguito anche a casa, dal gruppo di sanitari dell'ospedale, in collaborazione (ove possibile) col medico di famiglia del paziente di cui l'UCC diviene ad un tempo consulente e, tramite la sua struttura infermieristica collaboratore diretto.

Parenti ed ammalato sanno inoltre che qualora si verifichi la necessità di un nuovo ricovero questo potrà avvenire senza difficoltà perché l'ammalato è sempre in carico terapeutico all'ospedale.

I parenti, a loro volta, si sentono sempre supportati dall'equipe dell'UCC che provvede a consigli ed aiuti non solo nel campo sanitario ma anche in quello sociale e psicologico.

Particolarmente importanti questi due ultimi in caso di morte dell'ammalato e perciò stesso prolungati, quando necessari anche durante il periodo immediatamente successivo all'exitus.

Compito dell'UCC è infatti la cura del malato e della sua famiglia come un tutt'unico.

L'assistenza domiciliare, come è noto è assai meno costosa di quella ospedaliera.

Sull'argomento esistono tutta una serie di ricerche specificamente impostate che consentono di affermare non solo l'esistenza di un risparmio netto, ma anche che esso oscilla attorno al 40% (Pontarollo 1985).

Nell'attuale situazione sanitaria italiana la cosa non sembra trascurabile.

L'UCC come mezzo di assistenza domiciliare trova un ovvio limite là ove il paziente vive solo e non ha parenti che lo possano ospitare in casa propria (evenienza relativamente rara in Italia) o quando la casa non sia idonea alla cura domiciliare del paziente nella fase terminale della malattia.

In questi casi ovviamente il paziente dovrà continuare ad essere curato in ospedale come ora avviene, o se opportuno in un ospedale più vicino al domicilio dell'ammalato così da favorire l'accesso dei parenti.

Il caso però, in base alla nostra esperienza non è molto frequente.

Breve storia degli antichi ospedali romani

a cura del prof. Domenico Rotella

Non è possibile tracciare in poche righe una storia dell'ospedalità romana, al pari peraltro di quella più generale: qualcuno ha detto, con vivida efficacia, che a Roma le lancette degli orologi segnano direttamente i secoli e ignorano gli anni. Quello che possiamo offrire qui è solo un modesto panorama circa alcune specifiche realtà, un piccolo spaccato di quella che può definirsi una vera epopea sanitaria e che - forse per la sorpresa di molti - ebbe stagioni di assoluta eccellenza nell'epoca di riferimento. Se la carità cristiana vuole ai primi posti il soccorso al prossimo, nella città che ospita la Sede di Pietro ciò aveva una valenza ancora più marcata. Una città, oltretutto, che dal 1300 in poi divenne meta di un forte ed incessante afflusso di pellegrini provenienti da qualunque terra in cui fosse arrivata la predicazione evangelica.

La sanità romana, comunque, parte da molto lontano. Una pia tradizione, dove la leggenda forse prevale sulla realtà storica, vuole addirittura che già nel IV secolo sia apparso il primo ospedale per i poveri: Flavio Gallicano, console nel 330 sotto Costantino, si convertì al cristianesimo ed aprì ad Ostia un ricovero per i più deboli, finendo poi per essere venerato come santo. Non dimentichiamo infatti che la parola "ospedale" deriva dal latino "*hospitalis*" col significato di "*luogo dove si accolgono gli ospiti, i forestieri*": un tempo l'ospedale non aveva la funzione esclusiva che gli attribuiamo oggi, bensì era un asilo dalla struttura complessa perché spesso riuniva le funzioni primarie del ricovero, dell'ostello, con quello di presidio sanitario in una larga accezione che comprendeva la degenza, il pronto soccorso e quello che oggi chiameremmo *day hospital*. In ogni caso, la tradizione "costantiniana" ricevette un suggello ufficiale allorché, nel Settecento, venne aperto un nuovo ospedale destinato alle malattie dermatologiche e intitolato a "S. Maria e S. Gallicano".

Sul finire del Quattrocento a Roma vi erano quattro ospedali che potremmo definire "maggiori" in virtù delle loro tradizioni, della loro grande capacità ricettiva e delle copiose risorse finanziarie a disposizione. Erano il Santo Spirito in Sassia ed il SS. Salvatore (oggi "San Giovanni") risalenti già al 1200, il S. Giacomo in Augusta o "degli Incurabili" nato nel 1300 e il S. Maria della Consolazione nato nel 1400. Di questi, solo i primi due sono ancora operanti e sono quelli di cui tratteremo fra poco; invece il terzo ed il quarto hanno cessato definitivamente la loro attività: il S. Giacomo è stato chiuso pochi anni fa mentre il S. Maria della Consolazione venne chiuso nella prima metà del Novecento ed il suo edificio oggi ospita il Comando centrale della Polizia di Roma Capitale.

Accanto a queste grandi istituzioni se ne affiancarono poi, fin dal XIV secolo, molte altre minori, creando una rete tanto capillare da risultare quasi inconcepibile alla luce degli odierni piani di ridimensionamento sanitario. Fra gli ospedali "minori" - ma non per questo minuscoli - alcuni erano pubblici in senso stretto essendo diretta emanazione dell'Amministrazione cittadina, altri invece erano tali di fatto perché - anche se sorti per iniziativa privata - accoglievano bisognosi senza distinzione di nazionalità, mestiere, censo, ecc. Infine vi era un universo parcellizzato fatto di microstrutture ospedaliere (constavano in genere di un numero di letti non inferiore a

quattro e non superiore a dieci o dodici, ma con punte fino a cinquanta) fondate e gestite dalle confraternite, sodalizi di laici con finalità religiose di carità e culto (vedi più avanti).

In qualche caso l'opera caritatevole assumeva, per la concomitanza di vari fattori, notevoli proporzioni: si pensi infatti che tutti e tre i suddetti ospedali maggiori furono istituiti e/o governati per lunghissimo tempo da altrettante confraternite. Una rete tanto fitta di ospedali d'ogni grandezza e vocazione non era però ingiustificata, tutt'altro. Se la popolazione romana oscillò tra le 40.000 (prima metà del Quattrocento) e le 150.000 unità (primi dell'Ottocento), il flusso dei pellegrini si presentò fin dall'inizio come un fenomeno davvero sconvolgente per la città. Si pensi che nell'ultimo Giubileo della già declinante Roma papale - quello del 1825, perché nel 1850 non ebbe luogo per le vicende della Repubblica Romana - il solo ospedale della SS. Trinità accolse e curò circa 250.000 pellegrini!

Un argomento di grande interesse sarebbe poi quello riguardante il tipo di cure prestate, ma purtroppo la sua ampiezza non consente qui un'esauriente trattazione. Volendo limitarci a qualche tratto di pennello, possiamo dire che a fronte di pochi rimedi farmacologici specifici si registrava la prassi diffusa di dispensare diuretici, lassativi, antipiretici, ricostituenti, espettoranti, "rinfrescanti", ecc., senza contare poi la categoria fatta di creme, pomate, unguenti, balsami. La blandizia dei rimedi era però bilanciata e corroborata dalla possibilità di giacere in un letto caldo e in un ambiente di certo molto più sano delle comuni abitazioni. Infatti una grandissima attenzione veniva un po' ovunque riservata proprio alla ricerca della migliore salubrità degli ambienti. Più in generale, però, si può affermare che in epoche ancora prive di efficaci cure mirate la somministrazione di terapie tanto generiche rispondeva al desiderio di cercare in ogni modo di recare almeno un qualche sollievo al paziente che non si poteva o non si sapeva curare.

Furono soprattutto gli ospedali confraternali, spinti a ciò dalla precisa vocazione istituzionale, a prestare la maggiore attenzione verso il malato più che verso la malattia, intuendo che la salute dello spirito avrebbe giovato anche a quel corpo curato con tanto amore quanto, spesso, con scientifica approssimazione.

Non a caso il grande clinico Augusto Murri (1841-1923) volle lasciare in eredità spirituale ai suoi discepoli una mirabile raccomandazione che fu poi scolpita a lettere cubitali nell'atrio d'accesso all'ospedale San Giacomo: "*Se potete guarire, guarite; se non potete guarire, calmate; se non potete calmare, consolate*". Del resto, quando lo stesso S. Pio da Pietrelcina volle realizzare una grande opera caritativa permanente pensò subito ad un ospedale e quale nome scelse quello che, forse, più di tutti si addice o dovrebbe addirsi ad un nosocomio: "*Casa Sollievo della sofferenza*".

Tornando all'epoca storica, non mancarono le voci autorevoli che cercavano di argomentare al meglio la necessità di prestare maggiore attenzione alla persona più che alla patologia. Fra le varie testimonianze ci è parsa abbastanza esemplare questa osservazione di carattere generale che mons. Carlo Luigi Morichini (vedi bibliografia) volle premettere prima di trattare dell'ospedale Santo Spirito. Pur con il linguaggio involuto di due secoli fa, e che intenzionalmente abbiamo cercato di svecchiare il meno possibile, il Morichini parlava di argomenti che ancora oggi sono sorprendentemente moderni. In queste brevi considerazioni, è comunque possibile

percepire tutto intero il desiderio dell'autore di veder offerto ai malati qualcosa di "altro" e "di più" che le semplici cure mediche.

Evidentemente, una sollecitudine che attraversa i confini dei secoli: *“Gli ospedali incorsero da pressoché un secolo nella censura non solo degli acri oppositori di ogni benefica istituzione, ma anche di alcuni [fra quelli] che professano sincera carità verso il povero e l'afflitto. Nei pubblici ricetti delle umane infermità, essi dicono, il malato rimane privo delle affettuose cure della famiglia, e abbandonato a gente mercenaria, trascurata per mala voglia o insensibile per contratta abitudine. [Il paziente] è oppresso dalla continua vista di tanti mali, dalle grida di chi soffre, dal rantolo del moribondo, [...], dall'aspetto dei cadaveri. [Egli] respira un'aria infetta da molteplici morbose esalazioni che le più attente precauzioni non giungono a dissipare: tutto, in una parola, contribuisce a rendergli il soggiorno triste e desolante, la guarigione tarda e difficile. “La certezza inoltre di un ricovero, qualunque esso sia, in caso di malattia, rende il povero meno provvido [avveduto, previdente – n.d.a.] e spegne le affezioni [gli affetti – n.d.a.] di famiglia, poiché molti credono aver soddisfatto ai sacri doveri della natura verso il congiunto infermo quando l'hanno accompagnato al pubblico ospedale. Pertanto sarebbe meglio che il malato povero venisse sempre assistito nella propria casa. E non vi è dubbio che i soccorsi a domicilio dovrebbero preferirsi quando l'infermo non giaccia nell'estrema miseria e abbia intorno a sé una madre, una moglie, una sorella o una figlia per assisterlo. Ma quando il povero è senza famiglia o i suoi parenti sono costretti a star tutto il giorno lontani, al lavoro, per sfamarsi; quando la casa che egli abita è un meschino tugurio [...]; quando il letto su cui riposa è un sudicio pagliericcio [...]; quando è grave o contagiosa la malattia da cui è preso; allora è certamente un beneficio accoglierlo negli ospedali pubblici, poiché soccorrerlo nel privato sarebbe inutile oltre che eccessivamente costoso per la pubblica beneficenza.*

“E nella nostra Roma gli ospedali sono tanto più necessari perché, oltre alla popolazione più miserabile, ivi trovano un rifugio gli stranieri poveri di ogni nazione [...]. Non si vuole però negare che gli ospedali siano scevri da tutti i difetti che sono ad essi imputati, ma molti sono esagerati, molti possono prevenirsi o rendersi pressoché nulli, e questi antichi monumenti della carità cristiana meriteranno sempre la venerazione [nel senso di “rispetto” – n.d.a.] dei buoni e la gratitudine dei poveri [...].”

Le Confraternite

Sono delle forme di associazionismo laicale che, in spirito di fraternità fra i soci e verso il prossimo, perseguono fini devozionali e/o caritatevoli nell'ambito della Chiesa cattolica. La costituzione di tali sodalizi - muniti di propri statuti e gerarchie - viene autorizzata dal vescovo locale. A Roma invece, almeno fino a tutto l'Ottocento, le Confraternite sono state erette direttamente con bolla papale, in quanto il vescovo di Roma è lo stesso pontefice. Gli iscritti, o “confratelli”, durante le funzioni religiose o le processioni vestono un abito proprio, in genere un saio con cappuccio pendente e cingolo ai fianchi, talvolta corredato anche di una mantellina o “mozzetta”. I colori dell'abito e loro combinazioni sono molto diversi e di norma rispondono ad un preciso codice comunicativo ispirato alla liturgia. Oggi le Confraternite sono

disciplinate dal Codice di Diritto canonico con la classificazione di “*Associazione pubblica di fedeli*”.

I sodalizi in questione affondano le loro origini in tempi davvero antichissimi. Sembra che i primi esempi documentati possano farsi risalire addirittura all’VIII – IX secolo, anche se per poter parlare di Confraternite in modo più organico e simile all’attuale occorre partire almeno dal 1200. Queste forme di aggregazione avevano in comune una matrice spirituale che si prefiggeva di esercitare soprattutto la carità, la preghiera in comune, il mutuo soccorso, il suffragio dei confratelli defunti, la purificazione dai peccati. Questo fenomeno di spontaneismo religioso, oggi pressoché ignoto al grande pubblico se non per talune forme spettacolari di pietà popolare, ha rappresentato nei secoli un segno davvero grandioso e ampiamente diffuso in vari strati sociali, oltre che infinitamente variegato nelle sue manifestazioni operative. Le Confraternite si radunavano generalmente in chiese ed oratori eretti a proprie spese, affidandone la cappellania a qualche ordine religioso o a sacerdoti appositamente stipendiati. Esse sono state pure, nei secoli, una formidabile committenza di opere d’arte presso i più celebrati artisti. I sodalizi che più si distinguevano nel raggiungimento dei fini sociali potevano venire onorati col conferimento del rango di Arciconfraternita, riconoscimento che – oltre a vari benefici spirituali – comportava soprattutto la possibilità di aggregare a sé quale “*caput et mater*”, su richiesta degli interessati, qualunque altra Confraternita ovunque eretta col medesimo titolo in Italia o nel mondo.

Ospedale di S. Spirito in Sassia

L’ospedale di S. Spirito - o meglio, “arcispedale”, secondo l’antica denominazione che ne sottolineava l’importanza rispetto ad altri - è un imponente complesso monumentale incuneato fra il Vaticano ed il fiume Tevere, la cui trattazione anche solo dal punto di vista artistico comporterebbe già un volume a se stante. Anche limitandoci però alla sola storia sanitaria, non possiamo intanto ignorare che l’area su cui sorge il complesso costituisce un sito archeologico di gran pregio: in alcuni sotterranei sono ancora visibili resti significativi di quella che fu la villa di Agrippina Maggiore (madre di Caligola e nonna materna di Nerone). Su tali vestigia sorse, a metà del secolo VIII, la “*Schola Saxonum*” (“scuola dei Sassoni”), un’istituzione voluta dal sassone Ina, re cattolico del Wessex che - dopo aver abdicato nel 726 o 727 - si era poi trasferito a Roma. La “*schola*” riuniva in sé le funzioni di luogo di accoglienza riservato ai pellegrini provenienti dall’Inghilterra ma anche di centro d’istruzione cattolica per il clero e i nobili di quelle terre.

Dotato d’una chiesa e d’un cimitero propri, attorno al 794 i responsabili del presidio cominciarono ad edificare anche un ospedale (“casa dell’ospitalità”) modificando la “*schola*” stessa. La struttura, divenuta assai florida, fu però poi danneggiata da incendi e devastazioni, non ultimi quelli dell’847 allorché un’incursione di saraceni sbarcata ad Ostia non giunse a saccheggiare addirittura la stessa basilica di san Pietro e incendiare tutto il quartiere adiacente. Tutto questo giaceva ormai in desolante rovina quando avvenne un episodio ormai divenuto leggendario. Innocenzo III venne eletto papa giovanissimo (37 anni!) nel gennaio del 1198 e fra le sue prime preoccupazioni vi fu quella di assicurare, proprio accanto alla basilica che ospitava la tomba di Pietro, un degno ricovero alla moltitudine di poveri ammalati, in genere

pellegrini divenuti quasi stanziali. Ma in realtà il suo desiderio si era appuntato soprattutto sull'accoglienza dei bambini "esposti" (abbandonati appena nati) una piaga allora molto diffusa.

La tradizione vuole che il papa, ammalatosi, rivolgesse la sua preghiera a Dio. Sogno o visione che fosse (secondo le varie fonti) subito gli apparve un angelo, che lo esortò a mandare i pescatori del Tevere lungo la riva ed a farsi portare il frutto della pesca. I pescatori gettarono le reti e le ritirarono traboccanti non di pesci ma di corpicini di neonati morti affogati. Obbedienti al comando, portarono il pescato al pontefice che, inorridito come non mai, chiamò ancora l'angelo: questi riapparve e lo esortò a costruire l'ospedale. Quanto al luogo, papa Innocenzo riconobbe nello scenario il tratto tra il Vaticano e Castel S. Angelo ove un tempo si trovava l'antica Scuola Sassone e lì fissò la sede. Ovviamente le cause reali furono altre o comunque non solo queste, ma sta di fatto che "il sogno di Innocenzo III" è rimasto a presidio ufficiale delle origini dell'ospedale, tanto che in documento ufficiale del 1885 esse ancora venivano attribuite alla "divina ispirazione" del pontefice.

L'ospedale di S. Spirito - definito efficacemente "precursore dell'attuale Servizio Sanitario Nazionale" per le sue caratteristiche innovative che lo posero subito all'avanguardia - fu il primo in Europa la cui costruzione fu progettata espressamente per tale scopo, in quanto all'epoca - di norma - gli ospedali nascevano dalla riconversione di edifici preesistenti: ad esempio case di abitazione private donate da benefattori oppure ospizi per mendicanti. Con bolla del 25 novembre dello stesso 1198 - poi ribadita nel 1204 - papa Innocenzo III affidò la cura del nascente nosocomio al cavaliere templare Guido dei conti di Montpellier ed al suo Ordine degli Ospitalieri. E forse fu proprio il glorioso ospedale da questi fondato nella città francese nel 1174, intitolato allo Spirito Santo, a suggerire al papa di attribuirne il nome anche alla nuova struttura: almeno inizialmente era stata la denominazione della chiesetta di S. Maria *in Saxia*, anche se ormai distrutta da tempo, a dare il proprio nome all'ospedale. Molte furono poi le generose donazioni che gli pervennero da ogni parte, a cominciare da quelle di Reginaldo vescovo di Chartres e del re inglese Giovanni Senza Terra. Il fabbricato ospedaliero, nel XII secolo, constava quindi di un'unica corsia rettangolare illuminata da piccole finestre e capace di assistere giornalmente fino a 300 infermi e 600 poveri: un'impresa considerevole se si pensa che all'epoca Roma contava appena 35.000 abitanti e che diversi altri ospedali erano pure in attività.

Ebbe così inizio una vera epopea sanitaria che portò l'ormai "arcispedale" del S. Spirito ad essere un centro di riferimento di portata europea, tanto da contare poi in tutto il continente varie centinaia di istituzioni che si ispirarono alle sue regole. Definito una vera "reggia di carità", l'ospedale accoglieva ogni sorta di bisognoso, sia delle cure sanitarie che di necessità più prosaiche come quelle di avere - in casi emergenti - un riparo su cui contare. Ecco allora che Guido ebbe l'idea di fondare la Confraternita dello Spirito Santo, sodalizio laicale di volontari desiderosi di affiancare i religiosi Ospitalieri con l'esercizio fattivo della carità cristiana. Non possiamo indugiare troppo a lungo sull'argomento, ma possiamo dire che la Confraternita - dopo anni di attività spontaneistica - trovò la sua fondazione canonica solo con una Bolla di Clemente IV del 30 gennaio 1268: il documento la

costituiva quindi seconda in assoluto a Roma e tra le primissime dell'intera cristianità.

Durante il lunghissimo esilio del papato in Avignone (1309-77) conosciuto come "cattività avignonese", l'ospedale conobbe una grande rovina che ne minacciò quasi l'estinzione, ma fu solo nel 1473 che papa Sisto IV volle interamente riedificarlo, anche in previsione dell'ormai imminente Anno Santo del 1475. Incaricò quindi alcuni insigni architetti di creare una sala dalle proporzioni imponenti, lunga circa 125 metri, larga 10 e alta 13, capace di oltre 320 letti, simili a troni. Quando le epidemie richiedevano spazi maggiori, al centro della corsia venivano allestiti dei letti di fortuna detti "cariòle". Una bella cupola ottagonale centrale divideva in due ali la corsia, detta appunto "sistina".

Un'altra sala più piccola, lunga m. 33, larga e alta circa 11x11, fu aggiunta verso la metà del Seicento per volere di Alessandro VII. Nel 1742 l'architetto Fuga realizzò per volere di Benedetto XIV una terza corsia, poco più piccola di quella sistina, che però fu demolita alla fine dell'Ottocento e sostituita dall'imponente struttura che oggi affaccia sul Lungotevere. Ma in realtà furono numerose nei secoli le migliorie, le ricostruzioni e le modifiche, che qui non è possibile riassumere. Col tempo si capì pure l'importanza di tenere fra loro separate e in ambienti più piccoli le varie categorie di infermi al fine di agevolarne la guarigione evitando ogni forma dannosa di involontario contagio o contaminazione.

Con l'impulso dato da Sisto IV l'ospedale divenne un vero pilastro della ricerca scientifica. Vi lavorarono grandi maestri della medicina come il Lancisi ed il Baglivi. Il suo prestigioso teatro anatomico attirò l'interesse di Michelangelo e di Leonardo, mentre l'imponente facciata medievale fu riprodotta dal Botticelli in suo affresco nella Cappella Sistina. L'assistenza religiosa e morale trovò il suo apice con Filippo Neri e Camillo de Lellis, poi entrambi santi.

Nel libro di mons. Morichini viene dettagliata la situazione dei letti a quel tempo, che tra corsie, bracci, sale, ecc. assommava a ben 1.616 unità. Nonostante la considerevole disponibilità di posti, però, poteva accadere che le esigenze contingenti richiedessero ancora più spazio ed allora si potè giungere in via eccezionale ad ospitare perfino 2.000 persone. Come? Ricorrendo ad ogni angolo disponibile comprese le stanze dei canonici e lo stesso appartamento privato del Commendatore (ossia il Rettore dell'ospedale), senza contare....."i granai e ogni altro luogo opportuno". Ciò rispondeva ad un concetto quasi sacrale: chi entrava nel nosocomio non poteva essere rifiutato e "doveva" a tutti i costi (compresi quelli economici) ottenere assistenza lì stesso. Seppur a distanza di secoli, lo spirito di Guido di Montpellier era dunque ancora vivo: il malato era soprattutto una persona e non un numero su un registro, quindi bisognoso di attenzioni che comprendessero "anche" - e non solo - le terapie puramente mediche: un concetto questo, assolutamente comune anche agli altri ospedali romani del tempo.

Sempre dal Morichini apprendiamo poi altre notizie di grande interesse in tal senso e che sfatano certi luoghi comuni circa i tempi antichi. Sotto Benedetto XIV il card. Castelli fece apporre a capo dei letti, sulla parete, delle tavolette con elementi mobili che mediante un codice convenzionale indicavano esattamente lo stato del malato, il tempo della degenza, il tipo di vitto da somministrare, alcune informazioni religiose. Il nome del degente, insieme ad altre notizie personali ritenute utili, era annotato su

un cartiglio appeso alla tavoletta. Quanto al regime alimentare, ancora ai primi dell'Ottocento esso era comune agli altri grandi ospedali romani e quindi ci sembra opportuno riproporlo. Come già detto, la sua modulazione era ricavabile da alcuni segni convenzionali evidenziati sulla tavoletta individuale (le quantità erano espresse in once e quindi le abbiamo rese in grammi) e forse sorprenderà molti il constatare come fosse "personalizzato". Il segno detto "di terza" significava che al malato spettava - due o tre volte al giorno secondo i casi - un brodo caldo con dentro sciolto un tuorlo d'uovo. Il segno di "senza pane" comportava due pasti a base di una zuppa, un uovo, acqua e vino. Il segno di "dieta" prevedeva due pasti Orologio monumentale sul Palazzo del Commendatore con zuppa, 110 gr. di pane, 55 gr. circa di carne, acqua; ove permesso il vino si esponeva idoneo segnale. "A carne" significava minestra, 80 gr. di carne, 160 gr. di pane, vino. "Dieta" e "Carne" consentivano inoltre, a giudizio del medico, l'aggiunta di cicoria cotta. Il segno "di seconda" prevedeva zuppa, 110 gr. di pane, un uovo e acqua, ma i relativi degenti dovevano mangiare dopo gli altri. Le visite dei parenti erano permesse prima della somministrazione dei pasti.

Il concetto odierno di "prima colazione" era del tutto sconosciuto: il pranzo si distribuiva tra le sette e le nove del mattino (!) mentre la cena tra le 14,30 e le 17,30. Affinché risultasse meno monotona o deprimente, l'ora della cena veniva "rallegrata dal suono dell'organo tre volte la settimana": nella sua semplicità, un'intuizione davvero moderna e amorevole. L'ospedale forniva a tutti un idoneo indumento per la degenza: veste di lana in inverno, di lino in estate, oltre ad un paio di sandali per levarsi dal letto. Grandissima attenzione veniva poi prestata all'igiene del fabbricato con lavaggi prestabiliti e periodici. Le acque reflue, sia bianche che nere, venivano convogliate mediante una rete di condotte sotto i pavimenti ma finivano indistintamente.....nel fiume Tevere! Le biancherie erano cambiate al bisogno, senza alcun limite. Un materasso sporcoso per qualunque causa veniva gettato e sostituito. L'ospedale aveva un cimitero proprio, collocato alle pendici del colle Gianicolo.

Quanto allo *staff* sanitario, sappiamo che quattro medici e due chirurghi - tutti detti *primarii* - compivano ogni giorno due giri di visite, prima dei pasti. Ogni medico aveva un *assistente* ed ogni chirurgo un *sostituto*. Tali subalterni risiedevano nell'ospedale stesso, per essere sempre a totale disposizione. Foltissima era poi la compagine di infermieri, portantini e ausiliari vari, in modo che l'ospedale funzionasse come un orologio e tutto fosse sempre finalizzato a rendere migliore la degenza degli ammalati.

E la Confraternita di S. Spirito? Nel frattempo divenuta Arciconfraternita, aveva coadiuvato gli Ospitalieri per quasi cinque secoli nel governo non solo amministrativo della struttura, ma ai primi dell'Ottocento papa Pio VII riformò l'organizzazione degli ospedali romani e il sodalizio si ritirò nella vicina chiesetta dell'Annunziata per scopi di pura preghiera, anche se non mancò di avere ancora tra le sue opere caritatevoli quella di assistere i malati ovunque ricoverati.

Ospedale di San Giovanni (SS. Salvatore)

Se oggi qualcuno parlasse di "Archiospedale del Santissimo Salvatore ad Sancta Sanctorum" nessuno potrebbe mai immaginare che si stia parlando del nosocomio che oggi per abitudine chiamiamo correntemente "San Giovanni". Ancora meno, poi,

verrebbe da pensare che quello che ancor oggi è uno dei colossi della speditività romana sia stato creato e diretto per circa cinque secoli per opera di una pia confraternita! Ciò premesso ci occuperemo ora della nascita e dello sviluppo di questo ospedale fino all'Ottocento, atteso che il resto può ben considerarsi storia d'oggi.

Accanto alla basilica Lateranense esiste un luogo di alta suggestione, oggetto della più grande devozione, tanto da meritarsi l'appellativo di "Sancta Sanctorum", il santo dei santi. Esso custodisce due insigni reperti: la Scala Santa – la stessa che la tradizione vuole sia stata salita da Gesù per essere interrogato da Ponzio Pilato – e l'immagine "acheropita" (ossia dipinta non da mano umana ma angelica) del Salvatore. Questa immagine era custodita - dal 1216, secondo alcuni - da una compagnia spontanea di devoti che - intitolata al SS. Salvatore - accoglieva e assisteva il flusso di pellegrini ivi diretti. Una pia ma infondata leggenda, una delle tante che affollano il passato di Roma che però ha goduto di credito per molto tempo, affermava che tale sodalizio fosse stato creato addirittura dall'imperatore Costantino, all'indomani del celebre Editto di Milano (anno 313)!

Il nobile romano Pietro Colonna, creato cardinale nel 1288, volle dare una configurazione più canonica a quella devota associazione e la fece così approvare dal pontefice Nicolò IV col nome di "Compagnia dei Raccomandati", appellativo da non intendersi certo nel senso odierno ma in quello originario di "affidati alla protezione, posti sotto la custodia". Il sodalizio – che più tardi divenne l'antico portale con intitolazione dell'ospedale "Arciconfraternita del SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum" - nacque col preciso obbligo di esercitare innanzitutto le opere di pietà, come indicato in un manoscritto del Trecento che le elenca: "*costruire un ospedale, esercitare l'elemosina, praticare l'ospitalità e compiere altre opere di pietà e misericordia in favore dei vivi ed in suffragio dei defunti*". Abbiamo voluto riportarle tutte per sottolineare come la prima in assoluto fosse reputata quella del sollievo agli infermi, peraltro secondo la più schietta tradizione delle confraternite romane.

In attesa di erigerne uno proprio, la Confraternita si occupò di un piccolo ricovero già esistente negli immediati dintorni, dedicato a sant'Antonio e sito nei pressi della chiesa dei SS. Pietro e Marcellino: un presidio molto antico e conosciuto, tanto che vi aveva soggiornato persino san Francesco nel 1209 allorché venne a Roma per sottoporre la sua Regola a papa Innocenzo III e lì stesso fu raggiunto dai messi papali. Non è noto per quanto tempo fu utilizzata quella struttura ma sta di fatto che il diarista settecentesco Filippo Titi volle annotare che l'ospedale era sito "*in località memorabile per antichità, ma non molto felice e in luogo ristretto*", il che fa ritenere che l'uso sia stato abbastanza di breve durata.

Nel 1333 il Capitolo Lateranense cedette alla Confraternita un edificio diroccato, sito accanto ad un'antica chiesetta dedicata a S. Angelo, al fine di costruirvi un nuovo ospedale (che subito prese il nome dal tempio), il che avverrà nel 1338. Dieci anni più tardi venne concesso un ulteriore rudere lì adiacente, conosciuto come "Palazzo Regio" e anch'esso nei pressi d'una vestigia illustre, una cappella dedicata ai santi Andrea e Bartolomeo risalente forse al VII secolo e che già aveva svolto funzioni di ospizio. In tal modo veniva a crearsi un unico complesso, anche se posto sui due lati della via di S. Giovanni in Laterano che va dalla basilica omonima al Colosseo e che i romani chiamano da sempre semplicemente "lo stradone di San Giovanni".

L'ospedale sorgeva quindi in un luogo altamente strategico, sia perché collocato accanto alla patriarcale basilica lateranense e sia perché, a loro volta, chiesa e ospedale erano posti entrambi nei pressi della via Appia, dal quale giungeva un flusso notevole di pellegrini.

A partire dalla metà del Quattrocento si aggiunsero man mano altri bracci, padiglioni, ecc. in un continuo crescendo che sarebbe troppo lungo esporre qui in dettaglio. Ci limitiamo quindi a dire che nel 1655 fu realizzato un nuovo fabbricato per ospitarvi le sole donne, poiché fino ad allora le degenze erano state promiscue. Nel trattato ottocentesco di mons. Morichini troviamo però che a quel tempo l'ospedale era ormai interamente vocato all'accoglienza delle donne, poiché gli uomini venivano ricoverati al S. Spirito. I posti letto, sommando le varie dislocazioni, secondo il computo del Morichini erano in totale ben 538, tra i quali 30 erano conteggiati come "sussidiari" per i casi di afflusso straordinario. Nel conto non si annoveravano però ulteriori 41 letti detti "*perpetui*" ossia destinati alle malate croniche, soprattutto anziane o in fase terminale, il che denota la particolare sollecitudine verso tanta sofferenza. Il numero medio delle degenti era di circa 200, ma fra estate e autunno si poteva superare spesso quota 500 mentre il minimo annuale si registrava in primavera. Nonostante la vocazione al femminile del nosocomio, agli uomini era tuttavia riservato un piccolo padiglione a parte intitolato a S. Filippo e dotato di 40 posti. Era però un luogo non destinato all'ordinaria attività ospedaliera bensì a fronteggiare talune necessità contingenti, difatti vi si veniva accolti solo perché "*gravemente feriti o presi da straordinario accidente in quei dintorni*": praticamente un pronto soccorso, soprattutto a causa delle frequenti risse per le quali il rione Monti era noto. Peraltro papa Pio VI, verso la fine del Settecento, aveva stabilito che al SS. Salvatore venissero indirizzati anche gli ustionati, a causa della chiusura dell'apposito ospedale dedicato a S. Antonio Abate che si trovava accanto a S. Maria Maggiore.

Le norme per l'ammissione e il vitto somministrato erano del tutto simili a quelle in vigore nell'ospedale S. Spirito. Tutti i degenti risanati venivano dimessi ma inviati all'ospedale della SS. Trinità per un opportuno periodo di convalescenza. I defunti venivano inumati in un piccolo cimitero adiacente. Alcune annotazioni igieniche: gli spazi fra i letti erano più ampi che altrove, alcuni sfogatoi al piede delle pareti miglioravano la circolazione dell'aria, mentre alcuni chiusini nei pavimenti evitavano il ristagno dell'umidità. Oltre ad una fornita biblioteca medica ed una sala anatomica, l'ospedale aveva una propria spezieria (farmacia) ben provvista, che però era aperta anche alle richieste del pubblico. Lo staff medico era costituito da due primari medici, un primario chirurgo, due medici "assistenti", due chirurghi "sostituti" (ai quali incombevano anche le autopsie), oltre ad un certo numero di sanitari "soprannumerari" per fronteggiare le emergenze. I primari effettuavano due visite quotidiane; un "assistente" e un "sostituto" sostenevano guardie di 24 ore alternandosi coi colleghi. Un presidio permanente di religiose provvedeva ai servizi di cucina, dispensa e spezieria (ma i compiti più faticosi erano demandati a uomini) oltre che alle Edicola murale su strada con il S. Salvatore operazioni di "bassa chirurgia" (salassi, siringature, ecc.) ed alla minuta assistenza dei malati.

La cura spirituale era assicurata da numerosi cappellani e assistenti, tutti residenti nel complesso ospedaliero per essere a disposizione dei malati sia di giorno che di notte. Per lungo tempo vi furono pure sacerdoti di lingua francese e tedesca, in modo che

anche i pellegrini stranieri avessero il conforto di essere ascoltati e, soprattutto, compresi: un'esigenza che oggi è tornata di grandissima attualità. Va tuttavia ricordata anche l'attività incessante di dame e nobildonne che praticavano le virtù caritatevoli del conforto e della più umile assistenza, senza contare le donazioni in denaro. Fra quelle benefattrici si distinse moltissimo la celebre Vannozza Catanei, madre di Cesare Borgia, tanto da meritarsi una lapide in ricordo. Gli stessi pontefici non mancarono di visitare le corsie per recare personalmente il loro conforto ai pazienti: tra essi Alessandro VII, Clemente IX, Pio VI. Nel Seicento vi profuse grandissima attività personale san Camillo de Lellis, il quale tentò anche di ottenere ufficialmente la cura spirituale dell'intero complesso, ma fu solo nel 1836 che i religiosi dell'ordine camilliano poterono assumere tale servizio pastorale.

L'Arciconfraternita del SS. Salvatore *ad Sancta Sanctorum* amministrò con saggezza e carità l'ospedale per ben cinque secoli. I confratelli durante la giornata vigilavano con discrezione sull'andamento del servizio, la somministrazione dei farmaci, prestando essi stessi assistenza ove fosse occorso. Durante l'occupazione napoleonica del 1798-99, però, il sodalizio venne depredata di tutti i suoi beni al pari delle istituzioni ecclesiastiche e si estinse miseramente all'alba dell'Ottocento. Con la restaurazione del potere pontificio l'amministrazione dell'ospedale passò quindi ad una "deputazione" collegiale nominata dal papa. Dopo varie vicende, infine, con l'attuale denominazione di "San Giovanni" il nosocomio entrò a far parte nel 1950 del "Pio Istituto Santo Spirito – Ospedali riuniti di Roma" che a quel tempo controllava tutti gli ospedali romani.

Ospedale di S. Giacomo degli Incurabili

All'alba del Trecento gli ospedali romani erano circa 25 ma tutti di modestissime proporzioni e di limitata operatività, il che li rendeva quindi di ben scarsa possibilità assistenziale. Gli unici veri ospedali di grandi dimensioni erano sostanzialmente due, il S. Spirito in Sassia ed il SS. Salvatore ad Sancta Sanctorum, posti ai due estremi della città accanto alle basiliche di San Pietro e di San Giovanni. Il centro di Roma risultava dunque scoperto di assistenza, almeno sotto il punto di vista della quantità di posti letto, ma a ciò si poté sopperire in buona parte grazie alla decisione del card. Pietro Colonna, il quale morì nel 1326 destinando i suoi beni alla costruzione d'un ospedale da intitolarsi all'apostolo san Giacomo. Occorrendo designare un'area specifica per l'erigendo nosocomio, venne scelta con molta accortezza la contrada "in Augusta", così denominata in quanto circostante al mausoleo dell'imperatore Augusto. La sua prossimità con la Porta Flaminia (oggi "del Popolo") ne faceva un presidio sanitario davvero strategico: proprio da quel varco entrava in Roma l'enorme massa di pellegrini proveniente da centro e nord Italia, oltre che dai paesi oltramontani, e che spesso giungevano alla meta ormai stremati dai mali contratti durante il duro cammino.

In realtà poco o nulla sappiamo dei primi cento anni di vita dell'ospedale, tranne la data d'inaugurazione scolpita su una targa ancora esistente (settembre 1339). In principio l'ospedale fu soggetto a quello del S. Spirito ma taluni eventi indussero papa Nicolò V nel 1451 a svincolare l'ospedale dalla supervisione del S. Spirito e ad affidarla alla Confraternita di S. Maria del Popolo: questa aveva una propria chiesetta (intitolata a S. Emblema del S. Giacomo su una buca delle elemosine Maria in

Augusta) proprio lì accanto e da tempo si dedicava con molto impegno all'assistenza di quei poveri infelici. In tal modo l'ospedale cominciò ad essere chiamato anche con lo stesso nome della Compagnia di devoti. La Confraternita - definita "antica" già nella prima metà del Trecento - potrebbe risalire in realtà alla seconda metà del Duecento.

Assai rare sono le notizie circa l'attività ospedaliera nei secoli XIV e XV, ma fu proprio al finire del Quattrocento che, purtroppo, il nosocomio dovette intensificare al massimo livello la propria attività. A partire dal 1495 si diffuse in Italia una straordinaria epidemia di "morbo gallico" o "mal francese", ossia di sifilide, una vera e propria pestilenza originaria delle terre americane appena scoperte ma giunta in Italia, sembra, al seguito delle truppe francesi di Carlo VIII.

Il terribile male si abbatté con inaudita violenza, poiché le sue cause sconosciute rendevano di fatto impotenti tutti i medici e le loro terapie. La rapida diffusione del morbo e la devastazione delle membra crearono intorno ai malati l'assoluto isolamento: ritenuti incurabili, essi non venivano accolti da nessun ospedale ed anzi - se ammalatisi in casa - venivano scacciati e abbandonati dai parenti. I poveri infelici giravano per le strade rannicchiati dentro carrettini, cercando un po' di vitto in attesa che la morte li liberasse da tanta sofferenza. Tutto questo diffuso dolore non sfuggì all'attenzione di una pietosa Compagnia di devoti chiamata "del Divino Amore", la quale cercava di trovare ai poveri infelici un qualche luogo di cura e ricovero. I motivi non sono noti, ma i Confratelli scelsero di indirizzare i loro sforzi sul San Giacomo e così quasi tutti vollero confluire nella Confraternita di S. Maria del Popolo. Questi sodalizi laicali furono fondamentali, nei secoli, nell'assistenza ai malati: se il medico curava il corpo e il sacerdote badava all'anima, il confratello in genere si poneva nel mezzo. Porgeva il cibo o un bicchiere d'acqua o un fazzoletto, ma dava soprattutto al paziente il conforto di sentirsi amato e rispettato come individuo. Anche più della malattia, infatti, ciò che ancor oggi ci spaventa maggiormente trovandoci in ospedale è il timore di essere considerati solo un numero, un oggetto, e questa felice intuizione costituì un fondamento per l'operato caritativo di molte Confraternite.

Quella dei sodali di S. Maria del Popolo fu un'opera così intensa e meritoria che papa Leone X, con Bolla del 19 luglio 1515, volle elevare il nosocomio al rango di Arcispedale, il che lo poneva a capo di tutte le strutture simili presenti e future. Il complesso del S. Giacomo si stendeva, come tuttora si stende, tra la via del Corso e la via di Ripetta, fra le chiese di S. Giacomo (costruita alla fine del '500 sul luogo dell'antica chiesetta "in Augusta") e quella di S. Maria "Porta Paradisi", nella quale la Confraternita trasferì le proprie attività di culto. L'ospedale era governato da quattro amministratori ("Guardiani") con mandato annuale, due romani e due "forestieri" di non meglio identificabile estrazione, assistiti da dodici consiglieri e vari altri ufficiali. Il pio luogo fu frequentato da S. Filippo Neri e dai suoi discepoli, mentre S. Camillo de Lellis ne fu l'economista o "maestro di casa": fu proprio qui che il santo maturò l'idea di fondare l'Ordine dei Ministri degli infermi.

I malati che accorrevano all'ospedale, soprattutto nei mesi più caldi, erano numerosissimi: in un documento conservato nell'archivio storico del S. Spirito, risalente al 1525, si legge che in tale anno i degenti furono oltre duemila, un'enormità, in rapporto alla popolazione. Le cure prestate consistevano soprattutto,

visto che il male era assolutamente sconosciuto e quindi non aggredibile con specifiche terapie, nel solito protocollo dell'epoca a base di decotti, purghe, salassi, sudoriferazioni. Di diverso c'era solo la ripetuta somministrazione di "legno santo" (Guaiaco officinale), un infuso fatto con la corteccia di una pianta proveniente dalle Antille e fatta conoscere in Europa da Colombo, usato ancor oggi dalle popolazioni caraibiche. In realtà, quelle terapie empiriche avevano uno scopo puramente simbolico, nel pietoso tentativo di recare un qualsivoglia sollievo a quei poveri infelici, intuendo forse che la somministrazione di un qualunque rimedio - inducendo nel malato la sensazione di essere curato con efficacia - avrebbe quanto meno evitato la disperazione.

In un manoscritto del 1592 si legge che - ancora in quel tempo - *"l'hospitale di S. Giacomo riceve solamente malfranciosati [affetti dal "male francese" - N.d.A.], piagati ed altri simili d'infermità incurabile [eccetto però peste e lebbra - N.d.A.]"*. All'epoca la corsia degli uomini misurava circa m. 140 x 21 con 72 letti, disposti su due file da 36; la corsia femminile misurava invece m. 68 x 21 con 36 letti, disposti su due file da 18. All'occorrenza venivano allestite nuove file di letti. Tra il 1575 ed il 1584 si svolse qui l'esemplare vicenda di san Camillo de Lellis: entrato come ammalato per una piaga inguaribile al piede destro, vi rimase poi come infermiere ed infine come economo, ricavandone un compenso che regolarmente devolveva ai malati più bisognosi. Circostanza curiosa, il buon Camillo venne infine licenziato dalla direzione in quanto aveva... idee singolari: voleva riportare ordine e rigore nell'organizzazione e pretendeva che i dipendenti operassero sempre con disciplina, competenza e professionalità!!

Nel 1583 papa Gregorio XIII creò cardinale Antonio Maria Salviati, nato a Firenze da famiglia principesca, il quale era destinato a divenire il più munifico mecenate dell'ospedale. Seguace di Camillo de Lellis, allorché fu eletto "prelato guardiano" (amministratore) cominciò a sovvenzionare generosamente il nosocomio. Egli fece erigere nuovi locali ma in pratica ricostruì tutto l'edificio di modo che esso risultasse, oltre che più ampio e funzionale, anche più rispondente ai moderni canoni igienico-sanitari.

A cavallo fra Settecento e Ottocento la Confraternita - che tanto lodevolmente aveva amministrato per secoli l'ospedale - ebbe a purtroppo a cessare la propria attività, forse perché si era ormai esaurita la spinta propulsiva dei grandi santi o forse, più semplicemente, seguendo in ciò le moltissime altre che non poterono riprendersi dalle radicali spoliazioni perpetrate nel 1798 dalle truppe francesi d'occupazione. In seguito a questo evento, la cura dell'ospedale fu affidata da papa Gregorio XVI nel 1842 all'Ordine Ospedaliero dei "Fatebenefratelli". In ogni caso, altre confraternite e pii sodalizi continuarono nell'opera caritatevole di dare assistenza, spirituale e corporale, a quei malati fra i più reietti.

Intorno a quell'epoca, i letti erano ormai 200 per gli uomini e 156 per le donne. C'era la scuola di clinica chirurgica, di anatomia pratica e di chirurgia vera e propria, con sei letti per le donne e sette per gli uomini. V'erano poi le abitazioni per i circa settanta addetti, ambo sessi, del nosocomio, nonché la farmacia con laboratorio e giardino, la biblioteca di chirurgia, teatro e museo anatomico e servizi vari. Il cimitero, posto addirittura nel bel mezzo del complesso, fu abbandonato nel 1836 in seguito all'apertura del nuovo sepolcreto al Campo Verano. Il celebre prof. Giuseppe

Sisco, morto nel 1830, fu primario del San Giacomo e vero luminare della scienza medica: egli lasciò all'ospedale i suoi ferri chirurgici, la biblioteca personale e un fondo per mantenere cinque giovani allievi chirurgi.

Sempre a metà Ottocento, la casistica dei pazienti ivi accolti non era molto diversa da quella di tre secoli prima: “*Non vi è limite o restrizione - dice il Moroni - ai ricevimenti degl'infermi dei due sessi di piaghe, tumori, ulceri, ferite, aneurismi, fistole, oftalmie, sifilidi e altri mali d'alta chirurgia*”, ma erano ancora i portatori del male venereo quelli che maggiormente ricorrevano alle cure del luogo. Il tutto, sempre senza alcuna distinzione di “*età, patria, condizione, religione*”. Il personale medico constava di “*due medici e due chirurghi primarii, due medici assistenti e due chirurghi sostituti, due chirurghi ufficiali, sedici giovani apprenditori, farmacista e due giovani di farmacia*”.

Nuovi lavori di ampliamento vennero effettuati tra il 1842 ed il 1844 ed altri ancora si resero necessari dopo il 1850 al tempo di Pio IX, soprattutto per rimediare ai guasti derivati dalla pur fugace vicenda della Repubblica Romana. Tutto il resto, compresa la naturale evoluzione della casistica clinica, è ormai storia contemporanea.

Bibliografia essenziale delle fonti consultate

Opere generali:

- Liliana BARROERO – MONTI (Fasc. I) – Collana “Guide rionali di Roma” – Roma 1978;
- Laura GIGLI – BORGIO (Fasc. III) - Collana “Guide rionali di Roma” – Roma 1994;
- Paola HOFFMANN – CAMPO MARZIO (Fasc. III) - Collana “Guide rionali di Roma” – Roma 1981;
- Antonio MARTINI/Matizia MARONI LUMBROSO – *Le Confraternite romane nelle loro chiese* – Roma 1963;
- Silvia MATTONI/Massimo MONGARDINI/Marco SCARNO’ – *L’Arcispedale di S. Spirito in Saxia* – Roma 2011
- Carlo Luigi MORICHINI – *Degl’istituti di pubblica carità ed istruzione primaria e delle prigioni in Roma* – Roma 1842;
- Gaetano MORONI – *Dizionario di erudizione storico-ecclesiastica da S. Pietro sino ai nostri giorni* – Venezia 1840;

Siti web:

- Ospedale S. Giovanni: www.hsangiovanni.roma.it/aziendaospedaliera/storia-e-arte/breve-viaggio-nella-confraternita-delssalvatore.aspx (testo di Cinzia Martini);
 - Ospedale S. Spirito: www.aslrme.it/Percorso_Monumentale/TextPercorso.htm (testo di Maria Lucia Amoroso);
 - Ospedale S. Giacomo: www.castelletta.it/sangiaco/lospedale.htm (sito web della parrocchia di S. Giacomo in Augusta – testo redazionale).
- Le fonti da siti web sono state ricontrollate alla data del 20 gennaio 2012.

L'ospedale Agostino Gemelli

Riflessioni conclusive a cura del dott. Domenico Lofrese

Il viaggio attraverso la storia di tre grandi e famosi ospedali romani è giunto a conclusione. Sorge nell'animo una legittima domanda: il messaggio di solidarietà umana, di carità cristiana, di speranza nelle capacità e nella virtù di portare sollievo e cura alle sofferenze dei malati ha ancora senso al giorno d'oggi? È sotto gli occhi di tutti che il vorticoso sviluppo tecnologico, le inflessibili leggi della economia di mercato e l'eccessiva attenzione alla produttività tendono spesso a sovrastare i valori dello spirito e della dignità delle singole persone. Ma, per grazia di Dio, nel panorama globalistico e massificante della società odierna continuano a spuntare uomini di buona volontà ed enti benefici che tengono vive le esigenze etiche della vita umana e promuovono iniziative e strutture a sostegno di esse.

Anche negli ultimi tempi sono sorte nel mondo della scienza e della sanità nuove organizzazioni, che si sono affiancate a quelle già esistenti potenziando gli sforzi collettivi per il bene comune.

È il caso, tra gli altri, del Policlinico universitario "Agostino Gemelli". Esso porta il nome del fondatore dell'Università Cattolica del S. Cuore. Questi, dopo aver curato l'istituzione di varie Facoltà a Milano e a Piacenza, si accinse in età avanzata a progettare a Roma il "sogno" della sua anima: la Facoltà di Medicina e Chirurgia. Egli, da medico, (e poi psicologo), avvertiva intensamente dentro di sé il desiderio di offrire a giovani futuri "colleghi" un attrezzato luogo di alta preparazione universitaria unita alla possibilità Monumento a Papa Wojtila (piazzale universitario dell'ospedale A. Gemelli) di una libera e personale maturazione cristiana del proprio impegno professionale.

Padre Gemelli non vide realizzata l'opera che aveva ideata. Ma il suo spirito aleggia, esortatore e paterno, in ogni angolo della Facoltà medica, e soprattutto del Policlinico: a ricordare i principi ispiratori della istituzione, a stimolare gli operatori nel compimento dei propri doveri; a incoraggiare gli animi nelle difficoltà; a coltivare sentimenti e atteggiamenti di fattiva collaborazione e di fraterna condivisione di risultati positivi ed anche di esperienze negative. Dal suo osservatorio "ultraterreno" egli è ben conscio che tutte le realtà umane (e quindi pure l'Università da lui fondata) non sono esenti da debolezze ed errori e quindi necessitano sempre di ravvedimenti e correzioni. Alla sua preghiera di intercessione si aggrega quella di tante altre persone che hanno creduto e continuano a credere nella missione sociale ed ecclesiale dell'Ateneo.

Tra queste persone emerge la figura di un grande Papa, il beato Giovanni Paolo II. Egli in varie occasioni fu ospite del Policlinico Gemelli ed è ora ricordato con l'imponente complesso scultoreo posto al centro del piazzale di ingresso dell'ospedale: a testimonianza non solo di una dignitosa e sapiente accettazione della sofferenza e del declino fisico della vecchiaia, ma anche della fiduciosa attesa degli ammalati di trovare nella struttura sanitaria amorevole accoglienza e interventi terapeutici tempestivi ed efficaci.

Documenti on-line

www.laretedelsollievo.netwww.fondazioneghirotti.itwww.uciim.itwww.fondazionevivaale.orgwww.aiiro.itwww.unicatt.itwww.policlinicogemelli.itwww.portaledibioetica.it

Indichiamo di seguito una sobria lista di documenti, utili per approfondire il tema, tra quelli attualmente presenti sul Portale di Bioetica.

- 1) Tema caldo **Eutanasia** [<http://www.portaledibioetica.it/documenti/000632/000632.htm>]: si tratta di un'area del Portale che raccoglie articoli e contributi sul tema dell'Eutanasia ed un'insieme di problematiche ad esso collegate, tra cui la questione - frutto di un fraintendimento culturale - della "morte pietosa" come modalità per porre fine alle sofferenze di una persona.
- 2) Documenti del Comitato Nazionale di Bioetica:
 - [La terapia del dolore: orientamenti bioetici \(30 Marzo 2001\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001720/001720.htm)
 - [Etica, sistema sanitario e risorse \(17 Luglio 1998\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001725/001725.pdf)
 - [Parere del CNB sulla convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina \(21 Febbraio 1997\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001732/001732.htm)
 - [Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana \(14 Luglio 1995\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001671/001671.htm)
 - [Bioetica e formazione nel sistema sanitario \(7 Settembre 1991\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001748/001748.htm)
 - [Parere sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali \(6 Settembre 1991\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/001670/001670.htm)
 - [Medicina e morale - Rivista internazionale di Bioetica, 2013/1, "A tre anni dalla legge 15 marzo 2010 n. 38 sulle cure palliative e la terapia del dolore", a cura di A.G. Spagnolo](#)
- 3) Magistero Chiesa cattolica:
 - [Il rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull'eutanasia. \(Pontificia Accademia per la vita - 9 Dicembre 2000\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000300/000300.htm)
 - ["Salvifici doloris", Lettera apostolica \(Giovanni Paolo II - 11 febbraio 1984\)](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_it.html)
 - ["Evangelium vitae" Lettera enciclica \(Giovanni Paolo II - 25 marzo 1995\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000376/000376.htm)
 - ["Donum vitae" \(Congregazione per la dottrina della fede - 22 Febbraio 1987\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000399/000399.htm)
 - [Dichiarazione sull'eutanasia \(Congregazione per la dottrina della fede - 5 Maggio 1980\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000281/000281.htm)
- 4) Altre chiese e confessioni religiose:
 - [Eutanasia e suicidio \(Gruppo di lavoro Valdese\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000380/000380.htm)
 - [Quando la sofferenza ha un limite \(programma radiofonico ebraico\)](http://www.portaledibioetica.it/documenti/000363/000363.htm)