



meditando

aver

cura

di Salvatore De Pascale,
Giuseppe Ferrara,
Massimo Diciolla,
Franco Greco,
Francesco Ricci,
Anna Maria Caniglia,
Maria Caputo,
Pina e Nella Liuni



pensando

al centro

l'altro

di Pasquale D'Erchia,
Teresa Federico,
Gianluca,
Giuseppe,
Lia Teofilo



scoprendo

sanità

e strutture

di Savino Lattanzio,
Daniele Chairulli,
Franco Ferrara



Cercasi un fine

Bisogna che il fine sia onesto. Grande. Il fine giusto è dedicarsi al prossimo. E in questo secolo come lei vuole amare se non con la politica o col sindacato o con la scuola? Siamo sovrani. Non è più il tempo delle elemosine, ma delle scelte.

i ragazzi di don Lorenzo Milani

periodico di cultura e politica

www.cercasiunfine.it

aver cura, non interessi

di Rocco D'Ambrosio

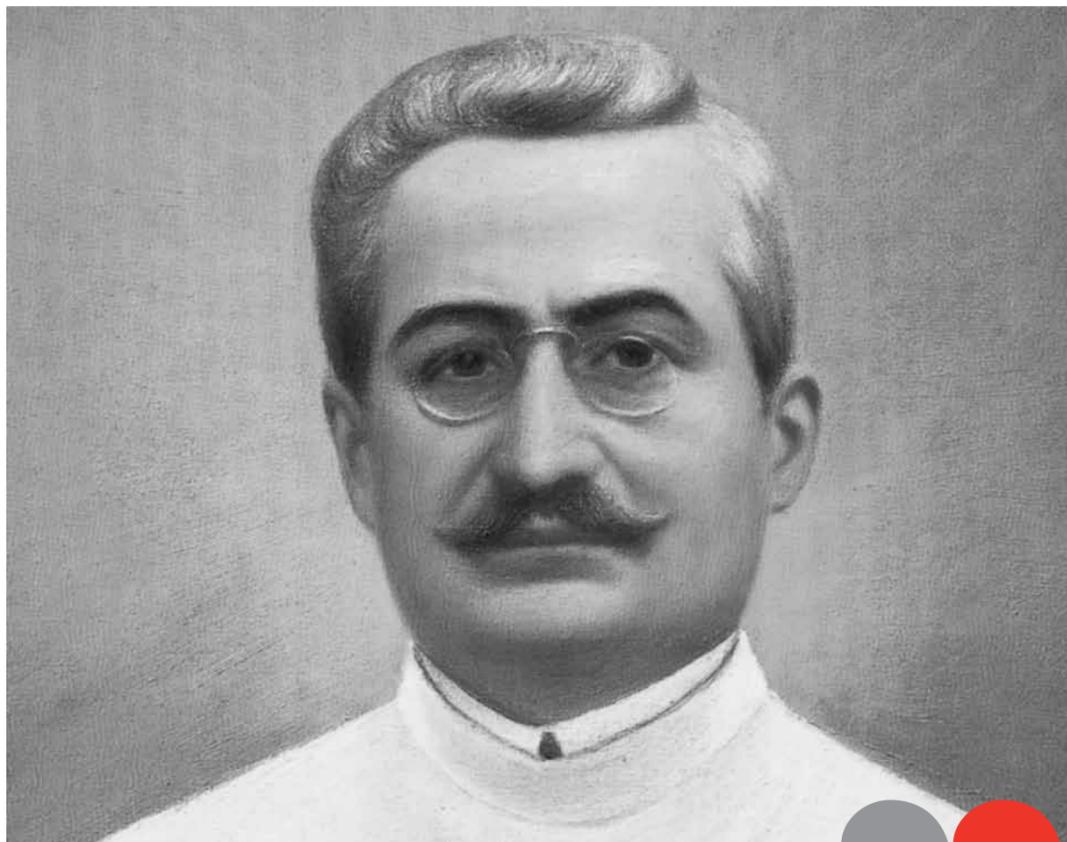
L'aver cura fu un tema molto caro a don Milani: il famoso *I care*. In questo numero ritorniamo sul tema della sanità (si veda il nostro sito, il n. 8/2006), con l'intento di affrontarlo non dal punto di vista strutturale e politico, quanto dell'aver cura. Le nostre strutture sanitarie sono luoghi in cui medici, personale ausiliario e amministrativo, si prendono cura dei pazienti? Purtroppo, la risposta negativa, fatte salve poche eccezioni, non tarda ad arrivare.

Aver cura è un'arte rara e preziosa; è perla nascosta tra tanta sciatteria, menefreghismo, avidità, corruzione e incompetenza. Non c'è da sorprendersi: in Italia si giunge alla professione medica e affine, in media, con una discreta preparazione tecnica, ma con una carente maturità umana, etica e psicologica. Spesso il bene prezioso della salute è in mano a chi di cura ne ha, ma non per noi, ma per carriera e portafoglio. Si pensi a tutti quei medici che non visitano ma prescrivono, o che vivono la sala operatoria come fonte di lucro, o che hanno code interminabili negli studi privati e lavorano fino a notte fonda (e magari anche a nero). Questa gente, insieme a pesanti responsabilità politiche e amministrative, ha ridotto la sanità sul lastrico, dove l'aver cura è solo un retorico richiamo nelle occasioni ufficiali o elettorali. Non a caso le

Asl sono aziende; non esistono più i "pazienti" ma gli "assistiti", che, di questo passo, diverranno presto "clienti".

Nel restituire del denaro inviato-gli per una visita, Giuseppe Moscati scrisse ad una signora: "Alla fine non feci che due o tre visite mediche. Avrei capito che Lei liberalmente avesse voluto compensarmele il triplo o il quadruplo, quasi in omaggio al criterio della progressività delle imposte; ma ricompensarmele a mille lire l'una è una così forte accentuazione dello stato di animo di riconoscenza verso di me, che io, ispirandomi a quei sani principi ereditati da mio padre, non posso far permanere. E' vero - torno a dire - che a Lei non fa impressione privarsi di una qualsiasi somma, ma debbo pur fare il mio dovere". Fare il *proprio dovere* e *seguire sani principi*, atteggiamento molto diverso da parcelle stratosferiche, regalie ingiustificabili, scambi occulti con politici e fornitori, tenore di vita da strarichi. Questa gente non seguirà mai Moscati, ma solo i propri avidi interessi.

L'aver cura è un'arte che può essere coltivata solo se un medico, un'infermiere, un qualsiasi operatore sanitario si interroga sul senso e sulla finalità del suo operare. Se si amano soldi e carriera, non si avrà mai cura di nessuno. Conosco diversi medici e infermieri che si prendono cura dei



loro pazienti con amore e competenza. E' interessante che non fanno pubblici proclami, non si mettono in mostra nella parrocchie e nelle associazioni di beneficenza, ma sempre la *destra non sa quel che fa la sinistra*. E questo perché il loro aver cura nasce da una formazione solida, da una vera e propria consacrazione all'arte medica. Non sono medici perché è *reddizio* o perché *me lo impone papà* (medico anche lui) o per essere *fra quelli che oggi contano*.

L'aver cura degli altri è una fatica, spesso immane, ma è fonte di gioia e serenità, per sé e per gli altri. Gli psicologi, da anni, ci avvertono sui rischi della stanchez-

za, dell'esaurimento (*burnout*) e della demotivazione in tutte le professioni in cui ci si prende cura degli altri (dal genitore al medico, dal prete all'infermiere o assistente sociale ecc). E' presunzione sciocca pensare di essere immuni. E' grande irresponsabilità non risolvere conflitti e frustrazioni personali, che, non monitorate, degenerano in patologie relazionali, avidità di denaro e carriera e quant'altro.

Dedichiamo questo numero a Giuseppe Moscati, medico napoletano, ricercatore universitario. Un uomo che ebbe cura degli altri, mettendoci tutto il cuore e *tutta la sua mente*.

Giuseppe Moscati (1880-1927),
medico, docente universitario,
testimone
di generosa cura
e cordiale servizio
a chi ha bisogno.

L'I care del santo napoletano

La gigantesca figura umana di Giuseppe Moscati, ai più sconosciuta, lo era anche a me quando, otto anni fa, il vescovo mi prospettava l'incarico di parroco a Triggiano, in una chiesa intitolata al Santo medico napoletano. Non ha dovuto impiegare, però, molto tempo per far breccia dentro di me, se, dopo pochi giorni, ero già al Gesù Nuovo di Napoli, dove sono deposte le sue spoglie mortali. Se si volessero raccogliere gli episodi che manifestano la sua predilezione per la povera gente e i malati, "figura di Gesù Cristo" come amava chiamarli, non basterebbe un libro. "Una volta - attesta il dottor Braccaccio - mandai al professore una giovane donna ammalata di tubercolosi con un biglietto, con cui gli facevo notare le condizioni economiche della povera inferma. Il professor Moscati la visita, prescrive la cura, non prende alcun compenso e congeda l'inferma; ma questa, con grande meraviglia, si accorge che nel foglio della diagnosi vi era un biglietto da cinquanta lire, messovi dal professore senza dir nulla". Il "Cardelli secondo", come fu definito per la sua professione di primario, avrebbe potuto guadagnare tesori, avrebbe potuto avere carrozze, cavalli o automobili come i suoi esimi colleghi, ma tut-

to ritenne una perdita a confronto del tesoro dei suoi infermi. San Giuseppe Moscati scelse di combattere la povertà facendosi povero. Il suo segreto: "Ricordiamoci di aver di fronte a noi, oltre che un corpo, un'anima; la prima medicina è l'infinito amore, non la scienza ma la carità ha salvato il mondo. Il dolore va trattato non come un guizzo o una contrazione muscolare, ma come il grido di un'anima, a cui un fratello, il medico, accorre con l'ardenza dell'amore, la carità". Ha curato gli infermi, ma ha avuto una predilezione particolare anche per i giovani, li ha difesi e ha scritto che "era debito di coscienza istruirli". Non ha temuto di curare le logiche perverse delle raccomandazioni di corsia, ha curato le ingiustizie sociali annunciando e denunciando. "Il pericolo maggiore per Napoli - scriveva - non sarà il terremoto, o il Vesuvio, né nessun cataclisma ma i napoletani stessi: gli edili, chiamiamoli così, destinati a proteggere l'estetica della città e il paesaggio, somigliano a cani addormentati che lasciano rubare". Non appaia dunque una forzatura spiritualistica, quella della parabola del buon samaritano, raccontata da Luca al capitolo 10, per racchiuderlo con una icona biblica. "Il Samaritano che passa



accanto all'uomo incappato nei briganti e vistolo, n'ebbe compassione, gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui". E, parafrasando il pensiero di un altro gigante dei nostri tempi, don Tonino Bello, san Giuseppe Moscati è stato per i suoi contemporanei il samaritano dell'ora giusta, il samaritano dell'ora dopo e il samaritano dell'ora prima. Il samaritano dell'ora giusta perché per i vicoli dei quartieri spagnoli è andato a cercare i suoi bisognosi, non li ha comodamente attesi. Il ciglio della strada è stata la sua cattedra d'insegnamento e il suo letto operatorio. Ma, vedendo che questo non era sufficiente, spesso ha caricato l'uomo bisognoso sulla sua giumenta, la sua casa, che è divenuta un secondo ospedale. Ecco, questo è il samaritano dell'ora dopo. Colui che non si accontenta dell'assistenzialismo,

del pronto intervento quando c'è l'emergenza, ma si prende cura nel tempo. E, infine, c'è in lui il samaritano dell'ora prima. E' la grande via della prevenzione dei mali. Non basta cioè fasciare le ferite, non basta neanche preoccuparsi che "la fase post-operatoria" proceda al meglio, bisogna anche andare alle radici dei mali, per prevenire e non tamponare soltanto. Questo lui lo ha fatto con l'abnegazione verso i giova-

ni, lo ha fatto con una serietà professionale al limite dell'umano, lo ha fatto divenendo professore e scienziato insigne, lo ha fatto morendo, consumandosi per amore a soli quarantasei anni. *L'I Care*, il *mi sta a cuore*, come amava dire don Milani, divenga il motto di ciascuno di noi, come lo è stato per il professor Moscati.

[parroco, Triggiano, Bari]

tra i libri

di Giuseppe Moscati

Giuseppe Moscati nasce a Benevento nel 1880 ma vi rimane per soli quattro anni, fino a quando il papà, magistrato, è trasferito a Napoli. Dopo il liceo, si iscrive alla Facoltà di Medicina, e, nel 1903, consegue la laurea con il massimo dei voti, la lode, la menzione onorevole e la "dignità di stampa" della tesi. La scelta di dedicarsi all'attività in ospedale non gli impedisce di continuare nella ricerca scientifica e nell'insegnamento. Dopo essere stato assistente volontario di fisiologia, è prima assistente ordinario, poi aiuto ordinario e, infine, direttore dell'Istituto di chimica fisiologica. Consegue due libere docenze: la prima in chimica fisiologica e l'altra in clinica medica generale. Ha inizio la sua carriera nell'ospedale degli Incubabili: dimostra subito un eccezionale intuito diagnostico e una aggiornata preparazione. Le sue doti cliniche e didattiche ne fanno crescere la fama fra gli ammalati, gli studenti e i giovani medici. Rinuncia quindi alla carriera universitaria per dedicarsi all'attività di corsia: trascorre buona parte della sua giornata in ospedale ma, al termine, si reca nel suo studio dove trova sempre una lunga fila di pazienti. Nella sala di attesa, c'è un cestino che reca la scritta: "Chi può metta, chi ha bisogno prenda". Poi, cominciano le visite a domicilio, nei quartieri più poveri, nei bassi o in squallide soffitte: molto spesso non accetta danaro, anzi qualche

volta lascia anche un'offerta. Un'attività nella quale non conosce risparmio, soste, limiti: persino un breve vacanza non trova posto nella sua vita. Conduce un'esistenza basata sulla avvedutezza, sulla parsimonia, sulla sobrietà, sulla povertà francescana. Sembra un controsenso parlare di povertà nella vita di un uomo che per le capacità, l'ingegno, la fama e la posizione sociale potrebbe avere tutti i beni materiali desiderabili. Eppure è così: non solo non è attaccato al denaro, ma dà ai poveri ciò che ha, veste modestamente. Parco nel cibo, non ha carrozza, cavalli, né auto, come i suoi colleghi. Il 12 aprile 1927, martedì santo, dopo aver partecipato, come ogni giorno, alla Messa, trascorre la mattinata in ospedale per poi tornare a casa. Consuma, come sempre, un frugale pasto e poi si dedica alle consuete visite ai pazienti che vanno da lui. Poco dopo si sente male, si adagia sulla poltrona e muore. A soli 47 anni.

- Alfredo Marranzini, *Giuseppe Moscati, un esponente della scuola medica napoletana*
- Gianni Infusino, *Un santo in corsia, Giuseppe Moscati*
- Lauro Maio, *San Giuseppe Moscati e Benevento sua città natale*
- Pasquale Scrocca, *San Giuseppe Moscati*
- Alfredo Marranzini, *Giuseppe Moscati, modello del laico cristiano di oggi*
- Giorgio Papasogli, *Giuseppe*

- Moscati, il medico santo*
- Raffaele Rossiello, *L'anatomia patologica di San Giuseppe Moscati*
- Felice D'Onofrio, *Giuseppe Moscati, medico, docente, santo*
- Alessandro Doldi, *Attività scientifica di San Giuseppe Moscati*
- Alessandro Doldi, *La formazione scientifica di Giuseppe Moscati*
- Antonio Tripodoro, *Giuseppe Moscati, il medico dei poveri*
- Andrea Jelardi, *Giuseppe Moscati e la scuola medica sannita del Novecento*
- Beatrice Immediata, *Giuseppe Moscati, un uomo, un medico, un santo*
- Francesco Occhetta, *Giuseppe Moscati, esempio di santità laica*



pensando

di Pasquale d'Erchia

Come sta "la milza" della 28?" "...scusi infermiera, aspetto da 3 ore, con me un'altra ventina, tutti col ticket pagato!". Scene quotidiane di corsia. Spesso medici e personale sanitario, curando questi pazienti, non si stanno prendendo cura di loro. Ritmi di corsia pressanti, preoccupazioni continue, possono ancora permettere di curare con efficienza, ma non consentono di prendersi cura con efficacia. Prendersi cura è ciò che rende il tu-paziente e io-medico un noi. E così, l'odierna dimensione tecnologica della professione medica, diviene soprattutto etica: alla ricerca non solo (e non tanto) del come, quanto del perché. C'è da chiedersi perché quel malato ha una malattia, piuttosto che constatare che la malattia "possiede" quel malato. Ci sono malati che accettano coraggiosamente la malattia; altri con rassegnazione; altri la negano; altri ancora se ne compiacciono: ad ognuno un approccio diverso per una stessa malattia.

Ho visto pazienti operate di rimozione dell'utero con perfetta tecnica, che al momento della dimissione apparivano guarite sulla scheda SDO: un numero congruo di giorni di degenza (come da direttive amministrative) e senza complicanze organiche; ma diverse di loro ritornavano a casa ammalate di depressione: l'utero, per quelle donne, costituiva il fulcro della propria 'femminilità' ormai perduta. Ogni giorno vedo gestanti in travaglio di parto insofferenti, ma una volta prese in cura e motivate nella loro sofferenza dall'ostetrica, sono capaci di percorrere il travaglio con un'ottima soglia del dolore. Molto spesso, per mamme come queste, la sola cura resta il taglio cesareo (e in molti ospedali del sud il taglio cesareo è una pratica che supera il 70 %...).

L'aziendalizzazione della sanità pubblica a sua volta ha acuito il

divario tra curare ed il prendersi cura: il medico bravo, per l'amministratore, è quello che produce ricchezza economica per "l'azienda" grazie ai brevi tempi di degenza.

E amaramente scopriamo che sono lontani i tempi lenti del prendersi cura, quando è spesso necessario derubricare gli impegni, nell'agenda fittissima degli appuntamenti presi dallo sportello del C.U.P., per dialogare ed empatizzare col malato.

L'efficientismo della sanità alimenta soltanto i conflitti, e gli operatori recitano una commedia in cui uno dei difetti peggiori è la scarsissima comunicazione.

Oggi ho assistito al giro disagiavole di quattro ospedali per una paziente oncologica in blocco renale: nessuno ha voluto prendersi cura.

Primum non nocere!

E, invece, i malati sono più lontani. Sarà questo, mi chiedo, ciò che alimenta sempre più il numero crescente di contenzioso medico-legale?

La solitudine resta: i malati formano un insieme di solitudini perché non hanno la possibilità di rompere la loro.

[medico chirurgo, Massafra, Taranto]



meditando

di Giuseppe Ferrara

misurare la salute

In archetipo del rapporto medico-paziente si è trasformato nel Ventesimo secolo. Dal rapporto personale si è pervenuti a una interazione tra due mondi inconciliabili: da un lato quello della sofferenza del paziente, dall'altro l'universo tecnologico del medico. Il progresso ha permesso di ottenere risultati; è cambiata la medicina; sono cambiati i rapporti, le richieste e le aspettative dei pazienti. Il progresso ha plasmato la medicina e aperto prospettive; esiste una correlazione tra ricerca e produzione industriale con l'ingresso di un nuovo fattore: il profitto economico. Ricerca, ideazione tecnologica, produzione industriale e profitto hanno orientato le scelte della recente politica sanitaria. Il modello industriale è accettato come possibilità di relazione tra richiesta di cura ed erogazione di un servizio medico. Da un lato c'è un'offerta di altissima specializzazione, dall'altro una domanda crescente di consumo sanitario. L'economia sanitaria ha largamente discusso se sia la domanda a orientare il mercato sanitario oppure l'offerta: dati empirici sembrano confermare la seconda ipotesi. Il consumo sanitario è correlato a vari fattori: il reddito, la crescita delle aspettative di mantenere lo stato di salute, la specializzazione medica e la definizione in chiave medica di episodi come la gravidanza, il parto, l'ansia, la paura, la morte. La spinta tecnologica ha esasperato l'orientamento verso la specializzazione: la loro nascita rappresenta il punto di arrivo di un modello culturale che permette di trasformare le osservazioni in un insieme di leggi generali. E' un la-

birinto di specializzazioni nel quale si avverte la mancanza di un orientamento globale: il concetto di globalità è opposto a quello di specializzazione. Abbiamo assistito al passaggio da una medicina fondata sull'osservazione a una fondata sulla misurazione: la medicina, per diventare scientifica, deve essere misurabile, e così si misura tutto. Ma è tutto misurabile? Lo stato di salute è misurabile in quanto possiamo utilizzare solo la misura esterna ma sarà non misurabile l'essenza dei fenomeni della persona. Quindi la misura dello stato di salute permette di fare comprendere solo una parte di quanto osservato. Misurare significa dare valore scientifico, ma non tutto è misurabile. L'essenza della persona non è misurabile e anche le teorie di Freud non sono misurabili. Se l'atto medico registra ciò che è misurabile, focalizza l'attenzione sulla malattia e non sulla persona: diventa centrale la figura del medico. Non si parla di malato perché tante volte chi si rivolge al medico non è consapevole della propria condizione e rischia, in un rapporto medico-paziente centrato sulla malattia o sul medico, di essere medicalizzato. Il passaggio dalla salute alla malattia può avvenire in modo repentino, ma anche in maniera graduale; molti segnali del proprio corpo non sono colti dal paziente. Lo spostamento della centralità dal paziente alla malattia e al medico è dovuto a vari fattori: la formazione del medico, l'incapacità comunicativa e la necessità di contenere i tempi del colloquio clinico. Porre al centro, del rapporto medico-paziente, il paziente è importante perché og-



gi osserviamo un incremento delle patologie croniche che richiedono la gestione di una convivenza con una malattia che non può essere curata. Ma c'è un altro aspetto: il paziente definisce malattia una serie di sintomi molto più varia rispetto al passato. Sono disturbi che non hanno una base organica, altre volte le richieste riguardano la sfera sessuale, le prestazioni sportive, l'aspetto estetico. Le difficoltà della vita, l'aspetto fisico, le prestazioni, l'accettazione sociale rincorrono un ideale di bellezza, di forza, di efficienza e di eterna giovinezza che serve a coprire un vuoto esistenziale. Lo stesso vuoto conduce al rifiuto della vecchiaia e interpreta come malattia quella che rappresenta la naturale evoluzione/involuzione fisica. A fronte dell'incapacità di una corretta relazione il risultato più comodo può essere un eccesso di prescrizione inutile. Ma l'atto medico che cosa produce? In realtà non produce salute perché la salute è una condizione naturale insita all'essere. La produzione del medico è qualcosa di diverso dal concetto di *techné*, della filosofia greca, dove alla capacità di produrre qualcosa risulta connessa alla realizzazione di un'opera che viene messa a disposizione

di altre persone. In medicina la capacità di produrre non esiste, esiste la capacità di ristabilire. Il suo compito consiste nell'aiutare a ripristinare la salute. Ma la salute non può essere qualcosa che può essere mostrata, perché non viene realmente prodotta dal medico. E' difficile definire il concetto di salute perché è anche una condizione psicologica e morale che non può corrispondere alla negatività degli esami. L'espressione *medico aiuta te stesso* è ricca di significato: Chirone, il centauro affetto da piaghe incurabili, insegnò a Esculapio l'arte di guarire; nell'occidente europeo la figura del *Christus patiens*, il Salvatore, porta in sé la sofferenza. Immagini che inducono varie riflessioni: la prima è che ogni paziente ha un medico dentro di sé e che in ogni medico esiste un

paziente; ma anche che la possibilità di guarigione è dentro di noi e che la salute rappresenta un equilibrio precario tra due condizioni, salute e malattia, apparentemente contrapposte. Quando il medico è dinanzi a scelte drammatiche, un trapianto, un espianto, l'aborto, la sofferenza psichica, terapie che oscillano tra accanimento ed eutanasia o una prognosi infausta, è solo con la propria coscienza di fronte al paziente e ai parenti. In questi momenti non può essere il criterio dell'Azienda Sanitaria a guidarlo, ma la consapevolezza di sentirsi egli stesso guaritore ferito, come il mitico centauro, vale a dire portatore sofferente della scienza e gestore sapiente di tecnologie avanzate.

[medico ortopedico, Bari]

in parola

di Massimo Diciolla

Cura: La cura è per definizione la terapia per guarire da una malattia. Eppure mai come ai tempi nostri i progressi scientifici impongono di utilizzare il termine in una accezione molto più estesa, nel senso di avere a cuore, assistere, difendere. Oggi ci sono infatti cure che non guariscono, ma alleviano il dolore, come le cure palliative, o altre, come l'alimentazione e la idratazione artificiali, che permettono di sopravvivere. La disciplina di una cura così dilatata nelle funzioni e nei tempi è davvero ardua da scrivere e il dibattito a riguardo è infuocato. Un punto di partenza certo e irrinunciabile lo fornisce tuttavia la Costituzione italiana, secondo cui la scelta delle cure spetta sempre al paziente, il quale deve essere informato sui trattamenti disponibili ed è libero di accettarli o rifiutarli: non è altro in fondo che quell'autodeterminazione che permise ai primi uomini di cogliere il frutto proibito e così di poter scegliere per sé, in piena autonomia, tra il bene e il male.

Salute: Come insegna dal 1948

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute non è soltanto l'assenza di malattia, ma è uno "stato completo di benessere fisico, mentale e sociale". L'estensione del concetto di salute sino a comprendere una vita sana, libera e dignitosa, è una conquista della modernità, che dà conto dello strettissimo rapporto esistente tra benessere e coesione sociale e universale: infatti, la cura della persona e lo sviluppo armonioso dei popoli passano anche attraverso la attribuzione ai singoli e alle collettività del diritto fondamentale alla salute. Purtroppo ancora oggi troppe differenze di risorse e di conoscenze costringono molte genti a condizioni di disumano malessere e, spesso, dove non c'è salute, ci sono guerre e miseria.



Aziendalizzazione, umanizzazione: Dal 1992 l'erogazione pubblica di servizi sanitari è affidata ad aziende - unità sanitarie locali ed ospedaliere - dotate

di autonomia imprenditoriale. L'aziendalizzazione della sanità mirava a un recupero di efficienza dell'offerta pubblica in materia, attraverso l'adozione di un modello privatistico che scongiurasse gli sprechi e le ingerenze politiche del passato. I conti disastrosi di moltissime aziende e il dilagante intreccio politico-affaristico che vi impera - e di cui è fulgido esempio la Puglia - sembrano dimostrare giorno per giorno la velleità della riforma. Diventa così difficile in concreto coniugare l'ambizione, spesso frustrata, verso il pareggio di bilancio con la cura della persona secondo criteri di etica e responsabilità: si parla a riguardo di umanizzazione della sanità, un termine che pare in perfetta contraddizione con l'esercizio di una impresa votata al solo rispetto del bilancio. Urge a riguardo quindi una approfondita rimediazione che indichi aggiustamenti meno appiattiti sulle logiche del mercato e più qualificati in termini di umanità.

[avvocato, Conversano, Bari]

poetando

di Ippocrate

Giuro per Apollo medico e per Asclepio e per Igea e per Panacea e per tutti gli Dei e le Dee, chiamandoli a testimoni che adempirò secondo le mie forze e il mio giudizio questo giuramento e questo patto scritto. Terrò chi mi ha insegnato quest'arte in conto di genitore e dividerò con Lui i miei beni, e se avrà bisogno lo metterò a parte dei miei averi in cambio del debito contratto con Lui, e considererò i suoi figli come fratelli, e insegnerò loro quest'arte se vorranno apprendere, senza richiedere compensi né patti scritti. Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti orali e di tutto ciò che ho appreso i miei figli del mio maestro e i discepoli che avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico e nessun altro. Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa. Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un' iniziativa del genere; e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto. Conserverò pia e pura la mia vita e la mia arte. Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cederò il posto a chi è esperto di questa pratica. In tutte le case che visiterò entrerò per il bene dei malati, astenendomi ad ogni offesa e da ogni danno volontario, e soprattutto da atti

sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi. Tutto ciò ch'io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, o anche al di fuori della della professione nei miei contatti con gli uomini, e che non dev'essere riferito ad altri, lo tacerò considerando la cosa segreta. Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei frutti della vita e dell' arte, stimato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spergiurerò, possa toccarmi tutto il contrario.



accompagnare i bisogni

La salute è un bene invisibile e comune è la responsabilità delle scelte che possono influenzarla. La massima partecipazione della cittadinanza a tali scelte è un diritto sancito in numerosi vertici internazionali e promuoverla è un preciso dovere. Spetta alla comunità scientifica affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita umana ed è forte la necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle conoscenze. Conoscenza ed esperienza riconosciute a livello internazionale, motivazione e disponibilità a impegnarsi nel lavoro concreto di ricerca ed elaborazione saranno gli unici criteri di una selezione che sarà imparziale e rigorosa. Assistere significa fare: la cosa migliore, nel luogo migliore, nel momento migliore, nel modo migliore. Naturalmente in funzione di quanto abbiamo a disposizione... il che presuppone che per assistere si debba pensare la cosa migliore. Quali persone che assistono, mettiamo in atto una serie di meccanismi che, a un certo punto, determinano un'azione da parte nostra. Il termine azione viene utilizzato impropriamente poiché in realtà si tratta di una reazione, di una risposta a uno stimolo, a un biso-

gno. Quest'ultimo può essere manifesto o espresso chiaramente, ma sappiamo bene che ci sono molte situazioni nelle quali questi presupposti sono da considerare un lusso. Come riuscire, dunque, a recepire questa domanda o individuare una necessità? Abbiamo per questo, nel nostro bagaglio di esseri umani, uno strumento veramente straordinario: la facoltà di osservare. Tutti noi, nella vita di tutti i giorni, osserviamo. Ma l'utilizzo di questa facoltà è quantomeno personale. L'osservazione è il punto cardine attorno al quale deve ruotare il nostro approccio affinché la nostra risposta sia adeguata al bisogno. Per osservare abbiamo in dotazione genetica una serie di validi strumenti: i cinque sensi. Si tratta unicamente di imparare a usarli in maniera efficace, di ascoltarli. Il presupposto essenziale, dunque, è quello di porci di fronte all'altro; pronti a recepire tutto quanto viene emesso. La fase successiva all'osservazione, e quindi alla captazione del bisogno, è quella dell'intervento attivo da parte nostra. Ciò può avvenire su una base puramente istintiva, oppure in modo ragionato e organizzato, vale a dire tenendo in considerazione tutti gli aspetti significativi legati alla situazione, preparandoci in funzione di tre aree ben precise, che determineranno la

qualità del nostro agire. I presupposti, dunque, sono la conoscenza dell'utente, la conoscenza dell'io operatore, la conoscenza dell'ambiente. Salute, come diceva Gadamer, è anche un esserci, un progettarsi nel mondo, una capacità di autodeterminazione e di potenziamento di sé. Lavorare per la salute significa potenziare relazioni e situazioni che permettano alle persone di sviluppare emozioni positive, migliorare la qualità del rapporto con se stessi, creare relazioni positive con gli altri, capacità per far fronte alle diverse situazioni difficili. Educare alla salute significa aiutare l'altro ad avere un progetto nel mondo riconoscendo: la naturale asimmetria che caratterizza la relazione educativa e terapeutica anche in educazione sanitaria; la problematicità della questione del chi decide sul da farsi: capire che non è possibile prevedere e prevenire tutte le richieste, ma è necessario ascoltare il bisogno dell'altro; la necessaria riflessione sugli stili educativi da adottare e sui vincoli da superare; la singolare finalità dell'educazione alla salute che è quella di dare pote-

re all'altro affinché la persona prenda in mano la qualità della sua vita in rapporto all'ambiente e al contesto di appartenenza. Questioni rilevanti per il nursing sulle quali è importante riflettere prima di tutto come persone: in che modo posso lavorare sulla e per la salute se non ho messo a fuoco le resistenze che alcuni stili di comportamento generano in me? Cos'è per me la salute e la malattia? Che cosa significa per me educare alla salute? All'interno di un progetto per lo sviluppo della salute o di presa in carico di una persona malata, il nursing si prende cura di qualcosa o qualcuno. La cura diventa condivisione con l'altro all'interno della sua storia, così come viene raccontata dal paziente che, esprimendola, vuole condividere qualcosa di più nascosto e intimo dai soli segni e sintomi. Gli infermieri, ascoltando la storia dell'altro, conoscono la persona per rendersi conto della sua esperienza e dei suoi vissuti; una vicenda umana che a loro volta interpretano non solo tramite i saperi professionali, ma anche attraverso la loro storia personale

passata e le proprie attese sul futuro. Ogni gesto di cura che attivano è quindi anche occasione per formarsi, lavorare non solo per il progetto dell'altro, ma anche sul proprio disegno di futuro: curare è formazione non solo per/nell'altro, ma anche in chi cura. E' questa una consapevolezza che non si può trasmettere frontalmente, ma che va guadagnata attraverso percorsi esperienziali e riflessivi, attraverso cioè una cura di sé che sviluppa la nostra capacità di aver cura degli altri. Assistere e prendersi cura hanno molte assonanze con l'accompagnare. Ma si può accompagnare in tanti modi. "Mi piacerebbe condurti fino al punto in cui si smette di capire, si smette di immaginare; vorrei condurti dove si comincia a sentire" (D. Del Giudice).

[la versione completa di questo articolo si trova sul nostro sito, nella pagina iniziale: ancora sul tema della salute e cura, n. 43 di Cercasi]

[dottoressa in scienze infermieristiche, Altamura, Bari]



aspettative e attese

Affrontare, oggi, i temi della sofferenza, della malattia, della salute, implica il bisogno di sottolineare con determinazione quali possono essere le aspettative, da parte delle persone interessate, rispetto a processi assistenziali che garantiscano livelli di efficienza, di efficacia e di qualità, atti fondamentalmente a salvaguardare la salute, intesa come benessere psico-fisico-sociale e non solo come assenza di malattia. In seguito ai percorsi evolutivi dell'assistenza sanitaria si sono profilate delle novità soprattutto in relazione alla trasformazione in aziende delle organizzazioni preposte all'erogazione dei servizi assistenziali. Tale evento ha determinato nuove prospettive in ordine ai modelli assistenziali da adottare e ai percorsi e itinerari umanizzanti da attualizzare. In questo contesto si è assistito a un maggiore razionalizzazione dei processi, che sicuramente hanno conferito all'assistenza delle precise coordinate di sviluppo, ma nel contempo han-

no determinato l'acuirsi di problematiche significative, quali l'insufficienza degli organici destinati all'assistenza, il cambiamento dell'approccio al paziente, divenuto direttamente e essenzialmente collegato al piano produttivo, quindi alla quantità più che alla qualità, l'aumento dei contenziosi in virtù di una maggiore rivendicazione, talvolta esasperata, dei propri diritti da parte dei pazienti. Tutto questo meccanismo ha portato a snaturare l'essenza dei processi assistenziali che non possono essere assolutamente assimilabili alle catene di montaggio. La sensazione che si percepisce è quella di voler tentare a tutti i costi di commercializzare anche la sofferenza, la malattia. Da qui anche l'atteggiamento poco deontologico, da parte di numerosi professionisti della salute, di trasformare un'occasione di sostegno in motivo di perseguimento degli interessi personali a scapito dei poveri pazienti. E' necessario, quindi, ripensare l'assistenza alla

luce della sensibilità, della disponibilità, dell'attenzione ai bisogni in un'ottica assistenziale disinteressata e animata soprattutto dal perseguimento del bene delle persone, in modo particolare di quelle ammalate. Ricreare un clima di umanizzazione dei processi assistenziali significa recuperare il senso del reciproco sostegno, che non aiuta unilateralmente solo chi purtroppo è provato dall'esperienza della malattia, ma diviene anche per gli operatori dell'assistenza un vero motivo di crescita in virtù di una dimensione relazionale che va al di là dei semplici e formali rapporti di tipo professionale, conferendo la giusta importanza all'uomo considerato nella sua globalità. E' importante comprendere come il tempo dedicato all'assistenza, anche se sempre più esiguo, può grazie alla sua qualità segnare un importante significato per la determinazione di validi rapporti interattivi orientati a rendere più serena e, dal punto di vista dell'efficacia terapeutica, più profi-

cua l'esperienza della malattia. Tendere una mano, volgere dolcemente lo sguardo, ascoltare in modo coinvolgente, comprendere le ansie, individuare i bisogni, sono azioni che rendono l'assistenza molto più umana ed efficace, a tal punto da consentire di raggiungere risultati qualitativamente più elevati e una più valida crescita professionale e umana degli operatori, che taluni sogliono definire gli angeli custodi dei pazienti. L'opera assistenziale vissuta in questa dimensione può veramente essere assimilata all'arte dell'avere cura. Si tratta di

un modo di essere, caratterizzato da una nuova cultura della disponibilità, della condivisione, della solidarietà, che, alla luce della conoscenza, arricchita sempre più dalla ricerca e dalle evidenze scientifiche, produce processi assistenziali adeguati ai nuovi bisogni e alle sempre più esigenti istanze delle persone/utenti. Solo se si assumerà l'uomo nella sua globalità al centro del nuovo sistema sanità, avrà senso parlare di arte dell'assistenza e della cura.

[infermiere, Cassano, Bari]



meditando

di Francesco Ricci

la vittoria della cura

Il dibattito sui problemi della sanità e del nostro sistema sanitario è sempre molto vivo. Nei periodi di grave crisi economica, invece di acuirsi, giacché i servizi vengono erogati in modo peggiore e troppo spesso chi “non ha santi in paradiso” viene visto ledere quotidianamente il proprio diritto alla salute, questo dibattito cade nel dimenticatoio, quasi che la crisi economica giustifichi tutto nel campo proprio dei diritti: dalla salute alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla precarietà del lavoro – quando c’è –, alla erogazione dei più elementari servizi per le categorie svantaggiate, come i disabili. Il concetto di salute è poco condiviso: l’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha tentato una definizione (“stato di benessere psico-fisico e sociale”) che poco però correla con il comune sentire che ritiene la salute uno stato di assenza dalla malattia o dalle malattie. Questa mi sembra la contraddizione culturale che è al fondo di tante difficoltà ed incongruenze che il mondo

“sanità” si porta dietro, a tutti i livelli. Infatti, questa concezione di salute sposta l’attenzione dell’operatore sanitario (medico, infermiere, tecnico, amministrativo, manager, dirigente) dalla persona malata, alla malattia stessa, e, se l’obiettivo è quello di “curare” (ed anche qui entriamo in un problema di interpretazione culturale di questa parola) la malattia, perché mai ci si dovrebbe “prendere cura” (e quindi curare) della persona malata?

Ma la situazione in cui versa la sanità italiana è molto particolare e drammatica: efficienza rara e “a macchia di leopardo” su tutto il territorio nazionale, liste di attesa lunghe mesi soprattutto nelle strutture definite di eccellenza, pazienti abbandonati alla solitudine loro e delle loro famiglie, in ospedale e fuori, scarsissima comunicazione sui diritti e sui servizi, viaggi della salute che spesso rinforzano l’unica vera e condivisa convinzione degli italiani che “comunque è meglio non ammalarsi. Mai.” D’altronde chi dovrebbe pianificare, program-

mare, segnare la strada non lo fa: l’ultimo governo recente che ha dato indicazioni precise su come intendeva la professione medica è stato il primo Prodi, con la legge sul rapporto esclusivo dei sanitari con la struttura pubblica. Da allora si è tornati alla regola che anche in sanità vale la sola legge dell’economia e del risparmio. Non una voce si alza contro questo approccio: le università, che dovrebbero essere i luoghi della riflessione, dell’elaborazione culturale e della formazione stanno implodendo ripiegando sulla necessità di carriera dei docenti e la stessa stretta economica delle facoltà di Medicina, scaricando tutti i pesi sugli studenti e le loro famiglie. Nel contempo l’etica medica non si insegna e la deontologia professionale è sempre più un piccolo capitolo della Medicina Legale sul quale sorridere e scherzare. Certo non dappertutto: ci sono ancora alcuni, rari, maestri che con l’esempio e la testimonianza cercano di riportare l’uomo malato al centro del-

l’interesse del mondo sanitario. Ma la buona volontà e l’abnegazione di pochi può essere lievito, ma non fa cultura né si erge a modello, in una società come la nostra travolta dalla simbologia dell’immagine, dell’apparire a tutti i costi, nei nuovi punti di riferimento comuni di veline e grandi fratelli. D’altronde il mondo della sanità è parte della società con i suoi pregi e i suoi difetti, e viene quotidianamente influenzato da quanto gli gira intorno, anche se potrebbe essere portatore di principi e di valori propri e nel contempo universali.

Tornare all’uomo, all’uomo in difficoltà, all’uomo malato e come tale diverso, guardarlo non come un problema, ma con l’attenzione e l’amore di cui ha bisogno, senza spettacolarizzazioni e con quella sensibilità che cresce solo nell’autenticità dei rapporti umani.

“Se si cura una malattia, si può vincere o perdere, ma se si cura la persona, si può soltanto vincere”: non ricordo chi ha detto questa frase, ma sentita oltre trenta anni fa, si ripropone oggi con un’attualità sconcertante.

[medico, sindaco di Chieti]



meditando

di Anna Maria Caniglia

qualità e umanizzazione

Il mondo occidentale dispone oggi delle tecniche sanitarie migliori della storia sia a livello diagnostico che terapeutico; un’assistenza estesa nelle prestazioni a buona parte della popolazione, una discreta autonomia del paziente, accettabili standard alberghieri... eppure troppe volte ci troviamo di fronte, almeno in Italia, a episodi di “malasanità” e ad ammalati insoddisfatti per la disumanità delle strutture e delle cure. In questo contesto è necessario riflettere su due termini: qualità e umanizzazione. L’attenzione alla “qualità” accompagnata dalla cultura/filosofia dell’“umanizzazione” sono presupposti indispensabili per soddisfare validamente le attese e i bisogni del sofferente come pure le esigenze e le aspirazioni degli operatori sanitari. La qualità riguarda l’organizzazione di un servizio, l’immagine sul mercato, oltre l’attività dell’operatore. La finalità è la soddisfazione del cliente. Con queste sottolineature si rileva la base delle diverse insoddisfazioni del settore sanitario: la mancanza di identificazione del concetto di qualità tra operatori e pazienti. La mancata convergenza sui parametri di qualità, la poca attenzione ai bisogni e ai desideri del sofferente dimostrano che il paziente, in vari casi, non è percepito come il “cliente” o meglio il “datore di lavoro” cui offrire il massimo. Il termine “umanizzazione” è presente nelle tematiche socio-assi-

stenziali da oltre quarant’anni, da quando ci si è accorti che la prassi medica e l’efficienza tecnico-scientifica prendevano il sopravvento rispetto ai bisogni globali del sofferente. Umanizzazione significa “prendersi cura” in maniera esemplare del malato nella sua globalità. “Prendersi cura” è diverso da “curare!” Il “curare” è legato a una concezione di medicina in cui prevale il dato biologico e l’ammalato è considerato come un oggetto. Il “prendersi cura” fa riferimento a una concezione olistica del paziente in cui sono prese in considerazione anche le componenti psicologiche, religiose e sociali dell’uomo inteso come soggetto. Il paziente che in ospedale soffre, necessita al suo fianco di operatori preparati a curarlo efficacemente, ma anche idonei a esprimergli solidarietà umana, comprensione e pietà. L’uomo, nel nostro caso il malato, per la filosofia dell’umanizzazione, è il principale interlocutore, un soggetto responsabile e non soltanto un passivo fruitore di servizi al quale è tolta ogni autonomia. Ricordava fra Pierluigi Marchesi, un “fatebenefratelli”, ritenuto a livello internazionale il “padre” del concetto di umanizzazione, che se il malato non è al centro dell’ospedale, altri si mettono al suo posto. Questi atteggiamenti chiedono all’operatore sanitario di rinunciare a esprimersi in termini generali, non parlando di classi, di ceti, di categorie, di pazienti, di utenti, per riconoscere la persona che, con

un nome e un volto gli sta di fronte in quel momento, con il suo problema. L’esempio più bello è offerto da Dio, che come ricorda un autore è colui che “sa contare solo fino a uno”. Nell’Antico Testamento si parla di Uomo più che di umanità e Dio chiama per nome coloro cui affida una missione. Anche per Gesù non esisteva la classe dei bisognosi o quella dei malati; per lui era presente unicamente quel lebbroso, quel cieco, quel paralitico, quella donna vedova che seppelliva il figlio o quella samaritana incontrata al pozzo di Sichem. Serve quindi assumere la pedagogia dell’incontro da persona a persona, rinnegando la convinzione, a volte trasformata in idolatria, che solo mediante sofisticate e ampollose riforme si possa rispondere meglio alle esigenze del sofferente. Si abusa spesso di una frase: “sanità a misura d’uomo”, ma umanizzare la sanità vuol dire ricondurre ogni azione, gesto e atteggiamento all’umano. Solo così sarà possibile “prendersi cura” dell’altro. L’umanizzazione è un’“alleanza terapeutica”; un patto ideale, tra operatori e bisognosi di aiuto. La qualità, intesa non solo come tecnica ma come mentalità e stile, esige l’adozione di alcune metodologie affinché sussista sempre la sinergia tra valori, missione dell’organizzazione e competenze professionali.

[impiegata libreria San Paolo, Bari]

crescendo

di Gianluca

6 gennaio 2009: oggi è venuta una nuova bambina che piange sempre e mi dà un grande fastidio. Io ho sempre caldo, la mamma dorme, io non sto bene, e...che posso fare? Ho finito di disegnare. Quando disegno, mi viene fame...Qui non posso mangiare! “Come? Pasta con il sugo? Impossibile!” Cavolo! Oggi 3 gennaio mi hanno fatto la medac [farmaco antineoplastico], una puntura fortissima, non è stato piacevole, ma dopo un po’ sono stato bene...Incredibile, qualche volta non senti dolore. Se vi

trovaste voi al posto mio...che dolore! ...e meno male che ti mettono la crema...antidolore. 6 gennaio: domani dovrò fare la maledetta medac, ma adesso non mi fa più paura, perché ci sono tante persone che mi stanno vicino; il dottore mi ha dato il permesso di mangiare la pasta al forno; e poi ci sarà la mia mamma e il mio papà a farmi compagnia. Alla faccia tua, medac!

[fanciullo di 8 anni, ricoverato a Bari]

crescendo

di Giuseppe

Dal giorno che mi sono ricoverato in ospedale sono passati 8 mesi, sono stati 8 mesi di paura, dolori e rabbia. Paura perché appena seppi che malattia avevo, mi immaginavo di tutto e di più; dolori perché tutti gli esami che facevano erano dolorosi, fino al momento che è stato possibile farli in narcosi; rabbia perché oltre a sopportare tutto questo sono stato a digiuno per una “stupida” infezione all’inte-

stino, venutami le ultime settimane che avrei fatto di terapia e sarei tornato a casa per ricominciare una vita “quasi normale”. Ma poi finalmente questo giorno è arrivato, e voglio ringraziare tantissimo i dottori, le dottoresse e le infermiere del reparto di oncematologia per il grande aiuto che mi hanno dato. Vi voglio bene!

[fanciullo ricoverato, a Bari]

[I due scritti “crescendo” e i disegni di piccoli in questo numero sono di bambini assistiti nell’Ospedale Giovanni XXIII, con il supporto dell’Associazione Apleti (www.apleti.it) – Associazione Pugliese per la Lotta contro le Emopatie e i Tumori nell’Infanzia.]

un farmacista adirato

Sono un farmacista e, come tale, perennemente adirato, ogni volta che si fa abuso o inutile o errato uso di medicinali. Conoscendo le proprietà farmacologiche, ed anche tossicologiche, ho sempre una certa diffidenza dei farmaci (dal greco *pharmakon*=veleno), per cui cerco di ricorrere ad essi il meno possibile. Mi sto riferendo ai prodotti presi a cuore dal sistema sanitario mondiale, molto spesso "offerti" gratuitamente, dai vari enti sanitari nazionali convenzionati, perché ritenuti gli unici terapeuticamente validi. Si tratta dei farmaci allopatrici, che "curano" la malattia opponendosi a questa. Per fare un esempio, possiamo immaginare un meccanico che, per riparare un'auto, alla quale la spia dell'olio motore risulta costantemente accesa, elimina la lampadina che segnala il problema! Ecco: la medicina ufficiale utilizza rimedi che agiscono sul sintomo, che eliminano la punta dell'iceberg, affinché il problema, per un certo tempo, non si veda più. Ma l'iceberg continua a esserci e una qualsiasi nave, prima o poi, ci andrà a sbattere contro, perché il segno della sua presenza è stato eliminato. Ora il problema da risolvere è più grosso e la terapia dovrà essere più drastica: bombardare la nave o "asportarla" dal sito a rischio? Il risultato è una guerra infinita, con dispendio di soldi ed energie, a beneficio di pochi: la grande industria farmaceutica, le strutture sanitarie e le tasche dei politici! Cosa deduco da questo semplice

esempio? Che lo scopo dell'Establishment sanitario è "curare" una persona per tutta la durata della sua vita, cioè adoperarsi affinché il corpo umano viva malato il più a lungo possibile, diventando, così, dipendente dalle cure ufficiali, le uniche e sole che possono procurare benefici e sicurezza.

Questa è una medicina per la malattia, perché non ha alcun interesse a generare salute: allontanerebbe per troppo tempo il paziente dalla sua assistenza. Il paziente malato viene "premiato", ricevendo una o più esenzioni che gli consentono di usufruire gratuitamente di farmaci allopatrici e prestazioni specialistiche. La salute non viene premiata!

Ogni giorno, in farmacia, arrivano prescrizioni di farmaci per bambini.

Un buon medico, un buon genitore, il buon senso di ognuno, non condizionato da false paure, osserverebbe il corpo del piccolo paziente e capirebbe come il sistema di autodifesa fosse già entrato in azione:

Il mal di gola e l'ingrossamento delle ghiandole linfatiche, con afflusso di sangue, favoriscono l'azione del sistema immunitario per rimuovere l'infezione; la tosse è un ottimo meccanismo per eliminare gli agenti patogeni dai bronchi; il catarro risulta utilissimo per affogare l'infezione in un liquido batteriostatico, fluidificante e facilitante l'allontanamento delle tossine attraverso le vie respiratorie; la febbre è un processo naturale di innalzamento

termico che migliora l'azione degli anticorpi e della capacità fagocitaria dei globuli bianchi. Inoltre il buon funzionamento del sistema immunitario dipende, per l'80%, dallo stato di buona salute della flora batterica presente sulla superficie interna dell'intestino.

Furbescamente l'allopatria consiglia spesso la sua punta di diamante, l'antibiotico, che distrugge, talvolta, i batteri molesti, ma stermina, sempre, i buoni batteri intestinali, agendo in tal modo da immunosoppressore, come il cortisone. Di conseguenza la guarigione si allontana, spesso subentrano nuove infezioni, batteriche, micotiche e virali, e il paziente continua a dibattersi sulla tela preparata "ad hoc" dal ragno, mamma sanità!

Sono troppo esagerato? Penso proprio di no! Sono, invece, arrabbiato, perché ogni medico dovrebbe ispirarsi al *primum non nocere*! Cioè per prima cosa non fare nulla che possa danneggiare la salute della persona. Vi assicuro che non meno del 50% di coloro che vengono in farmacia con una prescrizione medica, potrebbero tranquillamente affidarsi alle proprie energie interne per guarire. Ritengo che, come in altri ambiti, anche in campo sanitario, dovremmo riacquistare la nostra sovranità. Il corpo è nostro, è una coesistenza di materia ed energia inscindibili, dal potenziale immenso; è una risorsa che la grande industria conosce benissimo e, per questo, si permette il lusso di maltrattarlo spesso (con



veleni, radiazioni, operazioni-mutilazioni etc, etc ...), perché tante volte saprà risollevarsi.

Ogni tanto mi chiedo se un corpo, che riesce a superare cicli terribili di chemioterapie, cioè di trattamenti di avvelenamento legalizzato, non sarebbe riuscito a combattere un cancro autonomamente, opportunamente sostenuto. Con i condizionamenti e le paure infusi da Big Pharma, attraverso la politica e la sanità, difficilmente una persona, alla quale viene diagnosticata una "terribile malattia", si affiderebbe al grande potere interiore.

Esiste una cosiddetta "medicina dolce", spesso invisibile ed ostacolata, che si occupa di stimolare le energie interne del paziente, rafforzandone la salute. Io mi auguro che diventi la medicina del futuro, in un sistema sanitario in cui ognuno possa avere la possi-

bilità di essere sovvenzionato nella scelta di curarsi con metodi "non convenzionali"; in cui si possa decidere di non vaccinarsi, senza essere sottoposti a tribunali inquisitori; in cui l'AIDS venga riconosciuta come una malattia inventata e perda definitivamente i fondi miliardari sottratti al bene pubblico; così come i ricercatori contro il cancro riconoscano il loro fallimento e sospendano di accanirsi nella direzione complicata della chemioterapia e della genetica, affidandosi a quella scienza nascosta, che da anni lavora su rimedi molto più semplici, economici, efficaci e soprattutto non invasivi e devastanti. Così può diffondersi una sanità per la salute.

[farmacista collaboratore, Massafra, Taranto]

pensando

di Lia Teofilo

Sappiamo che è molto importante che ogni individuo riconosca se stesso come inserito in un ambiente, un esiguo ecosistema caratterizzato da un razionale e delicato equilibrio fisiologico e psicologico. Quando questo equilibrio viene rotto ci si ammala. Ecco che l'attenzione e la cura per l'ambiente devono diventare attenzione e cura verso se stessi. Da qui l'importanza di spazi predisposti all'accoglienza e alla cura del piccolo paziente, trattandosi di bambini. L'attività di medico pediatrico ospedaliero deve coniugare i ruvidi tratti dell'esperienza professionale con le dolci note dell'esperienza umana, predisponendo un solare ambiente ambulatoriale finalizzato a tranquillizzare il bambino aiutandolo così ad instaurare un rapporto di fiducia con il "suo" medico. Oltre all'attività diagnostica e di prescrizione terapeutica, obiettivo del pediatra, il mio nella fattispecie, è la prevenzione, portando l'attenzione sull'habitat, sull'alimentazione, sui problemi relazionali all'interno delle famiglie. La quotidianità della mia professione mi induce a favorire il miglior sviluppo psico-fisico del bambino orientando le scelte, intervenendo sulle decisioni familiari, mediando le controversie, suggerendo soluzioni idonee e, soprattutto, ascoltando la famiglia. Il tutto per offrire un sostegno necessario alla crescita del piccolo, inteso come elemento

peculiare del nucleo familiare. Il raggiungimento dello stato di benessere del bambino coinvolge aspetti diversi, i quali concorrono alla ricerca di un equilibrio che è l'essenza del nostro vivere. Questo equilibrio è mutevole, cangiante, precario. Perciò la funzione terapeutica consiste nel seguire il corso naturale di questa evoluzione. Questa personale modalità di intervento professionale mi gratifica e mi obbliga ad effettuare una costante revisione critica del mio bagaglio culturale, approfondendo le tematiche di natura medica con letture ed esperienze non prettamente mediche. Traguardo della mia opera è la creazione di uno spazio di ascolto sensibile, di accoglienza nei confronti di un "pubblico" variegato, quale quello che riempie i corridoi, formato da bimbi e adolescenti. E' solo con questi intenti che la medicina in genere, e pediatrica in particolare, può diventare un veicolo di mediazione, anche culturale, in grado di migliorare la qualità complessiva dell'esistenza specie quando le interferenze della malattia portano alla rottura degli equilibri connaturati alla salute fisica e mentale.

[medico pediatra, Conversano]

pensando

di Teresa Federico

ho operato all'interno del policlinico Sant'Orsola di Bologna, dove ho vissuto un profondo passaggio: da una comunità numerosa di religiose ospedaliere, impegnate in un servizio teso alla professionalità in campo assistenziale, all'impegno giornaliero, alla produttività richiesta dalle mille regole aziendali, verso una piccola comunità

dedicata al "servizio di umana solidarietà" e di "pastorale ospedaliera", rivolto prevalentemente alle persone sofferenti e più bisognose. L'unico fine è servire la persona, benché in modi e luoghi diversi. E' un impegno fraterno che cerca di portare conforto e aiuto concreto, per divenire "segnali di speranza". Plasmata da questa nuova visione apostolica,

orientiamo il dialogo interpersonale verso una missione più attinente alle nostre origini, quando la fondatrice, madre Antonia Verna, ci "mandava" ovunque il malato aveva bisogno, senza limite né di tempo né di malattia contagiosa (duecento anni fa). Cerchiamo di essere disponibili con l'immensa comunità umana, che, affranta da problemi, attraversa i viali e le corsie del grande nosocomio. Spesso non sappiamo dare molte risposte, ma sempre un grande "ascolto", per la serenità e la fiducia, nella riscoperta di un Padre provvidente. In collaborazione con i cappellani, possiamo offrire l'assistenza spirituale ai vari ammalati e il servizio liturgico nelle molte cappelle, secondo le direttive della diocesi. A volte riusciamo anche a partecipare ad alcune iniziative diocesane sul tema. Ciò è facilitato da un ritmo di vita, modellato più sull'essere che sul fare. Testimoniare l'Amore misericordioso di Dio non è impresa facile, ma è la vocazione di ogni battezzato, è la risposta personale e comunitaria oggi, che ci avvicina a chi soffre, malati e famiglie, nella luce del buon samaritano. Constatiamo che l'ospedale è sfidato dalla parabola evangelica a trasformarsi nella nuova frontiera della vita e della morte, soprattutto è chiamato a vedere nel bisogno del malato un incontro di solidarietà.

[religiosa, Bologna]



meditando

di Pina e Nella Liuni

diritti e persone

nell'articolo 32 della nostra Costituzione viene riconosciuta e tutelata la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Nello stesso articolo viene precisato che lo Stato italiano garantisce cure gratuite alle persone indigenti e che nessuna legge in materia sanitaria può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Fatta questa premessa, possiamo sottolineare che la salute è un bene comune della collettività; bene comune da promuovere, garantire, realizzare, a favore di tutti e di ciascuno. Bene comune in quanto esiste un'assoluta inseparabilità tra salute collettiva e salute individuale, per cui l'una influenza e determina l'altra e viceversa.

Accanto alle Istituzioni pubbliche preposte ad operare nel settore della salute, esistono associazioni e movimenti di volontariato che, avendo preso a cuore questo bene prezioso, da tempo collaborano con tali Istituzioni al fine di migliorarne la qualità.

Il movimento di Cittadinanzattiva, relativamente all'ambito della sanità e del diritto alla salute, è presente sul territorio nazionale attraverso il Tribunale per i Diritti del Malato (TDM). Promosso nel 1980, esso è costituito da cittadini comuni ma anche da operatori sanitari e da professionisti quali medici, infermieri, amministratori, che si impegnano a titolo volontario. L'obiettivo della

sua missione è tutelare i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali, al fine di contribuire ad una più umana e razionale organizzazione del Servizio Sanitario locale e nazionale. Il TDM opera mediante sezioni locali sparse su tutto il territorio nazionale attraverso sportelli presenti negli ospedali e presso le strutture dei servizi territoriali. Il lavoro dei volontari ivi impegnati consiste nella raccolta di segnalazioni di disagi e disservizi delle strutture sanitarie; nel dare esito a richieste di aiuto e di informazione da parte dei cittadini/utenti; nel monitorare qualità ed efficienza dei servizi sanitari. Questa organizzazione ha promosso numerose campagne di informazione e iniziative di tutela sui principali temi in materia di salute. Tra queste vogliamo sottolineare la campagna "Ospedale sicuro", con la finalità di promuovere una politica generale per la sicurezza delle strutture sanitarie; il programma sulle buone pratiche in sanità, allo scopo di promuovere la cultura e le buone pratiche per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e della sua integrazione con l'assistenza sociale; il progetto per la riduzione delle liste di attesa; la campagna per la diffusione del farmaco generico, avente lo scopo di promuovere la commercializzazione dei medicinali non di marca, e quindi meno costosi, ma aventi gli stessi principi attivi di quelli originali; infine i servizi Pit,

attivati per fornire gratuitamente ai cittadini consulenza medico-legale, allo scopo di stabilire l'esistenza di eventuali errori diagnostici o terapeutici.

A conclusione vogliamo ricordare un importante documento sulla salute promosso da Active Citizenship Network, rete di circa 70 organizzazioni civiche europee, tra cui Cittadinanzattiva, presentato a Bruxelles il 15/11/2002: la Carta Europea dei Diritti del Malato. In essa sono elencati 14 diritti universali che trascendono l'appartenenza nazionale e non sono quindi discriminati da criteri di cittadinanza, ma riguardano la persona umana come tale. Eccoli:

- 1 diritto a misure preventive;
- 2 diritto all'accesso;
- 3 diritto all'informazione;
- 4 diritto al consenso;
- 5 diritto alla libera scelta;
- 6 diritto alla privacy e alla confidenzialità;
- 7 diritto al rispetto del tempo dei pazienti;
- 8 diritto al rispetto di standard di qualità;
- 9 diritto alla sicurezza;
- 10 diritto all'innovazione;
- 11 diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari;
- 12 diritto a un trattamento personalizzato;
- 13 diritto al reclamo;
- 14 diritto al risarcimento.

[Cittadinanzattiva, Minervino Murge, Bat]



scoprendo

di Daniele Chiarulli

servizi e strutture

altre un trentennio dall'attivazione dell'attuale sistema sanitario, varato con la Legge 833 del 1978, una attenta riflessione sul modello organizzativo appare utile, onde verificarne la rispondenza alle finalità che il legislatore si proponeva e la coerenza con il dettato in materia delle disposizioni costituzionali. L'architettura organizzativa del sistema corrispondeva a un disegno ideale abbastanza coerente, pur continuando a essere articolata sui tre tradizionali livelli: centrale, regionale, locale. E' tuttavia evidente che il livello locale rappresentava l'articolazione più significativa che si identificava nelle strutture di base dell'intero sistema: le Unità sanitarie locali, in seguito trasformate in Aziende sanitarie locali. Ciascuna Regione, in un primo momento, avrebbe dovuto definire la costituzione

di tali strutture in base a un duplice criterio: un criterio territoriale e un criterio demografico. Si trattava di criteri abbastanza elastici, che si prestavano facilmente ad ambiti di manovra molto ampi e anche arbitrari, specie per gli ovvi inevitabili risvolti politici. La soluzione, in definitiva, risultò abbastanza variegata da regione a regione, in alcuni casi con aspetti paradossali: in Puglia vennero istituite ben 55 Usl e riconosciuta autonomia giuridica e istituzionale a sette ospedali, e si verificò anche il caso di alcune Usl nelle quali il fattore demografico risultava ben al di sotto del minimo. Oggi la connotazione della strumentalità per tali strutture, nella sua forma più ampia, attiene esclusivamente al rapporto con la Regione. Ma ben altri più rilevanti adeguamenti relativi alla funzionalità ed efficienza del si-

stema e all'efficacia dell'azione sanitaria delle sue articolazioni andavano maturando, e che poi di fatto vennero attuati negli ultimi anni dello scorso secolo. Alcuni appaiono più qualificanti, ossia l'introduzione di un nuovo sistema di contabilità, più aderente a quello delle aziende private, che si discostava notevolmente dal tradizionale modello finanziario, tipico delle amministrazioni pubbliche; l'adozione di un nuovo meccanismo di remunerazione delle prestazioni ospedaliere rese in regime di ricovero, che sostituiva l'ormai superato meccanismo articolato sulla retta giornaliera di degenza, di cui si palesavano alcune inadeguatezze e, in qualche caso, evidenti abusi; l'esigenza di valutare, con criteri analoghi a quelli adottati dalle aziende private, la qualità dei servizi e delle prestazioni rese all'utenza; l'adozione delle carte dei servizi, peraltro disposte da disposizioni dal governo per ogni articolazione dell'amministrazione pubblica. Bisogna accennare ad altri aspetti della problematica, che talvolta evidenziano alcune criticità in alcuni casi davvero significative. E' indispensabile riferirsi prima alla programmazione sanitaria, la cui previsione era confermata nella legge di riforma, pur con alcune significative modifiche rispetto al precedente modello, che tentavano di svincolarla da procedure

burocratiche e meccanismi abbastanza rigidi e poi al problema tra l'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, già prevista, pur se in termini abbastanza generici, nella legge di riforma. La legge-quadro venne alla luce nel 2000, stabilendo i principi generali in tale sì rilevante e complessa materia: tuttavia una integrazione reale ed efficiente, articolata in azioni e interventi coordinati in funzione di un vero servizio alla persona, in generale, stenta ad avere concreta attuazione, in quanto appaiono necessarie norme operative di coordinamento delle competenze dei comuni e degli altri soggetti istituzionali cui le stesse sono attribuite, e quelle delle strutture del sistema sanitario, specie con riguardo al problema dell'attribuzione dei relativi costi. E' utile sottolineare la scomparsa nell'organizzazione ospedaliera, soprattutto per effetto della contrattazione collettiva, della tradizionale suddivisione del personale medico in primari, aiuti, assistenti. Infine, un cenno meritano i dipartimenti, strutture organizzative alquanto inusuali rispetto ai consueti modelli burocratico - amministrativi della realtà italiana, pur tuttavia previsti dalla legislazione di riforma sani-

taria. L'introduzione di strutture dipartimentali era stata salutata con favore ed entusiasmo dalla dottrina più evoluta, che in esso scorgeva la concreta possibilità di innovative modalità organizzative nei tradizionali modelli amministrativi costruiti nella nostra realtà ospedaliera, sulla base della separazione specialistica delle competenze mediche e di una gerarchia su più livelli. Inoltre, per altro aspetto, l'introduzione del dipartimento nell'organizzazione ospedaliera veniva vista come concreta possibilità di integrazione di diverse competenze specialistiche in funzione dell'attivazione di azioni sanitarie organiche ed efficaci per una adeguata risposta ai reali bisogni della popolazione utente. Nella realtà, tale particolare modalità di organizzazione dei servizi ospedalieri è stata attivata in pochi specifici casi, e non ha trovato ampia diffusione. Una domanda si impone: il modello di organizzazione dei servizi delineato nella Legge di riforma del sistema sanitario è da ritenere ancora valido? Sì, senza alcun dubbio.

[già dirigente dell'Ospedale Miulli, Acquaviva, Bari]

in dono

abbiamo ricevuto dagli autori e dagli editori i seguenti volumi. Li ringraziamo per l'attenzione e il dono.

G. MANNION, *Chiesa e postmoderno. Traduzione di Giovanni Pernigotto*, EDB, Bologna 2009.

R. CASTELLANI, *Giorgio La Pira e la pace. Il dialogo interreligioso nei "Colloqui mediterranei"*, Pro Sanctitate, Roma 2009.

P. PIRULLI (a cura di), *Epistolario del servo di Dio mons. Giuseppe Di Donna, vol. 3*, VivereIn, Andria 2009.

V. DUCCI, *Verso un sistema di welfare fondato sulle autonomie locali*, AD Futura, Firenze.



la sanità al collasso

Ia sanità pugliese è sotto inchiesta giudiziaria: i reati contestati sono corruzione e turbativa d'asta, cioè reati verso la pubblica amministrazione. Le quattro inchieste sono finite per direttissima nel sistema politico regionale e nazionale, coinvolgendo indirettamente la vita privata del presidente del Consiglio. Qualche mese prima abbiamo avuto il caso dell'assessore regionale alla sanità, il quale ha rassegnato le dimissioni dalla giunta ed è finito nel Parlamento. La corruzione nel sistema degli appalti pubblici viene da lontano e ha diverse declinazioni nel codice penale. Come si rileva dalla relazione del procuratore generale della Corte dei Conti, la tassa immorale della corruzione nel 2008 ha toccato i sessanta miliardi. Continua l'assenza della bonifica etica per innestare processi di autoriforma, capaci di eliminare il sistema della corruzione. Ma è ancora possibile salvare il servizio sanitario? Senza modificare il sistema degli appalti, la corruzione resterà annidata e quindi si

potrà avere il crollo dello stesso. Il collasso si avrà nonostante il federalismo fiscale della spesa pubblica, in quanto il passaggio dal costo storico al costo standard segnerà un'altra tappa dello svuotamento della riforma del 1978. Quella riforma permise di sanare i deficit delle mutue e collegava il servizio sanitario italiano ai servizi sanitari europei. Il servizio sanitario crollerà anche a motivo del tramonto della professione medica. La riforma introdotta nel 1978 è stata l'ultima occasione per salvare la figura medica dal primato assoluto del mercato. I pilastri su cui poggiava la riforma erano prevenzione, cura e riabilitazione; il contesto di vita assumeva un ruolo determinante. Allo stato attuale sono chiari i termini della situazione critica del servizio sanitario. La vittima principale è stato il carattere universale del servizio il quale è stato consegnato alla dipendenza del sistema degli appalti. La relazione del procuratore generale della Corte dei Conti del 2008 ha documentato ampia-

mente l'istigazione alla corruzione, questa è ripartita per regioni: Sicilia (13,7); Campania (11,46); Puglia (9,44); Lombardia (9,39); Calabria (8,19). Istigare a perseguire la corruzione non può trovare giustificazione alcuna e quindi richiede un rafforzamento del potere giudiziario e non il suo indebolimento. Nel 1979 l'allora ministro della sanità Donat Cattin disse: "per attuare la riforma si rende necessario inviare medici e infermieri in Africa a svolgere un biennio di professionalizzazione, il contatto diretto con la povertà li avrebbe liberati dalle tentazioni della salute merce". D'allora in Africa ci sono andati medici e infermieri come scelta personale, attraverso il mondo della cooperazione e missionario. Si tratta di scelte singolari, minoritarie. I neo laureati in medicina iniziano l'attività con la supplenza negli ospedali per perseguire la specializzazione, oppure sostituendo il medico di base, lo troviamo cioè nell'area del precariato. Diffondere la responsabilità a tutti i livelli sia ospeda-



lieri che territoriali permetterebbe l'affermazione del controllo reciproco a differenza di quello accentratore. L'azzeramento dell'istigazione alla corruzione può avvenire cambiando integralmente il sistema degli appalti. Le tre funzioni, affidamento, gestione e collaudo, non possono essere accentrate ma ripartite su tre livelli in modo che la funzione di controllo non coincide con le stesse figure. E' la strada da per-

correre per salvare il servizio sanitario dal collasso.

[la versione completa di questo articolo si trova sul nostro sito, nella pagina iniziale: ancora sul tema della salute e cura, n. 43 di Cercasi]

[presidente centro Erasmo, Gioia, Bari]



Le Scuole di Politica,
del circuito di
Cercasi un fine
finora programmate
per il 2009-2010 sono:

il terzo anno del nostro itinerario a

- Gravina in Puglia (BA)
scuolapolgravina@cercasiunfine.it

il secondo anno a

- Gioia del Colle (BA)
scuolapolgioia@cercasiunfine.it
- Palo del Colle (BA)
scuolapolpalo@cercasiunfine.it

il primo anno a

- Andria (Bt)
scuolapolandria@cercasiunfine.it
- Modugno (Ba)
scuolapolmodugno@cercasiunfine.it

Per il primo anno abbiamo avviato contatti per realizzarla a Modugno (Ba), Sammichele (Ba) e un nuovo corso a Putignano (Ba). Siamo lieti anche di comunicare che alcuni amici di Senigallia (An) avvieranno un percorso di formazione sociale e politica, in collaborazione con la nostra Associazione.

Per i programmi, le iscrizioni online e le altre informazioni:
www.cercasiunfine.it
tasto: le scuole di politica.

Cercasi un fine

periodico di cultura e politica

anno 5 n. 43 • reg. presso il Tribunale di Bari, n. 23/2005.

direttore responsabile: Rocco D'AMBROSIO

redazione: Franco FERRARA, Pasquale BONASORA, Emanuele CARRIERI, Carole CEOARA Massimo DICIOLLA, Vito DINOIA, Domingo ELEFANTE, Franco GRECO, Pino GRECO, Nunzio LILLO, Pina LIUNI, Antonella MIRIZZI, Paola NOCENT, Fabrizio QUARTO.

sede dell'editore e della redazione:

ASSOCIAZIONE CERCASI UN FINE ONLUS,
via Carlo Chimienti, 60 70020 Cassano (BA)
tel. 080 3004808 - fax 080 776347
associazione@cercasiunfine.it • redazione@cercasiunfine.it

Per contributi: **CCP N. 000091139550**, intestato a ASSOCIAZIONE CERCASI UN FINE
via C. Chimienti, 60 70020 Cassano delle Murge (BA);
l'accredito bancario con la stessa intestazione e lo stesso numero del CPP presso Poste Italiane
IBAN IT67V076010400000091139550.

grafica e impaginazione: MAGMA Grafic di Guerra Michele & C.,
mail: okguerra@gmail.com

stampa: LITOPRESS 70123 BARI Prov. Bari-Modugno
Z.A. Largo degli Stagnini tel. 080 5321065 www.litopress.eu

web master: Vito Cataldo

periodico promosso da

SCUOLE DI FORMAZIONE ALL'IMPEGNO SOCIALE E POLITICO dell'Associazione Cercasi un fine presenti a Massafra (TA) dal 2002; Cassano delle Murge (BA) dal 2003; Bari (in due sedi: Salesiani e Parrocchia Prez. Sanguè - Agesci 12), dal 2004; Minervino Murge (BA) dal 2004; Gioia del Colle (BA) dal 2005; Putignano (BA) dal 2005; Taranto dal 2005; Conversano (BA) dal 2005; Trani (BT) dal 2006; Andria (BT) dal 2007; Orta Nova (FG) dal 2007; Gravina in Puglia (BA) e Palo del Colle (BA) dal 2008; Modugno dal 2009

in collaborazione con

ERASMO ONLUS - CENTRO DI RICERCA FORMAZIONE E DOCUMENTAZIONE SULL'EUROPA SOCIALE - Gioia del Colle (Ba)

La citazione della testata Cercasi un fine è tratta da SCUOLA DI BARBIANA, Lettera ad una professoressa, LEF, Firenze, 1967

I dati personali sono trattati ai sensi del d.lgs. n. 196/2003; i diritti ed il copyright © di foto e disegni sono dei rispettivi autori ed editori; la pubblicazione su questa testata non ne comporta l'uso commerciale.

Siamo grati a tutti coloro che ci sostengono con la loro amicizia, con i loro contributi intellettuali ed economici. In piena autonomia, in un clima di dialogo e nel rispetto delle posizioni di tutti e dei ruoli ricoperti, siamo ben lieti di poter fare tratti di strada

in compagnia di...

Luigi ADAMI, Luigi ANCONA, Adelina BAROLOMEI, Rosina BASSO, Vittorio BEL-LAVITE, Eleonora BELLINI, Sergio BERNAL RESTREPO, Angela BILANZUOLI, Gina BONASORA, Vito BONASORA, Giancarlo BREGANTINI, Giuseppe CALEMMMA, Lucia CAMPANALE, Liberato CANADA', Adriano CARICATI, Vincenzo CARICATI, Raffaella CARLONE, Giuseppe CASALE, Arturo CASIERI, Emanuele CAVALLONE, Sario CHIARELLI, Luigi CIOTTI, Gherardo COLOMBO, † Imelda COWDREY, Rocco D'AMBROSIO, Raffaele D'AMBROSIO, Dominica DE LUCA, Nica DE PASCALE, Annamaria DI LEO, Saverio DI LISO, Monica DI SISTO, Ester FERRARA, Lilly FERRARA, Paola FERRARA, Ignazio FRACCALVIERI, Michele GUERRA; Mimmo GUIDO, Ranie-ro LA VALLE, Gaetana LIUNI, Aldo LOBELLO, Alfredo LOBELLO, Franca LONGHI, Maria Giulia LOPANE, Vincenzo LOPANO, Matteo MAGNISI, Antonio MIACOLA, Gianluca MIANO, Giovanni MORO, Giuseppe MORO, Walter NAPOLI, Mimmo NATALE, Nicola OCCHIOFINO, Cesare PARADISO, Salvatore PASSARI, Rosa PINTO, Luigi RENNA, Giovanni RICCHIUTI, Grazia ROSSI, Alda SALOMONE, Vincenzo SASSANELLI, Roberto SAVINO, Bartolomeo SORGE, Michele SORICE, Laura TAFARO, Ennio TRIGGIANI, Pietro URCIOLI, Nichi VENDOLA, Domenico VITI, Alex ZANOTELLI

e di...

Cittadinanza Attiva di Minervino (Ba), Suore dello Spirito Santo di Bari, Gruppo "Per il pluralismo e il dialogo" di Verona, Laboratorio Politico di Conversano (Ba), Associazione "La città che vogliamo" di Taranto, Biblioteca Diocesana di Andria (Bt), Ufficio Pastorale Sociale di Trani (Bt), Associazione Pensare Politicamente di Gravina (Ba), Circolo ANSPI di Ortanova (Fg), Fraternità Cappuccina di Bari-Fesca, Consulta Interparrocchiale di Palo del Colle (Ba), Fair, progetti e campagne per l'economia solidale, Genova-Roma, Associazione LiberAggiunta di Palo del Colle (Ba).

L'Associazione Cercasi un fine è promotrice anche di una **Rete**, di cui è capofila, per la realizzazione di alcuni progetti; essa è formata da Centro Studi Erasmo Onlus di Gioia del Colle (Ba); Cooperativa sociale Explorando Onlus di Bari; Associazione Italiana Persone Down di Bari; Associazione Etnie Onlus di Bisceglie (Ba); Cooperativa Verderame-WWF di Bari; Cooperativa sociale Teseo Onlus di Conversano (Ba); Cooperativa sociale Il filo di Arianna di Massafra (Ta); Associazione Orizzonti Nuovi: "Evandro Lupidi" di Laterza (Ta); Nova Consorzio Nazionale per l'innovazione sociale di Trani (Ba); Associazione Casa del Sorriso di Martina Franca (Ta); Caritas Diocesana di Trani-Barletta-Bisceglie.

Per ulteriori informazioni si veda il nostro sito.