



Gian Piero Carboni

Primario di Cardiologia non invasiva

Policlinico universitario "Campus Bio-Medico" di Roma

L'ASSISTENZA UMANA

La ricorrenza del centenario della nascita del Beato Josemaría Escrivá fa riflettere su alcuni aspetti della sua vita familiare e personale. La sua biografia può essere divisa essenzialmente in tre parti: la prima, che va dal 1902 al 1928, è caratterizzata dalla perdita di tre sorelle, dalla morte improvvisa del padre, seguita dalle ovvie difficoltà economiche. Nonostante tutto, il Beato Josemaría continuò nel suo desiderio di divenire sacerdote e proprio a 26 anni *vide* l'Opus Dei, ovvero intuì il messaggio dell'Opera quale cammino di santificazione nella vita professionale e ordinaria.

Qualcosa di straordinario avvenne successivamente. Nella seconda parte della sua vita, trascorsa in Spagna, allora distrutta dalla guerra civile e in fase di ricostruzione, pose le basi per la realizzazione dell'Opera, avviò la sua espansione a livello nazionale ed internazionale e soprattutto intensificò la sua attività di apostolato sino a quando nel 1946 si trasferì a Roma.

Questa terza parte della sua biografia è forse la più conosciuta, ma meno nota è la sua situazione di paziente. Nel 1975, anno della morte, affermava infatti di non riuscire a vedere a 3 metri di distanza tanto il suo stato di malattia era avanzato. Era affetto da una grave forma di vasculopatia diabetica. Eppure la sua attività non ebbe sosta.

Indubbiamente le difficoltà derivanti dalla malattia e dalle perdite familiari hanno influito sulla sua vita, ma il Beato Josemaría ha accettato il dolore e ha saputo trasformarlo in qualcosa di grande, dimostrando che l'accettazione della sofferenza può essere seguita da effetti benefici sugli altri.

L'esempio di Josemaría Escrivá, e in particolare la lettura di *Cammino*, mi ha fatto riflettere a lungo sulla mia attività quotidiana di medico.

Risolvere in maniera semplicemente tecnicistica un determinato problema del paziente non è sempre sufficiente. Il nostro lavoro ordinario deve essere accompagnato da un'attenta organizzazione ma anche da un'intensa attività culturale rivolta ai nostri pazienti, che permetta di conoscere oltre agli ovvi dati clinici, anche dati sui familiari, sulle condizioni culturali, per intervenire in maniera personalizzata. La possibilità, per esempio, di ricoverare nella stanza una coppia di coniugi anziani, ambedue malati, ha portato notevoli benefici sul loro stato emotivo e di salute.

Nei pazienti che visito quotidianamente cerco di valutare il carico di stress, il disagio emotivo, il deficit funzionale e, in molti casi, anche le ragioni della mancanza della osservanza della terapia. Tuttavia queste cose

apparentemente semplici non sempre riesco a farle come vorrei, perché qualche volta può mancare una attenzione precisa alle difficoltà della persona malata.

Spesso, inoltre, esistono problemi molto semplici che non vengono alla luce quali la povertà, l'analfabetismo – il 4% dei nostri pazienti ha difficoltà oggettive nella comprensione dello stato di malattia – o una disarmonia familiare che impedisce ai malati, specialmente quelli cronici e gravi, di essere compresi dai parenti.

Individuato uno di questi problemi una possibile soluzione può essere quella di parlare con il malato e permettergli di spiegare le ragioni del suo malessere. La terapia medica non è mai l'unica soluzione. Credo che sia indispensabile una valutazione complessiva del malato e della sua situazione familiare che sia condotta con molta accuratezza.

La novità dell'assistenza medica di oggi è quindi questa: avere un rapporto con il malato non di tipo esclusivamente tecnico ma di tipo veramente umano. Per questo credo che debbano essere sviluppate le ricerche specialmente di tipo infermieristico per proporre protocolli di valutazione e di assistenza ai malati che rispettino questi criteri.