

Abbi cura di lui: una risposta a chi vuole abolire i letti

C'è un'idea che circola con la sicurezza di chi la enuncia senza doverla applicare: quando si parla di vecchiaia, fragilità, non autosufficienza, la risposta giusta sarebbe sempre riportare la persona a casa, dentro la famiglia, dentro la comunità.

Le strutture, in questo racconto, diventano il sintomo di un welfare che ha perso l'anima e chi le usa diventa, per estensione, quasi un complice; è un'idea che si pronuncia con facilità da un pulpito, in un'intervista, in un convegno: luoghi dove nessuno chiede mai chi cambierà le lenzuola alle tre di notte e chi fronteggerà il delirio fino all'alba successiva.

Io quel peso l'ho retto: sono stato costretto a imparare mestieri che non mi appartenevano, infermiere, terapeuta, contabile di una burocrazia che non perdona, per permettere a mia madre di tornare a vivere dopo un serio ictus che in oltre quattro anni ha attraversato la famiglia.

Quello che segue non è teoria: è quello che ho capito facendolo; il pezzo di verità che contiene, questa idea, è proprio ciò che la rende pericolosa se non la si guarda fino in fondo.

Nessuna società dovrebbe accettare che un anziano venga lasciato solo; nessuna famiglia dovrebbe restare senza sostegno nel curare un proprio congiunto; nessuna struttura dovrebbe diventare un deposito di persone fragili. Fin qui, d'accordo tutti, ma poi a dire che la casa sia, per definizione, il posto migliore per curarsi, ce ne passa.

Difendere il diritto a non essere abbandonati è una cosa; trasformare il domicilio in un dogma morale, come se restarci fosse sempre dignità e finire in una struttura fosse sempre sconfitta, è un'altra ed è quella sbagliata.

La casa può essere il luogo migliore, certo, in molti casi lo è, ma può diventare anche il peggiore, quando mancano competenze, mani, continuità, sicurezza.

Una struttura può essere fredda, anonima, perfino disumana, oppure può essere l'unico posto dove qualcuno, finalmente, riceve le cure che gli servono.

Non è il cemento a decidere. Non è l'indirizzo.

È quello che succede dentro quelle mura, o dentro quelle quattro stanze di casa, a fare la differenza.

Neppure chi è ispirato dal dono della fede cattolica trova sempre il giusto discernimento ed è quello che dice la Chiesa stessa a se stessa, quando parla di anziani.

Nel 2015, davanti alla Pontificia Accademia per la Vita, Francesco ricordava che l'affetto dei familiari "non può essere sostituito neppure dalle strutture più efficienti o dagli operatori sanitari più competenti": verissimo.

La stessa Chiesa, però, attraverso la voce di Francesco, si è anche chiesta come mai la politica, "tanto impegnata nel definire i limiti di una sopravvivenza dignitosa", resti "insensibile alla dignità di una affettuosa convivenza con i vecchi e i malati".

La Dichiarazione "Dignitas infinita" del 2024 ha ribadito che ogni persona conserva una dignità infinita "al di là di ogni circostanza e in qualunque stato o situazione si trovi": non finché resta a casa, non finché evita il ricovero.

Sono le stesse "locande del buon samaritano", come Francesco ha chiamato le istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana nel 2017, a incarnare quella parabola: non un tradimento del Vangelo, ma la sua applicazione più letterale.

Chi cita la tradizione cattolica per un solo mezzo verso e tace il resto non sta facendo teologia: sta facendo selezione. Non sono credente, ma da lettore critico delle "Scritture" mi accorgo di quanto vengano lette male, quando si prova a farle dire il contrario di quello che ammettono.

Il Siracide non lascia margini: "Onora il medico per le sue prestazioni, perché il Signore ha creato anche lui"; non secondo un'ideologia, non secondo la comodità di chi sta intorno al malato, non secondo l'immagine che una società vuole dare di sé allo specchio: secondo il bisogno di chi è malato.

Poco più avanti: "Il Signore ha creato medicinali dalla terra, l'uomo assennato non li disprezza"; difficile, di fronte a queste parole, spacciare la medicina per un cedimento dello spirito.

Poi il consiglio più concreto di tutti, quello che meno si presta a interpretazioni comode: "Ricorri pure al medico, perché il Signore ha creato anche lui: non stia lontano da te, poiché c'è bisogno di lui".

Non dice: arrangiati, la famiglia è la cura primaria.

Dice: non tenerlo lontano, quando ne hai bisogno.

Usare le Scritture per sostenere che i letti si possano ridurre, senza dire con cosa si sostituiscono, le trasforma in una foglia di fico su un vuoto di bilancio che quelle stesse pagine, lette per intero, smentiscono.

Su questo, il Vangelo non è più tenero con chi predica la casa come panacea.

"Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati": punto, senza sconti retorici; il malato ha bisogno del medico perché è malato, non perché i congiunti hanno fallito o il quartiere ha smesso di essere solidale.

C'è poi il buon Samaritano, che oggi qualcuno cita a sproposito.

Non si limita a versare una lacrima sull'uomo ferito sul ciglio della strada; gli fascia le ferite, lenisce con olio e vino: gesti concreti, sulla pelle, non un'intenzione.

Lo carica sulla sua cavalcatura e lo porta in un albergo: lì si prende cura di lui.

Il giorno dopo, ripartendo, lascia due denari all'albergatore e dice: "Abbi cura di lui", affidando ad altri il seguito, non abbandonandolo.

Non fa tutto da solo, il Samaritano, non considera il trasferimento un tradimento; sa che prendersi cura, a volte, significa saper passare la mano a chi ha strumenti e competenze che lui non ha.

Chi oggi predica il ritorno a casa come virtù assoluta dovrebbe rileggersi quella parabola fino in fondo: è fatta di ferite fasciate e corpi sollevati, non di editoriali.

Una struttura non è per forza il contrario della comunità; il pasticcio comincia quando si confondono i ruoli.

Una famiglia dà affetto, presenza, memoria: doti insostituibili; una famiglia, però, non formula diagnosi, non gestisce terapie complesse, non garantisce sorveglianza clinica ventiquattr'ore su ventiquattro.

Un figlio non diventa infermiere solo perché ama il genitore; un coniuge che prova a fare il medico in casa propria, senza formazione, spesso si limita a sbagliare con le migliori intenzioni.

Non è giusto, non è onesto, caricare le famiglie del senso di colpa per ciò che, semplicemente, non possono fare da sole.

A questo punto la teologia deve incrociare i numeri, altrimenti resta un bell'argomento senza gambe: o peggio, un alibi.

In Italia gli anziani non autosufficienti hanno superato i quattro milioni; le RSA rispondono ad appena l'8 per cento del bisogno reale, poco più della metà della media OCSE.

In lista d'attesa per un posto convenzionato ci sono oltre 242mila persone, con una permanenza media di 28 mesi prima dell'ingresso: chi aspetta, molto spesso, non ha un'alternativa dignitosa, ha soltanto l'attesa.

Sull'altro fronte, quello della casa venduta come già pronta, l'assistenza domiciliare integrata copre circa il 30 per cento delle persone fragili, ma con appena 14 ore l'anno di assistenza reale per utente: l'anno, non il mese e in calo rispetto a qualche anno fa.

Nel frattempo la spesa pubblica per l'assistenza di lungo periodo è scesa, sul PIL, dall'1,43 al 1,18 per cento in quattro anni; più della metà finisce comunque in trasferimenti economici alle famiglie, non in servizi veri.

La legge, intanto, ci sarebbe già: prevede che lo Stato copra almeno metà della retta di chi è ricoverato non autosufficiente, in certi casi l'intera retta; nella pratica quotidiana quel diritto viene spesso eroso da valutazioni discrezionali e resta sulle spalle delle famiglie ciò che la norma vorrebbe condiviso.

Allora la domanda per chi propone di svuotare le residenze non è filosofica, è terribilmente concreta, ed è una domanda che meriterebbe risposta prima di ogni intervista: con che cosa la si sostituisce, quella "branda"?

Con quali infermieri, quali medici, quali ore di assistenza domiciliare che oggi, semplicemente, non ci sono nei bilanci?

O si pretende che la sostituisca l'amore, gratis, ventiquattr'ore su ventiquattro?

Perché "domiciliarità", pronunciata da un pulpito, suona come una promessa già mantenuta; sul territorio, troppo spesso, è lo slogan che si sgretola al primo urto con la realtà.

Mi si è imposto di fronteggiare in solitudine emorragia per la prescrizione di un farmaco inidoneo; ho dovuto rimuovere il catetere vescicale perché non c'era un infermiere disponibile; ho visto un percorso di fisioterapia domiciliare, post ictus grave, chiuso dopo sette sedute perché "non si vedevano risultati": un tempo clinicamente irrisorio per giudicare un recupero neurologico, qualunque sia stata la ragione reale dietro quella decisione.

Non sono incidenti isolati.

Sono la fotografia di una rete territoriale che, messa alla prova vera (non evocata in un'intervista, ma dovuta ad un malato in carne e ossa) si scopre incapace di garantire perfino le prestazioni più elementari; chi propone la casa come soluzione dovrebbe passare una settimana a cercare quell'infermiere che non arriva, prima di scriverne come se fosse già lì ad aspettare.

Anche l'abbandono, del resto, non ha un solo indirizzo; si può essere abbandonati in una struttura, certo, ma si può esserlo anche a casa propria, circondati da chi ci ama e non ha, però, gli strumenti per curarci.

Restare soli in casa propria non equivale ad essere curati bene; finire soli in un corridoio di RSA non equivale, automaticamente, ad essere lasciati indietro; a fare la differenza è la qualità della cura, non le mura che la contengono.

Non esiste "l'anziano" come categoria astratta da inserire in uno schema; esiste una persona, con una storia, una diagnosi, un certo grado di autonomia, una famiglia più o meno

presente. Per alcuni la casa resterà davvero il posto giusto fino alla fine; per altri arriverà un momento in cui non basterà più.

Pretendere una risposta unica per tutti significa smettere di guardare le persone una per una, ma quando smettiamo di guardarle, anche un'idea buona diventa una cattiva politica.

La dignità non abita a un indirizzo e non si è più rispettati perché si resta a casa, non si perde dignità perché si viene ricoverati o affidati a chi ha studiato per curare; la dignità si misura nella qualità delle cure, nella competenza di chi assiste, nel rispetto dei tempi di chi è malato. Vale in una casa come in una residenza.

La vera alternativa, allora, non è casa contro struttura: è cura contro abbandono. Alla spersonalizzazione della medicina non si risponde con meno medicina, ma con più umanità dentro la medicina che già c'è; se una struttura tratta le persone come numeri, va cambiata, subito, senza se e senza ma.

Da ciò, però, non discende che si debbano chiudere posti letto, né che il ricovero vada trattato come una sconfitta personale da chi non aveva altra scelta; discende, semmai, cheservono strutture migliori, personale sufficiente, soldi veri.

Il buon Samaritano non ha versato olio e vino per metafora: lo ha fatto con le mani, su una ferita vera; assistere è anche questo: sostituire un catetere alle tre di notte, lavare un corpo che non si regge più da solo, un pannolone cambiato in tempo o cambiato tardi.

Chi propone di ridurre i posti letto dovrebbe includere, in ogni intervista sul tema, anche questo: chi farà queste cose e con quali risorse, se non ci sarà più un letto a farle fare a chi è formato per farle; non annunci letti da un tavolo dove queste domande non vengono nemmeno poste.

C'è una differenza enorme tra dire che nessuno dovrebbe essere abbandonato in una struttura e dire che nessuno dovrebbe averne bisogno. La prima è un dovere civile.

La seconda è un'illusione e a volte un'illusione crudele, perché non tutte le famiglie hanno qualcuno libero ventiquattr'ore su ventiquattro, non tutte le case sono adatte, non tutte le malattie si piegano all'assistenza domiciliare così com'è oggi e non tutte le fragilità si curano con una telefonata o una mano sulla spalla.

Forse tutto torna, alla fine, a tre parole che nella loro semplicità continuiamo a complicare: "Abbi cura di lui"; non specifica il luogo, dice solo: abbi cura di lui.

È un criterio più esigente di qualunque slogan, perché costringe a guardare la persona reale, non il modello in cui vorremmo farla stare.

La domanda giusta non è dove debba stare un anziano; piuttosto, è dove, oggi, quella persona possa essere curata, protetta, ascoltata meglio: se la risposta chiede un medico, un infermiere, una struttura, allora che quel medico, quell'infermiere, quella struttura esistano davvero e siano all'altezza.

Il vero fallimento non è avere delle residenze sanitarie; il vero fallimento è avere davanti una persona fragile e non essere capaci, o non essere disposti, a darle il luogo e le cure di cui ha davvero bisogno.

Il luogo è uno strumento. La Persona è il fine.

OMISSIS

OMISSIS

12 agosto 2026