

La comunità cristiana luogo di accoglienza e accompagnamento delle fragilità

Prof. Mons. SERGIO LANZA - Pontificia Università Lateranense

«La sofferenza sembra appartenere alla trascendenza dell'uomo: essa è uno di quei punti, nei quali l'uomo viene in un certo senso 'destinato' a superare se stesso, e viene a ciò chiamato in modo misterioso»¹.

«All'inizio dell'essere cristiano non c'è una decisione etica o una grande idea, bensì l'incontro con un avvenimento, con una Persona, che dà alla vita un nuovo orizzonte e con ciò la direzione decisiva»².

Una vocazione
originaria

La cura dei malati appartiene alla sostanza stessa del Vangelo³. Anzi, dell'intera rivelazione biblica: «Io sono JHWH, colui che ti guarisce»⁴. La tradizione evangelica, infatti, comprende tutta l'opera di Gesù – opere e parole, cioè l'intera sua vita: anche per i discepoli essa comporta una visione e una prassi globale.

Questa considerazione si inquadra nella più ampia considerazione che intreccia inscindibilmente – in forma non è occasionale né estrinseca – la fede pensata e la fede vissuta, la carità samaritana e la carità intellettuale: «*Senza teologia* la diaconia si appiattisce e si riduce alla dimensione di un qualsiasi intervento sociale condotto da gruppi impegnati e da singoli esperti; perde cioè la certezza della propria origine e prospettiva, e diviene dipendente dalle concezioni antropologiche del momento. *Senza la diaconia* la teologia si priva della testimonianza vivente della trasmissione coerente dell'amore di Dio al mondo, per mezzo della comunità»⁵.

Fin dai primi secoli cristiani la cura degli infermi ha avuto un posto preminente nella Chiesa. Gli ospedali nacquero per iniziativa religiosa. Da un rilevamento fatto dal Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria nel 1988, sono più di 22.000 nel mondo le istituzioni sanitarie fondate e ancora gestite dalla Chiesa.

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris* 2

² BENEDETTO XVI, *Deus Caritas Est*, 1

³ Lc 9,16; 10,19; Mt 10,58; 67-13...

⁴ Es 15,26; cf Dt 32,39

⁵ J. MOLTSMANN, *Diaconia, Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Claudiana Editrice, Torino 1986, 11.

Conferma con chiara sintesi il *Catechismo della Chiesa Cattolica*: «Il Signore Gesù Cristo, medico delle nostre anime e dei nostri corpi, colui che ha rimesso i peccati al paralitico e gli ha reso la salute del corpo, ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spirito santo, la sua opera di guarigione e di salvezza, anche presso le proprie membra»⁶.

Ma perché la Chiesa si occupa tanto della salute, non potrebbe lasciare questo compito ai governi? Si è posta questa domanda il cardinale O'Connor Arcivescovo di New York (in quella diocesi si spendono più di un miliardo di dollari all'anno per le istituzioni sanitarie). La risposta è una sola – afferma il cardinale – : perché la Chiesa crede nel valore sacro di ogni essere umano che non è un numero né un oggetto sul quale speculare, ma una persona che va trattata come persona. E poiché l'uomo è la via della Chiesa, è attraverso questa attenzione all'uomo che passa, obbligatoriamente, anche la nuova evangelizzazione.

Per questo, «La Chiesa non può trascurare il servizio della carità così come non può tralasciare i Sacramenti e la Parola. Bastino alcuni riferimenti per dimostrarlo. Il martire Giustino († ca. 155) descrive, nel contesto della celebrazione domenicale dei cristiani, anche la loro attività caritativa, collegata con l'Eucaristia come tale. Gli abbienti fanno la loro offerta nella misura delle loro possibilità, ognuno quanto vuole; il Vescovo se ne serve poi per sostenere gli orfani, le vedove e coloro che a causa di malattia o per altri motivi si trovano in necessità, come anche i carcerati e i forestieri. Il grande scrittore cristiano Tertulliano († dopo il 220) racconta come la premura dei cristiani verso ogni genere di bisognosi suscitasse la meraviglia dei pagani. E quando Ignazio di Antiochia († ca. 117) qualifica la Chiesa di Roma come colei che “presiede nella carità (*agape*)”, si può ritenere che egli, con questa definizione, intendesse esprimerne in qualche modo anche la concreta attività caritativa. Su questa filone tradizionale si innesta l'attenzione crescente: mai come oggi la pastorale sanitaria aveva acquistato una rilevanza e un interesse così generali. Da esercizio di carità accanto al letto dell'ammalato, essa ha ampliato i suoi orizzonti ai problemi dell'etica medica, a quelli dell'ambiente, della qualità della vita, della organizzazione del servizio sanitario. Dal mondo della salute, della malattia, del dolore, del nascere e del morire non è, prima o poi, escluso nessuno, e intorno a questi drammi umanissimi e concreti tutti gli uomini di qualunque razza o fede si riscoprono fratelli»⁷.

⁶ CCC 1421

⁷ BENEDETTO XVI, *Deus Caritas Est*, 22

E, tuttavia, in un orizzonte non poco problematico, ampio di promesse e irto di insidie.

Si diffonde nel nostro tempo l'impiego di tecniche "terapeutiche" anche in certi movimenti di provenienza cristiana, ma soprattutto in movimenti di origine orientale, esoterici, magici, gnostici, particolarmente in quelli che accentuano lo sviluppo dell'io e della coscienza psicologica del soggetto, tra cui la *New Age*.

Il loro successo manifesta un bisogno profondo. Coloro che prendono parte a seminari di studio, workshop, maratone, incontri di gruppo, desiderano salute del corpo e dello spirito, a partire da una profonda esperienza di disagio esistenziale. Non è dunque superficialità ed edonismo all'origine, anche se la via distorta di queste non-soluzioni vi condurrà di fatto la maggior parte di loro. Proliferano le organizzazioni spirituali, esoteriche, terapeutiche che promettono un rapido recupero del benessere interiore.

Vi domina la figura del guru, terapeuta e maestro di spirito (a suo dire) ad un tempo, sempre circondato da un alone di mistero; vi si diffondono le promesse di poter trarre dal proprio io profondo potenzialità non ancora espresse.

La *New Age* sembra voler condurre l'uomo al sommo di una nuova torre di Babele, dove possa proclamare la propria personale vittoria, la sua religione personale, una religione completamente a misura d'uomo. Alla religione di un Dio divenuto uomo si sostituisce quella dell'uomo che diviene Dio.

Dio. Ecco la parola diventata equivoca. Per il seguace *New Age*, Dio non è una realtà personale, ma l'espressione più elevata della coscienza transpersonale, la più alta vibrazione del cosmo. Se di trascendenza si può parlare, è la trascendenza del tutto rispetto ai suoi frammenti; che però godono della stessa natura - divina appunto - del tutto, se se ne lasciano penetrare e illuminare. È qui la differenza essenziale rispetto al cristianesimo: la fede viene sostituita dalla gnosi, dall'illuminazione interiore. L'uomo nuovo della *New Age* pertanto non ha più bisogno della rivelazione, non ha più bisogno della grazia. Gli basta porre in atto, scoprire e sviluppare, le potenzialità ancora inespresse o non sufficientemente espresse della sua coscienza e della sua mente. La "nuova era" vedrà uno sviluppo straordinario del potenziale umano in ciascuno di noi, dell'energia che lo abita, vera scintilla del divino.

Nessun bisogno di salvezza, né di redenzione: l'uomo si salva solo da se stesso, sviluppando tutte le proprie risorse, grazie alle ri-

nascite che sono rese possibili da una processi sempre più profondi di purificazione e di coscientizzazione.

Il soggetto viene così condotto a concentrarsi su se stesso, per affermare il proprio io - Narciso - come unica istanza capace di dare unità, senso e scopo al tutto, come possibilità di risposta ai bisogni individuali di identità, di unità, di armonia, di affetto, di protezione, di sicurezza, di partecipazione, di riconoscimento, di accettazione e di comprensione.

Sublimazione proiettiva. Viene in tal modo reciso ciò che connette - sia pur problematicamente e criticamente - l'esperienza del dolore e della salute con quella della salvezza.

La perdita di rilevanza culturale della prassi cristiana di cura della salute e della sua intrinseca connessione con il dono della salvezza - in altri termini l'appannamento della valenza sacramentale complessiva della cura della salute, come segno efficace, anche se solo prolettico, della salvezza - porta con sé l'attenzione verso il preteso potenziale terapeutico dei nuovi movimenti religiosi. La maggior parte di coloro che partecipano a seminari di studio, workshop, incontri di gruppo, puntano alla salute del corpo e dello spirito, a partire da una esperienza di profondo disagio esistenziale. Le sempre più numerose organizzazioni spirituali esoteriche, che pretendono di condurre le persone a livelli superiori di coscienza, promettono una sicura efficacia terapeutica. Posti tra gnosticismo e sincretismo, essi invitano a fondersi con la Natura e il Cosmo, per captare la scintilla della grande Energia spirituale e universale, attraverso un contatto immediato e diretto con la divinità che è dentro ciascuno. Un nuovo paradigma culturale che promette salute e benessere nell'immediato presente.

Offrono risposta ai bisogni di identità e armonia, di sicurezza, di riconoscimento e accettazione sociale attraverso una atmosfera di calore e vicinanza - il cosiddetto '*love bombing*' (bombardamento d'amore) - e la guida di un maestro. Alcune di questi movimenti - come la '*Christian Science*' - influenzano non solo la vita religiosa delle persone, ma anche l'approccio alla malattia e alla salute, tanto da diventare una 'religione di guarigione'.

Le nuove forme di religiosità intendono soddisfare, attraverso il cosiddetto '*love bombing*' (bombardamento d'amore), il desiderio di calore umano, di libertà e autenticità, di orientamento (aspirazione a trovare una guida comprensiva, un maestro, una direzione, a vedere diversamente se stessi, l'umanità, la storia, il cosmo). In questo modo la forma religiosa *new age* diviene terapia, capace di esprimere - nel linguaggio psicologico della scoperta di sé, dell'au-

to-realizzazione, della gratificazione, del sentimento personale e dell'esperienza individuale, del soggettivismo, del primato dell'espressività e della spontaneità, della salvezza qui e ora - significati e valori, pacificazione dell'animo e sua "guarigione", immunizzazione dalla corrosione delle aggressività e delle angosce.

Sul versante opposto, si nota la **rimozione** della malattia e della morte: una società sistemica, una società efficientista e culturista: «La società industriale ha individualizzato l'uomo come produttore e consumatore e ha disgregato la sua appartenenza alle comunità originarie. La famiglia, la tribù, la comunità del villaggio non sono più le sue "assicurazioni sociali" naturali nelle situazioni d'infanzia, nella malattia, nell'invalidità e nella vecchiaia. Di conseguenza, lo Stato moderno è costretto ad organizzare in sistema statale di assicurazione sociale. Le sue prestazioni devono risarcire l'individuo per la disgregazione delle comunità vitali preesistenti. Ma poiché il sistema industriale non tiene conto di alcun limite nazionale, culturale o di altro genere della collettività, l'organizzazione di servizi statali non può che adeguarsi alla disgregazione delle comunità. Lo si vede chiaramente nello spostamento delle masse di manodopera nei paesi industrializzati, di capitali e impianti industriali nei paesi a basso costo di lavoro ecc... Ma se lo Stato, come "Stato sociale", non fa che seguire i cambiamenti della vita provocati dall'industrializzazione, non si può affatto dire che sia lo Stato a guidare i destini del popolo»⁸. Le "tentazioni eugenetiche" che riaffiorano in materia di procreazione assistita, manifestano di cedere alla tentazione dell'utopia, attraverso la pretesa di raggiungere una perfezione biologica che elimini la finitezza dell'uomo e, quindi, la malattia e la morte.

La pastorale della salute comincia negli intrecci sottili della comunicazione, dove si formano, in maniera per lo più inconscia, ma proprio per questo più radicata, le infrastrutture concettuali e simboliche di riferimento. Come nota R. Bodei: «Reinhardt Koselleck ha individuato come tratto caratteristico della modernità il restringersi dello spazio dell'esperienza e l'abbassarsi dell'orizzonte delle attese. Ciò significa che - con l'accelerazione progressiva del corso storico - il passato non getta più sufficiente luce sul presente, e il futuro, privo di modelli a cui appoggiarsi diventa difficilmente prevedibile e immaginabile. Le attese subiscono così una duplice trasformazione: da un lato, con l'allontanamento dal solco delle esperienze acquisite, sono indotte ad orientarsi verso la ricerca dell'indeterminato, dell'ignoto, del nuovo; dall'altro, di fronte

⁸ J. MOLTSMANN, *Diaconia, Il servizio cristiano nella prospettiva del Regno di Dio*, Claudiana Editrice, Torino 1986, 22.

alla complessità ritenuta ingovernabile degli eventi, sono spinte a moderare drasticamente le proprie pretese nei confronti dell'avvenire, a non avanzare nei suoi riguardi richieste esorbitanti. La propensione verso il futuro obbedisce di conseguenza, simultaneamente, a due tendenze contraddittorie: viene acuita, in quanto il bisogno di previsione si accresce, e insieme demotivata, in quanto diffusa è la sensazione di non essere all'altezza dei compiti di previsione e controllo. In altre parole, l'orizzonte delle attese si abbassa quando il futuro si mostra più come una minaccia indeterminata che come una promessa carica di contenuti e l'esperienza nel suo complesso perde i tratti della continuità sensata e della coerenza. Si diffonde la sensazione di disagio, di disorientamento in un mondo frammentato»⁹.

Sulla stessa linea si muovono le svariate forme di **ipertrofia salutistica** che si diffondono con intensità crescente, le "tentazioni eugenetiche" che riaffiorano in materia di procreazione assistita: la medicina corre oggi il grave rischio di cedere alla tentazione di utopismi rischiosi, attraverso la pretesa implicita di raggiungere una perfezione biologica che elimini la finitezza dell'uomo e, quindi, la malattia e la morte.

Di fronte a questa "ideologia salutista" dominante - trasposizione somatica della sublimazione proiettiva -, gli operatori sanitari cristiani devono ridare alla medicina un centro di gravità che consenta di non opporre scienza sperimentale e arte terapeutica, mettendo al primo posto i bisogni del paziente.

Nonostante tutto ciò, la domanda di salute esprime la **nostalgia di infinito** ed è domanda di salvezza che solo Dio può pienamente soddisfare. Occorre quindi smascherare le contraffazioni e i surrogati; anche la ricerca della salute può diventarla, quando si sostituisce alla salvezza, quando la deprime al livello del mero vigore fisico, della prestanza o della bellezza: valori, certo, ma non ultimi e risolutivi.

La salute (e la sua privazione) come tenda dell'incontro

«Dalla morte, dal timore della morte prende inizio e si eleva ogni conoscenza circa il Tutto»¹⁰. L'affermazione forte di Rosenszweig tiene se non si rimane alla superficie: solo chi penetra le profondità del mistero può scoprirne, gradualmente, il significato e la portata. L'esperienza della malattia - propria o di persone vicine - aiuta a superare lo sguardo banale e distratto, scuote dal gruppo

⁹ R. BODEI, *La salvezza laica. Miti e utopie della rivoluzione francese*, in FERRETTI (ed.), *La ragione e i simboli della salvezza*, Marietti, Genova 1990, 27s..

¹⁰ F. ROSENZWEIG, *La stella della redenzione*, Marietti, Casale Monferrato 1985 3.

degli “spensierati di Sion” e immerge nella realtà dell’umano. Se l’uomo non si ritrae, è allora messo in grado di guardarsi dentro più profondamente, per ritrovare la via della speranza che non delude, perché non si aggrappa ai frammenti dell’esistenza, ma al solo punto di ancoraggio sicuro. Allora l’oscurità del dolore diventa alimento di crescita e scoperta di valori più alti.

È il rovesciamento del “*timor fecit deos*”, di antica memoria e di ripresa moderna (freudiana). Senza il pensiero della morte la vita si ripiegherebbe su un insulso presente, che si dibatte tra aggressività e sconforto. La visione cristiana pone l’orizzonte della vita e lo celebra, dandogli vero inizio e visibilità, nel sacramento. Il sacramento dice la verità della vita. Sono l’inizio della vita, perché l’eternità consiste nell’essere con Cristo con il Signore¹¹.

La sofferenza appare così come opportunità di umanizzazione, come superamento di quella deriva nichilista propria di “coloro che non hanno speranza”.

Lo scandalo del dolore innocente, il grido della sofferenza del giusto, trovano illuminazione soltanto nello scandalo, paradossalmente ancora più oscuro e intollerabile della sofferenza e della morte dell’Innocente e del Giusto. La croce è l’albero della vita.

Per i sani, superata la rimozione che maschera e illude, il malato diventa scuola di vita, esercizio di discernimento, tirocinio di carità senza finzioni.

È possibile allora smascherare l’illusione della ipertrofia della cura della salute e il suo minuscolo ripiegamento antropocentrico; è possibile affrontare la difficoltà oggettiva di vivere da malato in un “mondo di sani”; è possibile tentare una integrazione – sempre precaria, ma altrettanto necessaria – tra salute e malattia.

Non viene aggirato lo scandalo della sofferenza e della morte. Ma, alla luce del Crocifisso Risorto, si apre un orizzonte nuovo di senso. Allora, «se si domanda ciò che i cristiani hanno ancora da dire di specifico, io dirò: la speranza che, in un modo a noi ignoto, le storie delle vittime, storie sparpagliate e disfatte collaborino al Regno di Dio che viene. Speranza essa stessa folle, senza dubbio»¹².

Trova qui collocazione tematica la citazione di *Salvifici Doloris* posta in esergo. Davvero la sofferenza diventa via in cui l’uomo – del tutto paradossalmente – scopre di essere chiamato ad andare oltre se stesso. Agli antipodi del nietzschiano *Übermensch*, sulla via aperta dall’innalzamento del Servo sofferente.

¹¹ Lc 23, 42s.; 2Cor 5,6-8; Fil 1,23; 1Ts 4, 17

¹² P. RICOEUR, *Miti della salvezza e ragione contemporanea*, in FERRETTI (ed.), *La ragione e i simboli della salvezza*, Marietti, Genova 1990, 15-31 [27s.], 30.

Un nuovo faccia a faccia – per riprendere il pensiero di Paul Ricoeur – fra la predicazione della follia della croce e della kénosi di Cristo e le forme decomposte della filosofia hegeliana della storia.

Il lavoro paziente e tenace di esplorazione di alcune linee direttrici delle contestualità culturali contemporanee – il mondo che cambia – non è certo fine a se stesso. Intende, piuttosto, rendere consapevole la prospettiva pastorale delle sfide che le sono poste. Senza rimpianti e senza pigrizie, essa intravede nell'orizzonte complesso e disperso del nostro tempo sentieri non interrotti di presenza efficace e buona del Vangelo, come parola e come prassi.

L'impegno ecclesiale per la salute estende i compiti della presenza cristiana nel pianeta della sofferenza e dell'assistenza medica oltre la tradizionale celebrazione dei sacramenti e degli altri riti liturgici.

Oggi la pastorale della salute comprende iniziative culturali, attivazione di corsi formativi specifici per il personale ospedaliero, attenzione e incremento delle associazioni professionali e di volontariato. Anche la figura e il ruolo del cappellano ospedaliero vengono ripensati, in relazione sia all'azione nelle strutture sanitarie, sia all'interno della comunità cristiana sul territorio, perché si senta e agisca come soggetto primo della pastorale della salute. Anzitutto, con una revisione non marginale della stessa prassi sacramentale: «Occorre sempre più affermare, nel nostro mondo ferito, che la vita sacramentale produce la guarigione integrale della persona. La teologia sacramentale e la liturgia, anche dopo la riforma conciliare, hanno restituito soltanto implicitamente il ruolo terapeutico dei sacramenti»¹³. Nella società dei sistemi separati e reciprocamente indifferenti (Luhmann), anche le iniziative e le istituzioni ecclesiali dedite alla cura della salute e al sollievo della sofferenza rischiano di apparire come strutture di servizio, funzionali, benemerite magari, ma separate dalla vicenda pastorale e non espressive della fraterna solidarietà ecclesiale, di quell'essere germe e primizia dell'umanità rinnovata¹⁴ cui la Chiesa è chiamata per vocazione originaria.

La reticenza, l'afasia a volte, dei credenti di fronte alla realtà – al dramma – della sofferenza, la parola incolore e il messaggio remissivo e deforme che predica la rassegnazione, l'inclinazione ad accodarsi, tacitamente, al diffuso e disilluso scetticismo nascondo-

¹³ A. LANGELLA, *La funzione terapeutica della salvezza nell'esperienza della Chiesa: sguardo diaconico e riflessione sistematica*, in AA.VV., *Liturgia e terapia. La sacramentalità a servizio dell'uomo nella sua interezza* (a cura di N.TERRIN,) EMP, Padova 1994, 126.

¹⁴ cf. *Lumen Gentium*

no dietro un velo opaco e fanno della testimonianza cristiana un pallido, smunto riflesso della illuminazione che viene dal Vangelo del Crocifisso risorto.

Rilevanza della predicazione ordinaria, che trasmette in maniera semplice ed efficace la visione propria della fede

Opportunità delle celebrazioni specifiche dei momenti cruciali e a volte drammatici dove la salute e la vita stessa vengono messe a rischio e, anche, umanamente distrutte.

Ciò è senz'altro arduo – se si guarda il senso delle cose – in un mondo in cui si è andata progressivamente perdendo la fede religiosa nell' "immortalità dell'anima" e in una vita dopo la morte, la rappresentazione della propria esistenza di fronte al futuro e, soprattutto, davanti alla malattia diventa per tutti ardua ed oscura.

E, per altro verso – se si guarda cioè alla prassi – può sembrare non realizzabile, di fronte alla constatazione che, nell'ambito della cura dei sofferenti, sono sempre meno, nelle nostre società, gli individui disposti a sacrificarsi nel presente per un futuro lontano e incerto, a camminare nel deserto in vista della terra promessa, a sopportare la negatività e la contraddizione per trarne, grazie al sacrificio, sviluppo di vita.

Eppure, «Cristo ci insegnò la salvezza sanandoci. Lo fece fondamentalmente attraverso gesti e segni¹⁵. La sua fu, quindi, una salvezza offerta *sacramentalmente*, e cioè manifesta e velata allo steso tempo, proposta alla fede e all'accoglienza, gratuitamente efficace e affidata alla responsabilità dell'uomo»¹⁶.

Ciò comporta:

1. una **visione dell'universo** creato come opera di Dio, luogo della sua manifestazione, con la capacità di stupirsi di fronte alle meraviglie dell'universo, senza nascondere la problematicità oscura della presenza inquietante del male e della morte: «Oggi, per la prima volta, ho capito cosa vuol dire che tutte le cose parlano di Dio. Egli ha creato tutto e ogni singola cosa, Egli sta dietro alla più piccola realtà. Tutto, continuamente, si ricrea attraverso di Lui. Chi sperimenta questo, sperimenta Dio in tutto. Sempre diverso, così com'è questa foglia. E sempre è Lui. Ciò hanno sperimentato i Greci, quando consideravano divina ogni cosa»¹⁷;
2. una **antropologia integrale**: «poiché la salvezza è una realtà totale, essa riguarda (tutto) l'uomo e tutti gli uomini, raggiungendo così la realtà storica e sociale, la cultura e le strutture comunita-

¹⁵ Mc 1, 14ss.

¹⁶ F. ALVAREZ, *El Evangelio, fuente de vida en el mundo de la salud y de la enfermedad*, in "Camillianum" 11 (1995) 46.

¹⁷ R. GUARDINI, *Wahrheit des Denkens und Wahrheit des Tuns*, Paderborn 1985(4), diario 24 agosto 1953.

rie in cui essi vivono»¹⁸. Alcune citazioni di testi patristici, del tutto salienti (e per qualcuno forse stupefacenti), in ordine a due capitoli basilari, corporeità e storicità:

Corporeità:

- «L'uomo interiore ha conosciuto queste cose grazie a quello esteriore; io le ho conosciute in spirito, grazie ai sensi corporali».
- «È necessario che questo corpo corruttibile si vesta di incorruttibilità e questo corpo mortale si vesta di immortalità»¹⁹.
- Rm 12,1-2
- Un microcosmo? Piuttosto persona: «Dicono infatti che l'uomo è un microcosmo, costituito degli stessi elementi dell'universo. Se non che quanti vogliono col pomposo vocabolo tributare un tale elogio alla natura umana, conferiscono all'uomo senza accorgersene la dignità specifica della zanzara e del topo. Anche questi infatti constano della mescolanza dei soliti quattro elementi» (GREGORIO DI NISSA).
- «Rappresentati Dio interamente occupato con l'immagine di argilla; ad essa egli consacra mani, pensiero, azione, riflessione saggezza, previdenza, e soprattutto quell'amore che gli ispira questo progetto. Perché tutto quanto era espresso in questo fango, era concepito in riferimento al Cristo, che sarebbe stato uomo, cioè anche fango, e al Verbo che sarebbe stato carne» (TERTULLIANO)
- «Infatti attraverso il Figlio e lo Spirito - poiché questo significano le 'mani' del Padre - l'uomo, e non una parte dell'uomo, diviene ad immagine e somiglianza di Dio... L'uomo perfetto è mescolanza e unione dell'anima, che ha ricevuto lo Spirito del Padre, e della carne, cui essa è congiunta, plasmata ad immagine di Dio» (IRENEO). Dove "plasmata" è riferibile sia ad anima che a carne!!!
- «Questa carne è copia dello Spirito. Nessuno pertanto che corrompa la copia potrà partecipare all'originale» (CLEMENTE ROMANO)
- «Egli impresse la sua somiglianza alla sua creatura, perché essa riuscisse l'immagine di Dio anche nel suo aspetto esteriore» (IRENEO).
- «Dunque uomo vuol dire anzitutto la materia modellata, poi l'uomo tutto intero. Vorrei raccomandarti questo pensiero perché ti renda conto che tutto quello che è stato provveduto e promesso all'uomo non è dovuto alla sola anima, ma anche alla carne, se non in base alla comune origine, per lo meno per il privilegio implicito nel vocabolo» (TERTULLIANO).

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla Pontificia Università Urbaniana*, in "Osservatore Romano", 7 ottobre 1988.

¹⁹ 1Cor 15,53

«Svegliati, uomo, e riconosci la dignità della tua natura. Ricordati che sei stato fatto a immagine di Dio: guastata in Adamo, essa è stata riplasmata in Cristo» (LEONE MAGNO).

Siamo ancora succubi del dualismo metafisico di Cartesio se con lui affermiamo (o restiamo nell'orizzonte precomprensivo) che la materia è estensione inerte e lo spirito attività inestesa...

È evidente l'originalità cristiana, rispetto alla cultura greco-ellenistica:

- "Tu sei una piccola anima che porta un morto"²⁰.
- "Un asinello carico"²¹.

Storicità: in contesto di razionalità debole ed emotiva, è altissimo il rischio di esonerare la fede dal confronto con la storia e dalla responsabilità verso le esigenze della società degli uomini.

- «Tanto l'uomo che fu portato alla vita insieme all'originaria creazione del mondo, quanto quello che sarebbe venuto alla fine dell'universo sono nella stessa condizione, recano in sé ugualmente l'immagine divina. L'intera umanità fu denominata col nome di un solo uomo...» (GREGORIO DI NISSA).
- «Quando invece questo spirito, fuso con l'anima, si unisce al corpo plasmato, per l'effusione dello Spirito ne sorge l'uomo spirituale e perfetto; quello che è stato fatto a immagine e somiglianza di Dio. Se all'anima manca lo Spirito, l'essere umano rimarrà soltanto psichico e carnale, possedendo sì l'immagine nel suo essere plasmato, ma non avendo ricevuto la somiglianza attraverso lo Spirito» (IRENEO).

Se tutto questo non diventa sostanza dell'annuncio, si perde la possibilità di far comprendere quanto l'amore di Dio si coinvolga con la vicenda umana: **la carenza di rilievo soteriologico (esistenziale) provoca l'evanescenza della proclamazione cristologica.** Il ministero della guarigione, invece, è l'esatto opposto della rimozione della sofferenza: «può dare una risposta valida soltanto che è capace di cogliere l'unità di creazione e redenzione nell'orizzonte dell'escatologia. Più precisamente ancora, soltanto Dio è capace di dare una risposta davvero liberatoria a questo interrogativo, e la dà attraverso la storia del suo agire nel mondo»²².

Con la morte in croce del Figlio è Dio stesso a portare una responsabilità per il mondo da lui creato.

La malattia appare così come luogo ermeneutico saliente della identità del soggetto come vocazione e del suo aprirsi nell'invoca-

²⁰ MARCO AURELIO, *Pensieri*, 4,41.

²¹ EPITTETO, *Diatriba* 4,1, 66.79-80.

²² W. PANNENBERG, *Teologia sistematica* 2, Brescia 1994, 191s.

zione: nella privazione (Egitto – deserto) si scopre il Dio liberatore; anche se non per meccanico automatismo (le mormazioni d'Isreale e la tentazione delle cipolle d'Egitto). Morte e malattia come luogo ermeneutico dell'esistenza: "*meditare novissima tua...*"

Tutto questo chiama i cristiani a un impegno più convinto e più forte: «Il compito di accogliere e servire la vita riguarda tutti e deve manifestarsi soprattutto verso la vita nelle condizioni di maggiore debolezza. È Cristo stesso che ce lo ricorda, chiedendo di essere amato e servito nei fratelli provati da qualsiasi tipo di sofferenza: affamati, assetati, forestieri, nudi, malati, carcerati... Quanto è fatto a ciascuno di loro è fatto a Cristo stesso²³»²⁴.

Raggiungiamo così la profonda disillusione dell'uomo contemporaneo e il punto focale del declino della modernità: egli era certo di poter garantire, per mezzo delle proprie risorse conoscitive, inventive e operative, uno sviluppo che fosse sempre ascensionale e progressivo: ha scoperto, invece, che «l'avanzamento della conoscenza umana è ambivalente, che mette nelle mani dell'uomo un potere stupendo senza aggiungervi necessariamente sapienza e virtù proporzionate ad esso, che il fatto dell'avanzamento e la manifestazione di potenza non sono garanzie della verità, che il mito è l'alternativa permanente al mistero, e che il mistero è ciò che la sua *hýbris* ha respinto»²⁵.

L'attivazione della comunità cristiana

La diaconia cristiana è degna di quel nome se si fonda sulla comunione, e si opera come comunità: l'eucaristia ne è il luogo di origine, alimento, incontro.

La formazione di coloro che sono chiamati a operare nell'ambito della sanità si pone senz'altro tra le preoccupazioni primarie della società contemporanea, così attenta – anche se non sempre in maniera positiva e corretta – alla qualità della vita. Le grandi trasformazioni che caratterizzano l'età moderna, soprattutto in questi ultimi decenni che si approssimano alla fine del millennio, hanno inciso profondamente sulla identità e il ruolo degli operatori sanitari, che, non meno di altre figure professionali di rilievo (anzi, forse più acutamente), ne sente tutto il travaglio. Lo si avverte sensibilmente sul piano sia dei riferimenti di valore, sia delle acquisizioni e degli approcci tecnologici e scientifici. Ne provengono spesso difficoltà e problemi non piccoli; a volte, anche, ripiegamenti e arretra-

²³ cf. Mt 25,31-46

²⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae* 43.

²⁵ B. LONERGAN, *Lectures*, Thomas More Institute for Adult Education, Montreal 1975, 549.

menti mortificanti. I motivi di preoccupazione non devono far dimenticare, però, che, proprio nel nostro tempo, si aprono prospettive e orizzonti di grande e positiva portata.

Anzitutto, deve essere segnalato l'ampliamento culturale del concetto stesso di salute, non più ristretto alla assenza di malattia e alle strutture cliniche che a ciò sono dedicate. Con arricchimenti indubbi. Ma, anche, con equivoche estensioni che, identificando i riferimenti di valore nella prassi sociale di volta in volta configurata, conduce a ratificare impostazioni, comportamenti e codificazioni legislative contrarie ai diritti fondamentali della persona. Poggiato su una piattaforma culturale marcatamente soggettivistica, l'allargamento del concetto di benessere – in sé positivo – rischia così di ritorcersi contro l'uomo; mentre il desiderio di vita, ancorato solo in maniera autoreferenziale, declina in cultura di morte.

A ciò risponde l'impegno della comunità cristiana, con una testimonianza che sposta decisamente l'accento **dalla 'rassegnazione' alla cura della salute**. Un sorprendente cambiamento di prospettiva culturale: la salute come progetto di società e di vita.

L'inflessione antropologica della cultura contemporanea conduce direttamente all'enfasi sul tema della salute. Con i rischi e le deformazioni cui si è fatto cenno. Ma, anche, con il guadagno di una sensibilità più compiuta nei confronti della visione cristiana stessa dell'uomo nella integralità della sua costituzione naturale e condizione storica.

Solenni dichiarazioni internazionali attestano e in qualche modo codificano questa sensibilità condivisa e diffusa²⁶.

La catechesi – che è scuola della fede nella concretezza delle coordinate storiche, personali, culturali e sociali – scopre in questa tendenza della mentalità contemporanea una traccia e un effetto, sia pur solo parzialmente realizzato, della stessa parola evangelica.

²⁶ Per esempio: DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI DELL'UOMO (10.12.1948), art. 25,1: «Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia...»; COSTITUZIONE DELL'OMS, (1946), art 1.: «l'obiettivo dell'Organizzazione sarà l'ottenimento per tutti i Popoli del più alto livello di salute» (cf anche il *Preambolo*: governi responsabili; salute come materia di politica internazionale; DICHIARAZIONE DEI DIRITTI DEL FANCIULLO (20.11.1959), 4: «Il fanciullo deve beneficiare della sicurezza sociale. Deve poter crescere e svilupparsi in modo sano. A tal fine devono essere assicurate a lui e alla madre le cure mediche e la protezione sociale adeguata, specialmente nel periodo precedente e seguente alla nascita. Il fanciullo ha diritto a una alimentazione, a un alloggio, a svaghi e a cure mediche adeguate»; COSTITUZIONE ITALIANA, art 32: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti».

La riscopre, quindi, nella sua valenza di messaggio integrale di salvezza per l'uomo e il mondo.

Chiamata ad essere luogo ermeneutico non evanescente dei momenti forti dell'esistenza, la catechesi si configura quindi come itinerario educativo in cui il sacramento appare progressivamente anche nella sue valenze istruttive di accoglienza, accompagnamento, forza interiore di rinnovamento e/o di affrontamento, parola di speranza concreta. Ciò esige una catechesi capace di esporre in forma chiara e convincente la propensione cristiana al gusto della vita e il dono della vita come centro dell'opera della creazione e della redenzione (l'albero della vita - Gv 10,10). Capace di educare al senso del mistero (*sacramentum!*) come abitazione del senso e non come oscuramento o evasione dalla realtà. Il dolore interroga e scuote l'intelligenza, ma non si risolve in una questione intellettuale. Solo la comunione con il Crocifisso ne svela l'abisso di male, ma anche il vertice di redenzione: il mistero di oscurità diventa mistero di rivelazione.

Una cultura immersa nell'edonismo, nella corsa al successo, nel mito dell'eterna giovinezza frappone un velo opaco alla comprensione della sofferenza.

L'educazione al simbolo, di cui spesso si parla nella catechesi, deve sviluppare nella persona l'attitudine ad andare oltre il piano del fenomeno per attingere (sia pure per *speculum in aenigmate*) il piano del fondamento (*Fides et Ratio*) Ciò implica anche una competenza non ristretta al piano concettuale e strumentale, ma aperta all'ambito significativo e relazionale.

Questo consente di evitare la duplice contrapposta deriva di ieraticizzazione e/o di banalizzazione che insidia la celebrazione dei sacramenti. Soprattutto in una situazione così esistenzialmente rilevante e sensibile come la malattia, una celebrazione inaridita svuota il segno sacramentale e tradisce la parola di salvezza.

Come si sa, anche a causa della preoccupante diminuzione numerica dei presbiteri, si accentua il rischio della riduzione della salvezza entro una il perimetro riduttivo di una onnivora teologia della Parola. L'efficacia della Parola, giustamente illustrata da *Dei Verbum*, non è disgiungibile dal sacramento, né è in alcun modo sostitutiva di esso. Istanza critica avanzata anche in campo protestante, come nota Pannenberg: «resta solo da chiedersi se il battesimo e l'eucaristia siano davvero solo illustrazioni di questo processo verbale, che conterrebbe già in se stesso la presenza salvifica!»²⁷. Dalla riduzione della teologia della parola alla pastorale della parola di sola consolazione umana il passo è breve!

Nella sua dinamica narrativo-simbolica il rito apre l'esperienza profonda in cui la soggettivizzazione non avviene per autoaffer-

²⁷ W. PANNENBERG, *Teologia sistematica* 3, Brescia 1996 [Göttingen 1993], 374.

mazione dell'individuo, ma attraverso la sua conversione. Nel rito opera una originale e insostituibile pedagogia della fede, che traccia itinerari di vita: "il rito è un operatore di esistenza, un operatore di immagini, una matrice che genera esperienze, luogo di una maieutica permanente"²⁸.

Il rito sacramentale richiama l'uomo alla sua creaturalità, attraverso la radicale indisponibilità del linguaggio: "l'uomo non possiede il linguaggio, poiché non gli preesiste, ma si elabora nel suo seno; piuttosto è posseduto da esso"²⁹.

Non si deve tuttavia dimenticare che se l'attitudine simbolica è naturale, l'attività simbolica è culturale. Impegna quindi la catechesi nella sua opera di formazione sul piano della conoscenza (in senso totale) della fede. Quando questo compito è ben compreso e realizzato, la corporeità entra come dimensione naturale nella spiritualità, come componente costitutiva del celebrare. Non come mero rivestimento, accessorio quasi ingombrante, ma come forma adeguata, secondo la legge dell'incarnazione. La fede cristiana e i suoi riti non producono estraniamento dalla realtà, evasione in un mondo immaginario, ma capacità di immergersi nella vita in forme ed espressioni sempre autentiche, cioè salvifiche. Le cose stesse allora diventano trasparenti, rivelatrici del mistero di Dio. Tutto questo appartiene al compito di iniziazione proprio della catechesi, perché l'uomo moderno è miope, quando non cieco, di fronte al simbolo perché il pensiero unidimensionale (materialistico) lo blocca sul livello più superficiale della realtà: "L'accesso al mondo dei simboli è reso possibile solo da una acuita capacità di percezione: saper guardare, ascoltare, toccare, riaprire le porte attraverso cui il nostro corpo si mette in comunicazione con l'ambiente, cioè restituire ai sensi la loro genuina funzione, è il primo indispensabile passo per accostarsi al simbolo. Il richiamo al simbolo è, quindi, allo stesso tempo, invito alla riscoperta del proprio corpo, della sua modalità di esperienza e di comunione: io vivo, sento, percepisco, occupo uno spazio, sono inserito in un campo di interazioni che interpellano ad ogni livello. Ogni simbolo ha le sue radici nella realtà sensibile; per questo motivo dobbiamo esercitare i nostri sensi, se vogliamo comprendere il linguaggio del simbolo"³⁰.

Un compito specifico e proprio spetta, in questo quadro, alle Università: un ruolo di sempre maggiore rilevanza sotto il profilo scientifico e culturale. In esse, la riflessione di fede, maturata nella coltivazione di una spiritualità robusta e illuminata dalle indicazio-

²⁸ G. SOVERNIGO, *Rito e persona. Simbolismo e celebrazione liturgica: aspetti psicologici*, Padova 1988, 62.

²⁹ M. L. CHAUVET, *Du symbolique au symbole. Essais sur les sacrements*, Paris 1979, 20.

³⁰ O. BETZ, *I simboli per comunicare l'esperienza e la fede*, Frascati 1990, 6.

³¹ Eb 13,14

ni del Magistero, produce non solo convinzioni personali consolidate, ma precisi percorsi formativi. Punto saliente di essi è la costante ricerca della qualità profonda e, vorrei dire, interiore della professione medica, nel cuore stesso del Vangelo della vita. In modo che la fede cristiana non vi appaia soltanto come momento aggiuntivo o confine etico, ma come fattore originario e peculiare dell'armonico e positivo esplicarsi delle capacità che l'opera di Dio creatore pone fin dall'inizio nelle mani dell'uomo e il dono salvifico della passione del Redentore riscatta dal male e fa risorgere a sempre nuova dilatazione di vita. Così, incarnandosi in una professionalità competente e sapiente, la parola del Vangelo annuncia il dischiudersi degli orizzonti della vita sull'eternità: per nulla strapandola, anzi sempre più positivamente e impegnativamente immergendola nel tempo e nella storia.

Si realizza così in profondità quella unità di fede e vita cui già richiama l'attenzione il Concilio ecumenico Vaticano II: «Il Concilio esorta i cristiani, che sono cittadini dell'una e dell'altra città, a sforzarsi di compiere fedelmente i propri doveri terreni, facendosi guidare dallo spirito del Vangelo. Sbagliano coloro che, sapendo che qui non abbiamo una cittadinanza stabile ma che cerchiamo quella futura³¹, pensano di poter per questo trascurare i propri doveri terreni... Il distacco, che si constata in molti, tra la fede che professano e la loro vita quotidiana, va annoverato tra i più gravi errori del nostro tempo. Non si venga ad opporre perciò, senza ragione, le attività professionali e sociali da una parte, e la vita religiosa dall'altra»³².

La fede cristiana propone dunque una visione integrale, unitaria ma non statica, del mondo e della vita. Per questo, oltre alla necessaria conoscenza della fede cattolica nelle sue implicazioni dottrinali e morali, sarà sommamente opportuno che le facoltà di Medicina diano spazio e rilievo allo studio della Dottrina sociale della Chiesa, soprattutto attraverso ricerche e scambi di carattere interdisciplinare tra le diverse facoltà. In tal modo, oltre a modulare percorsi formativi più armonici e comprensivi, si avvia a superamento quella accentuata frammentarietà del sapere che caratterizza le attuali configurazioni della didattica universitaria, in una separazione che nuoce alla formazione integrale della persona.

L'individuazione dei rapporti che si istituiscono oggi tra prassi sociale e concetto di salute si mostra quindi, compresa alla luce della fede, come via opportuna e idonea per il rilancio dei profili di etica professionale, così necessari, soprattutto in campo medico.

Urge un comune sforzo etico, una grande movimento a favo-

³² *Gaudium et Spes*, 43.

³³ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae* 95.

re della vita: «Tutti insieme dobbiamo costruire una nuova cultura della vita: nuova perché in grado di affrontare e risolvere gli inediti problemi di oggi circa la vita dell'uomo; nuova, perché fatta propria con più salda e operosa convinzione da parte di tutti i cristiani; nuova, perché capace di suscitare un serio e coraggioso confronto culturale con tutti»³³.

Si tratta di consolidare dedizioni antiche, ricche di sapienza, e saperne sprigionare di nuove, secondo quella multiforme ricchezza di cui lo Spirito del Signore fa dono in ogni tempo alla sua Chiesa: che lo riceve con l'animo aperto di chi si prende cura, con tutto il rigore e la professionalità, della salute perché gli sta a cuore la salvezza.

Su questo, in vista di una rinnovata progettualità pastorale, alcune indicazioni sintetiche finali.

Sono esposti in questo primo quadro non i principi dottrinali, ma le idee guida normative per la delineazione corretta ed efficace dell'azione pastorale.

1. Principio cristologico

- Cristo buon samaritano
- Il malato, icona di Cristo sofferente

2. Principio ecclesiologico

- La comunità cristiana, soggetto primario della pastorale sanitaria
- Tutti i battezzati, secondo il principio della soggettività organica e differenziata

3. Principio soteriologico

- La malattia, evento di salvezza
- La lotta contro il male, segno di Cristo risorto, connotato della fraternità cristiana

4. Principio antropologico

- L'uomo sofferente, soggetto attivo e responsabile
- L'umanizzazione della medicina, cuore e metodo della professionalità sanitaria

5. Principio kairologico

- Sofferenza, malattia, salute oggi: un segno nel tempo
- Una via di nuova evangelizzazione

³⁴ cf *Gaudium et Spes* 76

I criteri si volgono più direttamente alla costruzione dell'agire cristiano ecclesiale, in relazione alla situazione concreta.

Criteri

- 1. Criterio della evangelizzazione**
 - Urgenza e direttrici fondamentali
 - L'unzione degli infermi, vangelo del malato
- 2. Criterio della progettualità organica**
 - Oltre la separatezza e la frammentarietà
 - I punti cardinali della attivazione pastorale sanitaria
- 3. Criterio della solidarietà cristiana**
 - Un segno costitutivo della diakonia di Cristo
 - Una presenza incisiva nelle strutture
- 4. Criterio della pazienza**
 - Contro ogni rassegnazione
 - Gradualità, perseveranza, speranza
- 5. Criterio della azione politica e sociale**
 - Contro la riduzione della carità a "pietosa infermiera della storia"
 - Impegno non solo dei singoli, ma delle comunità cristiane e delle loro organizzazioni, con chiara distinzione di piani, di competenze e di ruoli³⁴.

Ruoli pastorali e linee di progettualità dinanzi alle fragilità

Prof. P. ARNALDO PANGRAZZI - Istituto Camillianum

Nel corso della storia l'azione della Chiesa nel mondo della salute si è costantemente ispirata al modello del buon Samaritano.

Dai tempi in cui Gesù ha proposto questa parabola le condizioni di vita sono profondamente mutate, purtuttavia gli elementi essenziali del racconto mantengono la loro attualità.

Nel mondo odierno, radicalmente cambiato, le tappe tracciate dal buon Samaritano conservano la loro validità, in modo particolare per quanti si trovano ad accompagnare i "malcapitati" provati da varie forme di sofferenza.

Con pennellate essenziali l'azione del Samaritano si può riassumere attorno a questi nuclei essenziali:

- la **consapevolezza**: "Lo vide"
- l'**empatia**: "N'ebbe compassione"
- la **vicinanza**: "Gli si fece vicino"
- il **coinvolgimento**: "Gli fasciò le ferite versandovi olio e vino"
- l'**accompagnamento**: "Poi caricatolo sopra il suo giumento lo portò a una locanda..."
- la **collaborazione**: "Il giorno dopo prese due denari e li diede all'albergatore dicendo..."

Ognuno di questi passaggi sintetizza atteggiamenti significativi da testimonianze da parte di coloro che sono chiamati a servire le fragilità umane. Ogni tappa rappresenta un anello essenziale, che prepara ed anticipa il successivo, in una sequenza di momenti che rappresentano l'agire misericordioso.

In un certo senso analizzando i protagonisti del racconto (il malcapitato, i briganti, il sacerdote e il levita, l'albergatore e il buon Samaritano) e le loro dinamiche (bisogni, atteggiamenti, ruoli, obiettivi, risorse...) si possono ravvisare diversi tipi di progettualità, a secondo delle priorità e dell'ottica valoriale dei personaggi coinvolti.

I briganti perseguono un progetto intriso di egoismo, violenza, ricerca di beni materiali, violazione dei diritti altrui.

Il Levita e il Sacerdote, condizionati dalle aspettative culturali e dalle norme religiose, privilegiano la sacralità del ruolo e una relazione verticale con Dio, mortificando il cuore e la via orizzontale della salvezza.

Il Samaritano mette al centro della sua attenzione il malcapitato e cambia il suo progetto di viaggio e/o lavorativo, lasciando che la storia di una persona ferita diventi anche la sua storia.

Il suo agire è paradigma per tutti coloro che, con diverse competenze, sono coinvolti nel servizio del malato, in modo particolare per i cappellani e per gli operatori pastorali chiamati ad essere i primi testimoni dell'amore misericordioso e a promuovere progetti di speranza nel mondo della salute.

Il sacerdote, per missione, è chiamato a diffondere la speranza, animare la comunità cristiana, costruire ponti e non barriere con le persone.

Purtroppo, non è sempre così. Diversi fattori, tra cui i tratti caratteriali, gli influssi formativi, le convinzioni personali ed altre variabili biografiche possono contribuire a far sì che "il pastore" della comunità, condizionato da queste costanti, corra il rischio di mortificare i talenti altrui e il dinamismo pastorale.

Trappole ricorrenti dei sacerdoti che possono ostacolare la progettualità pastorale, sono:

- Il **dilettantismo** come modo di fare e di pensare che si ispira alle buone intenzioni, all'impulsività del momento, alla superficialità degli interventi.

All'ombra di questo atteggiamento fatto di "buonismo", facili consigli o frasi preconfezionate c'è, spesso, l'inadeguatezza relazionale e la presunzione che la buona volontà siano garanzie sufficienti per far bene il bene.

- L'**individualismo**: molti sacerdoti ed operatori pastorali tendono ad agire autonomamente ignorando i doni del prossimo, diffidando della collaborazione ed evitando di confrontarsi con gli altri.

Talvolta, in pubblico invocano il dialogo, ma in pratica perseguono il monologo e reclamano libertà d'azione.

- Il **paternalismo**: all'ombra di forme di paternalismo, evidenti o mascherate, si cela il bisogno di esercitare un certo controllo sulle persone per mantenerle alleate, eludere i conflitti, favorire un clima di conformismo e di dipendenza.

- L'**autoritarismo**: talvolta le comunità cristiane più che essere guidate da "pastori" sono in balia di dittatori intransigenti, che impongono la propria volontà e le proprie decisioni. Questo tratto, coniugato spesso con l'irruenza e la determinazione, indispette i collaboratori ed alimenta la ribellione e l'avversione.

- L'**immobilismo**: oggi, molte istituzioni muoiono perché non hanno saputo rigenerarsi e rinnovarsi. Il rischio è che l'operatore pastorale diventi paladino dello status quo, della stabilità, del "si è sempre fatto così" o "lasciamo le cose come stanno". Questo atteggiamento

giamento penalizza chi desidera contribuire al rinnovamento e appiattisce il clima comunitario.

Per contrasto, atteggiamenti e *condizioni che favoriscono la progettualità* si possono condensare attorno a queste parole chiave:

- l'**umiltà**, che è sorella della saggezza
- la **motivazione**, che sprigiona il dinamismo dell'azione
- l'**ascolto**, che rende aperti agli altri
- lo **spirito di collaborazione**, che offre ospitalità ai doni diversi
- l'**apertura** al confronto e alla critica costruttiva, che consolida la comunione creativa.

La sfida consiste nel saper rettificare gli atteggiamenti negativi, che si fondano sull'autoreferenzialità e sulla ricerca dei propri interessi e del potere più che non sulla promozione del bene comune, per incentivare atteggiamenti positivi, che rendono dinamica e feconda la testimonianza della Chiesa.

La Chiesa non è solo testimonianza di persone, ma di progetti: "Dai vostri frutti vi riconosceranno"¹.

L'elaborazione di "piani pastorali", sollecitata in modi diversi dai documenti ecclesiali, mette in luce la dimensione comunitaria e profetica del popolo di Dio, nel suo annuncio del Vangelo e nella testimonianza della carità.

Dalla prima comunità cristiana, permeata dal desiderio di comunione e di condivisione dei beni², fino ai nostri giorni contrassegnati dal bisogno di umanizzazione, la Chiesa ha sempre cercato di irradiare nel mondo lo spirito e i valori del Suo Fondatore attraverso progetti di carità.

All'inizio questi progetti hanno trovato espressione nel soccorso prestato dai diaconi ai bisognosi; più tardi nella creazione di centri di accoglienza per pellegrini; nel medioevo nell'erezione di ospedali e nell'impulso dato all'assistenza dai grandi riformatori.

Nelle diverse epoche storiche la sensibilità ecclesiale si è diversificata, ma costante è rimasto lo sforzo di coniugare la fedeltà al progetto di Dio (salvare l'uomo) con risposte concrete ai bisogni dell'uomo.

Oggi, il mondo della salute è al centro di rapidi e profondi cambiamenti che lo rendono, allo stesso tempo, luogo di speranza e di contraddizione, frontiera della vita e della morte e un simbolo ambiguo della grandezza e della debolezza umana.

¹ Mt.7,20

² Atti 2:42-48; 4:32-37

È un mondo vasto e complesso che include gli ambiti della medicina preventiva, curativa e riabilitativa e comprende una varietà di risorse umane (mediche e paramediche) e strutturali (ambulatori, centri di rianimazione, ospedali, cliniche, case per anziani, centri di riabilitazione).

Gli ambiti della progettualità pastorale includono le istituzioni sanitarie, le realtà territoriali e parrocchiali, il multiforme mondo della cultura e dei mezzi di comunicazione sociale, la scuola, e così via.

Questo variegato e sofisticato mondo della salute richiede una prassi rinnovata della Chiesa, chiamata a passare da un'impostazione individualista ad una pastorale d'insieme, da un approccio settoriale alla collaborazione interdisciplinare, da un orientamento sacramentale ad una pastorale di evangelizzazione.

Il documento della Commissione Episcopale CEI per il servizio della carità e la salute³ sottolinea l'importanza di coinvolgere nell'azione pastorale tutte le categorie del popolo di Dio (n. 57) e di promuovere la comunione e la collaborazione tra le varie categorie degli operatori presenti nella comunità (n. 55).

Per un coinvolgimento creativo di tutta la comunità ecclesiale invita ad avvalersi delle diverse strutture operanti a livello nazionale, regionale, diocesano, parrocchiale e ospedaliero (vedi n. 60-66).

La Nota pastorale enfatizza che *“la comunione e la collaborazione non potranno essere efficacemente promosse senza il passaggio dell'agire improvvisato alla progettualità e senza un coinvolgimento intelligente delle risorse presenti nella comunità”* e specifica che un'efficace programmazione richiede *“un processo dinamico che unisca riflessione, discernimento e operatività”*(n. 59).

Il documento non si sofferma a delineare le modalità specifiche di attuazione della progettualità, ma sottolinea alcune attenzioni particolari da privilegiare, tra cui:

far riscoprire ai fedeli la loro vocazione missionaria

promuovere una formazione adeguata degli operatori pastorali

promuovere un coordinamento efficace delle associazioni che operano nel settore sanitario e socio-sanitario

valorizzare la Giornata Mondiale del Malato

favorire il sorgere o potenziare, se già esistono, micro-strutture o concrete iniziative che mirino a realizzare luoghi di assistenza e

³ Nota pastorale della Commissione episcopale per il servizio della carità e la salute: *“Predicate il vangelo e curate i malati”*, 130, Centro editoriale Dehoniano, Bologna, 2006, n. 57.

accoglienza per gli anziani, i malati in fase terminale, i disabili, i bisognosi di cura, e a offrire ospitalità ai familiari dei malati ricoverati.

Le attenzioni particolari menzionate nella Nota sono di vitale importanza, iniziando dalla formazione umana, etica e spirituale degli operatori sanitari.

Le iniziative collegate all'animazione della Giornata Mondiale del Malato sono andate via via crescendo nel corso degli anni, ma è importante che non rimangano confinate alla sfera liturgica o religiosa, ma abbraccino l'*orizzonte culturale*, per la trasformazione della società attraverso i valori evangelici, la *formazione*, per promuovere l'umanizzazione e un'etica rispettosa della vita e dei diritti umani, la *sensibilizzazione* dei mezzi di comunicazione sociale, per una maggiore consapevolezza delle problematiche legate al mondo della salute, la *solidarietà*, per incentivare iniziative di prossimità ai sofferenti.

L'ultimo ambito di "attenzioni" citato dalla Nota include iniziative verso particolari gruppi di malati.

Oltre alle fasce deboli menzionate, si potrebbero aggiungere altre fragilità, tra cui i malati psichici, gli alcolizzati, i tossicodipendenti, i malati di AIDS, i malati cronici e i dializzati, i bambini gravi e così via.

In sintesi, il ventaglio di destinatari della progettualità pastorale è ampio e diversificato ed include: i malati, i familiari, gli operatori sanitari e i volontari, le parrocchie e le istituzioni sanitarie, i ministri dell'Eucarestia e le associazioni operanti nel mondo della salute.

In un certo senso ogni gruppo è, al tempo stesso, oggetto e soggetto di progettualità pastorale, in quanto strumento e destinatario della misericordia di Dio.

Nell'elaborazione di un progetto il riferimento è Cristo e la Sua Parola e l'icona guida quella del buon Samaritano.

Ogni progetto richiede che quanti sono motivati a portarlo avanti siano capaci di dialogare e di discernere insieme sapendo definire con chiarezza gli obiettivi e le fasi operative, in modo tale che ciò che viene alla luce sia il frutto di un processo di comunione e creatività.

Tre fattori caratterizzano l'efficacia di un progetto:

1. La **fattibilità**: la proposta deve incarnarsi in una determinata realtà e proporsi come risposta valida e realistica per migliorare la situazione presa in esame.
2. L'**organicità**: ogni progetto deve risultare bene articolato ed orga-

nico nel suo sviluppo e rispondere ai quesiti fondamentali: “perché”, “cosa”, “come”, “dove” e “quando”.

3. La **creatività**: ogni progetto si propone quale risposta innovativa per modificare e trasformare la realtà e le persone in essa coinvolte.

I passaggi metodologici nell'elaborazione di un progetto, includono le seguenti tappe:⁴

Tappa informativa:

- indicazioni generali sul progetto e sul contesto in cui si realizza (es. parrocchia, ospedale o all'interno di un gruppo o di un'associazione, i destinatari..);
- principi ispiratori (riferimento a passaggi biblici, documenti ecclesiali o del Magistero a cui il progetto si ispira);
- presentazione del progetto (procedure per ricevere il benestare delle autorità competenti).

Tappa diagnostica:

Analisi dei bisogni e delle sfide poste dalla realtà presa in esame. Un'utile tecnica per la raccolta dei dati è il “brainstorming” o piogge di idee, metodo usato per favorire il contributo dei partecipanti e stimolare il maggiore numero di informazioni, osservazioni e proposte, al fine di una lettura diagnostica e propositiva della realtà.

Tappa programmatica:

Questa fase richiede capacità di discernimento, per individuare gli obiettivi prioritari da perseguire alla luce delle risorse disponibili. Gli obiettivi rappresentano il cuore del progetto e il punto di riferimento attorno a cui gravita tutto il resto; scaturiscono dalla lettura critica della realtà e si suddividono in obiettivi generali e specifici.

Gli *obiettivi generali* sono a lunga scadenza e abbracciano un impegno più vasto e sostenuto nel tempo.

Gli *obiettivi specifici* sono a breve scadenza e rappresentano tappe intermedie, che permettono di conseguire l'obiettivo generale.

Tappa operativa:

Una volta esplicitati gli obiettivi, si esplorano le risorse umane e materiali necessarie, le strategie da seguire e le attività opportune per realizzarli.

Una convalida della serietà del progetto consiste nell'indicare, dove possibile, le persone da coinvolgere con le loro competenze, i contenuti di eventuali itinerari formativi, il calendario delle attività, e così via.

⁴ Arnaldo Pangrazzi, “Progetto Pastorale”, dal Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria, a cura di G. Cinà, E. Locci, C:Rocchetta, L:Sandrin, Ed. Camilliane, Torino, 1997, pp. 953-958.

Tappa valutativa:

La verifica, da stabilire nei tempi e modi ritenuti opportuni, offre l'opportunità di esaminare il progetto per valutarne l'evoluzione e ponderare ciò che è opportuno confermare, correggere o cambiare.

Le *fragilità* che affliggono gli individui e le comunità sono tante e riguardano la sfera *fisica* (varie patologie, malattie croniche e terminali..), *psichica* (depressione, disturbi dell'umore, ossessioni...), *sociale* (alcolismo, tossicodipendenza, diverse forme di povertà ed emarginazione..) e *spirituale* (senso di vuoto e inutilità, forme morbose di colpa, suicidio..). Quanti si impegnano ad alleviare le vulnerabilità umane si sentono, spesso, come minuscole gocce d'acqua in un mare di necessità, ma se le diverse gocce d'acqua si uniscono formano un rivolo e il rivolo diventa un torrente e il torrente si trasforma in un fiume.

I progetti pastorali rappresentano "risposte comunitarie" ai problemi attraverso cui la chiesa avvalendosi delle strutture regionali, diocesane, parrocchiali ed istituzionali e delle diverse forze ed organismi presenti al suo interno, si adopera per testimoniare lo spirito del buon Samaritano e ridurre il senso di solitudine ed emarginazione delle persone ferite.

Il progetto è tracciare insieme una strada lungo la quale aiutanti e aiutati, guaritori e feriti costruiscono insieme la speranza e sperimentano la salvezza di Dio.

Educarsi alla progettualità è fare proprio lo spirito dell'Associazione delle Famiglie dei disabili:

*"La speranza è come una strada di campagna.
Non c'è mai stata una strada.
Ma quando molta gente cammina insieme
una strada comincia ad esistere".*



RUOLI PASTORALI E LINEE DI PROGETTUALITÀ DINANZI ALLE FRAGILITÀ



P. ARNALDO PANGRAZZI

**CHIANCIANO TERME
26 - 28 GIUGNO 2007**



TAPPE NELLA PROMOZIONE DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

- 1. SENSIBILIZZAZIONE**
- 2. FORMAZIONE**
- 3. ORGANIZZAZIONE**
- 4. COLLABORAZIONE**
- 5. PROGETTUALITÀ**



RADICI BIBLICHE DELLA PROGETTUALITÀ:

- ◆ **STORIA SALVEZZA → GRANDE PROGETTO DI DIO**
- ◆ **GESÙ → INIZIA L'ATTIVITÀ APOSTOLICA ILLUSTRANDO LE LINEE - GUIDA DEL SUO PROGETTO DI SALVEZZA**
- ◆ **LA CHIESA È IL GRANDE PROGETTO DI DIO NELLA STORIA**
- ◆ **LA PROGETTUALITÀ NEL MONDO DELLA SALUTE SI ISPIRA ALL'ICONA DEL BUON SAMARITANO**



DA GERUSALEMME A GERICO → LA SFIDA DELLA PROGETTUALITÀ

✓ **INGREDIENTI DELLA PROGETTUALITÀ:**

- ⌘ **PROTAGONISTI**
- ⌘ **BISOGNI**
- ⌘ **ATTEGGIAMENTI**
- ⌘ **RUOLI**
- ⌘ **OBIETTIVI**
- ⌘ **RISORSE**
- ⌘ **SCELTE**
- ⌘ **RISULTATI**

✓ **PROTAGONISTI DEL RACCONTO:**

- ▣ MALCAPITATO
- ▣ BRIGANTI
- ▣ SACERDOTE - LEVITA
- ▣ BUON SAMARITANO
- ▣ ALBERGATORE

✓ **BUON SAMARITANO →**

TAPPE DI PROGETTUALITÀ :

- 1. CONSAPEVOLEZZA**
- 2. COMPASSIONE**
- 3. PROSSIMITÀ**
- 4. COINVOLGIMENTO**
- 5. ACCOMPAGNAMENTO**
- 6. COLLABORAZIONE**

**CONDIZIONI PER LA
PROGETTUALITÀ
PASTORALE**

- ▣ **UMILTÀ**
- ▣ **SAGGEZZA**
- ▣ **ASCOLTO**
- ▣ **APERTURA**
- ▣ **SPIRITO DI COLLABORAZIONE**
- ▣ **AFFERMAZIONE DEI DONI**
- ▣ **MOTIVAZIONE**

**TRAPPOLE PASTORALI
(RUOLI NEGATIVI)**

- ▣ **DILETTANTISMO**
- ▣ **INDIVIDUALISMO**
- ▣ **CLERICALISMO**
- ▣ **PATERNALISMO**
- ▣ **CARRIERISMO**
- ▣ **IMMOBILISMO**
- ▣ **AUTORITARISMO...**



RUOLI POSITIVI

- ⌘ **SIMBOLICO**
- ⌘ **GUIDA SPIRITUALE**
- ⌘ **MEDIAZIONE**
- ⌘ **ANIMAZIONE**
- ⌘ **AFFERMAZIONE**
- ⌘ **SUPERVISIONE**



INDIRIZZI ECCLESIALI

OGGI LA PRASSI RINNOVATA DELLA CHIESA (n. 59) NEL MONDO DELLA SALUTE INVOKA IL PASSAGGIO:

- ✓ **DA UN AGIRE IMPROVVISATO ALLA PROGETTUALITÀ;**
- ✓ **DA UN' IMPOSTAZIONE INDIVIDUALISTA AD UNA PASTORALE D' INSIEME;**



- ✓ **DA UN ORIENTAMENTO SACRAMENTALE AD UNA PASTORALE DI EVANGELIZZAZIONE;**
- ✓ **DA UN APPROCCIO SETTORIALE ALLA COLLABORAZIONE INTERDISCIPLINARE;**
- ✓ **DA UNA PRASSI TRADIZIONALE AD UNA PASTORALE ECUMENICA.**



SCOPO DELLA PROGETTUALITÀ

CONIUGARE LA FEDELITÀ AL PROGETTO DI DIO (SALVARE L' UOMO) CON RISPOSTE CONCRETE AI BISOGNI DELL' UOMO.

OBIETTIVI (n. 55) :

COMUNIONE
(DIVERSITÀ E
COMPLEMENTARIETÀ DEI
DONI)

COLLABORAZIONE
(TRA LE VARIE CATEGORIE
DEL POPOLO DI DIO)

EVANGELIZZAZIONE
(PROMUOVERE IL REGNO DI
DIO NEL MONDO DELLA
SALUTE)

LA PROGETTUALITÀ ECCLESIALE RICHIEDE (n. 59)

RIFLESSIONE

DISCERNIMENTO

**SCELTE
PRIORITARIE**

OPERATIVITÀ

VERIFICA

STRUTTURE DI COMUNIONE E COLLABORAZIONE (n. 60 – 66)

A LIVELLO:

NAZIONALE ❖ **UFFICIO NAZIONALE**
❖ **CONSULTA
NAZIONALE**
❖ **TAVOLO NAZIONALE
DELLE ISTITUZIONI
SANITARIE DI
ISPIRAZIONE
CRISTIANA**

REGIONALE ❖ **CONSULTA
REGIONALE**

DIOCESANO ❖ **UFFICIO DIOCESANO**
❖ **CONSULTA
DIOCESANA**

PARROCCHIALE ❖ **CONSIGLIO
PASTORALE**
❖ **GRUPPI DI
VOLONTARIATO**

OSPEDALIERO ❖ **CAPPELLANIA
OSPEDALIERA**
❖ **CONSIGLIO
PASTORALE
OSPEDALIERO**



**COINVOLGIMENTO DELLE
DIVERSE CATEGORIE E
RISORSE (n. 52, 59)**

- ▶ **I PARROCI / CAPPELLANI**
- ▶ **I RELIGIOSI/E**
- ▶ **I DIACONI E I CATECHISTI**
- ▶ **LE DONNE E I GIOVANI**
- ▶ **GLI OPERATORI SANITARI**




- ▶ **I MINISTRI DELL'EUCARISTIA**
- ▶ **I VOLONTARI**
- ▶ **I CENTRI DI ASCOLTO**
- ▶ **I MALATI E I FAMILIARI**
- ▶ **I GRUPPI DI MUTUO -
AIUTO...**



**TAPPE NELLA
PROGETTUALITÀ**

- 1. DIAGNOSI DELLA REALTÀ**
- 2. IDENTIFICAZIONE DI
OBIETTIVI:**
 - a. GENERALI
 - b. SPECIFICI
- 3. OPERATIVITÀ:**
 - a. ATTIVAZIONE DELLE
RISORSE UMANE E
MATERIALI



- b. ASSEGNAZIONE DI COMPITI
E RESPONSABILITÀ
 - c. PERSEGUIMENTO DEGLI
OBIETTIVI SPECIFICI E
GENERALI
 - d. RIFERIMENTO AI TEMPI E
ALLE SCADENZE
- 4. VALUTAZIONE**

ATTENZIONI PARTICOLARI (n. 67)

- 1. FAR RISCOPRIRE AI FEDELI
LA VOCAZIONE
MISSIONARIA DI
ATTENZIONE AI MALATI;**
- 2. PROMUOVERE LA
FORMAZIONE DEGLI
OPERATORI SANITARI;**
- 3. FAVORIRE IL
COORDINAMENTO
EFFICACE DELLE
ASSOCIAZIONI OPERANTI
NEL MONDO SANITARIO;**

- COSTRUIRE COMUNITÀ
SANANTI (n. 51);**
- 5. VALORIZZARE LA
GIORNATA MONDIALE DEL
MALATO.**

QUATTRO DIMENSIONI PASTORALI

KERYGMA – MARTYRIA
(ANNUNCIO – TESTIMONIANZA)

LEITOURGIA
(CELEBRAZIONE – PREGHIERA)

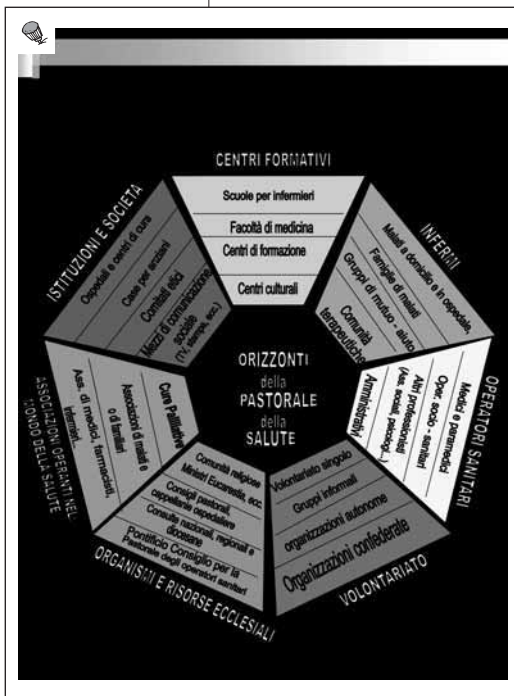
DIAKONIA
(SERVIZIO – CARITÀ)

KOINONIA
(COMUNITÀ – COMUNIONE)

PROPOSTE

**ELABORARE ITINERARI
FORMATIVI CON
DESTINATARI DIVERSI
(FORMAZIONE UMANA,
CRISTIANA, ETICA,
SPIRITUALE, PASTORALE)**

**IDENTIFICARE AMBITI DI
PROGETTUALITÀ
PRIORITARIA A LIVELLO
DIOCESANO;
MOBILITARE E
COORDINARE LE
RISORSE PRESENTI**



FRASE SCOLPITA ALL'ENTRATA DI UN OSPEDALE PSICHIATRICO

NON TUTTI LO SONO

NON TUTTI CI SONO

NON TUTTI LO SANNO



**LA SPERANZA È COME UNA
STRADA DI CAMPAGNA.
NON C'È MAI STATA UNA
STRADA.**

**MA QUANDO MOLTA GENTE
CAMMINA INSIEME
UNA STRADA COMINCIA
AD ESISTERE.**

(ASSOC. FAMIGLIE DI DISABILI)

P rogettualità nella fragilità

Dott.ssa GABRIELLA ANGELETTI - Responsabile Regione Umbria
per la pastorale della sanità

Mi è stato proposto dagli organizzatori di questo convegno di parlare della mia esperienza in termini di progettualità nella pastorale della salute, alla luce della recente nota pastorale “Predicate il Vangelo, curate i malati”. Mi sento in dovere di ringraziare, non solo per la fiducia e l’onore, ma anche perché sono stata costretta a fermarmi, fare il punto della situazione, riflettere sulle scelte operate.

La recente Giornata Mondiale del Malato ha sicuramente portato tutti a ripensare alle fragilità vecchie e nuove dell’uomo, alle risposte che abbiamo dato in parrocchia, nei gruppi di volontariato, in diocesi ecc... Per la fede in Cristo, crediamo che la verità ultima sulla vita dell’uomo non sia la sofferenza e la morte, ma la pace e la vita che in Cristo ci sono state donate. Questa fede è fondamento della speranza, che non è una speranza ottimista, non cancella la sofferenza, ma ancora di più, è una speranza che si fa concreta in gesti di carità. La prossimità all’uomo sofferente ci rende testimoni della speranza che è in noi.

Nella cultura contraddittoria del nostro periodo storico, di fronte ad una poliedricità di richieste, di risposte e di buoni propositi della Sanità pubblica e di chi la governa, di fronte ad una cosiddetta società dei diritti, ivi compreso il diritto alla salute, la Chiesa propone l’ideale di una comunità che si prende cura dell’uomo nella sofferenza.

La Chiesa si “prende cura”

- difendendo e promuovendo la persona nella sua globalità;
- coinvolgendo la famiglia;
- coinvolgendo gli operatori sanitari e pastorali.

In sintesi, la Chiesa è ancora e maggiormente chiamata a offrire la luce e l’orientamento del Vangelo¹.

Dopo questa introduzione scontata, ritorno alla esperienza che ho potuto fare in diocesi. Circa 12 anni or sono, scrivendo quello che poteva essere il programma di lavoro per la pastorale della salute, pensai che il primo passo da fare fosse quello incidere sulla cultura, ripensare in termini diversi la sofferenza e l’uomo nella sofferenza; la risposta in termini di prossimità, di accoglienza, di opere da compiere sarebbe stata la naturale conseguenza. Quella prima

¹ PVCN 22,18

programmazione fu riassunta in uno slogan, che forse qualcuno ancora ricorda perché allora ebbi modo di illustrarlo:

“evangelizzare la sofferenza, evangelizzare con la sofferenza, evangelizzare le strutture della sofferenza”.

Con “evangelizzare la sofferenza” intendo porre l’attenzione e quindi anche l’operare sul significato dimenticato, rigettato, non accettato perché svuotato di significato, della fragilità dell’uomo.

Perché l’uomo deve ammalarsi, soffrire, morire? l’uomo nella fragilità della malattia e della morte è ancora uomo, è ancora degno di questo nome? cosa deve pensare, progettare, organizzare la società per dare una risposta positiva all’uomo sofferente? e la Chiesa e in particolare la chiesa locale? evangelizzare la sofferenza significa dire la verità sull’uomo: fare verità nella speranza.

In ogni diocesi ci sono forze da stimolare, che possono aiutare a dare una risposta sul senso della sofferenza e sulla risposta concreta da dare all’uomo sofferente.

Il progetto è stato quello di organizzare una volta all’anno e comunque in occasione della Giornata Mondiale del Malato, una conferenza-dibattito pubblico in tema di bio-etica e di politica sanitaria. Di volta in volta, in base alle competenze, sono stati attivate varie associazioni, cito quelle che in maniera più attiva hanno collaborato: l’associazione medici cattolici (AMCI), l’associazione operatori sanitari cattolici (ACOS), il movimento ecclesiale per l’impegno culturale (MEIC), e le associazioni che operano accanto al malato (CVS, UNITALSI). Due regole hanno guidato l’organizzazione dei mini-convegni (non più di un pomeriggio o di una mattina): la sede doveva essere pubblica, per quanto possibile istituzionale, in base alla tipologia dell’evento, ed i relatori, esperti del tema, cattolici e laici, a confronto.

In dieci anni sono stati trattati vari temi, in particolare si noti la correlazione dei temi scelti con la progettazione della pastorale della salute:

- 1998: il corretto utilizzo delle risorse in sanità
- 1999: riconciliazione fra scienza e fede
- 2000: deontologia medica e visione cristiana dell’uomo
- 2001: ospedale: un laboratorio di umanità
- 2002: “... e si prese cura di lui...”: Incontro - dibattito con i rappresentanti della sanità pubblica e le varie espressioni del volontariato
- 2003: 1° convegno nazionale delle associazioni di volontariato sanitario: progetti a confronto
- 2004: 2° convegno nazionale delle associazioni di volontariato sanitario: l’accesso ai farmaci essenziali nei paesi in via di sviluppo
- 2005: “è tempo di realizzare un ospedale etico?”
- 2006: il dolore come senso ed il senso del dolore
- 2007: eutanasia fra morale e diritto: la legislazione italiana

Ma la formazione deve essere anche all'interno della Chiesa, e quindi – nell'ambito di una più ampia iniziativa della diocesi, di formazione continua per i vari ministeri – è stata introdotta anche la formazione per il volontariato rivolto ai malati e per i ministri della comunione, per quello che riguarda il rapporto con i malati. È una formazione adeguata ai volontari delle parrocchie e dei movimenti, la uso chiamare “la formazione delle api operaie”: ogni anno otto incontri dalle 21 alle 22.30, ogni anno un documento della Chiesa da leggere e discutere². Emergono negli incontri i grandi temi sul significato della sofferenza nell'antico e nel nuovo testamento, la difesa della vita dell'uomo dal sorgere al suo esito naturale, la preghiera ed i sacramenti nel tempo della malattia, la relazione d'aiuto, ovvero la capacità di farsi prossimo, ed infine l'organizzazione della pastorale della salute, con gli obiettivi di coinvolgimento dell'intera comunità cristiana, compreso il malato stesso che diventa soggetto, diventa evangelizzatore, il primo testimone di speranza nella sofferenza.

Il malato soggetto della pastorale spiega come la sofferenza evangelizzi.

Quando vado in giro per le parrocchie, sono solita suggerire alcune iniziative: una di queste è l'invito “adottate una struttura di sofferenza”.

E se nella parrocchia è presente un disabile giovane, questo deve essere “adottato” dal gruppo giovani della parrocchia, permettendogli di essere dentro il gruppo e per quanto possibile nelle iniziative del gruppo.

Nell'ambito di ogni zona pastorale in cui è suddivisa la diocesi c'è almeno un Istituto per disabili psico-fisici, o una Residenza per anziani, o un Ospedale. La comunità cristiana deve essere presente in queste strutture con il volontariato, sia per un aiuto nell'assistenza, sia perché il volontariato riesce ad essere tramite fra l'istituzione e la parrocchia e coinvolgerla nell'animazione e nella risposta ad eventuali bisogni emergenti.

Risultati raggiunti: ogni Istituto per disabili e residenza per anziani ha volontariato al suo interno. Ma, viceversa, non tutte le parrocchie sono presenti in queste strutture con il volontariato.

Del resto anche la continuità nell'impegno vacilla e nel tempo la presenza dei volontari è fluttuante. Più costante è la presenza nelle famiglie della parrocchia con un malato cronico o terminale, affidato prevalentemente al ministro della comunione.

Un'altra iniziativa suggerita è la celebrazione comunitaria del sacramento dell'unzione degli infermi con cadenza annuale, per quanto possibile preparata con ampio coinvolgimento della comu-

² *Salvifici Doloris, Evangelium vitae*, La pastorale della salute nella Chiesa Italiana, che sarà affiancato dalla nuova nota pastorale “*Predicate il Vangelo e curate i malati*”

nità parrocchiale. Anche in questo caso, le prime celebrazioni sono state particolarmente animate, poi nel tempo si sono affievolite e mantenute solo come impegno annuale, solitamente nella messa vespertina pre-festiva o festiva, in coincidenza con ricorrenze particolari della parrocchia.

Ancora, un'altra iniziativa che ha avuto più continuità probabilmente per la sua semplicità, è la celebrazione eucaristica mensile per tutti i malati della parrocchia (nell'ospedale per i defunti del mese), sostenuta dai volontari e con invito particolare ai malati, se trasportabili, e ai loro familiari.

In alcune parrocchie della diocesi particolarmente attive nella difesa della vita, ogni anno si attivano progetti per sostenere donne in difficoltà a portare avanti la gravidanza, prevalentemente per ragioni economiche e sociali.

Una sola cosa non ho ancora visto realizzarsi: l'apertura delle nostre case (di noi ancora cosiddetti sani) ad anziani, disabili, malati cronici che con tanta dedizione andiamo a trovare nelle loro case o nei loro Istituti.

Queste iniziative che cito, le più frequenti nelle parrocchie, coinvolgendo per gli aspetti della preparazione e dell'animazione una buona parte della comunità parrocchiale (bambini del catechismo, ragazzi, giovani, adulti, gruppi ecclesiali ecc...) pongono a contatto con la sofferenza in maniera positiva, stimolano gesti di solidarietà, di condivisione.

Giovanni Paolo II, nella *Salvifici Doloris*, sottolinea questo aspetto di come la sofferenza possa evangelizzare, suscitando nell'uomo gesti di amore disinteressato in favore degli uomini sofferenti. La parrocchia ed il territorio camminano accanto agli Ospedali e alle Case di cura.

Non è facile entrare in un grande ospedale pubblico: i vari gruppi di volontariato, non necessariamente cattolici, portano comunque un segno di presenza, condivisione, umanizzazione.

La chiave di entrata è la cappellania ospedaliera, affiancata da un consiglio pastorale, non solo consigliante, ma soprattutto coadiuvante i cappellani nelle iniziative liturgiche e di animazione pastorale. Ed anche qui si ripete la metodologia del coinvolgimento: la messa domenicale ripetuta in vari reparti di degenza, oltre che nella cappella; la messa di Natale e Pasqua con iniziative organizzate ogni volta da un reparto diverso, veglia di preghiera prima della giornata mondiale del malato, formazione spirituale del CPO, ma anche gita annuale aperta a tutti i dipendenti dell'Ospedale.

Dopo ad aver provato a mettere le basi per la pastorale della salute nelle parrocchie e negli Ospedali, la domanda da porsi era: quali sono le fragilità emergenti, nel territorio della diocesi, verso le quali è necessario dare una risposta, una testimonianza importante e concreta, della speranza che è in noi?

La nota pastorale recita, “la prima attenzione della cura pastorale nelle comunità cristiane è la *visita* al mondo della salute”. Si tratta di conoscere la reale situazione della sanità del proprio ambito territoriale, consolidando e intensificando le attività che già si attuano (...). Nel suo significato globale, la visita implica anche la conoscenza di tutti i problemi connessi con la salute e la malattia, come la prevenzione, il valore della vita, l’educazione sanitaria, la partecipazione alle iniziative promosse dalle istituzioni civili³.

Il tutto è partito cinque anni fa con un incontro pubblico fra istituzioni e volontariato, sotto c’era la necessità di censire queste realtà, capire cosa facevano. Cercare le maglie sgranate del tessuto.

Il titolo del convegno ricordava il messaggio della X Giornata Mondiale del Malato (...e si prese cura di lui...).

All’interno del programma-invito si ricordava una frase della *Sollicitudo Rei Socialis*: la solidarietà non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone vicine o lontane, ma è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siano veramente responsabili di tutti.

La domanda sul prendersi cura (relativamente ai malati terminali, agli anziani non autosufficienti, ai malati mentali e ai disabili psico-fisici) era rivolto alla sanità pubblica, al volontariato ed alle istituzioni laiche e cattoliche: come cooperare per offrire assistenza sanitaria, solidarietà, disponibilità all’ascolto, ed essere promotori di speranza?

Invitati al dibattito l’assessorato alla sanità della regione Umbria, i servizi sociali della provincia di Perugia, i responsabili, i coordinatori e gli operatori impegnati nell’assistenza agli anziani, ai malati mentali ed ai malati terminali, nelle strutture di accoglienza laiche e cattoliche.

La sede: la sala consiliare del Palazzo della Provincia.

Il giorno dopo, fatta la sintesi dell’incontro, è sembrato chiaro che le fragilità più fragili fossero il malato terminale ed il malato psichiatrico.

In particolare in Umbria non c’erano e ancora non ci sono *hospices* per malati terminali, ed i gruppi di volontariato professionale per le cure palliative a domicilio non riescono a coprire tutte le richieste.

Cosa fare? come rispondere a questa provocazione?

La gestione della salute pubblica spetta al Servizio sanitario nazionale e regionale e alla sua organizzazione territoriale, tuttavia come comunità cristiana non possiamo chiudere gli occhi di fronte ad una sofferenza che grida.

³ PVMC, 49

- Il cammino compiuto, lento ma progressivo, è stato il seguente:
- la conoscenza di strutture di eccellenza, rivolte all'accoglienza e al trattamento del malato psichiatrico e del malato terminale per le cure palliative;
 - la valutazione della possibilità di ripetere queste esperienze anche nella nostra diocesi.

Prima come Ufficio per la pastorale della salute, poi insieme ai responsabili della Caritas diocesana, ed infine dopo il vaglio di quanto visto, insieme all'Arcivescovo si è andati a conoscere queste strutture.

Non è facile dare il via ad opere segno di tale portata: si ritorna con il cuore pieno di meraviglia e di gratitudine per quanto si vede operare, ma si comprendono anche i passi non facili da compiere: il reperimento di strutture da adibire all'opera segno, la possibilità, anzi la necessità d'inserimento dell'opera nel piano socio-sanitario della regione con accreditamento e convenzione di almeno parte dei servizi, la ricerca di una Istituzione con esperienza nel settore per la gestione nel tempo dell'opera.

Pur nella difficoltà non indifferente, l'idea non è stata abbandonata.

Basta pensare al ritorno positivo che due opere segno della Chiesa, rivolte rispettivamente al malato psichiatrico e al malato terminale, possono avere sul territorio sia come gesto concreto ed in particolare nella ri-evangelizzazione di una comunità cristiana un po' stanca.

Basta pensare all'attivazione accanto alla struttura sanitaria di un volontariato qualificato a domicilio, preparazione di questo volontariato, l'attenzione al vissuto della famiglia con malato psichiatrico o terminale, l'accompagnamento alla morte del malato. L'opera segno si pone anche come risposta alle domande, volutamente inquietanti e forvianti dalla verità, sulla richiesta di eutanasia.

In sintesi, in dieci anni di lavoro nella pastorale della salute, probabilmente non ho realizzato niente di più degli altri, spero tuttavia:

- di aver avviato una metodologia di lavoro nel coinvolgimento di molti (vorrei dire tutti) nell'attenzione alle fragilità dell'uomo,
- di aver sottolineato la stretta correlazione dell'evangelizzare con il "prendersi cura" della persona sofferente;
- di aver individuato percorsi concreti per dire la speranza in termini di verità e di carità.

L e realtà regionali: suggerimenti per il cammino verso il domani

Mons. ITALO MONTICELLI - Responsabile Regione Lombardia
per la pastorale della sanità

Premesse

È il contesto sociale e culturale del momento che ci spinge a riflettere con maggior attenzione sulla pastorale sanitaria in ambito regionale e a delineare qualche iniziativa utile per il settore della salute.

1) Nella società contemporanea la salute e la malattia sono percepite e vissute rispetto al passato con una più acuta sensibilità a motivo del profondo rapporto che viene avvertito tra vita, pienezza di vita, benessere e felicità dell'uomo.

Inoltre l'interesse e l'impegno dello Stato verso la salute ed i suoi problemi si sono opportunamente acuiti ed estesi così da produrre vari interventi legislativi - sia in sede nazionale che in sede regionale - e da riversare notevoli risorse umane ed economiche per l'assistenza e la cura dei malati.

Di fronte a questa evoluzione culturale e interesse del problema-salute, - problema profondamente umano - , la Chiesa non può rimanere assente.

Convinta più che mai che la pastorale della sanità è un'attività connaturale con la sua missione, ha cercato e cerca di porre grande attenzione anche *attraverso un aggiornamento degli strumenti di pastorale in tale settore.*

2) Le due Note pastorali: "*La pastorale della salute nella Chiesa italiana*" del 1989 e "*Predicate il Vangelo e curate i malati*" del 2006, prospettano tra le strutture principali della pastorale sanitaria, la consulta regionale, sottolineando¹:

- il coinvolgimento della Conferenza Episcopale Regionale nel designare un Vescovo con l'incarico di seguire la pastorale sanitaria e un incaricato regionale, che opera d'intesa con lo stesso Vescovo;
- la istituzione di una Consulta regionale per la pastorale della sanità, composta da persone interessate al settore;

¹ cfr. Nota 1989 nn. 71-74 - Nota 2006 n. 63

- i compiti specifici della Consulta regionale che “riguardano in particolare la promozione di iniziative a carattere formativo, il coordinamento degli uffici diocesani, l’attenzione agli interventi legislativi, la sensibilizzazione della popolazione ai problemi sanitari”².

Nella Nota pastorale del 2006 viene indicata una novità per rendere il più efficace il cammino della pastorale sanitaria a livello regionale o interregionale: la costituzione di Tavoli delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana sul modello del Tavolo nazionale già esistente.

3) La Consulta Regionale oggi è presente - mi sembra - in tutte le regioni. E, questo, è un fatto molto positivo.

Il lavoro pastorale svolto dalle singole Consulte regionali, in questi ultimi tempi, è stato molto intenso e interessante. Basti pensare ai protocolli d’intesa stipulati tra le autorità civili e le autorità religiose per regolarizzare giuridicamente la presenza delle cappellanie.

In tutti i protocolli si riconosce che accanto ai sacerdoti, ci possono essere diaconi, consacrati/e, laici che collaborano per l’assistenza spirituale ai ricoverati e per i problemi della umanizzazione e dell’evangelizzazione. È un riconoscimento che va apprezzato, ma nello stesso tempo impegna ad assicurare l’assistenza spirituale con spirito aperto e collaborativo.

L’aspetto interessante delle intese è dato dalla sintonia che esse hanno con la legge 833 del 1978 nel contesto di un impegno “alla reciproca collaborazione per la promozione dell’uomo e il bene del paese” che Stato e Chiesa in Italia hanno voluto affermare come principio cardine dell’Accordo concordatario del 1984.

Quello che ha affermato il Card. Dionigi Tettamanzi sullo svolgimento del servizio di assistenza religiosa nella firma del protocollo d’intesa tra Regione Lombardia e Regione Ecclesiastica Lombarda, vale per tutte le “regioni”: “a nome della Chiesa, essi si pongono con fine sensibilità e delicata discrezione in ascolto delle domande che la malattia spesso fa nascere nel cuore del malato ed offrono a quanti lo desiderano l’accompagnamento di una solidarietà umana e di una cura spirituale. Così tra le finalità del servizio di assistenza religiosa sono comprese non solo le “attività dirette all’amministrazione dei sacramenti e dei sacramentali, alla cura delle anime, alla catechesi ed all’esercizio del culto”, ma anche il “sostegno al processo terapeutico della persona ammalata, il contributo in materia di etica e di umanizzazione nella formazione del personale, la promozione del volontario, in particolare per l’umanizzazione delle strutture, dei servizi e dei rapporti interpersonali”³.

² n. 63 della Nota del 2006

³ art. 5 del protocollo d’intesa della Lombardia

Tale riconoscimento fa comprendere che il servizio di assistenza religiosa è un fattore umanizzante che concorre al miglioramento dei servizi erogati ed è pure un aiuto determinante per una assistenza e cura olistica del malato.

Ritengo opportuno ribadire brevemente:

- le motivazioni che giustificano l'istituzione di una Consulta regionale per la sanità;
- le possibili attività da realizzare;
- le modalità per costituire il Tavolo regionale delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana.

I - Le motivazioni **Motivazioni di carattere sociale**

In una società democratica la partecipazione delle "forze sociali" alla formazione della pubblica opinione ed alla elaborazione delle leggi, e *l'incidenza della loro presenza* sono un elemento di grande importanza per la vita sociale. Anche le associazioni e movimenti ecclesiali del mondo sanitario devono sentirsi interpellati e coinvolti in tale lavoro.

Un organismo come la Consulta può *agevolare gli incontri e facilitare lo scambio di esperienze*, al fine di raggiungere una maggior qualificazione del servizio nel campo sanitario.

L'esigenza di un simile organismo diviene più impellente per *l'affermazione e l'estendersi del volontariato nell'assistenza e cura dei malati*: realtà ormai riconosciuta in varie leggi nazionali e regionali.

La necessità di avere *collegamenti con gli organismi democratici della società* (Regione, Comuni, ASL) per seguire l'evoluzione della legge di Riforma sanitaria nel territorio, per collaborare alla formulazione delle sue leggi e alla costituzione o al funzionamento dei servizi, per suggerire opportune iniziative urgenti in favore dei cittadini più bisognosi, ecc... fa sentire sempre più il bisogno di una Consulta a livello regionale.

Il trasferimento alle regioni di gran parte delle competenze in materia sanitaria spinge le comunità civili e religiose ad essere più attente ai problemi sanitari e ad intervenire in decisioni importanti.

Motivazioni di carattere ecclesiale

La sollecitudine pastorale della Chiesa verso il vasto mondo della malattia e della sofferenza, ai quali Cristo e le prime comunità cristiane hanno dedicato una particolare cura e assistenza, ha fatto presente l'opportunità di far sorgere organismi per seguire con più organicità e incisività i problemi sanitari e per costruire una pastorale comunitaria e d'insieme.

Una seconda motivazione in favore della costituzione della Consulta Regionale sta nel fatto che *viene messo in evidenza il soggetto primario* della pastorale sanitaria, che è la chiesa nella varietà e pluralità dei suoi carismi, vocazioni e ministeri.

È un modo di veder realizzata concretamente la missione della Chiesa e di far compiere un reale cammino spirituale ai credenti.

Inoltre con una consulta regionale attiva si facilita la realizzazione della dimensione comunitaria dell'azione pastorale dei cristiani; si rende possibile la partecipazione responsabile delle persone, delle associazioni, dei movimenti e dei gruppi interessati al settore; e fa superare la tentazione di delegare solo a poche persone l'interesse per i problemi della salute.

L'evoluzione scientifica, tecnica e sociale, ha una forte incidenza nel settore medico-sanitario, con l'emergere di nuovi e gravi problemi morali e con la necessità di riesaminare e approfondire le soluzioni alle quali si era pervenuti.

È preferibile che un certo lavoro di studio, e di approfondimento su alcune tematiche avvenga unitariamente e con l'appoggio di tutti gli organismi, per facilitare soluzioni omogenee e un più largo accoglimento delle medesime.

II – Attività

Credo opportuno sottolineare le finalità da tener presente nel cammino pastorale di una Consulta regionale e poi indicare alcune particolari indirizzi pastorali.

Finalità

Illuminare con la Parola di Dio e la visione cristiana i *problemi della sanità*, che toccano la natura dell'uomo e che riguardano problemi etici nel campo dell'assistenza e della ricerca.

Basti pensare alle necessità di realizzare una medicina "più umana", che consideri l'uomo non come un puro oggetto di studio e di assistenza, ma come un essere umano da rispettare e coinvolgere, ai problemi dei trapianti e della manipolazione genetica, della geriatria e psichiatria ecc...*Svolgere opere di educazione sanitaria* verso i valori della vita e verso la visione globale della salute, realizzare una "cultura della vita"; come pure favorire l'utilizzazione conveniente e senza sperperi delle risorse umane ed economiche.

Umanizzare le strutture sanitarie, le prestazioni sanitarie e i rapporti interpersonali tra ammalati e operatori sanitari.

Sollevare moralmente il malato, aiutandolo ad affrontare con coraggio il momento della malattia, così da valorizzare umanamente e cristianamente la situazione di sofferenza, di dipendenza e di emarginazione in cui versa (“cultura della sofferenza”).

Favorire in tutti i cittadini la conoscenza completa e critica delle Leggi della Riforma Sanitaria, facendo emergere lo spirito e i valori di cui esse sono portatrici.

Attenzioni

La pastorale sanitaria deve avere oggi alcune particolari attenzioni. Richiamiamo quelle che una Consulta Regionale è bene debba tener presenti, avendo anche l'avvertenza di considerare il n. 67 della Nota pastorale del 2006.

1) Vocazione missionaria del cristiano

La prima attenzione riguarda la *vocazione missionaria che i fedeli devono riscoprire e valorizzare*. L'intento è chiaro: prendere coscienza della originalità rivoluzionaria che il battesimo porta dentro la propria vita.

Ogni cristiano – in forza del Battesimo – è un membro della Chiesa, un membro che fa la Chiesa. Non è uno che guarda e osserva la Chiesa da estraneo. In forza della dignità battesimale, siamo sostanzialmente tutti uguali e missionariamente tutti impegnati.

Uguaglianza e impegno missionario vanno vissuti in ogni attività pastorale, anche in quella sanitaria, partecipando al triplice ufficio sacerdotale, profetico e regale di Gesù Cristo.

La partecipazione *all'ufficio sacerdotale* di Gesù Cristo rende la propria vita un sacrificio vivente, santo gradito a Dio. Questo tipo di sacrificio si può realizzare anche in campo sanitario, vivendo bene la propria professionalità. Così si esprimono due documenti: “Il servizio reso al sofferente prolunga, non solo sull'altare, ma anche in ogni luogo di sofferenza...quella liturgia in cui Cristo continua ad offrire al Padre il sacrificio insieme a coloro che soffrono uniti a Lui e continua a donare la sua vita, assieme a tutti i buoni samaritani d'oggi, perché l'uomo abbia a vivere in pienezza”⁴.

“Il laico che lavora nel settore sanitario non soltanto esercita una delle professioni più nobili, ma esige anche, in pratica, da apostolo, spesso missionario. L'onestà e la competenza professionale sono indubbiamente indispensabili e difficilmente possono essere sostituite da un altro tipo di zelo apostolico”⁵.

⁴ *I laici nel mondo della sofferenza e della salute*, n. 31

⁵ *Sacramento dell'unzione a cura pastorale degli infermi*, n. 57

Circa la partecipazione dell'ufficio e alla *missione profetica di Cristo*, ricordiamo le parole della *Lumen Gentium*, quando afferma che Gesù Cristo costituisce i laici "suoi testimoni e li provvede del senso della fede e della grazia, perché la forza del Vangelo risplenda nella vita quotidiana, familiare e sociale"⁶.

In parole semplici si può dire che bisogna maturare la propria fede, per diventare degli evangelizzatori nel mondo sanitario. Il cristiano deve essere oggi un testimone della Parola di Dio, ovunque si trovi. Deve dare priorità all'evangelizzazione, con la testimonianza della vita e l'accostamento personale.

Occorre diffondere una nuova e vera evangelizzazione sul significato della vita, della malattia, della sofferenza e della morte. Lo deve fare ogni persona che vive nell'ambiente sanitario, attraverso i suoi atteggiamenti più che con le parole. Lo deve fare rispettando ogni dolore, amando le persone sofferenti, rispettandole nella loro dignità, non considerandole come numeri o pezzi anatomici.

Non si dimentichi poi l'azione evangelizzante che è connessa con l'accostamento personale con i malati, con i familiari, con i colleghi di lavoro. E lo si deve fare assumendo la medesima pedagogia di Cristo, che era profondamente umana, rispettosa della dignità di ciascuno.

Circa la preparazione all'*ufficio e alla missione regale di Cristo*, ricordiamo le parole della *Christifideles laici*:

"I cristiani vivono la regalità cristiana anzitutto mediante il combattimento spirituale per vincere in sé stessi il male del peccato, e poi mediante il dono di sé per servire, nella carità e nella giustizia, Cristo presente in tutti i fratelli, soprattutto nei più piccoli"⁷.

Nell'Enciclica *Redemptor Hominis*, Giovanni Paolo II, afferma: "Il senso essenziale di questa regalità e di questo dominio sul mondo visibile, assegnato all'uomo, come compito, dallo stesso Creatore, consiste nella priorità dell'etica sulla tecnica, nel primato della persona sulle cose, nella superiorità dello spirito sulla materia"⁸.

Il cristiano partecipa realmente alla regalità di Cristo ogni volta che diffonde le esigenze di onestà, di giustizia, di umanità, di solidarietà e di amore sociale, di rispetto alla dignità delle persone.

Costruire una società – anche un pezzo di società quale è un ospedale o una casa di cura – *sulla cultura dell'amore* è un modo di vivere la regalità di Cristo.

E a tale costruzione l'operatore sanitario, specie se cristiano, ci deve tenere come alla cosa più preziosa.

⁶ n. 35

⁷ cfr. Mt 25,40

⁸ n.14

⁹ n. 16

2) Il primato dell'evangelizzazione

È il processo di secolarizzazione in atto nella società contemporanea, che spinge a sottolineare questo primato, che del resto è voluto anche dall'Episcopato italiano¹⁰. *La secolarizzazione ha attuito la nostra sensibilità spirituale e morale*, in tanti settori, anche in quello della sanità. Si pensi alla difficoltà di accostare i malati per un'assistenza religiosa adeguata ed efficace, di dare un senso della vita, un significato alla sofferenza ecc.

La necessità dell'evangelizzazione è motivata anche dal *progresso scientifico* che nel campo della sanità, con alcune scoperte importanti e decisive per il futuro stesso dell'uomo pone un accento preoccupante su alcuni problemi, come: eutanasia, fecondazione in vitro, manipolazioni genetiche, trapianti, tossicodipendenza, nuove pratiche abortive, ecc.

Il primato dell'evangelizzazione va pure *salvaguardato nella celebrazione dei sacramenti*, per una loro corretta concezione e per il loro significato non più facilmente comprensibile dalla odierna mentalità.

Oggi la pastorale non può più essere pensata come una semplice "sacramentalizzazione", senza un'adeguata preparazione, ma dev'essere più attenta alle situazioni dei singoli, più illuminata ai valori umani e cristiani della vita e della salute.

In particolare la catechesi sui temi della salute, della malattia, della morte e dei problemi annessi non può essere rivolta solo agli ammalati, agli operatori sanitari e nelle strutture sanitarie, ma a tutti i membri della comunità.

3) Educazione alla salute

La prospettiva di un'educazione alla salute, pur essendo lontana ancora nelle sue realizzazioni concrete, non può essere dimenticata da una consulta pastorale. È un problema che si fa più vicino alle realtà del territorio e sempre più impegnativo nelle implicazioni morali. Si tratta allora di creare condizioni che facilitano una vera educazione a un modo proficuo di vivere.

Qui particolarmente dovrebbe esprimersi un'azione pastorale attenta e intelligente, anche perché in questo settore noi cristiani ci presentiamo con delle sensibilità particolari.

Dobbiamo saper dire un "sì" deciso alla tutela della salute, intesa come dono e come responsabilità, ma un "no" pur deciso all'idolatria della salute, vista come valore unico e supremo. Perciò bisognerà diffondere una giusta e adeguata *cultura della salute*, attraverso la catechesi, confronti di opinioni, intervento costruttivo e competente negli ambiti di elaborazione dei sussidi, sostegno di una antropologia integrale, rispettosa di tutti i valori autentici.

¹⁰ vedi Documenti della CEI degli anni '70 sull'evangelizzazione

Avere il coraggio di denunciare il *consumismo sanitario*, che è fonte di spreco e di riduzione delle risorse in ordine alla realizzazione di interventi più importanti e urgenti. Accanto alla medicina dei bisogni è sorta la medicina dei desideri: cosa dire al riguardo?

Dobbiamo assumerci anche il compito di promuovere una più attenta sensibilità ai comportamenti personali e collettivi nell'azione di formazione delle coscienze per situazioni particolari: come circolazione stradale, abusi dell'attività sportiva, inquinamento, insicurezza dell'ambiente di lavoro, abuso del fumo e degli alcolici, ecc.

4) La formazione del personale

Forse qui tocchiamo un tasto che si può rivelare come elemento decisivo per un cambiamento profondo del mondo sanitario.

Oggi c'è mancanza di personale infermieristico. Cosa si può fare al riguardo? quali iniziative escogitare?

La perplessità sorge poi se badiamo a quanto si fa o non si fa in termini di preparazione, di formazione e di competenza nei loro confronti.

La qualificazione del personale diventa un problema urgente e grave per tutti, in modo particolare per chi crede nell'incidenza che ha una professione nella cura del malato.

“La formazione - dice la Nota pastorale - non può limitarsi a rimediare all'ignoranza cognitiva, ma deve puntare a far maturare atteggiamenti che tocchino tutte le dimensioni della persona. L'operatore pastorale, infatti, è chiamato a *crescere* non solo a livello del *sapere* ma anche a quello del *saper essere* e del *saper fare*”¹¹.

Oggi si parla molto di *formazione integrale*, che abbraccia i vari aspetti della vita, e di *formazione permanente*, che non si limiti nel tempo e nelle conoscenze.

Si ponga perciò attenzione alla *formazione spirituale* del cristiano, per crescere senza sosta nella conoscenza profonda di Cristo, nella dedicazione ai fratelli con carità e giustizia.

Si rileva oggi pure urgente la *formazione dottrinale*, sia per il naturale dinamismo di approfondimento della propria fede sia per l'esigenza di “rendere ragione della speranza” che in lui di fronte al mondo e ai suoi complessi problemi.

Per un'azione missionaria incisiva nel campo sanitario necessita anche una *formazione ai valori umani*, o meglio alla crescita dei valori umani, in particolare del senso di solidarietà, del senso civico e di quelle virtù che riguardano i rapporti sociali, quali la probità, lo spirito di giustizia, la sincerità, la cortesia, la sofferenza d'animo ecc.¹²

Una comunità con le sole proprie forze, difficilmente potrà adempiere ad un simile compito formativo. Dove cercare allora di ri-

¹¹ n. 67

¹² cfr. *Apostolicam Actuositatem*, 4

volgersi ai vari istituti di pastorale sanitaria, già presenti a livello nazionale, come il Camillianum di Roma che è un Istituto internazionale specializzato per la formazione in pastorale sanitaria, e anche ai vari enti a livello regionale o diocesano, che si stanno attrezzando per far fronte a tale esigenza.

Ricordo quanto disse il Card. Martini ad un raduno di giovani: "Perché non incoraggiare anche... a scegliere, in una esigente ottica vocazionale, lavori eticamente densi anche se socialmente esigenti o non considerati come trampolini di successo? penso agli infermieri negli ospedali, nei cronicari, negli istituti per handicappati gravi, penso a tutti i servizi come gli agenti di custodia, maschili e femminili, dove si esige un supplemento di austerità e di spirito di sacrificio".

5) Volontariato

Va incoraggiata la sensibilizzazione della comunità cristiana attorno al tema del volontariato, che sta estendendosi e specificandosi sempre più.

È necessario curare la preparazione e la formazione di volontari così da qualificare il loro servizio nelle strutture sanitarie e nel territorio. Particolare attenzione si deve dare alle Associazioni di ispirazione cristiana già operanti in questo campo: AVULSS, AVO, UNITALSI, OFTAL, SMOM ecc.

Mi sembra utile far notare come oggi il volontariato, nel settore, stia assumendo un triplice indirizzo:

- **un indirizzo assistenziale:** è quello più diffuso ed in un certo senso più facile e più accolto;

- **un indirizzo partecipativo:** è quello che fa più fatica a penetrare nella mentalità della gente. Eppure ha una notevole importanza. Si tratta di formare persone che sappiano con competenza essere presenti nelle strutture sanitarie, per un'azione di corresponsabilità nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari. I livelli della partecipazione sono vari: programmazione, gestione, controllo;

- **un indirizzo pastorale:** è il volontariato che si pone accanto al sacerdote con l'intento di coadiuvarlo nell'assistenza religiosa. Ha già dei semi significativi con la presenza di assistenti spirituali, nelle strutture sanitarie.

6) La collaborazione tra le strutture sanitarie e le comunità cristiane del territorio

Ormai la sanità non è più concentrata nella sola struttura dell'ospedale come era pochi anni fa. Sta cambiando l'assetto della sanità più vicina al territorio con diverse strutture: ambulatori, case di accoglienza, ricoveri, casa per anziani ecc.

La Nota pastorale del 2006 parla anche di favorire microstrutture. La storia della sanità ci presenta, attraverso le opere di tanti santi fondatori, l'istituzione di ospedali, ricoveri, case di cura

e di ospitalità in favore dei malati e bisognosi. Tante di queste opere sono ancora oggi ricordate e ammirate come il Cottolengo di Torino, le opere della Fondazione Don Gnocchi, le istituzioni di Don Guanella, Don Luigi Monza, Don Luigi Monti, Mons. Moneta, Don Orione, Madre Teresa di Calcutta ecc...

Simili opere vanno conservate perché ci dicono che è stato applicato nella concretezza il comandamento della carità¹³.

Oggi, forse, occorre non più puntare alle grandi istituzioni, difficilmente gestibili sotto vari aspetti. È più facile, come già avviene in tante comunità, far sorgere piccole strutture che portano beneficio alla persona, come case per anziani, ambulatori, centro di accoglienza ecc...

Gestire enti a misura di uomo diventa possibile, e diventa anche facile renderli luoghi di buona ospitalità, di umana assistenza e favorire uno spirito veramente familiare; permettono alle persone di vivere nel proprio ambiente naturale.

7) Giornata Mondiale del Malato

Un'occasione da valorizzare da parte di una Consulta regionale è la celebrazione della *Giornata mondiale del malato*, istituita da Giovanni Paolo II nel 1992. Due sono le sottolineature da mettere in rilievo.

Prima di tutto far *conoscere bene le finalità indicate dal Papa*. Non c'è una sola finalità da realizzare ma diverse. Occorre tenerle presenti tutte, se si vuole rendere la Giornata del Malato più ricca di iniziative, più coinvolgente nei vari problemi sanitari e anche più stimolante nel richiamare i fedeli alla partecipazione nei vari servizi a favore dei malati o dell'organizzazione sanitaria. È bene perciò leggere attentamente quanto affermato da Giovanni Paolo II.

“La Chiesa che, sull'esempio di Cristo ha sempre avvertito nel corso dei secoli il dovere del servizio ai malati e ai sofferenti come parte integrante della sua missione¹⁴, è consapevole che “nell'accoglienza amorosa e generosa di ogni vita umana, soprattutto se debole e malata, vive oggi *un momento fondamentale della sua missione*”¹⁵. Essa inoltre non cessa di sottolineare l'indole salvifica dell'offerta della sofferenza, che vissuta in comunione con Cristo, appartiene all'essenza stessa della redenzione¹⁶.

La celebrazione annuale della “Giornata del Malato” ha quindi lo scopo manifesto di sensibilizzare il popolo di Dio e, di conseguenza, le molteplici istituzioni sanitarie cattoliche e la stessa società civile, alla necessità di assicurare la migliore assistenza agli infermi; di aiutare chi è ammalato a valorizzare, sul piano umano e

¹³ cfr. *Deus Caritas est*, n. 40

¹⁴ *Dolentium Hominum 1*

¹⁵ *Christifideles laici*, 38

¹⁶ cfr. *Redemptoris missio*, 78

soprattutto su quello soprannaturale, la sofferenza; a coinvolgere in maniera particolare le diocesi, le comunità cristiane, le famiglie religiose nella pastorale sanitaria; a favorire l'impegno sempre più prezioso del volontariato; a richiamare l'importanza della formazione spirituale e morale degli operatori sanitari e, infine, a far meglio comprendere l'importanza dell'assistenza religiosa agli infermi da parte dei sacerdoti diocesani e regolari, nonché di quanti vivono e operano accanto a chi soffre¹⁷.

Si tratta poi di tenere insieme e **sviluppare sia l'aspetto culturale sia l'aspetto culturale della Giornata del malato**. Il testo della Nota pastorale parla di un salto di qualità da fare nel senso che è facile ridurre la giornata ad una celebrazione liturgica, dimenticando le altre finalità che riguardano la riflessione "sul valore della salute, sul senso della sofferenza sull'impegno della cura dei malati, su problematiche etiche, sanitarie e organizzative", e sul coinvolgimento anche della società civile.

Se ci si fermasse a sviluppare solo uno dei due aspetti, la pastorale sanitaria ne soffrirebbe molto.

Interessante e lodevole è l'iniziativa dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità nell'indicare ogni anno un tema su cui soffermarsi a riflettere. L'intento è proprio quello di allargare l'orizzonte degli interessi delle comunità sul mondo sanitario.

Di aiuto sull'approfondimento dei problemi è pure il messaggio annuale del Papa, che tocca sempre un problema specifico, come i malati psichici, i malati terminali, il senso salvifico del dolore. Una valorizzazione intelligente e anche una programmazione ben preparata della Giornata mondiale del malato possono essere momenti significativi per aiutare i cristiani a sensibilizzarsi alla pastorale sanitaria.

8) Coordinamento

Un'attenzione particolare va posta pure al *coordinamento delle associazioni che operano nel settore sanitario e socio-sanitario*, presenti sul territorio. Ormai nelle comunità cristiane non sono poche le associazioni che operano nel mondo sanitario. Ci sono associazioni di tipo professionale, come l'AMCI, e l'ACOS; di tipo volontaristico che sono numerosissime e diversissime; di tipo pastorale, come i ministri straordinari della comunione eucaristica, i membri delle cappellanie, i diaconi permanenti. Tutte le associazioni cercano in vari modi di servire in maniera soddisfacente i malati e di assisterli con grande umanità. Una vera collaborazione si potrà facilmente raggiungere se tra tutte le associazioni, specie a livello locale, si instaurerà un rapporto di "buon vicinato", conoscendosi, scambiandosi esperienze e sostenendo iniziative, organizzando un

¹⁷ Lettera di Giovanni Paolo II al Card. Angelini del 13-5-1992

servizio che giunga a tutti i bisognosi delle comunità. Occorre far vivere più intensamente la comunione ecclesiale, promuovendo la spiritualità di comunione¹⁸.

Solo un efficace coordinamento delle associazioni porta a farsi sentire come chiesa nella società e a favorire una pastorale adeguata alle reali situazioni del territorio.

In tante diocesi sono stati fatti coordinamenti riguardanti il settore giovanile o altri ambiti pastorali.

C'è da augurarsi che anche per il settore sanitario ci si impegni a costituirlo, così da favorire l'applicazione del comandamento della carità e la diffusione di testimonianze ricche di solidarietà, di umanità e di condivisione.

III Tavolo regionale

La Nota pastorale del 2006¹⁹ auspica che a livello regionale o interregionale si costituisca il Tavolo delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana.

È una prospettiva nuova. Viene subito da domandare: quali sono le finalità?

Le finalità possono essere trovate nella Nota pastorale, se teniamo presenti le finalità del Tavolo Nazionale.

Sono tre. Ogni Tavolo regionale può farle proprie:

1. stabilire un collegamento permanente tra i soggetti aderenti per il confronto, la ricerca e l'attuazione di comuni indirizzi etico-antropologici, anche per favorire l'effettivo perseguimento delle finalità evangeliche per cui le istituzioni sono sorte.

2. elaborare proposte di orientamenti pastorali, di iniziative di interventi rivolti ai diversi soggetti ecclesiali che operano nell'ambito sanitario;

3. promuovere iniziative di formazione mirate all'efficienza, all'efficacia e all'appropriatezza dei servizi e dei presidi sanitari, assumendo in via prioritaria l'umanizzazione degli interventi²⁰.

La costituzione del Tavolo può iniziare con la mappatura delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana presente nella regione. Può seguire la convocazione dei responsabili delle istituzioni per discutere sui vari problemi di ordine formativo, economico, etico, organizzativo. Tentare poi un coordinamento e un programma minimo da realizzare nel tempo. Cercare di farsi conoscere anche sul territorio con qualche iniziativa pubblica. È in progetto a livello nazionale lo studio di una bozza di regolamento da fare approvare dalla CEI. È proprio necessario un tale regolamento. Se viene ap-

¹⁸ cfr. *Novo Millennio ineunte*, n. 43

¹⁹ n. 62

²⁰ n. 62

provato, va bene. Diversamente si può liberamente procedere. Come sono sorti spontaneamente i regolamenti delle singole consulte pastorali regionali, possono sorgere i singoli Tavoli regionali con appropriati regolamenti.

L'esperienza della regione Lombardia

La sanità in Lombardia è gestita per il 70% (circa 37.000 posti letto) dall'Ente pubblico e per il 30% (circa 11.000 posti letto) dai privati. E degli 11.000 posti, il 75% è «profit» di proprietà laica e solo il 25% «non profit» d'ispirazione cattolica.

Il non profit cattolico in Lombardia è così suddiviso: 4 Ordini Religiosi Maschili, 11 Ordini Religiosi Femminili e 7 Enti d'ispirazione cattolica per un totale di 92 strutture così suddivise: 6 IRCCS, 4 Ospedali Generali, 14 Case di Cura, 18 Centri per handicap e riabilitazione, 2 Dipartimenti psichiatrici, 35 Rsa e 13 altre strutture.

Per quanto riguarda l'aspetto legislativo, il modello sanitario lombardo ha come riferimento la Legge Regionale 31/1997 che valorizza la libera scelta del cittadino e la massima integrazione tra pubblico e privato. Purtroppo però, si riscontra un susseguirsi di provvedimenti che di fatto stanno penalizzando gli operatori non pubblici, e in particolare quelli del no profit. Infatti, la parità, non si realizza solo con l'equipollenza, l'equiparazione dei titoli e la dotazione organica del personale, la qualità delle prestazioni, ma anche attraverso il medesimo trattamento economico. Cosa che non avviene!

Su sollecitazione di Mons. Giuseppe Merisi, vescovo di Lodi e delegato dalla Conferenza Episcopale Lombarda per i settori della sanità e della carità, il delegato regionale per la pastorale della sanità, ha censito i vari Enti che sono stati convocati per la prima volta il 16 gennaio 2007 presso la Curia Arcivescovile di Milano, insieme alle rappresentanze Aris, ad alcuni Direttori di Uffici diocesani di pastorale della sanità, ai rappresentanti delle professioni sanitarie e dei gruppi di volontariato e ad alcuni esperti in vari settori.

Fin dalla prima riunione si è potuto constatare la volontà dei presenti di poter partecipare ad un gruppo di confronto e di programmazione comune.

Per snellire i lavori si è costituita una "giunta" composta dai rappresentanti degli Enti maggiori.

Si è data notizia della istituzione del Tavolo anche alle autorità regionali.

La "giunta" si è riunita per la prima volta il 20 febbraio e nel corso della riunione sono emerse le seguenti priorità:

Importanza del conoscersi, del capirsi e del condividere determinati obiettivi come pure l'evidenziare la ricchezza degli Enti

mediante una mappatura. Partendo dall'esperienza storica era necessario ricercare "cosa fa la differenza" dei singoli Enti; qual è il "di più" di qualità e di merito.

Stilare un profilo anche operativo del Tavolo, ipotizzando le possibilità di collaborazione e di scambio di esperienze ad esempio nella formazione, nella riabilitazione, nelle cure palliative...

Stilare un profilo scientifico, evidenziando la nostra specificità nella ricerca bio-medica avendo questa una forte valenza antropologica.

Importanza del farci conoscere come istituzioni "non-profit" a livello di opinione pubblica e promuovere una iniziativa comune da tenersi entro la fine del 2007.

Si è giunti così alla prima Assemblea tenuta il 26 marzo.

In ogni Assemblea si dedica del tempo alla conoscenza reciproca mediante una breve presentazioni di tre realtà.

Si è proposta l'istituzione di tre gruppi di lavoro nelle aree etico-antropologica, legislativo-gestionale, promozionale-innovativa. Lo scopo era di evidenziare idee e problemi comuni, oltre che stendere un testo condiviso ed espressivo del pensiero delle singole realtà, che costituisca una "Carta dei Valori" e di prospettive del Tavolo.

I tre gruppi di lavoro si sono riuniti un mese dopo approvando proposte concrete.

Nell'area *etico-antropologica* si è proposto: 1. istituire un anagrafe dei Comitati Etici; 2. programmare per ottobre un incontro di riflessione e di confronto sui Comitati Etici a cui invitare anche i Direttori Scientifici; 3. conoscere le attività formative in bioetica che i singoli Istituti organizzeranno nel periodo settembre-dicembre 2007. Inoltre si è sottolineata l'importanza di "occupare" alcuni spazi culturali; ad esempio, a Brescia, i Fatebenefratelli gestiscono il Centro di Bioetica dell'Università, sostenendolo anche a livello economico.

Nell'area *legislativo-promozionale* si è stilato un documento da presentare a Mons. Merisi affinché lo consegni alla Regione in cui si evidenziano i disagi oggi più sentiti dalle nostre Istituzioni; ad esempio: difficoltà di comunicazione in quanto gli interlocutori sono diversi e ripartiti su due assessorati quello della salute e della famiglia; difficoltà, con frequenti difformità, nella pratica applicazione delle norme a livello delle singole ASL; contenimento dei Budget di spesa assegnati ai singoli presidi rispetto ai valori degli anni precedenti...

Nell'area *promozionale-innovativa* tra l'altro si è chiesto: di aprirsi ad alleanze più ampie nel mondo no-profit (Tavolo Terzo Settore, Agenzia delle Onlus...), uscendo da un certo isolamento; di creare dei canali di comunicazione per conoscersi e essere informati sui processi formativi delle varie realtà e di iniziare progetti sinergici almeno tra Enti della stessa città e della stessa zona.

Quello che la Nota pastorale dice positivamente nella conclusione è merito, senza alcun dubbio, anche delle Consulte pastorali regionali. Risentiamolo:

“Il cammino percorso in Italia dalla pastorale della salute dopo il concilio Vaticano II è stato notevole. È cresciuta la sensibilità ecclesiale verso i problemi della sanità, portando a un coinvolgimento più efficace di tutti i membri della comunità nel servizio a chi soffre e nelle iniziative volte alla promozione della salute. La letteratura in questo settore ha conosciuto un significativo sviluppo e si sono moltiplicati i centri per la formazione degli operatori pastorali. Più aperto e costruttivo è divenuto il dialogo con gli organismi e le istituzioni che a livello sociale e politico si occupano della cura dei malati e della promozione della salute.

Le mete raggiunte costituiscono uno stimolo a mantenere costante la volontà di compiere ulteriori passi, rinvigorendo lo slancio spirituale e apostolico e affinando metodi e strategie pastorali, tenendo sempre fisso lo sguardo su Gesù Cristo, Buon Samaritano, nella consapevolezza che l’impegno nella promozione della salute e nella cura amorevole dei malati contribuisce efficacemente alla realizzazione del regno di Dio²¹.

L’augurio è questo: che le Consulte pastorali regionali non si fermino in questo cammino, perché c’è ancora molto da fare per riscrivere in modo moderno ed attuale la parabola del Buon Samaritano, per mettersi sulle orme di Gesù Buon Pastore e per “contribuire efficacemente alla realizzazione del Regno di Dio”.

²¹ n. 68

Terza parte

- Gruppo di studio A
- Gruppo di studio B
- Gruppo di studio C
- Gruppo di studio D



G rупpo di studio A Malattia terminale: l'accompagnamento dei morenti

Coordinatore: Don FILIPPO URSO - Responsabile per la Regione Puglia per la pastorale della sanità

Viviamo in un contesto storico culturale di crisi di valori e della tradizione cristiana, dominato dal secolarismo e dal relativismo, in cui l'uomo, padrone assoluto del proprio destino e chiuso verso la trascendenza, ha perso la fede in Dio. La conseguenza di un agnosticismo chiuso alla trascendenza, che esorcizza il morire e la morte, lo conduce al rifiuto edonistico della sofferenza, con l'illusione di una salute piena e della pretesa di gestire la stessa morte anticipandola (eutanasia) o posticipandola (accanimento terapeutico). L'utilitarismo efficientista, poi, vede negli anziani, nei disabili e nei morenti dei pesi insopportabili perché vite senza qualità.

Dinanzi a questo scenario si impone la necessità di rievangelizzare situazioni critiche di fragilità, quali il morire e la morte e incoraggiare la Comunità ecclesiale a ripensare la sua azione pastorale di vita e speranza nell'accompagnamento dei malati in fase terminale.

È necessario un ritorno al letto del morente perché questi sperimenti l'amore della Chiesa e perché l'estremo saluto non sia spesso l'unico: "non è facile stare male - diceva Mons. U. D. Bianchi -. [Il dolore] apre a Dio, ma può anche chiudere: molto dipende da una presenza di Chiesa fatta di persone concrete che è accanto, da samaritana, da madre, io dico anche da sposa, con fedeltà e delicatezza"¹.

La presenza accanto al morente è diversa nei contesti cittadini e ospedalieri rispetto a quella dei piccoli centri, in cui il morire è ancora un evento umano di vita e non anonimo di solitudine e abbandono.

Lì dove si sperimenta la solitudine, il morente può sentirsi di peso e durante la sofferenza la richiesta di morire deve essere ben decodificata dagli operatori, perché può voler dire: "aiutatemi a morire con dignità, a dare valore alla mia sofferenza e morte, a saper guardare all'eternità". Una presenza rispettosa e discreta di ascolto empatico risponde a queste istanze e favorisce un incontro signifi-

¹ U.D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», *Quaderni della Segreteria Generale CEI*, III, 5 (1999), 6.

cativo ed efficace, in cui anche la consegna della verità sulla malattia è donata con carità e gradualità, senza togliere la speranza.

Dopo l'itinerario di vicinanza e prossimità, è opportuno che l'operatore pastorale suggerisca la preghiera e i sacramenti come accettazione del momento della sofferenza, non aiuto a morire, ma guida all'incontro salvifico con Cristo: la riconciliazione, l'Eucaristia "farmaco d'immortalità", il Viatico, provvigione per il grande viaggio e l'Unzione degli Infermi trasfigurano il dolore stesso in atto di amore redentivo e la morte in apertura verso la vita eterna in Dio.

L'accompagnamento del malato in fase terminale è un'arte difficilissima dal punto di vista psicologico, spirituale e sociale, perché il morente, nella sua fragilità, solitudine e paura, spesso si chiude a qualsiasi tentativo di incontro. Inoltre, gli operatori sanitari nei contesti ospedalieri sono pochi e soli in questa assistenza, e non hanno tempo sufficiente per il molto lavoro di reparto; a ciò si aggiunge il fatto che non sono sempre solleciti ad informare l'assistente religioso. Gli stessi parenti sono spesso assenti per motivi di lavoro, di sensibilità e quando ci sono talvolta sono di ostacolo per paura dell'incontro tra il cappellano e il morente. Il morente è solo anche perché a seguito di sue scelte di vita si ritrova solo (cf. single, divorziati, senza figli e prima ancora senza fratelli e sorelle).

Non è sempre ben gradita la presenza dell'operatore e un senso di disagio, misto a paura e impotenza, potrebbe prendere il sopravvento in lui: di qui la necessità di una **solida formazione**, spirituale, pastorale e di *counseling* da realizzare nei confronti degli operatori sanitari e pastorali – nonché degli stessi familiari – coinvolti nell'accompagnamento. In questo ambito è compito dell'ufficio diocesano per la pastorale della salute studiare le linee pastorali diocesane, sensibilizzare le comunità cristiane a tali problemi, coordinare le iniziative riguardanti la formazione e l'aggiornamento delle persone che operano nel settore².

Tale formazione non deve escludere chi assiste i malati terminali: i familiari – sia prima che dopo la morte del loro congiunto – le badanti, i volontari. Un'attenzione particolare va poi rivolta ai ministri straordinari della santa Comunione, la cui ministerialità è accanto al morente "da promuovere e da valorizzare come segno di una comunità che si fa vicina al malato"³: da segnalare in alcune diocesi l'istituzione del Ministero della Consolazione (accanto già a quello del ministero straordinario della santa comunione) che è quello di una presenza amorevole e terapeutica da realizzare accanto al mo-

² Cf. UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, Nota pastorale: «*Predicate il Vangelo e curate i malati*». *La comunità cristiana e la pastorale della salute*, Roma 4 Giugno 2006, n. 64.

³ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, Nota pastorale, n. 65.

rente, collaborando e affiancando gli operatori sanitari, per esempio, negli *Hospices* e nelle assistenze domiciliari oncologiche⁴.

In questo contesto di servizio è da sottolineare la presenza di malati oncologici che si mettono a disposizione di altri coinvolti dalle stesse patologie, realizzando l'immagine del guaritore ferito.

Inoltre, perché tale accompagnamento sia efficace e non porti al *burn out* gli operatori è opportuno un lavoro di equipe.

Una ulteriore attenzione deve essere rivolta dai parroci e dalle comunità parrocchiali alle RSA ed RA del loro territorio, perché sia curata l'assistenza religiosa dei morenti in questi strutture, realizzando rapporti di collaborazione con i cappellani e le cappellanie ospedaliere, anche per consentire una migliore assistenza dei morenti deospedalizzati.

Infine, è emersa la necessità e l'importanza di una chiarezza semantica sui concetti di accanimento terapeutico, abbandono terapeutico, cure palliative ed eutanasia e di approfondimento dell'etica del prendersi cura.

Nell'accompagnamento al malato in fase terminale non è solo il "sano" che offre al malato, ma anche il malato al sano e lo stesso morente "accompagna" per un tempo colui che continuerà a vivere.

La morte, per chi muore e per chi lo accompagna, ha sempre una valenza pedagogica, che bisogna scoprire per rendere fecondo e salvifico il tempo della sofferenza e della morte.

Questa ricerca di fecondità, che è anche ricerca di senso, riguarda la spiritualità dell'uomo, che emerge a prescindere delle idee, religiose o no, sia di chi muore che di chi assiste; quasi sempre comunque sfocia nella religione, tra cui quella cristiana, che segna il compimento della salvezza dell'uomo attraverso il mistero pasquale della morte e resurrezione di Gesù Cristo.

"La crisi che l'avvicinarsi della morte comporta, induce il cristiano e la Chiesa a farsi portatori della luce di verità che solo la fede può accendere sul mistero della morte. La morte è un evento che introduce nella vita di Dio [...]. La parola ultima del Vangelo è la parola della vita che vince la morte e apre il morire umano alla speranza più grande"⁵.

Indicazioni per la GMM 2008:

Accompagnamento pastorale del morente

Il morente e le cure di fine vita

Il ministro della consolazione

⁴ cf. ANT.

⁵ *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 130.

G

ruppo di studio B

Fragilità psichica: il sostegno ai malati di mente

Coordinatore: Fra MARCO FABELLO - Presidente AIPAS

Il convegno Nazionale della Pastorale della salute del 2006 aveva affrontato il tema del malato mentale. Il convegno attuale - dedicato alla presenza e all'azione della Chiesa di fronte a varie fragilità umane - ha ripreso l'argomento della malattia psichica in uno dei gruppi di lavoro, allo scopo di evidenziare gli interventi posti in atto dalle comunità cristiane.

La sofferenza mentale, nelle varie espressioni di gravità, è ampiamente diffusa (secondo dati OMS interessa un quinto della popolazione mondiale), con incremento soprattutto nei paesi più sviluppati dove fattori ambientali e sociali si sovrappongono e favoriscono l'esplicitazione dei determinati genetici e psicobiologici.

Il documento della Caritas Italiana sulla malattia mentale (*Un dolore disabilitato*, 2003), sottolineava come "la sofferenza mentale sia compresa tra le realtà più drammatiche che interpellano la comunità cristiana, sperimentarla è vivere privo di appoggi, difese, consensi, lontano e separato dagli altri, chiuso in se stesso, estraneo alla vita. È essere tra gli ultimi della fila, quelli che non contano, non si sentono, non sanno difendersi, non riescono a pesare nelle decisioni politiche e sociali". La Chiesa deve chinarsi su questi "ultimi", nello stile del dialogo, della gratuità, del dono di sé.

Nel gruppo di lavoro sono state portate varie testimonianze di come comunità cristiane o istituti religiosi danno risposte concrete alla fragilità psichica.

L'esperienza maggiore è quella dei Fatebenefratelli, che nella città di Brescia hanno un Istituto di Cura a Carattere Scientifico (IRCS) per malati psichiatrici, ove al trattamento dei malati più gravi si affianca una qualificata ricerca scientifica sulle malattie psichiatriche e mentali degenerative. Accanto alla parte più prettamente ospedaliera, sorge l'area dedicata alla riabilitazione del malato mentale, ove l'accoglienza è formalizzata in piccole comunità di tipo familiare, con il supporto integrato dello psichiatra, dello psicologo, dell'assistente sociale, degli educatori e del volontariato. L'opera dei Fatebenefratelli si allarga anche nella divulgazione scientifica e nella formazione pastorale, come documentato da recenti convegni.

A Predappio (BO) sorge la casa di cura per malati psichiatrici, opera dell'Istituto Religioso dei Camilliani, che accoglie i malati psichiatrici del territorio.

Nell'ambito delle varie testimonianze riferite, si ritiene opportuno ricordarne due, che possono servire da esempio per analoghe esperienze.

Particolarmente interessante l'iniziativa della diocesi di Bologna per inserire il malato psichiatrico nel contesto sociale. Il progetto ha avuto vari sponsor integrati: la Caritas, le comunità parrocchiali ed i servizi di igiene mentale. Da una parte l'istituzione di "borse di lavoro", dall'altra comunità parrocchiali disposte ad accogliere e trovare modalità per far lavorare i malati psichiatrici. In tale maniera l'intreccio delle relazioni diviene terapeutico, fornendo al malato la speranza di compiere un percorso autentico di riabilitazione e socializzazione.

Nella Regione Puglia, in preparazione al Convegno Ecclesiale di Verona, è stata posta l'attenzione alla fragilità psichica fra i giovani. Da un report degli psichiatri italiani risulta che il 27.5% dei ragazzi vivono situazioni di disagio legate a forme più o meno forti di depressione. Le cause sono state identificate nel contesto culturale e valoriale carente, associato a proposte di false mete edonistiche. Ne consegue depressione, disagio, angoscia, insoddisfazione esistenziale, e quindi violenza e ricorso alle droghe e all'alcool. Questa riflessione sulla fragilità psichica dei giovani è stata concretizzata in un convegno, con pubblicazione delle relazioni (*Fragilità psichica e mondo giovanile*, ed. CVS 2006).

A conclusione, dal Centro Volontari per la Sofferenza è venuto un richiamo pastorale: l'apertura verso il malato psichiatrico deve essere accompagnata dalla riflessione e dalla preghiera. Vengono suggeriti un ritiro spirituale, anche breve, o incontri di preghiera.

G

ruppo di studio C

Fragilità sociale: l'immigrazione e l'emarginazione

Coordinatore: Dott.ssa LUCIA ERCOLI - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Cattedra di Malattie Infettive, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Il gruppo si riunisce e vengono presentate le diverse esperienze per una condivisione e conoscenza.

La maggior parte dei presenti, seppur impegnati in servizi rivolti a malati afferenti alle strutture ospedaliere e/o hospice, alle strutture caritative parrocchiali (centri di ascolto, accompagnamento, cappellanie, centri Caritas), risulta non rivestire ruoli specifici nell'ambito socio sanitario.

Dalle comunicazioni emerge quanto segue:

Per gli anziani

Le problematiche più importanti rilevate riguardano il disagio derivante dalla cattiva gestione delle patologie cronico-debilitanti, dovuto alla mancanza di percorsi assistenziali efficaci sul territorio, al costo delle cure (non più interamente garantite dal Servizio Sanitario Nazionale), alla mancanza di contesti familiari e sociali che si adoperino per il sostegno dell'anziano malato.

Sono state organizzate alcune interessanti esperienze di volontariato cattolico infermieristico, riconosciute dalle ASL, per la realizzazione di servizi territoriali capaci di fronteggiare il *case management* delle cronicità (medicazioni, monitoraggio pressorio, controllo glicemico, somministrazione terapie) nel paziente geriatrico. Queste esperienze rappresentano dei veri e propri punti di riferimento territoriali che consentono agli anziani di tollerare meglio la malattia e di ricostruire il contesto relazionale necessario al superamento della solitudine in cui sono frequentemente costretti.

Per i neoplastici

Sono toccanti le testimonianze dei cappellani che segnalano quanto frequentemente i pazienti affetti da malattie neoplastiche in

fase terminale, vivano i loro ultimi giorni e la morte stessa in piena solitudine. La nostra cultura non solo ha rifiutato la sofferenza e la morte, ma le ha regalate a contesti tecnicizzati e disumanizzanti, affidando la persona malata alla sola assistenza degli operatori sanitari.

I malati sono colti alla sprovvista dall'evento "tumore", che nella maggior parte dei casi viene vissuto come un'ingiustizia se non addirittura come una punizione. La carenza di personale, soprattutto negli *hospice*, fa sì che le attenzioni date a ciascun paziente siano veramente poche impedendo quell'accompagnamento alla morte che, oltre ad aprire il malato alla comprensione del suo vissuto, lo conduca a rileggerlo non più come "disgrazia", ma come "grazia" che lo apre al mistero pasquale di Cristo e alla Resurrezione dei morti.

I malati vivono la loro agonia in un'atroce isolamento e accade persino che i cappellani siano la loro unica compagnia fino al momento della sepoltura.

Per gli immigrati

Il paziente immigrato, oltre a vivere l'esperienza della malattia che lo costringe alla sperimentazione del limite, è spesso costretto ad una condizione di profonda solitudine perché separato dal proprio contesto familiare e sociale.

Le difficoltà linguistiche non gli consentono di comprendere la realtà della malattia e di come possa tutelare il suo stato di salute; nella maggior parte degli ospedali non esistono percorsi che facilitino la comunicazione con i medici e con il personale infermieristico, né una rete di supporto sociale che aiuti quanti di loro per motivi economici, abitativi, giuridici si trovino in difficoltà a proseguire le cure o i percorsi riabilitativi previsti.

Un problema molto delicato coinvolge la sfera delle appartenenze religiose, particolarmente per gli immigrati mussulmani a cui andrebbe offerto un sostegno capace di interpretare la loro sensibilità rispetto alla sofferenza, alla malattia e alla morte.

Per i senza fissa dimora

Le attività presentate riguardano soprattutto l'organizzazione di servizi caritativi anche notturni che operano particolarmente durante il periodo invernale per fronteggiare l'emergenza freddo.

In tali attività sono coinvolti anche medici che attraverso questa tipologia di servizio, riescono a creare dei contatti con quanti dei senza fissa dimora presentano problemi di salute e a organizzargli piccoli percorsi assistenziali.

G

ruppo di studio D Handicap grave: l'attenzione alle famiglie e ai contesti

Coordinatore: GIANNANTONIO VESENTINI - Segretario Ufficio pastorale della salute, Diocesi di Verona

Il gruppo D, composto da 24 persone, avente come tema “la disabilità grave”, ha condiviso delle esperienze personali, di parrocchia, di diocesi o di istituti ecclesiali.

Dalle esperienze presentate, sembra che poche diocesi o uffici si interessino alle persone disabili.

I messaggi che sono usciti da questo lavoro sono:

- Essere vicini alla sofferenza delle famiglie e dare continuità a questa presenza.
- La vicinanza delle famiglie porta a scoprire il “dopo di noi”, che diventa drammatico quando i genitori del disabile sono anziani.
- Le famiglie vivono momenti difficili; la società civile, attraverso varie realtà, ha dato delle risposte, mentre la Chiesa a volte sembra assente o tarda a muoversi. Comunque cominciano a sorgere realtà che fanno cultura, che fanno formazione.
- La famiglia ha un estremo bisogno che ci sia qualcuno vicino e la Chiesa potrebbe dare un segno di presenza.
- Le coppie in attesa di un figlio vivono in modo drammatico l’annuncio di una diagnosi grave e manca una progettualità di sostegno all’accettazione e alla relativa crescita.
- Sono ancora molte le malattie genetiche e le diocesi, assieme ai Vescovi, si sono fatte sensibili a questi eventi e da qui può nascere una stagione nuova di sensibilizzazione, perché non c’è da pensare solo al “dopo di noi” ma al “con noi”.
- Le esperienze dei pellegrinaggi a Lourdes e ad altri santuari servono a coinvolgere le famiglie e a sollevarle, a dare sollievo perché trovano condivisione e sostegno al loro dolore.
- Non tanto “fare qualcosa per” quanto “fare qualcosa con”, auspicando il coinvolgimento dei giovani: dove i preti sono sensibili anche in questo campo, si lavora bene.

Si incontrano difficoltà a far collaborare le forze cattoliche (AVULS, CVS, OFTAL, UNITALSI) ci vorrebbe maggior coordinamento per rendere più continuativa l’assistenza e non solo episodica.

Occorre, sia a livello personale che parrocchiale e diocesano, conoscere tutte le persone disabili, avvicinarle, celebrare e stare insieme.

Le varie fragilità, come abbiamo sentito, a volte sono presenti e a volte sembra che non esistano in quanto le grida delle famiglie e delle persone con una grande sofferenza sono inascoltate.

Suggerimenti
e proposte
per rispondere
ai bisogni e attivare
dei progetti

Dove c'è un dolore la Chiesa è chiamata ad essere presente coinvolgendo le varie componenti della comunità.

La Chiesa è presa da mille occupazioni e attività, ma, come il Buon Samaritano, è chiamata a fermarsi e fare i passi degli ultimi.

Collaborando con le istituzioni pubbliche e private, la Chiesa si preoccupi di essere con i disabili e le loro famiglie e progettare insieme il "dopo di noi" (es. in ogni parrocchia e territorio aprire una casa che diventi il "dopo di noi della comunità").

È importante e urgente inserire le persone diversamente abili nei vari organismi della Chiesa e nelle assemblee liturgiche da protagonisti e farli partecipi della intera vita della comunità (es. non fare pranzi e feste per loro, ma che loro partecipino ai pranzi e feste della comunità).

Da tutto ciò emergono tre priorità:

1. Abbattere le barriere architettoniche, non solo all'accesso alla chiesa ma anche all'ambone e al presbiterio e abbattere (e questo è più difficile) le barriere culturali.
2. Mettersi in ascolto per entrare in relazione con le persone disabili e loro familiari.
3. Collaborare con l'ufficio catechistico per inserire nella catechesi ordinaria le persone diversamente abili.

Proposte di temi
di approfondimento
che possono essere
oggetto di convegni
o del tema della
Giornata Mondiale
del Malato

- Gesù e i disabili.
- La teologia del Corpo Mistico dove le persone deboli sono necessarie.
- Disabilità e sacramenti.
- La dimensione spirituale della persona diversamente abile.
- I disabili: maestri di vita e di comunione.
- Sessualità: aiutata, educata o impedita?
- Come favorire una cultura dell'accoglienza.
- Passare dalla paura dei disabili ad occuparsi di loro, ad aiutarli a crescere, ad entrare in relazione, a trovare Dio.
- Disabilità per passare da una Chiesa del trionfo ad una Chiesa della croce.

C onclusioni

S. Ecc.za Mons. Merisi

Al termine di questo convegno ritengo doveroso ringraziare in primo luogo voi tutti per la vostra partecipazione numerosa, qualificata e attenta. Un grazie particolare va ai miei confratelli vescovi S.E. mons. Betori e S.E. Mons. Montenegro e a tutti i relatori che con il loro prezioso contributo non solo ci hanno arricchito di contenuti, ma ci hanno anche trasmesso la passione con cui si dedicano ai loro studi e alle loro ricerche. Sono certo che quanto abbiamo ascoltato in questi giorni costituisca una base di lavoro assai solida per costruire sempre meglio la presenza ecclesiale nella fragilità, compito che rimane assegnato a tutti e a ciascuno come segno distintivo del nostro essere nella Chiesa, del nostro essere la Chiesa. Adesso è il momento delle conclusioni operative e delle indicazioni sugli ulteriori futuri sviluppi del cammino che abbiamo fatto insieme in questi giorni. Passo quindi la parola al dott. don Andrea Manto, direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della CEI, che ringrazio per il suo lavoro e per l'organizzazione del Convegno.

Don Andrea Manto

Grazie a Lei Eccellenza per l'attenzione e l'incoraggiamento, che mi ha espresso ora e che mi ha donato sin dall'inizio di questa mia nuova esperienza a servizio e a sostegno della presenza ecclesiale accanto a chi soffre. Mi permetto di condividere con Lei e con tutti voi alcune riflessioni, che non vogliono essere una vera e propria conclusione, ma piuttosto una serie di pensieri a voce alta sugli appunti dei lavori di questi giorni che ho annotato sul mio quaderno. Sono convinto, infatti, che le vere conclusioni siano il frutto di una riflessione più personale, con tempi più lunghi, mirata a calare i concetti emersi durante il convegno nella nostra esperienza quotidiana al servizio degli ammalati e dell'evangelizzazione del mondo della salute e della malattia. Queste sono le conclusioni che tornano veramente utili e che lasciano traccia nel tempo. Spero, perciò, che tornando a casa e al nostro lavoro pastorale non manchi uno spazio che ci permetta di elaborare una sintesi personale dei contenuti da trasmettere alle nostre realtà. Sarebbe poi molto opportuna

e utile, da parte delle consulte regionali e diocesane, una valutazione ponderata dei temi che il convegno ha voluto sottolineare. Già questo potrebbe essere un primo e importante servizio rivolto a coloro che per vari motivi non hanno potuto partecipare al convegno; sarebbe, poi, anche un modo di arricchire ulteriormente e di contestualizzare sempre meglio le riflessioni che sia personalmente, sia nel dibattito, abbiamo maturato in questi giorni. Vorrei partire per queste mie considerazioni proprio dall'ultima affermazione di Sua Ecc.za Mons. Merisi sul costruire la presenza ecclesiale nella fragilità che è "compito assegnato a tutti e a ciascuno come segno distintivo del nostro essere nella Chiesa, del nostro essere la Chiesa". Essere nella Chiesa ed essere la Chiesa sono due aspetti che vanno assieme e derivano direttamente dal nostro appartenere a Cristo. Per il fatto che siamo suoi, incorporati in Lui, siamo parte del suo Corpo Mistico e siamo partecipi del Suo essere e della Sua missione.

La realtà del Corpo Mistico è una risorsa a mio avviso non adeguatamente sviluppata dalla teologia contemporanea nella sua enormità di potenzialità e significati. Infatti, dall'essere parte del Corpo Mistico che è la Chiesa e quindi dalla nostra unione con Cristo, Capo del Corpo, deriva anche una irrinunciabile e profonda interdipendenza tra noi. La Chiesa è quindi sempre di più chiamata ad accrescere la comunione anche imparando a scoprire la necessità di lavorare in rete e di interagire dinamicamente tra tutte le sue componenti. La società globale ci spinge, addirittura direi ci costringe, a prendere atto di questa realtà perché, in maniera sempre più evidente, nessuno è in grado di fare tutto da solo. Nel mondo contemporaneo, che non a caso è stato definito villaggio globale, siamo continuamente investiti da una quantità impressionante di messaggi e di stimolazioni che ottengono l'effetto paradossale non di chiarire le idee, ma di confonderle e di depotenziare le scelte stabili e durature di amore e di fedeltà, di servizio e di condivisione. Due esempi fortemente significativi in questo senso sono:

1) il problema grave della denatalità, che denota una sfiducia nel futuro e una crisi di senso dell'istituzione familiare

2) il declino del volontariato, in particolare presso i giovani, che evidenzia, alla radice della scelta di servizio, la mancanza di un percorso vocazionale che la filantropia di derivazione illuministica è incapace di offrire.

Per reagire a queste tendenze assai negative dobbiamo riscoprire il dono del nostro essere Chiesa e imparare sempre e nuovamente a costruire con la potenza del messaggio evangelico, con l'efficacia della grazia sacramentale e con la forza della comunione. In termini operativi ciò significa che il costruire la presenza ecclesiale nella storia, e segnatamente per noi nel mondo della sanità, è il vero antidoto alle logiche di male e di morte che sembrano invincibili. Noi abbiamo nel nostro DNA la Parola che dà senso e illumi-

na i contesti in cui l'uomo è smarrito, la forza di Dio che ci chiama a vivere la sua stessa vita ed è fedele, la risorsa della comunione che ci consente di moltiplicare le nostre forze e fare "massa critica" per diventare visibili nella dispersione del villaggio globale. La presenza ecclesiale va costruita con la fedeltà di ogni giorno, con la capacità di leggere i contesti per incarnare la Parola, con la carità dell'esserci e del "sapere, saper essere, saper fare", con la ferma intenzione di chiamare e radunare tutti gli uomini di buona volontà. Voglio sottolineare l'ultimo punto, perché spesso tendiamo a rinchioderci solo nel nostro piccolo gruppo, oppure ci lasciamo scoraggiare dall'indifferenza e dal rifiuto altrui. Dobbiamo invece sempre e comunque rilanciare, cercando di intercettare pensieri nuovi, vie nuove, persone nuove, perché il Vangelo è perenne novità e se gettiamo le reti sulla Sua parola la pesca miracolosa è sempre possibile. L'importanza e la realizzabilità di tutto questo ci è stato detto in vari modi nelle belle relazioni e nelle ricche testimonianze che abbiamo ascoltato.

Vorrei riprendere, infine, un passaggio della introduzione ai lavori di Mons. Betori quando affermava che: "Appartenere a Cristo significa partecipare della sua passione e della sua morte, per divenire partecipi della sua gloria. Come annunciare oggi questa immutabile verità, in un mondo radicalmente cambiato (e forse talora illusivo) dal potere della tecnica, senza cadere in "dolorismi" e senza svuotare di significato la croce di Cristo? Come evitare che la pastorale sanitaria si riduca a pura forma di assistenza fisica o psicologica, o a supplenza di una società civile che vede gli ammalati, specie i non autosufficienti, come un peso da eliminare? Come aiutare l'uomo contemporaneo a dare un senso alla malattia e alla sofferenza e ad incontrare in esse Cristo, medico dell'anima e del corpo, consolazione e salvezza dell'umanità sofferente?". Queste domande evidenziano come la pastorale sanitaria si ponga al cuore della missione della chiesa e come la fragilità costituisca una speciale opportunità pastorale. Basti pensare all'esperienza di Paolo e specialmente alla grande lezione della seconda lettera ai Corinzi (2Cor 12,5-10) e al ministero della consolazione che lì ci viene indicato (2Cor 1,3-7). Dobbiamo tenere sempre vivo in noi il mistero di Cristo, meditare la Parola della croce e saper trovare in essa un annuncio di speranza e di *salute-salvezza*, per poterlo portare a chi soffre.

Le sfide da raccogliere per il nostro mondo della pastorale della salute sono tante, ma possiamo raccoglierle solo lavorando insieme in rete, crescendo nella qualificazione degli operatori e elaborando contenuti spirituali e culturali capaci di parlare di Cristo all'uomo del nostro tempo. In tale servizio sono fondamentali le istituzioni sanitarie (ospedali, centri di riabilitazione e assistenza), e le associazioni socio-sanitarie cattoliche, che sono i luoghi e gli ambi-

ti deputati in primo luogo a questo servizio e su cui bisogna molto investire. Imprescindibile rimane, però, il ruolo della comunità cristiana che è il soggetto primario dell'azione pastorale e che nella sua varietà e pluralità di carismi, vocazioni e ministeri serve Cristo nell'umanità sofferente. È necessario un cambiamento di mentalità per imparare a costruire il tessuto ecclesiale utilizzando la risorsa della fragilità come luogo in cui si esplica la vocazione missionaria che tutti i cristiani devono scoprire e valorizzare.

Così è possibile prendere coscienza dell'originalità rivoluzionaria che il battesimo porta dentro la vita di ogni cristiano. Ogni battezzato è membro della chiesa e *fa*, cioè *costruisce*, la chiesa. Riscoprire questa grande e basilare verità a partire dalla presenza ecclesiale nella fragilità potrebbe contribuire a rendere meno astratta la catechesi, più vivo l'annuncio di speranza delle parrocchie e dei movimenti, più adulta e matura la nostra spiritualità.









