

L'Ufficio diocesano per la pastorale della salute a servizio del territorio tra opportunità, sfide e difficoltà

Le modalità di attuazione della *prossimità*, variano considerevolmente in corrispondenza sia ai diversi contesti socio-culturali che alle mutate visioni ecclesologiche. La storicità e la contestualità, infatti, sono caratteristiche di ogni azione pastorale. La *presenza* e l'*azione* della Chiesa si rivolgono agli uomini di un determinato tempo, che vivono in un preciso ambiente, caratterizzato da una specifica cultura. Ogni volta che un cambiamento si verifica nell'universo degli uomini, l'intervento pastorale deve adattarsi, sempre rimanendo fedele agli imperativi della "missione".

Con il progressivo processo di deospedalizzazione i servizi sanitari sono sempre meno concentrati entro le strutture di ricovero e cura e sempre più orientati al territorio, per incontrare e soddisfare i bisogni sanitari della popolazione lì dove essa vive, nel suo territorio, nei distretti sanitari, nei quartieri, in famiglia. Ciò ha comportato un ampliamento del cosiddetto "mondo della salute", prima forse ristretto specificatamente agli ospedali, mentre ora viene ad abbracciare l'intero tessuto sociale.

Così il concetto di salute si è venuto allargando. Essa è compresa non più come semplice mancanza di malattie, ma come uno stato di equilibrio e di benessere globale, che coinvolge la dimensione corporea, psichica, e spirituale della singola persona, le relazioni interpersonali, la salubrità dell'ambiente e così via. La salute così intesa non può essere affidata a pochi responsabili – le Autorità politiche, sanitarie, i vari professionisti – ma viene percepita come compito e responsabilità dell'intera comunità sociale. Tutti sono chiamati a creare le condizioni per il suo migliore mantenimento e per difenderla quando è minacciata.

Il diverso modo di intendere la salute e la malattia interpella anche la Comunità cristiana e le offre nuove opportunità d'azione. Consapevole del mandato di Cristo, e allo stesso tempo del dovere di fare la propria parte per contribuire al bene della società, anch'essa si fa carico dei suoi malati e collabora a risanare l'intero corpo sociale.

Come la Sanità esce progressivamente dagli ambiti ristretti dell'ospedale per radicarsi e allargarsi nel territorio, anche la stessa azione e presenza della Chiesa accanto ai sofferenti perde la sua limitata connotazione di "pastorale ospedaliera" e si configura come "pastorale della salute". Che " *non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione, ai valori della vita e della salute* " (CEI – La pastorale della salute nella Chiesa italiana - n. 19, 1989).

L'assistenza a domicilio è la nuova sfida dell'era moderna in campo assistenziale da accogliere con coraggio e fiducia. Peraltro, un'efficace, concreta azione pastorale non può prescindere dalla conoscenza dei bisogni assistenziali della popolazione, del contesto socio culturale e dell'evoluzione della sanità nel territorio dove si intende agire.

1. Bisogni assistenziali nella popolazione

I bisogni assistenziali della popolazione, profondamente mutati negli ultimi vent'anni, hanno fatto emergere **nuove sfide** tra le quali la progressiva espansione della componente anziana della popolazione, con il costante aumento in particolare della quota di grandi anziani (oltre gli 85 anni),

per definizione **fragili, con problemi di cronicità** e quindi con importanti ricadute attese sul ricorso ai servizi sanitari e sociali, comporta sfide sempre più impegnative per il Sistema Socio-Sanitario nel suo complesso. Inoltre la scarsità di risorse economiche fa in modo che questi anziani non siano in grado di “comprarsi” una assistenza adeguata e ciò, associato ad una assistenza inadeguata, poiché la famiglia per la maggior parte di loro non è in grado di reggere il **carico assistenziale**, comporta un maggior rischio di perdita di autosufficienza in persone che già risultano essere estremamente **fragili**.

Ma la sofferenza maggiore del nuovo secolo è la **solitudine**. Essa interessa l'8,5 % della popolazione; una percentuale che aumenta fortemente nelle Regioni settentrionali italiane dove raggiunge il 24%. **Ne risulta che l'aspetto sociale e sanitario nell'anziano fragile sono strettamente interconnessi**. In un contesto relazionale sempre più complesso, la correlazione tra la fragilità individuale e la condizione di solitudine riguarda anche i giovani.

Inoltre, con il processo di deospedalizzazione sempre più marcato, nel territorio, nelle case dimorano tutti coloro che sperimentano le diverse **fragilità** umane legate primariamente: alla sofferenza del corpo (non autosufficienti, disabilità fisiche, malati oncologici e cardiopatici, persone in dialisi, morenti...), alla sofferenza della mente (i depressi, quanti sono in preda alle fissazioni ed ossessioni, gli schizofrenici, i paranoici...), alla sofferenza sociale (la tossicodipendenza, l'alcolismo, la dipendenza dal gioco, forme acute di povertà e di emarginazione... ; in questo momento storico i disoccupati, precari, cassaintegrati, che vedono compromesso il proprio progetto di vita con ricadute sulla famiglia), alla sofferenza emotiva (i conflitti familiari, l'esperienza di tradimento, il divorzio e la separazione, la difficoltà a capire e a gestire i propri sentimenti...), alla sofferenza spirituale (il vuoto interiore, lo smarrimento dei valori, l'alienazione da Dio e dagli altri, la disperazione e il suicidio ...), alla sofferenza multipolare degli immigrati (costretti ad abbandonare per fame o perché perseguitati patria, famiglia; emarginati ..). Sono le vecchie e nuove forme di **fragilità**, sono **le periferie esistenziali** indicate da Papa Francesco, terra di testimonianza del **Vangelo della carità** per le comunità cristiane più prossime a tali realtà, ovvero le comunità parrocchiali e non solo.

2. Come la sanità nell'Italia del Nord affronta le nuove sfide

Negli anni passati la politica sanitaria italiana e di altre nazioni era incentrata sugli ospedali, oggi è caratterizzata da una maggiore attenzione al territorio.

L'apertura al territorio è da valutare positivamente, poiché in tal modo la struttura sanitaria “si fa prossima” alla persona, ne evita lo sradicamento dal proprio contesto vitale (se non nella misura dello stretto necessario), può svolgere in modo più capillare ed incisivo le funzioni di tipo educativo e preventivo, sollecita una più ricca partecipazione di presenza e di solidarietà al momento della malattia e della cura.

Un altro vantaggio è costituito dal fatto che l'assistenza risulta monca se indirizzata ad un solo settore sanitario o sociale o psicologico, perché il malato ha generalmente una associazione di diversi problemi. Da qui l'esigenza di un trattamento e di una assistenza onnicomprensiva (olistica), magari modulata su risposte diverse in relazione alla prevalenza dei bisogni. L'ospedale, dunque, anche per motivi economici entra nell'abitazione del paziente con varie professionalità: medico di base, infermiere, assistente sociale, in accordo con i familiari stessi.

Nella prospettiva dell' **umanizzazione dell'assistenza**, intesa come impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari

“aperti, sicuri e senza dolore”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino, occorre **creare nel territorio reti socio assistenziali e sinergie**.

Recenti Piani socio-sanitari regionali si ispirano al principio della **centralità della persona** rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale, per far fronte alle nuove sfide in modo che non ci sia lo spezzettamento delle competenze per organi od apparati bensì la valutazione globale della persona anziana fragile in un'ottica unitaria. In questa prospettiva, si stanno sperimentando nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia. E' **l'umanizzazione dell'assistenza**, preconizzata dal Decreto Lgl. 517/93

Umanizzare l'assistenza significa anche garantire una funzione di “orientamento” del cittadino all'interno del SSSR, attraverso un “referente” che guidi l'utente-persona e faccia in modo che i professionisti deputati all'assistenza non operino in modo settoriale. Ciò significa consolidare le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del “*case manager*”, cioè dell'infermiere al quale è affidata la persona da curare, quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato

Questi nuovi modelli sicuramente costituiscono un notevole passo avanti in tema di **umanizzazione dell'assistenza**, ma questo non basta in quanto *“le istituzioni sono molto importanti e indispensabili; tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, l'amore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro. Questo si riferisce alle sofferenze fisiche, ma vale ancora di più se si tratta delle molteplici sofferenze morali, e quando, prima di tutto, a soffrire è l'anima “ (Giovanni Paolo II, Salvifici doloris, n. 29). Pertanto è necessaria “una ripresa ed un rilancio deciso di una azione pastorale capace di sostenere e di promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione, aiuto concreto verso l'uomo nei momenti nei quali a causa delle malattie e delle sofferenze sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita, ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre. “ (Giovanni Paolo II, *Christi fideles laici*, nn. 53, 54).*

*“ Nell'offrire il proprio contributo all'**umanizzazione del mondo della salute**, il credente non solo pone le premesse per l'evangelizzazione di tale realtà, ma già realizza un'attività evangelizzatrice. I gesti che egli compie, infatti, proclamano che l'uomo, anche quando subisce il degrado del corpo e della mente, mantiene il suo valore di figlio di Dio, merita di essere trattato come persona e aiutato a riconquistare la salute nel senso integrale del termine”.* (PVCN, n. 26).

3. Andare verso le periferie dell'esistenza, verso i poveri

“Camminare, edificare e confessare” sono i tre verbi, pilastri di un intero programma, messi subito in evidenza da Papa Francesco nella Cappella Sistina nella Sua prima omelia, pronunciata un anno fa. E nella messa di inizio pontificato ha aggiunto un quarto verbo-pilastro **“custodire”**, che significa *stare accanto agli altri con attenzione d'amore, prevedendo, provvedendo, rispettando, accogliendo l'altrui cammino nella profondità del cuore e della vita.* **“ Custodire specialmente i più poveri, i più deboli, i più piccoli, quelli che Matteo descrive nel giudizio finale sulla carità: chi ha**

fame, sete, chi è straniero, nudo, malato, in carcere (cfr. Mt 25, 31-46)”, ha puntualizzato il Santo Padre.

“ *Per la Chiesa l’opzione per i poveri è una categoria teologica prima che culturale, sociologica, politica o filosofica*” ha scritto Papa Francesco nell’Enciclica *Evangelii Gaudium* (n.198), pubblicata nel 2013; “*tra la nostra fede e i poveri esiste un vincolo inseparabile*»” (n. 48).

Il tema dei poveri è dunque per Francesco non solo un tema teologico forte del Suo pontificato – come si evince già dalla scelta del nome del Poverello di Assisi - ma costituisce l’architrave del suo giudizio sulla situazione storica e del suo programma pastorale per il mondo.

Ispirarsi a Francesco significa “*uscire da se stessi*”, andare per le strade “*verso le periferie dell’esistenza*” – per usare le parole del Papa – dove si incontra il Signore che soffre nei poveri e negli emarginati, ma dove si attraversano anche i deserti delle anime sole, abbandonate, che hanno perso la speranza, avendo perso l’amore che dà respiro alla vita. Sono questi i luoghi dove portare la misericordia e la tenerezza di un Padre che attira a sé per avvolgere tutti in un immenso abbraccio. Per far sentire da vicino che nessuno è solo, perché Cristo, traguardo e via della speranza, è sempre presente in questa Chiesa che cammina verso l’uomo.

Evidentemente il concetto di *povertà* non va ristretto alla sola mancanza di cose. Povero è chi manca di sé, di vita, di amore, di fiducia, di coscienza, di umanità, di speranza, di solidarietà; povero è chi non ha rapporti con sé, con la realtà, con gli altri, chi vive nelle periferie dell’esistenza.

“ *Noi siamo chiamati ad aprirci sempre più all’azione dello Spirito Santo* – scrive papa Francesco - , *ad offrire tutta la nostra disponibilità per essere strumenti della misericordia di Dio, della sua tenerezza, del suo amore per ogni uomo ed ogni donna, soprattutto per i poveri, gli esclusi, i lontani. E’ questa per ogni cristiano, per tutta la Chiesa, una missione essenziale* “. Tale missione per essere efficace esige l’incontrare i poveri laddove essi dimorano, nel territorio delle parrocchie essendo quest’ultime le strutture della Chiesa più prossime alle periferie esistenziali.

“*La missionarietà della parrocchia esige che gli spazi della pastorale si aprano anche a nuove figure ministeriali, riconoscendo compiti di responsabilità a tutte le forme di vita cristiana e a tutti i carismi che lo Spirito suscita. Solo con un laicato corresponsabile la comunità può diventare veramente missionaria*”, scrivono i Vescovi italiani. (cfr. CEI, *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, 2004)

4. L’umanizzazione dell’assistenza nel territorio: una sfida per la parrocchia

“*La presenza e l’azione della Chiesa nel mondo della salute trovano la loro realizzazione concreta nelle comunità particolari in cui si articola la sua presenza. È al loro interno che i fedeli sono chiamati a porre attenzione alle situazioni di sofferenza presenti nel territorio e a conoscere le molteplici strutture che, in esso, promuovono la salute e attuano la cura dei malati*”(PVC48)

Una delle sfide concrete e attuali è quella di ritrovare la “*dimensione domiciliare della comunità parrocchiale*”, cioè di dare una risposta, di salvaguardare quelle relazioni che prima di tutto come cristiani vanno curate con gli ammalati, con le persone sole che per motivi diversi non escono di casa, coinvolgendo il parroco e le stesse persone del territorio.

Occorre *un’alleanza esistenziale* tra il malato, i suoi familiari, il personale sanitario, i volontari disponibili, l’assistente religioso in ospedale, il parroco a domicilio e i loro collaboratori laici nel campo della pastorale della salute che permetta un approccio globale alla persona malata e consenta

il passaggio dalle molteplici prestazioni ad una vera “**relazione d’aiuto**”, umana, solidale, adeguata ad un integrale accompagnamento della persona sofferente.

E’ necessaria una “**rete per l’umanizzazione o di prossimità**”, un’interazione fra la comunità locale e persone bisognose d’aiuto: il prendersene cura è una dimensione naturale della vita, il riceverla offre sicurezza in momenti delicati dell’esistenza.

Nell’America del Nord sono riusciti a dimostrare come **sia coesenziale alla cura del malato e quindi al recupero della salute la sua cura spirituale/religiosa**. A tal punto che non avviene l’accreditamento dell’ospedale se non è prevista anche la cura religiosa. A parte il fatto che sfortunatamente non esiste una tale clausola nelle convenzioni italiane, quand’anche esistesse rimarrebbe il problema di come assicurare la continuità della cura spirituale, religiosa nel territorio analogamente a quanto avviene per le cure mediche.

A livello parrocchiale o interparrocchiale non si tratta di fare concorrenza o sostituzione all’opera medica o infermieristica, ma di saper integrare l’azione pastorale di aiuto, sostegno, conforto con quella sanitaria. La collaborazione va attuata ancor più se si pensa che strettamente connessa con le vecchie e nuove forme di fragilità c’è la famiglia.

5. Le difficoltà da parte della parrocchia

Le parrocchie, quali espressioni di “prima linea” della Chiesa locale in quanto concretamente prossime alle persone, sono attrezzate a questo compito, come antenne sul territorio, capaci di **ascoltare attese e bisogni della gente, soprattutto degli ammalati, degli anziani, dei diversamente abili, dei poveri antichi e nuovi ?**

Il problema dell’assistenza ai sofferenti da parte della **comunità parrocchiale** è problema complesso : *familiare, sociale, economico, e di quali servizio si può dare con le forze disponibili.*

Nel documento “**Il volto missionario della parrocchia in un mondo che cambia**” (CEI, 2004), i Vescovi scrivono: “*E’ finito il tempo del parroco che pensa il suo ministero in modo isolato. Il parroco dovrà essere meno l’uomo del fare e dell’intervento diretto e più l’uomo della comunione; e perciò avrà cura di promuovere vocazioni, ministeri e carismi. La sua passione sarà di far passare i carismi dalla collaborazione alla corresponsabilità, da figure che danno una mano a presenze che pensano insieme e camminano dentro un comune progetto pastorale. Non è possibile essere parrocchia missionaria da soli.*” (CEI *Il volto missionario della parrocchie in un mondo che cambia*, n.12). **Occorre dunque che anche i laici cristiani collaborino all’azione missionaria della parrocchia.**

La necessità che tutti i fedeli condividano tale responsabilità non è solo questione di efficacia apostolica, ma è un dovere-diritto fondato sulla dignità battesimale per cui «*i fedeli partecipano, per la loro parte, al triplice ufficio - sacerdotale profetico e regale di Gesù Cristo*». Essi, perciò, «*sono tenuti all’obbligo generale e hanno diritto di impegnarsi, sia come singoli, sia riuniti in associazioni, perché l’annuncio della salvezza sia conosciuto e accolto da ogni uomo in ogni luogo; tale obbligo li vincola ancor di più in quelle situazioni in cui gli uomini non possono ascoltare il Vangelo e conoscere Cristo se non per mezzo loro*».” (Giovanni Paolo II, *Redemptoris Missio*, 7.12.1990, n. 71)

Oltre alla ritrosia delle parrocchie ad accettare il principio della corresponsabilità dei laici in quanto la vocazione battesimale porta tutti ad essere soggetti e non oggetti della pastorale, va affrontato un duplice problema **culturale**:

- a) Oggi c'è già una premurosa attenzione ai sofferenti, ma talvolta si rischia di limitarsi solo agli aspetti sacramentali, trascurando quelli legati all'umanizzazione, all'evangelizzazione, all'accompagnamento spirituale, alla considerazione del bene comune. Le Comunità parrocchiali non sono sufficientemente sensibilizzate sulla presenza di situazioni di malattia e di disabilità presenti al loro interno. In molte di esse l'attenzione a tale realtà o è assente, o è delegata a gruppi e a singoli, senza che le Comunità siano coscientizzate e in qualche modo coinvolte.

Peraltro, per i cristiani **“una fede che non diventa cultura, è una fede non pienamente accolta, non interamente pensata, non fedelmente vissuta”**, come ammoniva Giovanni Paolo II. Ed il mondo secolarizzato non è disposto né aiutato ad accettare un Dio predicato senza testimonianza d'amore.

- b) **“la comunione e la collaborazione non potranno essere efficacemente promosse senza il passaggio dall'agire improvvisato alla progettualità e senza un coordinamento intelligente delle risorse presenti nella comunità”** (PVC 59)

Scrivendo Papa Francesco *“ La parrocchia se è capace di riformarsi e adattarsi costantemente, continuerà ad essere « la Chiesa stessa che vive in mezzo alle case dei suoi figli e delle sue figlie ». Questo suppone che realmente stia in contatto con le famiglie e con la vita del popolo e non diventi una struttura prolissa separata dalla gente o un gruppo di eletti che guardano a se stessi. La parrocchia è presenza ecclesiale nel territorio, ambito dell'ascolto della Parola, della crescita della vita cristiana, del dialogo, dell'annuncio, della carità generosa, dell'adorazione e della celebrazione. Attraverso tutte le sue attività, la parrocchia incoraggia e forma i suoi membri perché siano agenti dell'evangelizzazione. È comunità di comunità, santuario dove gli assetati vanno a bere per continuare a camminare, e centro di costante invio missionario. Però dobbiamo riconoscere che l'appello alla revisione e al rinnovamento delle parrocchie non ha ancora dato sufficienti frutti perché siano ancora più vicine alla gente, e siano ambiti di comunione viva e di partecipazione, e si orientino completamente verso la missione“.* (Papa Francesco, *Evangelii gaudium*, n. 28)

Tenendo presente che il resto della vita parrocchiale non può essere disatteso e di conseguenza continuerà ad assorbire molte delle energie personali del parroco e della comunità, probabilmente le difficoltà potranno essere superate allorché i problemi verranno affrontati a livello vicariale, superando innanzitutto le rispettive autoreferenzialità e delegando ad una persona che, *inforcando occhiali capaci di cogliere e comprendere la realtà e, quindi, strade per governarla mirando a rendere più giusta e più fraterna la comunità degli uomini* (Papa Francesco), elabori un progetto di ***umanizzazione dell'assistenza delle persone fragili*** - compatibile con le risorse del territorio vicariale, in sinergia con gli operatori socio-sanitari distrettuali -. Che poi sarà discusso e alla fine condiviso e portato avanti con buona volontà nelle singole parrocchie del vicariato, con periodiche verifiche e conseguenti aggiustamenti se necessario.

6. Compiti dell'Ufficio diocesano per la pastorale della salute

Onde ispirare una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione, ai valori della vita e della salute, l'Ufficio diocesano per la pastorale della salute si prefigge lo scopo – parafrasando Papa Francesco - di fare *inforcare alle comunità occhiali capaci di cogliere e comprendere la realtà socio-sanitaria locale e, quindi, strade per governarla mirando a rendere più fraterna la*

comunità degli uomini “ (*Prolusione* all’Assemblea della CEI, 19.05.2014).. Si tratta, quindi, di individuare azioni che possano tradurre le idee in pratiche virtuose e i principi in esperienze. Di operare delle scelte, facendo leva sulle risorse già presenti nel territorio per aumentarne l’autodeterminazione, così da poter esprimere al meglio le proprie capacità innovative e creative. In una parola si tratta di promuovere un processo di ”**empowerment**”, come si direbbe in lingua anglosassone.

In questa prospettiva, coniugando la Nota pastorale della CEI “***Predicate il Vangelo e curate i malati***” con le esigenze socio-sanitarie emergenti, riflettendo sulla religiosità in rapida trasformazione nell’Italia del Nord, occorre passare dall’agire improvvisato alla progettualità e al coordinamento intelligente delle risorse presenti nelle comunità, premesse indispensabili per una efficace promozione della comunione, della collaborazione non solo all’interno della singola parrocchia, ma anche tra le parrocchie.(cfr. PVCN nn. 55, 56) Occorre trovare il modo di “**fare rete**”, di coordinare gli sforzi per divenire efficaci, costruire insieme evitando la babele delle lingue, la frammentazione, l’autoreferenzialità improduttiva e, in ultima analisi, frustrante.

Ciò significa, superando la logica dei “compartimenti stagni”, coordinare le attività delle varie realtà di volontariato, dei gruppi, delle associazioni, dei movimenti, delle parrocchie così che possano lavorare insieme per obiettivi e finalità.

A sua volta l’Ufficio diocesano per la pastorale della salute necessita di una stretta collaborazione con altri Uffici pastorali diocesani, in quanto è necessario tendere ad una maturazione che consentirà il passaggio da una pastorale dei malati ad una pastorale della salute, da una pastorale sacramentale ad una pastorale di annuncio e di evangelizzazione, **da una pastorale autonoma e isolata ad una pastorale ordinata e armonizzata, da una pastorale ospedaliera a una pastorale della comunità cristiana**, da una pastorale di indottrinamento ad una pastorale di accompagnamento, da una pastorale di improvvisazione ad una pastorale di progetti e di formazione.

Parimenti è importante il confronto con altri Uffici diocesani della propria Regione ecclesiale in seno all’apposita Commissione, instaurare collaborazione, “fare sistema”.

7. La formazione: una sfida per l’Ufficio per la pastorale della salute

Una delle sfide più impegnative per l’Ufficio diocesano della pastorale della salute è formare all’**umanizzazione dell’assistenza**, quale antidoto alla **globalizzazione dell’indifferenza**.

Scriveva trent’anni fa Fra Pierluigi Marchesi, Priore generale dei Fatebenefratelli (1929-2002) “ ***La barriera all’umanizzazione dell’assistenza non è fuori di noi, non è nelle scienze o nelle loro carenze, ma dentro di noi. E’ una barriera sostenuta dalla nostra pigrizia mentale, da un forte limite culturale, e da una modesta maturità della e nella nostra persona. Al di là di qualunque espressione di fede o convincimento politico, l’ospedale, può diventare il laboratorio generatore di uomini dediti a costruire attivamente la solidarietà umana dentro e oltre la malattia, il disagio, la sofferenza in tutte le sue manifestazioni. Sicuri che il nostro nuovo modo di fare assistenza permetterà, nell’uomo che soffre, di conservare l’umano ed evocare il divino*** “. (cfr. Fra Pierluigi Marchesi, “Una nuova alleanza tra il malato e il sistema sanitario”, in *Dolentium Hominum*, n. 7). In Fra Pierluigi Marchesi– definito da molti il “padre” del concetto di *umanizzazione*, senza la quale non si può offrire un’assistenza di qualità, ma ci si limita a dare, unicamente, una medicina - “l’utopia” dell’umanizzazione cominciò a farsi “storia” trent’anni fa, fortemente convinto che il solo modo per prevedere il futuro è quello di prepararlo immettendo l’utopia anche nel presente, non come sogno

inattuabile ma come meta alla quale quotidianamente tendere. Le considerazioni di Fra Marchesi, espresse nella sua esortazione all'umanizzazione dell'assistenza negli ospedali, valgono ancor più oggi per l'inculturazione della stessa nel territorio, affinché la comunità parrocchiale accolga, educi e curi.

Paradossalmente proprio i modelli socio-assistenziali, imperniati sulla **centralità della persona umana**, portati avanti dalle Regioni del Nord, possono far percepire come meno impellente la necessità di una pastorale della salute in questi territori. Al contrario ed a maggior ragione occorre *inforcare occhiali capaci di cogliere la realtà, uscire dal proprio recinto, non rimanere a sedere all'ombra del campanile* (Papa Francesco, *Prolusione* all'Assemblea CEI, 19.05.2014) per scovare le periferie esistenziali esistenti e sofferenti tanto quanto altrove.

Sia a domicilio come anche nelle case di riposo, un servizio religioso "umanizzante" non può essere costituito solo da momenti "rituali" ma anche da una più marcata disponibilità relazionale, specie in termini di ascolto. Ciò provoca le Associazioni ecclesiali più direttamente coinvolte a formare un volontariato più qualificato in tal senso. In alcune diocesi i ministri straordinari della comunione vengono adeguatamente formati alla pietà eucaristica, come è giusto e doveroso che sia, mentre carente è la formazione relazionale o semplicemente umana. Ne risultano comportamenti che, in alcuni casi, non è esagerato assimilare a quello di "distributori automatici di particole consacrate".

Come le istituzioni socio-sanitarie predispongono un lavoro di equipe nel territorio, altrettanto è necessario che le parrocchie o i vicariati o i decanati predispongano, o incrementino laddove già esistono, "**gruppi di pastorale della salute e/o di carità**", costituito da diaconi, ministri straordinari della comunione, volontari socio-sanitari, volontari Caritas, pastorale anziani, pastorale giovani, ecc. come via privilegiata del "**Vangelo della Carità**" con l'attenzione ai malati nel territorio per:

- **valorizzare** la presenza degli ammalati e degli anziani nel territorio dando loro voce
- **visitare** come gesto di fraterna condivisione tutti gli ammalati/anziani a domicilio, soprattutto quelli che vivono soli;
- **assicurare** la continuità dell'assistenza spirituale/religiosa dall'ospedale al domicilio.

Ad esempio, i giovani nel servizio all'ammalato riscoprono l'essenzialità del messaggio evangelico, la concretizzazione dell'accoglienza, la capacità evangelizzante dell'ammalato stesso.

Propedeutici – soprattutto per i giovani più "lontani" - possono essere anche corsi di "primo soccorso", educando i giovani a ripetere i gesti del buon samaritano nell'immediato soccorso del ferito, del traumatizzato, di chi improvvisamente per strada, colpito da grave malore, è in pericolo di vita (infarto, ictus, ecc.) in attesa di soccorritori qualificati. Essendo, peraltro, tale formazione oggi sollecitata anche dal Parlamento europeo con il patrocinio delle nostre massime Istituzioni nazionali, può costituire un modo di collaborare tra Istituzioni civili e religiose, testa di ponte per ulteriori proficui sviluppi sinergici.

Per una adeguata indispensabile formazione al Vangelo della carità è necessario che le parrocchie predispongano e sostengano "**percorsi, incontri formativi**" e di sensibilizzazione a livello parrocchiale o di unità pastorali o di vicariati, che coinvolgano altre persone sensibili al mondo della sofferenza e della solitudine, che desiderano riscoprire il proprio ruolo missionario in un

mondo che cambia, poiché per affrontare le nuove sfide è ineludibile la risposta all'appello di Giovanni Paolo II: ***“E’ l’ora di una nuova fantasia della carità con chi soffre, che si dispieghi non tanto e non solo nell’efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo, ma fraterna condivisione”*** (Giovanni Paolo II, *Novo millennio ineunte*, 2000). Si tratta per prima cosa di instaurare un’autentica cultura dell’incontro coniugando il verbo *comunicare* con i verbi *ascoltare, dialogare, incoraggiare, condividere*, come sollecita Papa Francesco.

Rispetto a cinquant’anni fa, oggi si arriva all’età della pensione ancora in buona salute con energie da spendere e con voglia di impegnarsi in una forma di volontariato che viene incontro alla solitudine (o, peggio, all’emarginazione) degli anziani attraverso loro stessi. Chi è relativamente più giovane e “in gamba” dà una mano a chi è più avanti negli anni, secondo il motto **“Non soli, ma solidali”**. Ci sono diocesi in Italia che da più di quarant’anni sperimentano con successo questa efficace forma di volontariato tra le cui attività non sono trascurate la catechesi, le giornate di spiritualità, le celebrazioni liturgiche dedicate agli anziani, oltre a momenti di convivialità.

Per tutte le persone che dovranno “prendersi cura” dei sofferenti (operatori sanitari, volontari, cappellani, diaconi, ministri straordinari della comunione, ecc.), la formazione non potrà limitarsi soltanto alla trasmissione di conoscenze culturali, tecniche o religiose, ma dovrà sviluppare la capacità umane e umanizzanti di gestire situazioni costantemente nuove, incrementando le attitudini alla valutazione critica, promuovendo doti di adattabilità socio-relazionale, prima ancora che professionale e lavorativa. Solo così la formazione promuoverà la riflessione e l’interiorizzazione di una conoscenza di cui si possa fare uso sempre e dovunque: ne deriva che tale percorso formativo privilegia il momento creativo ed innovativo dell’educando/volontario/operatore sanitario o pastorale, prepara soggetti autonomi, capaci di sviluppare le proprie ed altrui potenzialità, esperti nella dimensione relazionale.

8. Per lo sviluppo dell’umanizzazione dell’assistenza

La strada, in cui giacciono tanti feriti e percossi dai traumi dolorosi della vita, si è spaventosamente allargata e tanto più c’è bisogno di nuovi samaritani. Si è allargata non solo in senso quantitativo, ma anche in senso qualitativo, pertanto si è fatta sempre più difficile, complessa e delicata l’azione pastorale in campo socio sanitario o più estesamente della salute.

La parabola, oltre alla figura centrale del samaritano, che è il cuore del racconto, presenta altri personaggi che richiamano da vicino atteggiamenti e modi di essere che sono specchio di realtà attuali. Il malcapitato viene considerato spesso come l’unico ferito della vicenda. In realtà ognuna delle figure del racconto risulta ferita, compresi il levita e il sacerdote feriti dalle aspettative e dai condizionamenti religiosi del tempo, come peraltro per certi aspetti accade anche oggi. Ne risulta una pastorale della salute, ancora oggi concepita ed esercitata in modo tradizionale. Va invece ripensata in tutte le sue articolazioni – malati, famiglie, personale sanitario, cappellani, mondo del volontariato, comunità parrocchiali –, affinché da forma secondaria e ristretta all’ambito ospedaliero e, a volte, poco considerata nell’ambito delle attività delle Chiese locali, riscopra e dia concretezza ad una rinnovata ed urgente opera evangelizzatrice nel territorio, nelle periferie esistenziali. Ciò rientra nell’ ***improrogabile rinnovamento pastorale***, invocato da Papa Francesco (*Evangelii Gaudium*, n. 27)

Per gestire i cambiamenti in atto è necessario il coinvolgimento dei leader di alto e medio livello anche nelle diocesi, analogamente a quanto da anni avviene in campo sanitario, superando le "tentazioni che ostacolano la crescita del Regno, il progetto di Dio sulla famiglia umana." Tiepidezze, tentazioni, mediocrità, frette pastorale, presunzione, autoreferenzialità narcisistica " si esprimono sulla distinzione che a volte accettiamo di fare tra "i nostri" e "gli altri"; nelle chiusure di chi è convinto di averne abbastanza dei propri problemi, senza doversi curare pure dell'ingiustizia che è causa di quelli altrui; nell'attesa sterile di chi non esce dal proprio recinto e non attraversa la piazza, ma rimane a sedere ai piedi del campanile, lasciando che il mondo vada per la sua strada. Ben altro è il respiro che anima la Chiesa !" (cfr. Papa Francesco, *Prolusione* all'Assemblea della CEI, 19.05.2014).

La distinzione tra "i nostri" e "gli altri" nell'ambito della pastorale della salute consiste nel non conoscere adeguatamente i bisogni di assistenza socio-sanitaria della gente del proprio territorio, ritenendolo un compito esclusivamente di competenza sanitaria, cioè "degli altri". Al contrario, l'impegno di una nuova evangelizzazione nelle diocesi e più marcatamente nelle parrocchie esige una sensibilità che respiri in termini di comunione e di corresponsabilità non sottraendosi ad una più puntuale attenzione al mondo della salute e della malattia, sulla stregua delle profonde innovazioni culturali e strutturali che esso ha subito negli ultimi decenni. Tale respiro per essere efficace, altresì, non può essere solo clericale, ma deve avvenire con due polmoni, ovvero con la collaborazione e corresponsabilità sia dei consacrati che dei laici, "accompagnando con larghezza la crescita di una responsabilità laicale; riconoscendo spazi di pensiero e di progettazione e di azione alle donne e ai giovani ... non attardandosi ancora su una pastorale di conservazione". (id.)

L'**umanizzazione**, testimoniata con coerenti, concreti gesti di solidarietà in favore delle persone più fragili dimoranti nel territorio parrocchiale, è il primo gradino per combattere la **globalizzazione dell'indifferenza**. Tale **umanizzazione** sarà segno e misura del grado di progresso e di civiltà degli italiani.