

Conferenza Episcopale Italiana
Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità

LA PARROCCHIA, COMUNITÀ SANANTE NEL TERRITORIO

Atti del Convegno Nazionale
dei Direttori
degli Uffici Diocesani
per la Pastorale della Sanità

*Chianciano, Nuova Sala Parco Acqua Santa
23-25 giugno 2003*

Indice

Notiziario - Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 2 - Ottobre 2003

Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Sanità

LA PARROCCHIA, COMUNITÀ SANANTE NEL TERRITORIO

Chianciano, Nuova Sala Parco Acqua Santa
23-25 giugno 2003

ATTI DEL CONVEGNO

<i>Presentazione</i>	pag. 5
Introduzione	
<i>Linee di continuità</i>	
S. e. Mons. Francesco Montenegro	pag. 7
<i>Non solo tutelare, ma anche aumentare l'efficienza</i>	
Dott. Enrico Rossi	pag. 11
<i>Collaborazione reciproca molto gradita</i>	
Dott. Bruno Sordi	pag. 14
RELAZIONI	
<i>La parrocchia, comunità sanante nel territorio</i>	
S. E. Mons. Alessandro Plotti	pag. 16
<i>Il malato, soggetto attivo di evangelizzazione in parrocchia</i>	
S. E. Mons. Alberto Ablondi	pag. 24
<i>La mia malattia alla luce di una lunga catechesi</i>	
S. E. Mons. Vincenzo Savio	pag. 30
<i>Più cammini per la pastorale della salute in parrocchia</i>	
Don Armando Aufiero	pag. 39
TAVOLA ROTONDA - Il Malato tra Ospedale e Territorio	
<i>Il Malato tra ospedale, famiglia e parrocchia</i>	
Gen. Dott. Franco Condò	pag. 48
<i>Il bambino malato tra ospedale e famiglia</i>	
Dott. Francesco Silvano	pag. 51

INTERVENTI

- *Il malato in Ospedale: prendersi cura dei bisogni*
Prof. Massimo Carlini pag. 56
- *Esperienza di volontariato in parrocchia*
Sig.ra Rosa Bianca Carpene pag. 59
- *Il malato tra Ospedale e Territorio.*
Il malato al pronto soccorso
Prof. Piero Cioni pag. 64
- *Il malato in famiglia*
Dott. Franco Gabriele pag. 69
- *Come l'infermiere si rapporta
all'ospedale e al territorio*
Sig. Gianfranco Galetta pag. 72
- *La pastorale della salute
nella società e nella parrocchia*
P. Carlo Lazzaro pag. 76
- *Pastorale sanitaria e "malattie rare"*
Dott. Loredana Nasta pag. 81
- *Medico, Sacerdote parroco, Cappellano ospedaliero*
Don Mario Torracca pag. 84
- *Pastorale della salute: una duplice attenzione*
Dott. Dante Zini pag. 88

COMUNICAZIONI

- I Ministri straordinari della Comunione Eucaristica
nella pastorale della sanità in Parrocchia*
Don Marco Brunetti pag. 94
- Accoliti, Ministri Straordinari della Comunione
Eucaristica e Pastorale della Salute*
Don Filippo Urso pag. 105
- Un dolore disabilitato - Sofferenza mentale
e comunità cristiana*
Don Roberto Vesentini pag. 123

LA PASTORALE SANITARIA OGGI

- Orientamenti e prospettive*
Mons. Italo Monticelli pag. 130

CONCLUSIONI

- Mons. Sergio Pintor pag. 145



resentazione

Non occorrono molte parole per presentare gli “Atti” del nostro Convegno Nazionale dei Direttori degli Uffici diocesani per la Pastorale della Sanità *“La Parrocchia, comunità sanante nel territorio”*.

Essi parlano da sé con la loro ricchezza e l’intensità dei diversi interventi che abbiamo fraternamente condiviso durante le giornate del Convegno.

Chi vi ha partecipato porta ancora nel cuore e nella sua vita, insieme ai diversi approfondimenti ricevuti nelle relazioni, la testimonianza indicibile di forte speranza che ci hanno donato S. E. Mons. Alberto Ablondi e S. E. Mons. Vincenzo Savio.

La presenza di diversi Vescovi: di S. E. Mons. Alessandro Plotti, Vice Presidente della CEI, che ci è stato sempre vicino; di S.E. Mons. Francesco Montenegro, Presidente della Commissione Episcopale per il servizio della carità e della salute; di S. E. Mons. Rodolfo Cetoloni che ci ha accolto come Vescovo di Montepulciano-Chiusi-Pienza, ci hanno aiutato a vivere più intensamente un senso di Chiesa fraterna “risanata e risanante”.

Ma il desiderio sarebbe quello di richiamare il nome di ciascun partecipante al Convegno e ringraziare uno ad uno personalmente perché ogni incontro è frutto di un dono reciproco, di povertà e ricchezze condivise, di una fraternità di servizio in cammino. Davvero grazie!

Ora gli “Atti” vengono proposti come “strumento” di lavoro e di ulteriore riflessione per la promozione di una pastorale sanitaria sempre più integrata nella pastorale globale delle nostre Chiese e nel territorio, e, quindi, come strumento di formazione permanente. A tutti l’augurio di crescere ogni giorno nella gioia e nella speranza del Vangelo che serviamo.

Mons. SERGIO PINTOR
*Direttore Ufficio Nazionale CEI
per la Pastorale della Sanità*



Linee di continuità

S. E. Mons. FRANCESCO MONTENEGRO
Vescovo Ausiliare di Messina, Presidente della Commissione Episcopale
per il servizio della carità e della salute

Desidero porgere il mio saluto a voi partecipanti a questo convegno e dire il mio grazie a quanti svolgono, nei diversi servizi e ministeri, un prezioso servizio pastorale nel mondo della salute.

Tutta la gratitudine va a S. E. Mons. Benito Cocchi, per l'impegno profuso negli anni della sua presidenza e per la sua sempre stimata, amichevole, ricca e preziosa presenza ai convegni nazionali sulla pastorale della sanità. Un saluto a S. E. Mons. Alessandro Plotti che non è nuovo a questi convegni e la cui presenza è sempre attesa, desiderata e apprezzata. Grazie a lui e ai diversi oratori che si susseguiranno in questi giorni.

Come Presidente della Commissione Episcopale per il servizio della carità e della salute non volevo mancare ad un appuntamento così importante, anche se impegni assunti precedentemente all'elezione a Presidente, avvenuta appena un mese fa, non mi permettono – e me ne dispiace – di potere essere presente per tutta la durata del convegno. Non succederà per il futuro. Don Sergio mi aggiornerà su tutto.

Approfitto di questo riferirmi a don Sergio per dirgli il mio grazie, e, certo di interpretare i vostri sentimenti, dirgli il grazie di tutti, per quanto egli, con discrezione e con saggia e lungimirante caparbità, sta facendo nella Chiesa italiana perché il problema della salute e della sanità trovi sempre più giusto spazio e attenzione all'interno della pastorale. Sono contento e mi sento rassicurato di essergli accanto in questo incarico (che, se non è per me nuovo nell'ambito della carità, lo è invece in quello della salute), di saperlo già amico e ben disposto a sostenermi; ciò mi rende certo che la sua esperienza mi sarà bussola e sprone in questo mio nuovo servizio.

Esprimo poi il mio compiacimento per il tema scelto per questo Convegno.

In esso si delinea la sintesi del processo evolutivo, in corso da tempo nella Chiesa nell'ambito della pastorale della sanità. Facendo parte già da qualche anno della Commissione Episcopale, mi sono reso conto della valenza evangelizzatrice della presenza della Chiesa in questo specifico ambito: evangelizzazione che avviene anche attraverso i gesti particolari, propri del mondo sanitario, che diventano Vangelo annunciato. E sono cosciente dell'incalzante urgenza e dell'importanza di una sempre maggiore attenzione da parte

della Chiesa Italiana ai numerosi problemi del mondo della salute, e della necessità di un impegno costante di affrontarli in questo particolare momento in cui si vuol varare il nuovo piano sanitario.

Meritano di essere ricordate, e faccio mie, le parole di Mons. Plotti pronunciate in un precedente convegno: “La Chiesa deve forse ripresentare o rivisitare la modalità della sua presenza” e “fare una riflessione seria ed anche coraggiosa su quali siano le caratteristiche di questa identità della Chiesa dentro il mondo delta salute”.

In questi giorni ci si interrogherà sul come la parrocchia possa entrare in quell'importante circuito di recupero dell'*individuo* malato. Sul come essa possa rispondere ed intervenire nelle esigenze dell'apparato sanità.

Mi riferisco soprattutto al processo di “deospedalizzazione”. In ospedale, ormai, il malato riceve le prestazioni essenziali clinico-diagnostico-chirurgiche che, tecnicamente, gli fanno superare lo stato critico della patologia accusata, ma che non lo riabilitano definitivamente alla condizione di “sano”. Convalescenze, controlli, e quant'altro sia necessario ad una completa guarigione, rimangono a carico del malato e dell'ambiente che lo accoglie, una volta dimesso.

“Accogliere” il malato, dunque, diventa priorità assoluta per scelte ed obiettivi da individuare da parte di chi, famiglia-parrocchia (appunto!) quartiere-territorio, viene chiamato ad un compito molto delicato, non ancora messo a fuoco e non sempre sufficientemente valutato.

È importante, a mio avviso, individuare linee di continuità, nuclei di interazione, obiettivi di convergenza tra l'istituzione ospedaliera e la comunità parrocchiale che lascino però sempre, come protagonista, l' 'uomo malato', al centro ed aldilà della struttura-istituzione che va “verso” di lui. Diversamente si rischia di perdere il senso stesso del perché le due strutture-istituzioni si confrontano ed interagiscono.

È di grande peso nel titolo del convegno il termine: “sanante”. In un precedente convegno nazionale è stato detto: “Una persona è sana quando è abitualmente capace di vivere, utilizzando le facoltà e le energie in suo possesso e realmente disponibili per il compimento della sua missione ...”. E anche “la salute comporta un equilibrio dinamico nella persona tra corpo, psiche e spirito; e, all'esterno, tra persona e ambiente”. Dunque, se si vuole accogliere ed aiutare una persona da “sanare” è a questo equilibrio che si deve mirare. Se si sa dove arrivare, si può cercare e trovare la strada da percorrere. Altrimenti si rischia di fare da soli questa strada, ognuno per proprio conto, paghi dei chilometri percorsi, ma distratti su dove

e come fissare la bandierina di arrivo. Il nostro punto di arrivo deve essere l'uomo "sano", l'uomo, cioè, messo in grado di vivere la sua vita, qualunque essa sia, secondo il progetto di Dio per lui.

In qualunque situazione, anche la più difficile e dolorosa, l'individuo deve essere messo in grado di (ri)conquistare le condizioni delle tre "D" proprie del suo essere uomo: Dignità, Diritto, Destino (= (Destinazione). Il Diritto alla salvaguardia della propria Dignità di uomo è sempre garanzia del senso del suo Destino, che per noi è di figlio amato di Dio.

In questo convegno viene chiesto di interrogarsi su una specificità di ruolo della comunità parrocchiale, che è nuova solo nel taglio sociale di un adeguamento alle mutate problematiche della sanità pubblica e privata, ma che altro non è se non il recupero dell'origine primaria del suo essere "mano" di Cristo vicino al sofferente.

Qui viene chiesto di analizzare modi e mezzi per potere sperimentare la parrocchia come comunità-famiglia, dove ogni figlio abbia uguale dignità, per consentire alla comunità di intendere la parrocchia come forza trainante dell'integrazione dell'individuo con il suo ambiente e del recupero del senso ultimo del suo esserci. Questo non significa dare alla salute le briciole della pastorale parrocchiale, ma darle il giusto spazio affinché il malato possa sentirsi "sanato" perché considerato presente e capace di azione nella comunità.

La parrocchia può e deve fare di più: può promuovere e rinnovare una "cultura della vita" diversa, tale da dare un senso ed una prospettiva anche alla sofferenza, mitigandone il terrore o, comunque, aprendo le porte ad un progetto di speranza in cui il malato o la sua famiglia non siano lasciati soli.

In definitiva, di fronte alla deospedalizzazione, che è insieme sfida e opportunità, occorre interrogarsi non solo su come la parrocchia si debba muovere verso e nel mondo della sanità, bensì su come essa debba accogliere il malato nei suoi bisogni fisici, psichici, spirituali, sociali. Questo potrà significare, forse e finalmente, il superamento di forme pietistiche e modi consolatori inutili e qualche volta offensivi che rendono il malato sopportato contenitore di carenze, di bisbigli lacrimevoli, di autogratificanti ma insignificanti giornate: momenti soltanto di un calendario pastorale, anche se abbelliti della presenza di sacramenti dati per fare qualcosa di diverso, dimentichi delle potenzialità di evangelizzazione del malato, membro vivo anche se ferito. Potrà certo servire a ridisegnare in maniera efficace – riempiendoli di vero significato – ruoli e ministeri (straordinari o istituiti). Potrà aiutare a non subire il malato come peso che ruba tempo prezioso, che bisogna in qualche modo accon-

tentare, trainare o spingere. Potrà ridare alla preghiera quella forza e potere profetico che diventa “incontro” vero e fattivo con Dio e i fratelli, soprattutto quelli che sono o si sentono messi da parte. Potrà aiutarci a parlare un linguaggio non angelico e falsamente mistico, che trovi nella croce quello spessore e concretezza di verità che fa sentire grandi anche quando si pensa di essersi ridotti a spazzatura.

Si tratta di dare risposte diverse a richieste diverse. Di avere il coraggio di rivisitarsi alla luce delle nuove esigenze del mondo della sanità. Di riscoprire la forza del farsi Samaritano autentico per chi soffre. Di rinnovare nel cuore di tutti, ma di chi soffre in particolare, la certezza che l’annuncio della salvezza dà senso alla nostra vita.

Sì, siamo chiamati, tutti, a metterci in discussione. Non è cosa da poco. Ma è fondamentale farlo.

Da parte mia posso non assicurarvi il mio aiuto e la mia vicinanza, come Presidente della Commissione Episcopale, impegnandomi a farmi carico dei problemi e delle preoccupazioni pastorali e di portarli a conoscenza della Presidenza della Cei. Mi riferisco, per esempio, a quelli che sono stati segnalati nell’ultima consulta:

- l’esigenza di un impegno della Chiesa per una maggiore umanizzazione e giustizia nell’ambito della salute;
- i problemi collegati al federalismo;
- una più adeguata organizzazione e integrazione del tavolo della sanità cattolica;
- la Cappellania ospedaliera;
- la necessità di un coraggioso discernimento ecclesiale del momento che la sanità vive e di quelli che emergeranno in questi giorni ed in futuro.

Auguro a tutti buon lavoro.

Non solo tutelare ma anche aumentare l'efficienza

Dott. ENRICO ROSSI

Vi ringrazio, cercherò di essere breve perché a me spetta un saluto; vi ringrazio di avermi chiamato. Però non vorrei che fosse un saluto informale, grazie davvero per il vostro invito. Non mi riesce di spezzettare nella mente le cose, ho fatto casualmente un viaggio in Colombia e ho visto un pezzo di inferno, il mondo può essere per gli esseri umani un inferno. Molto rimane da fare contro le ingiustizie, per tutelare la vita umana, per tutelare le persone, per raggiungere quel livello minimo di equità che consenta agli individui anche di condurre una vita dignitosa e consapevole. Io credo che nella nostra nazione un grande risultato si sia ottenuto quando è stata fatta la legge di riforma sanitaria: la 833, è un salto qualitativo secondo me nella vita della nostra nazione. Da quella data in Italia tendenzialmente, di fronte ad un tema come quello della malattia, siamo tutti uguali, è un'affermazione di solidarietà vera, io contribuisco ad un sistema che mi ritorna in prestazioni quando ne ho bisogno, quel di più che oggi contribuisco va a chi ne ha bisogno di più oggi, domani potrò averne bisogno io. Non sempre è così, non in tutte le nazioni.

Io penso che allora non dobbiamo tornare indietro, dobbiamo non solo tutelare ma anche aumentare l'efficienza di questo sistema, il suo grado di umanità, il suo grado di rispondere ai bisogni dei cittadini. So di dirlo in una sede importante che molto può nell'orientare le opinioni dei cittadini e delle persone. Io leggo con viva preoccupazione, prima di tutto da cittadino, da persona, quando si avanzano ipotesi moderniste che prevedono lo spezzettamento dell'unitarietà del sistema, le assicurazioni private, l'intervento del privato, perché se io assicuro me e la mia famiglia - e avrei un reddito per poterlo fare - perché devo continuare a pagare la sanità per tutti? Alla lunga mi annoio di questo, alla lunga non mi torna il conto. E perché la sanità per la quale io decido di pagare di più dovrebbe essere una sanità eguale e non migliore rispetto a quella che invece viene riservata ai più che non hanno i soldi per potersi pagare un'assicurazione privata?

Come vedete, se si considerano questi due punti si capisce subito che ogni ipotesi di smantellamento del sistema per tutti, del sistema egualitario per tutti, è un'ipotesi di regresso e significa ritor-

nare su una sanità a due binari. Io non condivido questa ipotesi, la Regione Toscana non la condivide e credo che in Italia siano in molti a non condividerla. Ma questo sistema è perfetto? No, io credo che sia un buon sistema, penso che debba essere corretto, soffre molti vizi di burocratismo e di statalismo che sono stati tipici di come quel sistema è stato costruito. Negli anni Settanta e negli anni Ottanta la società non era quella che è ora e i bisogni non erano quelli che sono ora. La mia regione pensa che dobbiamo mantenere saldamente nelle mani pubbliche la programmazione, la rilevazione del bisogno e la programmazione; programmazione che non deve essere fatta in modo solitario dalle istituzioni o dalle aziende, ma deve essere fatto in modo partecipato e collettivo, perché in sanità l'individuazione del bisogno, già questo, è complesso, non discende automaticamente da dati scientifici che pure esistono. La programmazione è fondamentale per noi perché si utilizzino bene le risorse, perché si risponda meglio ai bisogni di cura e di assistenza che hanno i cittadini. Poi all'interno di questa programmazione, per noi non è prioritario chi eroga il servizio. Quando a erogare il servizio è un soggetto che non è finalizzato a logiche di profitto, per noi in Toscana può farsi avanti ad un livello di parità rispetto al servizio pubblico. Diverso a mio avviso – sono molto chiaro ed anche schematico – è quando si introduce un soggetto che ha come finalità il profitto, perché il profitto – io credo – altera, introduce un elemento di alterazione sul tema della salute che deve essere al di fuori dei commerci e degli scambi, al di fuori di logiche private dominate da logiche di interesse e di profitto.

Trovo molto interessante, a partire da questi principi che governano la sanità toscana (poi tra i principi e la realtà lo sforzo da fare è sempre tanto grande), l'idea che voi proponete – se ho capito – di una comunità sanante, perché non è molto diversa dall'idea che noi abbiamo proposto nel Piano sanitario della società e della salute. Cioè noi abbiamo avvertito che questo sistema sanitario, conquista straordinaria del nostro Paese e da cui non si deve regredire, mostra troppe rigidità, mostra caratteri burocratici, deresponsabilizza persino; e la comunità deve riappropriarsi della responsabilità della salute, sia perché concepiamo la salute in termini più generali che non quelli relativi soltanto all'intervento di cura, di terapia. La salute di un individuo – lo dicono anche le ricerche – dipende da tanti fattori di cui l'intervento sanitario è solo un pezzetto e forse nemmeno quello più determinante. Forse fa più salute una parrocchia, salute proprio in senso fisico, in senso di speranza di vita, se dà un contributo alla serenità delle relazioni, se si fa carico di tutti, quindi si fa carico anche delle ansie di tutti. Io guardavo – e di nuovo ritorno alla Colombia – la miseria dei tuguri, ma come può vivere felice quella parte di città che è il 30%, che comunque è sempre in condizioni arretrate rispetto ai Paesi industrializzati e civiliz-

zati? Se è contornata da questo lamento, da questo rumore di sofferenza, l'ansia che si produce anche in quella parte ricca non consente una vita serena. Ecco perché la comunità è importante, una comunità che si fa carico di tanti aspetti dell'individuo nella sua globalità, non solo dell'individuo nel bisogno di cura; una comunità che si fa carico anche dell'individuo quando ha bisogno di cure. La sanità, purtroppo io non lo sapevo e l'ho scoperto, è un grande simografo di come sta la società: quando una società ha spinte solidaristiche molto forti, in sanità si investe indipendentemente dall'efficacia che ha il risultato sanitario, che ha alcuni aspetti e versioni di carattere simbolico; quando invece la società allenta i meccanismi di solidarietà e diventa più egoistica, allora si incomincia a pensare alla sanità in un altro modo.

Noi attraversiamo purtroppo una di queste fasi, ma io penso che non mancano nella società civile spinte positive che possono farci recuperare molto e che possono anche farci pensare ad un futuro più sereno. L'idea della società e della salute ha a che fare con la comunità sanante, ha a che fare con un po' di sburocratizzazione, ha a che fare con un aumento della democrazia, con il farsi carico da parte della comunità; può prevedere anche l'attuazione di forme specifiche di assistenza comunitaria. Io penso che una articolazione del sistema sia giusta, questa consente la partecipazione, la responsabilizzazione anche della comunità.

Poi noi puntiamo molto al volontariato e il volontariato è parte fondamentale nelle parrocchie; noi pensiamo che il volontariato non sia un'aggiunta ma sia costitutivo del servizio sanitario e quindi abbiamo anche finalizzato progetti specifici sul volontariato, progetti che hanno, rispetto al servizio sanitario pubblico, il di più di farsi carico in termini di umanità e quindi questo per noi è assolutamente fondamentale. Io penso che a partire da molte questioni che ci accomunano, che ci vedono lavorare insieme - da valori anche molti che condividiamo a altri sui quali la discussione è più aperta - possiamo insieme dare un contributo alla società, possiamo insieme dare un contributo a far sentire le persone meno sole in un momento particolarissimo come quello della sofferenza e come quello del bisogno. Quindi io vi ringrazio per avermi consentito questa finestra, per avermi consentito di dire queste parole e mi auguro che dal vostro convegno, dalla vostra iniziativa, vengano anche alla politica indicazioni importanti per come orientarsi e per come servire al meglio i nostri concittadini.



Collaborazione reciproca molto gradita

Dott. BRUNO SORDI - Direttore Sanitario delle Terme di Chianciano

Solo due parole di saluto, noi siamo onorati di accogliere – come anche l'anno passato – questa vostra conferenza e ridevo scusarmi a nome del nostro Presidente Masoni che non è potuto intervenire, ci teneva molto, comunque diciamo che per noi è importante avere la collaborazione anche con questi meccanismi e questi percorsi che ci permettono come si è già fatto una convenzione con la Cei alla quale noi teniamo molto anche per far conoscere le nostre acque che hanno un intervento ormai riconosciuto nei secoli che però ora viene anche validato dalle conoscenze sulla medicina naturale e quindi anche sulle richieste di questo tipo di terapia e quale medicina naturale più delle nostre cure termali, delle nostre cure idropiniche, dei nostri fanghi e bagni che sono caratterizzati proprio da una componente naturale e assoluta e vengono ormai attuati da tutti questi anni.

Non voglio rubare altro spazio a questo convegno, vi auguro a tutti buon lavoro ed essendo io direttore sanitario delle Terme se chiunque di noi vuol venire a visitare le terme, le nostre strutture e a conoscere i nostri servizi che sono abbastanza complessi e completi, perché non si fermano soltanto alle cure idropiniche, il fango e il bagno perché noi stiamo mettendo proprio una terapia termale integrata - come si diceva - con la medicina naturale, io sono a loro disposizione e possono venire a trovarmi in direzione sanitaria e quando è possibile possiamo visitare insieme i nostri servizi. Grazie a tutti e buon lavoro.

R elazioni

- **La parrocchia, comunità sanante nel territorio**
S. E. Mons. ALESSANDRO PLOTTI
- **Il malato, soggetto attivo di evangelizzazione in parrocchia**
S. E. Mons. ALBERTO ABLONDI
- **La mia malattia alla luce di una lunga catechesi**
S. E. Mons. VINCENZO SAVIO
- **Più cammini per la pastorale della salute in Parrocchia**
Don ARMANDO AUFIERO



La parrocchia, comunità sanante nel territorio

S. E. Mons. ALESSANDRO PLOTTI
Arcivescovo di Pisa e Vicepresidente della CEI

Il tema
è la parrocchia
comunità sanante
nel territorio

Vorrei dedicare un primo punto alla indagine sullo stato di salute della parrocchia perché noi continuiamo a parlare di parrocchia, ed è giusto, ed è sacrosanto; però forse non ci rendiamo conto che la parrocchia spesso non è più in grado di rispondere a tutte le domande della gente di oggi. Allora intitolerei questo primo punto della mia riflessione: “La parrocchia tra immagine e concretezza”. La parrocchia certo è la cellula fondamentale irrinunciabile della vita cristiana – lo sappiamo bene – però oggi la parrocchia si dibatte in questo grande dilemma che è appunto quello della dimensione territoriale da una parte e della dimensione comunitaria dall’altra. La parrocchia territoriale è nata in una cultura tipicamente rurale, statica; quando si costituiva una parrocchia si prendeva una mappa, si individuavano le strade poderali, i ruscelli, i fiumi e si stabilivano i confini e la gente che stava dentro quei confini spesso artificiali apparteneva a quella parrocchia. Nelle città, addirittura su una stessa strada i numeri pari erano di una parrocchia e i numeri dispari erano di un’altra e la lotta tra i parroci era nel difendere i propri diritti; guai se un prete andava a benedire la casa di quell’altro che stava ai numeri dispari perché c’erano di mezzo anche le offerte.

Tutta questa ristrutturazione della territorialità sta diventando un problema perché spesso la territorialità da una parte e la comunione dall’altra non riescono a coniugarsi in maniera armonica ed ecco che qui nascono tutti i vari tentativi di interparrocchialità, di pastorale di zona, di unità pastorali, che però si muovono in un contesto sia teologico sia pastorale molto nebuloso. Sulle unità pastorali si può dire tutto e il contrario di tutto; ci sono diverse teorie, diverse immagini, spesso senza concretezza. Allora io credo che la parrocchia deve essere difesa ma non può essere difesa così *tout court*, deve in qualche modo essere difesa in un contesto istituzionalizzato che tiene conto della mobilità della gente. Le grandi parrocchie urbane rischiano di essere spersonalizzanti, le parrocchie della immediata periferia delle metropoli rischiano di diventare dei grandi dormitori, e le parrocchie piccole si stanno spopolando e non riescono a sopravvivere come comunità anche eucaristica.

È chiaro che in questo contesto noi abbiamo il diritto e il dovere di guardare in faccia la realtà, non possiamo più vivere di immagini, spesso anche un po' retoriche. Bisogna avere il coraggio di guardare dentro e di vedere se la strutturazione territoriale delle nostre parrocchie risponde ancora oggi alle esigenze di una pastorale d'annuncio e di evangelizzazione, perché un altro grande contrasto all'interno della parrocchia è proprio quello tra parrocchia agenzia sacramentale e parrocchia missionaria. Io ormai sono abbastanza vecchio e sono almeno più di 30 anni che noi parliamo di primato dell'evangelizzazione, di trasformazione delle nostre comunità da comunità di culto in comunità di annuncio, però di fatto siamo ancora fermi a una parrocchia autoreferenziale dove vengono incrementati sempre di più i servizi, qualche volta a scapito di questo respiro missionario. Abbiamo in Italia 300.000 e più catechisti che però fanno un servizio intraecclesiale e non hanno troppa abitudine a proiettarsi verso l'esterno. Quindi abbiamo un po' aumentato i prezzi per ricevere i sacramenti, abbiamo individuato itinerari più lunghi, però di fatto ancora una volta ci muoviamo in una dimensione di sacralità o di sacramentalizzazione, e non riusciamo a sviluppare questa nuova parrocchia che è la parrocchia-comunità come soggetto di evangelizzazione. E quindi la parrocchia sempre di più fa fatica a creare accoglienza e appartenenza. Credo che chi vive la comunità parrocchiale, chi vive nel contesto delle nostre chiese locali non può non rendersi conto che bisogna fare questa conversione di mentalità e anche di indirizzi pastorali.

Stavo dicendo appunto che credo bisogna avere il coraggio di guardare in faccia questa crisi, che non è una crisi di fondazione ma è una crisi di metodologia, di funzionalismo, è una crisi proprio di strutturazione teologico-pastorale. Bisogna utilizzare modelli nuovi, bisogna inventare forme nuove di presenza sul territorio, bisogna in qualche modo trovare nuove strade per creare questo spirito di appartenenza secondo schemi giuridici e pastorali nuovi. Questo credo che sia importante tenerlo come punto di partenza, perché se la parrocchia continua ad essere soltanto agenzia che eroga servizi religiosi, se continua a soffrire di questa poca appartenenza, sarà molto difficile che poi diventi una comunità sanante. Io prendo questo termine in maniera molto radicale, una comunità che sana, che sana non soltanto il corpo ma anche lo spirito, che integra, che aggrega, che stimola e che educa soprattutto a farsi carico dei problemi dei più deboli; deve essere una comunità di vita; deve essere una comunità di amore; deve essere una comunità di solidarietà, di servizio, di fede; deve essere una comunità generatrice di vita.

Se non è questo, rischia di mancare alla sua vocazione primigenia; allora io credo che anche nelle nostre chiese locali non possiamo non fare una riflessione seria, e anche direi coraggiosa, su come strutturiamo anche dal punto di vista istituzionale la nostra

presenza sul territorio dal momento che ormai il campanile non risponde più alle esigenze di aggregazione e quindi non dobbiamo andare dietro a immagini un po' fantomatiche, ma dobbiamo scegliere la strada della concretezza perché proprio attraverso l'esame delle esigenze e dei bisogni della nostra gente potremo trovare strutture nuove che non neghino la validità fondamentale della parrocchia ma la rivisitino. E questo è in fondo il tema che affronteremo noi vescovi nella nostra sessione straordinaria ad Assisi di novembre. Già si è parlato anche nel documento "Annunciare il Vangelo in un mondo che cambia" che ci vuole una conversione pastorale, ma questa conversione pastorale non basta sul piano della mentalità o della cultura, ma questa conversione pastorale ha bisogno anche di strutture nuove che possano diventare sempre più idonee alla formazione di evangelizzatori e che sia in qualche modo una struttura che non si ripiega su se stessa ma si apre ai bisogni e alle esigenze che si manifestano nel territorio in cui realizza la sua presenza. Deve essere luogo di incontro la parrocchia, deve essere un luogo dove si crea un vincolo vero di comunione.

Un altro grosso problema che forse non si ha mai il coraggio di affrontare è proprio quello che, mentre la parrocchia fa fatica ad aggregare e a creare spirito di appartenenza, i movimenti invece hanno un altissimo grado di appartenenza e di mobilitazione e si crea come una specie di gelosia che non produce certamente comunione e non crea sinergia dal punto di vista delle scelte pastorali. Sembra quasi che ci "rubiamo i clienti" reciprocamente; la parrocchia rischia di essere espropriata della sua funzione essenziale e i movimenti rischiano di partire un po' per la tangente vivendo al di là e al di fuori del contesto della chiesa locale. Questo è un grandissimo problema che riguarda soprattutto la parrocchia e in qualche modo poi ridonda anche su quella che è la pastorale della sanità; allora bisogna che noi creiamo delle comunità parrocchiali dove veramente le persone si aggregano intorno alla Parola e intorno all'Eucaristia, dove si celebra e si concretizza, attraverso degli itinerari veri e autentici, non immaginari, unione tra fede e vita, luogo dove si fa veramente una opzione chiara preferenziale per i più deboli e i più poveri.

Le nostre parrocchie, soprattutto quelle più organizzate, rischiano di essere un luogo di lottizzazione pastorale: c'è la catechesi, c'è la liturgia, c'è la carità, ci sono altre attività collaterali, però spesso a compartimenti stagni; si fa la catechesi della iniziazione cristiana senza tener conto della componente liturgica. Se noi abbiamo 100 bambini al catechismo, ne abbiamo 20 alla messa domenicale, perché la messa domenicale non è concepita come parte integrante della iniziazione cristiana di questi fanciulli che rischia-

no di andare alla Prima Comunione, e poi più avanti alla Cresima, senza spirito di appartenenza alla comunità parrocchiale. Ecco perché poi dopo la Cresima spesso c'è un esodo preoccupante. Bisogna recuperare la globalità della pastorale. Non si possono formare degli addetti ai lavori, non si possono formare degli operatori che sanno tutto sulla catechesi ma non sanno nulla sul resto, non si può fare della carità un settore di iniziative; bisogna creare questo spirito di globalità, bisogna evitare la settorializzazione delle scelte pastorali, degli itinerari anche di crescita, e bisogna soprattutto che la carità diventi lettura trasversale e totalizzante di tutta la pastorale. Anche qui bisognerebbe superare certi equivoci: in molte parrocchie la Caritas è il gruppetto delle persone che fanno iniziative assistenziali, questa non è la Caritas; la Caritas è il volto vero e autentico di una comunità che si educa alla carità esercitandola.

La funzione educativa della Caritas è la sua funzione primaria, la Caritas è nel cuore della pastorale, non è un settore della pastorale spesso appiccicato, dove opera soltanto un gruppetto di persone specificamente addette. Allora ci sono i catechisti da una parte, ci sono gli animatori liturgici da un'altra, ci sono quelli della carità da un'altra ancora. Adesso ci mettiamo dentro anche quelli che si occupano dei malati, altro settore, altro tentativo di settorializzare la pastorale: manca questa lettura trasversale di tutta la pastorale. Quindi l'attenzione ai malati nella comunità pastorale e nella parrocchia non può essere un settore, ma deve essere banco di prova di un cammino di fede, di comunione e di amore. Se la parrocchia è chiamata ad essere veramente un mondo di relazioni generose, di ascolto attento dei bisogni, di legami profondi, di ricerca di dialogo, la pastorale dei malati può diventare veramente una lettura e una interpretazione di tutto il cammino che la pastorale parrocchiale va facendo, veramente la pastorale verso i malati può diventare come un antidoto contro la grave carenza che la parrocchia vive sul piano relazionale. Dove è presente la malattia - noi sappiamo - le relazioni sono disturbate spesso drammaticamente, soprattutto quando è la famiglia colpita da questa terribile esperienza; allora se le relazioni all'interno della famiglia, per una grave malattia, per un malato terminale, per un malato dimesso troppo presto dall'ospedale, si acuiscono, occorre un antidoto, occorre una soluzione, occorre un intervento, ma non di alcuni vigili del fuoco che arrivano a spegnere questo incendio, ma di tutta la comunità parrocchiale che attorno al malato sa esprimere la sua potenzialità di amicizia, di partecipazione. Allora ecco che il malato e la sua famiglia, o anche il malato nell'ospedale, può coltivare la speranza di compiere un autentico percorso di socializzazione e di riappropriazione della propria dignità. Altrimenti facciamo un po' della retorica su questo e non riusciamo poi a vivere fino in fondo quello che è appunto il disegno di Dio sull'uomo e soprattutto sull'uomo ammalato. L'intreccio delle

relazioni ha un valore terapeutico formidabile, mentre invece i percorsi paralleli rischiano di vanificare lo sforzo anche di chi si dedica alla pastorale della salute, non arriva a realizzare quelli che sono gli obiettivi che ci siamo proposti, perché noi possiamo avere delle persone con grande competenza, con grande generosità, ma se lavorano in maniera isolata, autoreferenziale, non fanno crescere la comunità parrocchiale nella sua globalità e non riescono quindi a diventare elemento stimolante per un annuncio di evangelizzazione.

Il mondo della malattia può diventare veramente un grande banco di prova della evangelizzazione, questo saper recuperare gli ammalati per farli sentire parte integrante della comunità parrocchiale, perché non si sentano assistiti o addirittura compatiti, ma diventino soggetti attivi dentro la comunità parrocchiale.

Questa presenza attiva del malato è fondamentale nella comunità parrocchiale. Non basta portargli la comunione una volta al mese, mandare il ministro straordinario dell'Eucaristia, andare a fare qualche piccola assistenza. Ci vuole ben altro, bisogna che la comunità parrocchiale aggregi veramente, in maniera sistematica e in maniera permanente, tutti coloro che sono malati. A me fa sempre molta impressione vedere delle comunità parrocchiali dove una persona, che magari tutte le mattine andava alla messa, poi non c'è più, e nessuno dice: "Ma dove è andata a finire? Come mai non viene più? Forse sarà malata, forse ha avuto qualche grave disgrazia". No, nessuno se ne accorge, tutto va avanti come prima e forse qualcuno sporadicamente pensa che forse il parroco se ne interesserà, e se non lo fa lui, chi lo deve fare? Questo è il sintomo di una situazione dove manca questa presenza attiva, dove manca questa aggregazione vera degli ammalati dentro la comunità. Io credo che questo è uno dei punti più delicati di questo nostro convegno perché io credo che proprio attraverso la pastorale della salute la parrocchia possa ricostruire la sua identità e possa veramente ricostruire questo suo aprirsi al mondo esterno, perché la malattia non ha nessuna etichetta, non c'è una malattia cattolica o una protestante, la malattia è malattia, il malato è malato.

Mentre la parrocchia spesso discrimina e aggrega soltanto i buoni, e serve soltanto i buoni, quelli che hanno già fatto una scelta, questo aprirsi al problema della sofferenza e della malattia significa rompere queste schematizzazioni, rompere queste precomprensioni e andare a cercare la persona che è colpita da una malattia, ma che ha bisogno di essere evangelizzata. E così si acquista uno stile di approccio, una modalità nuova di relazioni che aiuta sicuramente la parrocchia a uscire da se stessa e ad andare verso il mondo dove i sani e i malati spesso non sono così distinguibili, perché ci sono diverse malattie e le malattie dello spirito spesso sono

più gravi delle malattie del corpo. Credo che da questo punto di vista noi dobbiamo rilanciare sempre di più questa comunità di parrocchia che attraverso l'apertura alla pastorale della salute ritrova la sua vitalità, perché non c'è migliore carità di quella di occuparsi dei più deboli, e non c'è più debole del malato.

Qui viene un terzo punto che riguarda il territorio perché il titolo dice che la parrocchia deve essere comunità sanante nel territorio, il territorio non tanto inteso come geograficamente presente, ma il territorio come persone che vivono in quel determinato luogo; quindi bisogna prendere non tanto la dimensione geografica, ma la dimensione antropologica.

Io mi domando spesso: ma le nostre parrocchie conoscono veramente i problemi del territorio?

Sono capaci di una diagnosi precisa, direi sistematica, di quelli che sono i problemi che la gente vive in quel determinato territorio?

Le nostre parrocchie sanno calarsi nel contesto unico e irripetibile di ogni comunità parrocchiale a servizio del territorio?

Io credo che spesso c'è questa specie di disattenzione al territorio: pensiamo al mondo della scuola, pensiamo al mondo della cultura, pensiamo al mondo della sanità, quanti sono i nostri parrocchiani, quelli che ci stanno più vicini, quelli che collaborano alle iniziative parrocchiali?

Quanti sono coloro che si aprono ai problemi che il territorio vive?

E qui ritorna tutto il discorso della parrocchia territoriale. Noi abbiamo ormai parrocchie limitrofe che si incastrano una nell'altra, dove è sempre più difficile stabilire dove comincia una e finisce l'altra, allora se non c'è questa visione del territorio che non è quella dei confini parrocchiali ma è quella dei luoghi dove le persone si incontrano e vivono, la parrocchia manca un suo dovere fondamentale.

Noi in Italia abbiamo piccoli comuni che spesso coincidono con la parrocchia; ma abbiamo anche grandi comuni dove le parrocchie sono molte. Noi per esempio nella nostra diocesi di Pisa abbiamo due comuni che hanno 23 parrocchie e se non si fa una politica di riaggregazione la parrocchia manca un suo dovere fondamentale e non riuscirà mai ad aggregare. Allora questa attenzione al territorio è una delle condizioni fondamentali per rilanciare la parrocchia; ma rilanciare la parrocchia non secondo uno schema ormai obsoleto, ma secondo uno schema nuovo che è appunto quello di assumere il territorio come elemento non tanto geografico ma antropologico, e in questa prospettiva allora a mio parere nasce la possibilità di una presenza della parrocchia anche nel campo della salute.

Prima l'assessore parlava della società della salute, si parla di area vasta, si parla di collaborazione a livello territoriale tra comuni diversi, c'è tutta una ristrutturazione della presenza sanitaria nelle nostre regioni che ha bisogno di una attenzione particolare dal punto di vista pastorale, altrimenti noi continueremo a fare una pastorale che non incide, che non lascia traccia, che non va a cogliere quelli che sono i problemi fondamentali delle persone che hanno bisogno di essere accolte, promosse, amate e aggregate dentro i loro problemi concreti. Una comunità che non si accorge dei bisogni è una comunità che muore, è una comunità che offre servizi a chi glieli chiede ma sarà sempre meno la gente che chiede servizi, purtroppo, perché la scristianizzazione e la secolarizzazione aumentano ogni giorno di più e allora la sfida non sta nel produrre nuovi servizi anche di assistenza sanitaria ma nel domandarsi come esprimere questa vicinanza in maniera giusta, in maniera efficace? Come ridurre l'isolamento delle persone, come fare spazio alla presenza in modo particolare dei malati?

Io credo che, per ogni membro della comunità parrocchiale, essere solidale soprattutto con i più deboli sia elemento costitutivo del suo essere parrocchiano, quindi non può essere questo affidato soltanto a una pratica occasionale di pochi; occorre che la pastorale della salute sia inserita e incarnata in questa dimensione che chiamerei sociale e politica del territorio, nel senso più vero e più autentico del termine, perché i diritti dei malati possano essere difesi anche e soprattutto dalla comunità parrocchiale, questi diritti che invece spesso sono calpestati o disattesi.

Ecco che allora la comunità parrocchiale diventa interlocutore fondamentale in un progetto della salute, della ristrutturazione delle strutture sanitarie, soggetto indispensabile perché porta una sensibilità, porta un calore, porta il Vangelo e quindi porta il rispetto della persona, porta i diritti fondamentali e inalienabili degli uomini, porta cioè la solidarietà, la sussidiarietà, tutti quei grandi temi che la dottrina sociale della Chiesa ha portato avanti in questi ultimi decenni. Ma se una comunità non riesce ad uscire fuori da questo isolamento, se la comunità parrocchiale non diventa luogo di mediazione culturale oggi così urgente, rischia appunto di isterilirsi, di sclerotizzarsi e di chiudersi sempre di più nella sacrestia o nel culto, sempre meno incisivi e sempre meno efficaci. Noi – credo tutti – subiamo le conseguenze di questa spaccatura sempre più drammatica tra la fede da una parte, che diventa sempre più privatizzata, e la vita dall'altra, che segue le mode del momento. Allora mi pare che il problema della malattia, il problema della sofferenza e il problema della salute potrebbe diventare veramente un grande col-

lante per ricostruire un interesse vero nei confronti dell'uomo, dei suoi diritti e della sua dignità, e attraverso un'azione sociale e politica della comunità parrocchiale nel tema della salute può diventare veramente un recupero di una spinta evangelizzatrice, che poi si svilupperà come nuovo stile all'interno della parrocchia per portare il Vangelo fuori dalle mura, perché sia, ancora una volta, punto di riferimento e occasione di salvezza per tutti.

Credo che la parrocchia e le strutture sanitarie devono in qualche modo incontrarsi sempre di più in questo dialogo, certo con competenze diverse, con autonomie diverse, ma in questa visione pluralistica e complementare. Bisogna – come diceva l'Assessore – riappropriarsi della sanità. È un tema che ci riguarda direttamente, non è un surplus; bisogna riappropriarsi di questo tema così drammatico che è quello della salute, perché è sulla salute che si giocano oggi tutte le grandi sfide dello Stato sociale e se noi non abbiamo un interesse per questo, dovremo andare a evangelizzare? Andremo a scodellare sulla testa della gente un messaggio che non interessa a nessuno se non incide sulla realtà concreta e quotidiana delle persone che vivono e operano in questa società.

Questo io lo vedo come un grande pericolo. Noi facciamo un'evangelizzazione di cartello, fatta di grandi principi, di grandi enunciazioni, ma poi la gente di tutto questo non sa che farsene. Allora mi pare che la salute diventi veramente una grande strada per poter concretizzare sempre di più il nostro impegno di evangelizzazione e, attraverso questo banco di prova che è la pastorale della salute, noi possiamo ridare alle nostre comunità parrocchiali veramente un vigore nuovo per riprendere in mano il grande tema dell'accoglienza, dell'appartenenza e trasformare così le nostre comunità parrocchiali da agenzie di servizi, che spesso ancora le caratterizzano, in comunità di vita che attraverso l'attenzione ai malati riportano la centralità dell'uomo come elemento portante di una nuova società che è appunto quella che dovrebbe ispirarsi al Vangelo.



Il malato, soggetto attivo di evangelizzazione in parrocchia

S. E. Mons. ALBERTO ABLONDI - Vescovo emerito di Livorno

Il clima teologico di una parrocchia

Per capire e proporre la missione del malato in Parrocchia è necessario risalire alla identità di chiesa parrocchiale. Questa, mentre è porzione della chiesa locale, attraverso la stessa chiesa locale, raggiunge la dimensione della chiesa universale.

In questa visuale ecclesiale costituiscono spesso richiamo e impegno per la parrocchia le parole con cui nella comunità apostolica viene preparata e accolta la visita dello Spirito Santo: "Tutti insieme, nello stesso luogo".

Severo e inesauribile aggettivo, "tutti"; esige l'attenzione ad ogni condizione di vita, di età, di sofferenza o di salute; di cultura o di lavoro. Inoltre, per l'ispirazione alle stesse parole, la parrocchia sente anche l'esigenza e il dovere dell'"insieme". Esso indica unità attraverso le diversità e provoca crescita nel contributo di vocazioni diverse.

Le parole "nello stesso luogo" non solo si richiamano ad un particolare territorio, delimitato nei suoi confini ma per essere separato non distinto, e perciò integrato.

L'identità parrocchiale dell'ammalato

È facile dedurre da queste brevi riflessioni l'esigenza della presenza dell'ammalato chiamato in forma attiva e passiva alle proposte della Parrocchia. Naturalmente la parrocchia per rendersi presente dovrà approfondire l'identità del malato con l'attenzione anzitutto alla sua valorizzazione personale. È la stessa esigenza che si impone anche sul piano medico, per cui giustamente si osserva che esiste l'ammalato, non la malattia.

Come criterio di identità, il malato dovrà perciò essere inquadrato nella sua psicologia, in cui si rivela facilmente disponibile o meno alla prova che gli viene richiesta, con possibilità di rendersi aperto o meno al nuovo ritmo di vita che la malattia gli impone.

La malattia è vocazione?

Anche le presenze di amicizia, di parentela e di comunità che lo accompagnano servono a qualificare il suo atteggiamento di ammalato ed a proporgli mete o compiti diversi.

Tutti questi elementi tentano di definire l'identità con cui l'ammalato si è presentato alle cure private o ospedaliere; esse non dovranno però trascurare anche l'ipotesi che la stessa malattia possa essere una nuova vocazione.

Direi che veramente, in molti casi, il cambiamento del ritmo di vita è così forte e personale da richiamare la nascita di una nuova vocazione. Si tratta di autentica vocazione, perché significa non tanto il sentirsi chiamato, quanto l'essere veramente chiamati. Anzi proprio perché la malattia non è mai desiderata, è più difficile correre il rischio di altre vocazioni che spesso sono solo una autovocazione.

Naturalmente la novità della vocazione si può realizzare nell'ammalato o in chi gli è vicino.

Un esempio mi viene offerto dalla Santa Seton. Questa donna, proclamata santa nel 1975, nell'anno della donna, è la prima donna americana canonizzata. Nella sua vita ebbe il dono di offrirsi alla volontà di Dio attraverso tutte le vocazioni della donna: fu sposa, madre di 5 figli, vedova, fondatrice di cinque congregazioni religiose.

Una successione di vocazioni che ha trovato il suo vertice di sofferenza nella morte del marito, nel suo passaggio alla chiesa cattolica dalla chiesa episcopaliana, e nella sua dedizione alla carità che la portò ad essere fondatrice di 5 congregazioni. Il Card. Write ebbe a dire, nel santuario di Montenero a Livorno: "Da un atto di fede espresso in questo tempio è nata la storia dell'America cattolica". È evidente quanto questa donna sia di esempio nella possibilità che la malattia orienti l'ammalato o chi gli sta vicino verso nuove forme di vocazione.

Una Santa dalle tante vocazioni

È bello ascoltare in questa sede alcune parole e preghiere espresse nel lazzeretto di Livorno dove, dopo un pericoloso viaggio, aveva accompagnato il marito assieme alla più grande delle figlie. Nutriva infatti speranza di una guarigione dalla tisi: "Non solo sono disposta a portare la mia croce, ma l'ho pure baciata. Mentre mi rallegro delle consolazioni che Dio ci concede, il mio povero Williams fu colto da un attacco di febbre che era quasi superiore alle sue forze" (38). E, in una inquadratura della vita del lazzeretto "noi preghiamo e piangiamo insieme, fino a quando la stanchezza lo prostra e allora egli dice che è pronto ad andarsene" (39).

La forza del Vangelo intimamente pregato ed il conforto della amicizia dei Filicchi, una famiglia amica, la rendevano capace di affrontare con fermezza le situazioni più delicate; perciò al comandante del lazzeretto poteva gridare: "Capitano, se io ritenessi che la nostra condizione fosse opera di uomo, invece della "maddalena piangente", come graziosamente mi chiamano, lei troverebbe in me

una leonessa pronta a bruciare, sotto i suoi occhi, il suo lazzaretto e a portare via il povero prigioniero a respirare l'aria del cielo”.

I tanti scritti e la storia della Santa dimostrano la forza evangelizzante del dolore: nel marito che soffre anche fisicamente, nella moglie che partecipa alla sua avventura di dolore e negli amici che si uniscono nella stessa tensione di carità.

Gli insegnamenti della malattia

Bisognerebbe davvero che quanti hanno il privilegio di essere accanto ad un ammalato grave si facessero accoglienti di insegnamenti profondi.

È infatti importante catechesi vedere il mondo come lo si vede solo in area “letto di morte”. Anche una vita che pare spegnersi rivela la grande alternativa. In essa per chi non crede la nascita è solo l'inizio di un progressivo morire, mentre per chi crede la morte è un finire di nascere. Si comprende allora quanto il seguire un ammalato anche nelle ultime fasi sia un facilitarli quella catechesi che è testimonianza. Spesso infatti vi sono uomini che nascono solo sul letto di morte. Di grande responsabilità dunque è l'ammonimento del teologo Daniélou: “Non rubate a nessuno la sua morte”.

Parrocchia ed altri operatori pastorali

Si direbbe che un clima di dialogo e di collaborazione per una proposta di evangelizzazione si deve impostare e sviluppare fra la parrocchia e le cliniche tenute da religiosi. A questo proposito cito solo un caso in cui la delicatezza del far dialogo è stata trascurata. Avevo raccomandato ad una suora la accoglienza di una anziana signora, alla sua prima esperienza di ricovero. Di fronte allo stupore del marito che alla sera mi confidava: “Tutto veramente perfetto ma distaccato e freddo”.

“Vede, Sorella, fu la mia reazione, lei oggi ha tradito il voto di povertà che impone di dare ogni precedenza alle persone. Chiunque infatti avrebbe preferito il sorriso di una donna con orecchini ad una donna incapace di sorridere”. Quando infatti si tratta di evangelizzare, anche i piccoli gesti contano nella loro comprensibilità e delicatezza.

Riguardo al rapporto fra ospedali o cliniche e parrocchia, vorrei sottolineare che il ricovero non solleva affatto la comunità parrocchiale dal coinvolgimento nella avventura della malattia; anzi il cambiamento di ambiente rende più preziosi gli antichi rapporti! Chi è chiamato ad una vita di relazioni sa che particolari situazioni danno maggior valore ai piccoli gesti.

È veramente costante infatti la esperienza in cui si scopre una forte sproporzione fra il minimo costo di chi dà, ed il superiore valore di chi riceve. La gratuità infatti riveste il gesto donato di un plus-valore. Dovremmo essere più attenti a queste occasioni che

nella carità non solo moltiplicano le energie, ma servono anche a consolarci quando siamo provati dall'insuccesso, dall'indifferenza, dall'ingratitude.

Il malato in ospedale

Per lo sviluppo della evangelizzazione da parte dell'ammalato e di chi gli sta vicino, è importante provocare l'ammalato al dialogo e facilitarglielo con tutti gli insegnamenti che la malattia e la degenza possono offrire.

In questa tensione ho preparato un dépliant di accoglienza dell'ammalato e dei personaggi dell'ospedale. Lo cito solo quale esempio di provocazione al rapporto personale:

“Certo quello della malattia e dell'ospedale è un mondo nuovo da scoprire non senza fatica, ma anche con grandi sorprese; non senza dolore, ma con l'apertura di strade diverse da vivere in forma nuova.

Allora la strada del servizio prestato al malato potrà sboccare in quella “dell'amicizia e della testimonianza evangelizzante”.

Ed allora vorrei facilitarti un primo incontro con un personaggio tanto caro e raro: il tempo. Sì, nei hai sempre avuto poco di tempo, e ora con la malattia e la degenza potrai anche averne tanto.

Ma attento,... non sciuparlo nella noia, tanto dannosa; potresti invece renderlo addirittura curativo...

... E poi vorrei presentarti tutti gli operatori dell'ospedale, dai medici agli incaricati della pulizia.

Anche loro fanno parte di un mondo nuovo da scoprire. Sai che cosa devi fare? Anzitutto ringraziare queste persone per il loro lavoro, a volte così pesante.

Allora la strada del servizio prestato potrà sboccare in quella dell'amicizia e della testimonianza evangelizzante.

Con questo spirito, nelle corsie si creerebbe un clima ben diverso da quello descritto in queste righe: “Ogni cosa che accadeva nella corsia era separata dalle altre. Come se ogni letto fosse senza comunicazione col resto; salvo però i gridi che si incitavano l'uno con l'altro, in un crescendo, e comunicavano in una agitazione generale, in parte dolorosa e gemente” (Italo Calvino).

Queste considerazioni sulla capacità di evangelizzazione dell'ammalato risvegliano, attorno alla sua sofferenza, un grande problema teologico con conseguenze pastorali.

L'ammalato ha bisogno di scoprire un Dio vicino

L'epoca attuale denuncia tanti equivoci sull'uomo e su Dio. I motivi sono in parte dovuti alla sproporzione tra la cultura teologica e le culture umane. Così molti cristiani, preparati alla vita da una insufficiente catechesi sono trascinati a trattare con una presuntuosa ignoranza del fatto religioso.

Già la malattia, con tutta la impreparazione ad affrontarla, fa sorgere in tante persone sospetti gravi sull'autentico rapporto di amore fra uomini e Dio. È normale poi che tutta una serie di incomprendimenti trovino una loro esaltazione nel "dolore innocente", il titolo appunto di un recente studio del teologo Vito Mancuso, in cui si affronta il tema scottante riportato nel sottotitolo "L'handicap la natura Dio". È tema che non può lasciare indifferente chi nella testimonianza vuole offrire alla Chiesa un servizio di catechesi e di comportamento esemplarmente cristiano. Infatti il libro citato osserva: "Non solo ad Auschwitz, ma nel profondo dell'anima del credente sorge una domanda ripetuta come una ossessione nella pagina di Wiesel che racconta l'impiccagione di un ragazzo da parte delle SS. "Dove è il tuo buon Dio? Dove era non solo ad Auschwitz ma anche a Hiroshima, nella Cambogia ecc.". Davvero non solo ad Auschwitz l'uomo sente l'assenza di Dio perché in quanto Padre onnipotente pare non esserci. Pare assente alla intera vicenda umana e storica dell'uomo.

Quanta strada di riflessione, di preghiera, di sofferenza ulteriore e di dialogo deve fare un credente cristiano per saper cogliere il messaggio di fondo portato da Gesù che rivelato nel Padre un Dio vicino.

È una vicinanza che bisogna saper vedere anche nel quotidiano di tante morti che sopprimono una vita carica di amore, estinguono rapporti di affetto tanto faticosamente conquistati, e creano clima di solitudine dove c'era la gioia. Penso davvero che il letto possa diventare un ambone; quando chi dalla malattia potesse vedere il dolore, e chi lo porta come una stimmata, anzi vedere come una stimmata vivente.

A confermare l'efficacia della testimonianza mi pare opportuno citare il diario recentemente pubblicato e da poco scoperto in cui Etty Hillesum, la giovane donna olandese che, uccisa ad Auschwitz, ha lasciato un diario. In esso giorno per giorno narra le sofferenze sempre più gravi del popolo ebraico in Olanda. Il cappio delle SS infatti sta per stringersi attorno alla sua vita e lei con atteggiamento profetico parla del suo rapporto con Dio: "Non basta predicarti, mio Dio; non basta disseppezzarti dai cuori altrui. Bisogna aprirti la via, mio Dio, e per far questo bisogna essere un gran conoscitore dell'animo umano".

Proprio per sostenere il nostro tema sull'apporto che l'ammalato offre alla comunità parrocchiale riporto due convenienti citazioni di Etty:

"Ti prometto una cosa, mio Dio; cercherò di non appesantire i problemi del domani, cercherò di aiutarti affinché Tu non venga distrutto dentro di me. Una cosa però diventa sempre più evidente,

per me, che Tu non puoi aiutare noi, ma che siamo noi a dover aiutare Te; ed in questo modo aiutiamo noi stessi”.

Altrove Etty dice, ancora mostrando di progredire nelle aperture umane in quel difficile momento che stava vivendo: “Dovunque mi troverò, cercherò di irradiare un po’ del Tuo amore per gli uomini, che mi porterò dentro”.

Confrontando questi spazi di propositi e di speranza con i bisogni della comunità e con i bisogni delle persone, diventano grandi le attese delle comunità parrocchiali nei confronti dei membri colpiti dalla malattia e dei suoi rapporti con loro.

La vocazione al “sì”

In questa prospettiva mi pare che il compito della comunità parrocchiale sia quello di preparare i suoi membri alla capacità di vivere un particolare aspetto della vocazione cristiana.

Con questa formazione ogni vocazione sarà valida a sostenere anche i momenti più difficili; ma essa sarà soprattutto una preparazione alla malattia quando nella sua pesantezza diventa vocazione.

Traduco questa tensione della comunità, nella preparazione vocazionale dei suoi membri, con le parole dell’Apostolo Paolo, nella lettera ai Corinzi: “Il Figlio di Dio non fu “sì” e “no”; in Lui c’è stato solo il “Sì”. Come primo riflesso di questo “sì” prende risalto il “sì” di Maria; diverso da quello di Eva. È augurabile dunque una pastorale che educi ogni cristiano a scoprirsi un “sì” del Signore e educi ogni credente a dire al Signore il “sì” facile dell’esistenza e i “sì” difficili della malattia.

La parrocchia perciò dovrà prepararsi ad accompagnare i suoi membri quando la malattia diventa così invadente da farsi “vocazione particolare”; nello stesso tempo la parrocchia dovrà formare il cristiano a vivere ogni stato di vita nel clima della “vocazione universale” al “sì” e nella generosa dedizione al Signore e agli uomini.



La mia malattia alla luce di una lunga catechesi

S. E. Mons. VINCENZO SAVIO - Vescovo di Belluno-Feltre

Vi ringrazio, ringrazio anche delle belle parole di mons. Pintor. Sono venuto per amicizia, perché lui ha insistito, era pronto a giocare tutto; quindi era mio dovere rispondere all'amicizia. Non sono, io, tra quelli che soffrono nel raccontare la propria vita. A me personalmente piace ripensare e ridere un po' la storia personale, ma vi devo assicurare che ora non è più così facile come pensavo. La mia storia potrebbe essere però ben sostituita da tante altre storie. L'esperienza mia si muove in due direttrici che sono già state ricordate: una è quella di ausiliare accanto a mons. Ablondi; e quando credevo di convolare finalmente a nozze con una sposa tutta mia, Belluno-Feltre, bellissima, nessuno può contestare la bellezza di questa sposa, ecco che dopo un anno di entusiasmante vicinanza è scoppiata la malattia e quindi devo imparare a stare in questo servizio con quei segni che erano stati un po' di grande attenzione nel mio cuore, stando accanto anche al vescovo Alberto.

Semplicemente io vi dirò quello che sto cercando di capire. In fondo mi sento come uno che deve ritornare perché ha tante cose da imparare. E allora vorrei fare tre passaggi sotto un termine di ringraziamento. In Grecia quando fate un piacere vi rispondono eucaristò; io vorrei indicare questo mio rapporto con il mondo della malattia, con il mondo della sofferenza, vissuto prima come vescovo ausiliare e poi personalmente, attraverso tre ringraziamenti.

1. - *Il primo ringraziamento* lo faccio alla mia comunità religiosa che mi ha aiutato a capire esattamente cosa volesse dire "essere vescovo ausiliare" in quel frangente particolare; lo ha ben detto però mons. Pintor. Il mio ministero non era tanto sollecitato dall'essere inviato in aiuto ad un vescovo che poteva avere una situazione di salute non felicissima; la vita consacrata mi aveva in fondo immesso dentro due valori sui quali ho cercato proprio di non sganciare mai: il primo valore è l'importanza che ha la comunità, una comunità di fede, la comunità religiosa da cui provenivo; ma anche la parrocchia, la diocesi, purché vivessi profondamente e radicalmente la dimensione della pace e della concordia, dono eminente dello Spirito.

Quindi l'unica ragione per cui io potevo stare, il grande momento che mi poteva muovere all'interno della situazione di vescovo ausiliare era fondamentalmente essere accanto al vescovo Alberto però per offrire, per vivere e costruire insieme la concordia e la pace della comunità.

La seconda dimensione – quella che ogni buon religioso dovrebbe acquisire – è il senso e il significato altissimo che ha nella comunità religiosa la figura della paternità del superiore, e la sacramentalità della paternità di Dio che ha – in questo caso aveva per me – il vescovo. Il vescovo della Chiesa di Livorno non era Vincenzo ma il vescovo della chiesa era Alberto e accanto condivideva con lui Vincenzo, però al primo posto il vescovo Alberto. Per cui non era la malattia, come ho detto bene prima, che mi spingeva ad assumere determinati atteggiamenti; l'unica ragione per cui ho fatto il vescovo ausiliare era perché dovevo, insieme e accanto al Vescovo Alberto, per costruire e continuare a costruire insieme la dimensione della pace del Signore e vivere così. Per cui se posso tirare una conclusione di quegli anni che sono stati bellissimi (sono stati anni veramente molto forti per me) ho imparato anche in questo caso a fare il vescovo; io non sono stato ad aiutare giustamente un vescovo ammalato, ma il vescovo che era anche malato; il mio essere ausiliare era ausiliare proprio del ministero episcopale del vescovo Alberto. Quindi il primo grazie e il primo stile me l'ha insegnato la comunità religiosa.

2. - *Il secondo eucaristò* io lo devo rivolgere alla mia famiglia e qui entriamo già nella ragione che poi mi ha condotto a vivere e a stare dentro l'esperienza che sto vivendo in una certa maniera. Qui vorrei in qualche maniera accennare solo di sfuggita alla funzione fondamentale che ogni famiglia ha nell'educazione alla fede, ma l'educazione alla fede nelle sue diverse espressioni e nei suoi diversi momenti. Parto da un saluto che ho fatto a mia mamma ormai in fin di vita. Le ho detto "Mamma, senti, facciamo te ed io come Elia ed Eliseo" e mia mamma mi guarda e mi dice: "Io so che Elia era un Profeta, ma Eliseo chi è?". Allora le ho detto: "Eliseo era un altro profeta che era cresciuto accanto ad Elia, e quando Elia stava per partire e per essere portato al cielo, Eliseo gli ha detto: 'dammi un po' del tuo mantello perché anch'io possa continuare la tua opera di profeta'". Io ho detto a mia mamma: "Io non so fino ad adesso che cos'è la sofferenza, la malattia, tu invece sei stata un esempio sempre per noi; mi dai un po' del tuo mantello, andando tu in cielo me lo lasci un po' a me?" e lei mi ha detto: "Sì, te lo lascio volentieri".

Una mamma che al secondo parto a 24 anni era rimasta paralizzata per infezione di parto, aveva avuto una bambina prima e poi aveva avuto questa creatura, infezione di parto. Il medico ha

sbagliato tutto; paralizzata perché anziché curarla ha rescisso i tendini e tutta una serie di cose, ed è stata per tutta la vita pressoché paralizzata; vietata di avere altri figli ne ha avuti altri cinque, di cui penultimo sono io, e mia mamma ha condotto una vita costantemente nella sofferenza, con una continuità impressionante. Che cosa ho imparato da lei?

Lei mi ha insegnato a leggere con fede questa esperienza, mi ha insegnato prima di tutto e in forma molto forte, che il dolore è un luogo dove si manifesta la redenzione del Signore e – voi pensate – era una donna che aveva fatto la seconda elementare, mio papà anche. Mio padre che era salito molto di grado nel lavoro era rimasto a fare il pulitore delle carrozze dei tram.

Dolore come luogo redentivo, luogo teologico della redenzione. E mi diceva sempre un'altra cosa: redentivo per sé, per essere io guarito dei miei peccati, essere io purificato dal male che c'è in me, dal male spirituale che c'è in me; ma anche fortemente cosciente di avere e di vivere, così, un senso di grande responsabilità e di grande solidarietà nei confronti della sua famiglia, verso la quale riusciva ad essere sul piano dell'efficienza solo parzialmente vicina, ma era assolutamente presente nell'intercedere per la redenzione dei suoi figli, per garantire i suoi figli dal male, per proteggere i suoi figli più che dal male fisico, dal maligno; e non solo i suoi figli ma anche il mondo, la comunità.

Un'altra dimensione che in questi lunghi anni di malattia essa mi ha fatto sempre sentire è stata la vicinanza di Dio e quanto è terribile sentirsi lontano da Lui; e sentire che Dio è vicino, che Dio non è mai lontano. In questa esperienza, anche papà partecipava, partecipava alla maniera sua, lui che doveva andare sempre a lavorare, era l'unico che portava qualche soldo in casa. Di fronte a mia mamma che in qualche momento gli sfuggiva di lamentarsi, era mio papà che gli diceva: "Santina, ma non sei tu che tutte le mattine quando ti svegli mi fai dire anche a me: 'Signore, fammi soffrire qui, ma fammi stare unita a te nel cielo sempre'. Se hai qualche sofferenza in più oggi non possiamo metterla in questa preghiera?" E lei gli diceva: "Sì, hai ragione, scusami".

Sullo sfondo di tutto questo, quello che io ho colto – e sono cresciuto come un ragazzo piuttosto indipendente, non scavezza-collo ma molto libero per certi aspetti – alcune relazioni profondamente radicali: il senso di sentirsi creatura, ma con una forte coscienza di una profonda relazione con il Creatore; la certezza di essere costantemente accompagnata e sostenuta da Dio e dalla paternità divina; sentire che, comunque sia, anche se lei non fosse potuta riuscire a garantire quelli che potevano essere i normali servizi accanto ad un figliolo e ad una famiglia, sapeva che Dio avrebbe

provveduto e che Dio guidava e guida la storia personale sua e di tutti noi.

Per me è stata una testimonianza. La cito proprio perché forse non l'avrei così valorizzata se non fossi entrato io stesso in questa esperienza del mantello di Elia in questo ultimo anno. Una testimonianza esemplare, che mi ha insegnato cosa vuol dire imparare a stare nella volontà di Dio e a capire che la malattia è una dimensione della vita: occorre aspettarla, bisogna non scoraggiarsi, bisogna soprattutto sapere che cos'è e non subirla, starci dentro con senso di responsabilità.

3. - E vengo al terzo *eucaristò*, alla comunità diocesana di fronte a questa notizia che mi ha colpito, che ha colpito me ma profondamente anche loro. Erano i giorni in cui io avevo appena terminato, con molta sofferenza, perché il male era già presente ma non riuscivamo a individuarlo. Io ho detto poi scherzando che il Signore accecava i medici perché avevo bisogno di passare in tutte le foranie per spiegare bene cos'era il primo anno del sinodo, cosa voleva dire far gruppo sinodale; io avevo bisogno di semplificare; loro avevano bisogno di vedere che il Vescovo glielo spiegava e stava con loro, per cui non era una cosa difficile. Abbiamo scoperto la malattia che avevo solo all'ultimo incontro, e, nell'aprire il Sinodo, noi abbiamo costantemente sottolineato e cercato di portare nel cuore della nostra gente l'importanza di sapere che la comunione che Dio ci dà diventa visibile comunità solo se c'è una feconda e forte comunicazione.

Quindi in questa visita foraniale l'importante era far capire come fosse necessario che, per questa gente, così montanara e così chiusa in se stessa, così abituata a risolversi i problemi per conto proprio e a darsi i voti per conto proprio, era invece fondamentale parlarsi e leggere insieme le situazioni della vita. Quando, dopo aver fatto questi discorsi, c'è l'urgenza del ricovero, qualche giorno di momentaneo riserbo perché anche qui non volevo né esagerare né andar fuori riga per le cose informali; e nell'intervallo tra la prima indicazione e poi il momento della comunicazione definitiva una serena preghiera mi veniva dall'insegnamento di mia madre: pregavo il Signore di aiutarmi a stare nella sua volontà. Questo conta e basta.

Nel giorno in cui c'è la festa patronale ho dovuto essere ricoverato per ricevere la diagnosi definitiva del mio male; e nella festa patronale, prima di partire, ho lasciato una lettera che è stata letta durante l'omelia in cui dicevo: "Appena saprò, vi comunicherò che cosa ho, non state in pensiero, vi ringrazio del vostro affetto intensissimo e delle vostre preghiere". Mi parve allora opportuno che, di fronte alla diagnosi, l'unica cosa importante che mi restava da fare

– so che tutti non sono d'accordo su questo, so che ci sono ragioni valide per altri versi – era informare la mia comunità, mi sembrava giusto perché comunicare è riconoscere di appartenersi; comunicando si danno i confini anche delle cose, si rassicura la gente. Ecco che allora il mio vicario generale uscì con un comunicato di cui vi leggo solo un passaggio, che non avrei mai creduto che avesse poi una rilevanza così importante per la gente, ma che ha avuto un richiamo molto molto forte.

Il mio vicario generale scriveva così: “In tutte le chiese ci sarà l'intenzione per la salute del vescovo – lo diceva dopo aver comunicato che cosa avevo – soprattutto al momento della preghiera dei fedeli durante la messa. Egli però desidera che nel pregare per lui vengano ricordati tutti gli ammalati; si sente infatti solidale e partecipe di un'esperienza difficile che lo unisce a tante persone della sua comunità diocesana. Mons. Vincenzo affronta questo imprevisto cammino con animo sereno. Noi affettuosamente vicini vogliamo condividere la sua fiducia e serenità, puntando sulla forza della preghiera”, e poi mi faceva gli auguri. Io non credevo che comunicare questa cosa, che mi sembrava un fatto di famiglia, soprattutto un fatto estremamente e assolutamente coerente, semplicemente coerente con quella che era l'intenzione del primo momento del Sinodo, avesse quell'eco che ha avuto.

Ho avuto quindi delle reazioni e qui mi permetterò di usare le reazioni ed evitare le mie parole perché mi paiono più significative. Una prima reazione è stata di un personaggio, Alberto Melloni; chi lo conosce sa che è il direttore del Centro di Alberigo a Bologna, storico e docente all'Università di Roma, il quale il giorno dopo che è stata fatta questa comunicazione ha scritto un articolo sul *Corriere della Sera*, nelle pagine del Veneto, che mi pare importante comunicare anche a voi, perché mi hanno sorpreso e hanno fatto riflettere anche me. Dice così: “Il gesto del vescovo di Belluno, che racconta alla sua chiesa il suo dramma di paziente tumorato, appartiene a quel tipo di gesti che suscita affetto per una chiesa capace di parlare la lingua sacra del cuore umano e delle sue pene. Mentre chiede il conforto della sua famiglia spirituale, mentre domanda il gesto semplice e debole della preghiera, mons. Savio si mette infatti in sintonia profonda con tutti coloro ai quali una diagnosi grave come quella che lo riguarda ha imposto di fare i conti non con la morte, con quella non si tratta il giorno che arriva, ma con il limite della nostra vita”.

Poi io ho capito questa sua attenzione ad una sua storia personale: sua moglie, giovane e bellissima donna, che muore giovanissima per una malattia strana, e lui ha dovuto accompagnarla e curarla in questa situazione difficile.

Continua Melloni: “Spesso la predicazione ecclesiastica pren-

de un'altra via, quella per cui le situazioni tragiche sarebbero terribili ma necessarie lezioni per spingere a interrogarsi sul senso della vita, senza accorgersi che così facendo si dà della chiesa e della fede un'immagine tremenda, quasi che essa stia appollaiata ai crocicchi della vita, aspettando che una malattia o la natura o la follia spaventino l'uomo e lo costringa a strisciare davanti al sacro. In qualche caso, rende e tutta la telepredicazione televisiva, che ormai sta arrivando anche da noi, sfrutta questa paura per ricavarne pratica religiosa; in molti casi al contrario quest'atteggiamento respinge lontano coloro che, vuoi perché hanno sofferto troppo, vuoi perché hanno troppa paura, si ribellano a questa logica cattiva.

Mons. Savio insegna col magistero della vita che la fede è un'altra cosa, che la fede cristiana è un'altra cosa. Il breve comunicato della diocesi, che emula un passo analogo compiuto anni or sono dal cardinale di Chicago Bernardin, afferma molto più di quello che dicono le parole e la sincerità di chi le ha stese. Dice che credere non è un modo di sfuggire al dolore e alla paura; credere è vivere la vita così com'è, senza sconti e senza supplementi. Oggi i fedeli di Belluno hanno la prova provata che il vescovo, vicario di Cristo e sposo della Chiesa locale, non è diverso dagli altri nell'affrontare questa situazione, ma sa farsi compagno di tutti coloro ai quali la malattia recapita l'angoscia. È il magistero più difficile e a suo modo è infallibile”.

Davvero sorpreso di un articolo di questo genere, subito il giorno dopo, che mi ha lasciato stupito, c'è stata risonanza anche nella comunità, non immediatamente comunità religiosa, la comunità civile, diremmo così, del nostro territorio; e qui – secondo e ultimo documento che cito – che credo però venne per la verità qualche mese dopo, da parte di un laico che, in un articolo di fondo nelle pagine del *Gazzettino* rifacendosi a quel comunicato diceva: “Ma quel comunicato di poche righe con cui alla fine dell'anno scorso il presule annunciò il suo male, credo vada ben al di là della semplice volontà di chiarezza o della condivisione delle sofferenze.

Certamente il vescovo, come ha dichiarato (in un'intervista), non voleva che i fedeli restassero in ansia senza sapere; contemporaneamente però ha spazzato via abitudini e comportamenti che sembravano radicatissimi; mi piace pensare, così, che mons. Savio sia voluto andare al di là di questo dato di fatto, prima di tutto perché è stata chiara la sua volontà di chiudere con la consuetudine delle chiacchiere a mezza bocca infilate nei corridoi dei palazzi, delle domande non fatte in nome di chissà cosa, delle paure non confessate.

Un'operazione di trasparenza e di chiarezza, affermata con una forza e da una posizione che non ha finora trovato riscontro nella nostra provincia; ma anche la sottolineatura che il dolore è parte integrale della nostra vita, né più né meno delle gioie, delle

speranze e delle aspettative che ognuno di noi ha.

Un atteggiamento indubbiamente molto cristiano ma ho l'impressione che nella società di internet e della televisione si sia andato perdendo. Il modello è quello dei belli e felici; e tutto ciò che turba questa immagine viene visto con fastidio; il pensiero va ai tanti che in questo momento stanno combattendo contro il cancro, una malattia che, per quanto ci si sforzi di sottolineare che è sempre meno fatale, viene vissuta troppo spesso come una condanna a morte.

Beh, sono convinto che leggere di un annuncio dato con tanta tranquillità dal proprio vescovo abbia rincuorato non poco chi sta combattendo contro questo male. Ma l'aspetto che mi ha colpito di più nella scelta è stata una sorta di volontà, diretta o indiretta, di andare contro quello che potrebbe essere definito come una sorta di neoindividualismo. In un tempo in cui tutti sembrano rinchiudersi nelle proprie realtà e nelle proprie famiglie quando va bene, rappresentando all'esterno spesso una realtà sempre felice quanto inesistente, quel comunicato che annuncia il cancro è stato come un pugno nello stomaco.

Oggi sembriamo tutti preoccupati che qualcuno violi chissà quale nostro spazio privato, che qualcuno conosca aspetti della nostra vita che un tempo erano tranquillamente di dominio pubblico, come appunto è una malattia, cosa ora terribile, da nascondere e da non far sapere. Non è un caso che si invochi la nuovissima, quanto in gran parte inutile legge sulla privacy, salvo poi lamentarci che non solo nelle città ma adesso anche nei nostri paesi la gente non si conosce più, e non si aiuta, e non condivide momenti belli o brutti.

Ecco quello che credo mons. Savio abbia fatto, ha dato uno schiaffo a tutto questo, ha invitato la gente a uscire dalle proprie case, a parlare e a mostrare i propri sentimenti, una mano tesa, la sua, un invito a riaprire i nostri cuori".

Scusate la lunghezza della citazione ma questo mi permette di non aggiungere sostanzialmente altro. Reazione all'interno dei credenti, reazioni al di fuori, risonanze anche estese un po' a livello nazionale, esemplare è stato l'articolo di Accattoli, e testimonianza anche significativa quella vissuta dai presbiteri che mi hanno invitato a ricordare quanto diceva Giovanni Paolo I, che la speranza è obbligatoria, non è facoltativa; e coloro che dicevano che questo modo di vivere la malattia rendeva anche più accessibile il presbitero al malato, e rendeva più accessibile il malato a tutti.

Devo dire per la verità anche qualcosa che mi ha disturbato moltissimo in questo frattempo e che occorre tener conto: l'assalto dei cosiddetti della guarigione facile. Li ho visti arrivare tutti e ne ho dovuto cacciar fuori qualcuno accorgendomi a mia volta di come

questi guaritori hanno una forza particolarissima sull'ammalato e sui familiari; sentivano che avevano del mordente anche nei miei confronti perché in fondo ti dicono che con l'imposizione di certe mani tu guarisci; in fondo ti dicono che se una malattia ce l'hai è perché tu hai delle responsabilità presso Dio e presso la Madonna. Mi hanno detto chiaramente, perché non sono mai andato a Medjugorie; sono venuti a dirmi: "Questa è una punizione della Madonna; fino a quando non chiederai perdono alla Madonna non avrai...", perché una volta mi hanno sentito dire che nelle visioni – anche i Santi, anche don Bosco, io sono salesiano, diceva di aver molta attenzione, ci sono anche modi esemplari – e mi dicevano: "Il fatto che lei non creda alle apparizioni, che non creda alle profezie, non è un bravo vescovo". Forse hanno ragione nel dire che non sono un bravo vescovo, ma usare quest'arma è terribile. Come anche sono venuti con le acque di tutti i santuari mischiate insieme, perché la miscela avrebbe fatto qualcosa di particolare. Io ve le dico queste cose, perché sono tremende: io ho sentito che forza possono avere.

Concludo dicendo: qual è stato il mio cammino interiore? Ho avuto un momento di travaglio, sono venuti fuori dei fantasmi, eccome, radicali; però ci sono state anche delle mani che mi hanno teso, mani di santi. Sono andato a rileggermi in questi momenti di tristezza Teresa di Lisieux di fronte all'annuncio della sua tisi, l'aiuto dell'amicizia, la forza orante di tante persone che facevano anche pellegrinaggi, ho imparato che dovevo mettermi alla scuola del dolore, dovevo imparare, io che non lo conoscevo, io che ero abituato a dire e a sognare una cosa e a realizzarla, ho dovuto imparare l'alfabeto della malattia e della lentezza (avevo fatto una volta una conferenza aulica e nobile sul bisogno della lentezza nella preghiera, ho capito che cos'è) e soprattutto domandarmi ancora di più, avendo visto che sempre Dio, di fronte ad ogni gesto che avevo compiuto nei confronti della sofferenza e della fatica, mi aveva preparato, che cosa mi stava preparando? E ho scoperto: l'amore della gente.

Dicevo che la malattia mi stava buttando dentro l'amore sconfinato della gente, stavo e sto vivendo una relazione straordinaria, lettere, telefonate, piccoli gesti, gente che partiva dalla Campania, faceva due ore di bus per venir giù da Cadore a portarmi due uova della loro gallina e tre patate perché quelle mi avrebbero guarito certamente;... devozioni;... io adesso ho una batteria di santi per cui a un certo punto ho detto: "Facciamo un bel discorso, facciamo come si fa per i consigli presbiterali: Nei consigli presbiterali c'è la presidenza e la diamo alla Madonna e ai miei genitori; poi ci sono quelli di nomina episcopale e quelli li ho nominati io; i Santi don Bosco, Papa Luciani; poi ci sono quelli di diritto che devono intervenire e sono i classici; poi ci sono quelli di elezione popolare e sono diven-

tati una batteria tra reliquie e immagini... però è la gente, anche oggi un pellegrinaggio è andato da Padre Pio ed io sono felice che ci vada perché è il reciproco amore che si manifesta; e attorno a questa citazione si capisce quanto Dio è importante e quanto è importante l'essere uniti, il volerci bene, e il ricordarci l'un l'altro.

L'amore poi dei sacerdoti non ve lo dico, e la serenità dei malati; e ho capito davvero che si può essere pastori in un modo nuovo e si diventa evangelizzatori in una maniera nuova; l'importante è vedere in questa situazione che cosa è possibile, però con la stessa grinta, con la stessa gioia, assumerlo come quando si è sani e fare il possibile.

Gli interrogativi che ci attraversano dentro sono forti: la mia fede, sarò capace di dare buona testimonianza, di non scandalizzare chi mi conosce e i miei fedeli nel momento più triste e più duro, la morte? Quando mi incontrerò con Cristo che mi interrogherà quale sarà la mia risposta? Come ho potuto vivere tra tanti doni e adesso accorgermi di non averli accompagnati? Però ho capito anche che in questa situazione è vera la legge dell'amore, che quanto più uno ama tanto più è in crisi sull'amore. E allora l'augurio che mi faccio è l'augurio che mi ha fatto Margherita, una bambina di otto anni; non la conosco, forse lei conosce me, avrà visto le mie fotografie, la quale mi ha detto: "Io non voglio che tu perda il tuo sorriso", perché il sorriso secondo me, in questo caso, è la fiducia in Dio e la serenità.



più cammini per una pastorale della Salute in Parrocchia

Don ARMANDO AUFIERO - Responsabile dell'Associazione Silenziosi Operai della Croce - Centro Volontari della Sofferenza

Una grande sfida

La prospettiva in cui ci poniamo è positiva, una prospettiva che vede le persone sofferenti più come profezia pastorale che oggetto di analisi, più come promessa che problema.

L'apostolato della persona sofferente stenta a divenire una *opzione pastorale prioritaria*. Talvolta nelle chiese locali, nelle parrocchie, nelle zone pastorali c'è una grande resistenza a dare a questa forma di apostolato il posto principale che le spetta, di metterla effettivamente al centro di una pastorale di nuova evangelizzazione. La sensibilità, tuttavia, sembra crescere, in modo particolare da parte di coloro che sono delegati all'attenzione del mondo dell'umana sofferenza: si tentano iniziative occasionali nuove, si lavora con buona volontà, ma si trovano pure tante difficoltà. In molte parti si stenta a partire e qua e là spunta lo scoraggiamento.

Si sa che la persona sofferente, *soggetto di pastorale*, costituisce oggi un compito complesso e impegnativo.

E non solo perché in questo caso non ci si può appoggiare su solide tradizioni di prassi pastorale (basti pensare alla problematica del ministero ecclesiale dei laici nelle parrocchie), ma anche per le condizioni concrete, sociali, culturali e religiose, in cui si deve svolgere oggi l'agire pastorale.

Il contesto non è molto incoraggiante. L'apostolato che riconosce la persona sofferente soggetto d'azione appare oggi veramente come una *grande sfida* teologica, culturale e pedagogica.

Uno sguardo di insieme sulla realtà della persona sofferente nel mondo fa vedere oggi un panorama quanto mai vario, eterogeneo, complesso. Sono anche diversi i tentativi di classificazione e di tipologia, a seconda dei criteri utilizzati. Sembra oggi che la via della spettacolarità sia la sola in grado di ridonare al «*povero malato*» quella centralità nelle comunità cristiane, smarrita nel tempo da una pastorale d'improvvisazione e di stampo clericale.

È la sofferenza dell'altro che ci mette in difficoltà, perché costituisce un caso inedito, non programmato, che disturba l'ordinario modo di venire incontro, che ci obbliga a scelte alle quali non eravamo preparati e mette a nudo la nostra poca, dimezzata dispo-

nibilità, che andava bene fino ad un certo punto ma che poi si scopre inadeguata.

Il mondo, con i suoi meccanismi inesorabili di emarginazione e di sofferenze, produce spesso queste situazioni nuove e ci costringe a riflettere continuamente sul disagio per quanto ci mette in difficoltà e ci trova impreparati.

La Chiesa si è spesso trovata in momenti di timore, di disagio, perché non si sentiva pronta e disposta ad accogliere la totalità dei bisogni.

La comunità parrocchiale può essere tentata di rispondere con un atteggiamento rinunciatario, trovando difficoltà nel colloquio col fratello.

La Chiesa, che ha svolto in passato una preziosa opera di supplenza, potrebbe giungere quasi a tirarsi indietro nelle opere assistenziali affidandole alla società civile.

Oppure ci potrebbe essere un atteggiamento, anziché rinunciatario, puramente polemico per difendere con forza il diritto-dovere della Chiesa nel campo dell'assistenza. Ma sappiamo che la polemica esaurisce molte energie senza riuscire pienamente a configurare un'azione incarnata.

C'è inoltre un altro aspetto: alcune comunità, di fronte a coloro che sono in difficoltà, non riescono a vivere una piena condivisione della situazione e non si sentono investite a livello comunitario. Si limitano a sentimenti di compassione.

Se la vicenda della persona sofferente rappresenta di solito un problema difficile da gestire, si deve prendere coscienza anche delle difficoltà di chi è chiamato ad intervenire, della Chiesa stessa, della comunità cristiana e del singolo individuo.

Occorre seguire un itinerario di maturazione cristiana per risolvere questo problema non solo occasionalmente, nella spontaneità di qualche gesto, ma in modalità che sappiano ricollegare il servizio a chi è in difficoltà con il cuore, la vita quotidiana, la maturazione della comunità.

**La persona
sofferente come
soggetto d'azione**

Che la malattia e la sofferenza propongano un compito alla libertà, un dovere o una serie di doveri, è affermazione che dovrebbe apparire subito convincente. E invece, tale riconoscimento, appare ancora oggi, stranamente, del tutto inattuale, addirittura urtante.

La cultura corrente riconosce soltanto i compiti di altri nei confronti del malato. Considera di cattivo gusto l'idea che si possa aggravare la condizione di chi già soffre parlando a lui di doveri.

Talvolta, anche nelle stesse comunità cristiane, si rifiuta la

¹ Cfr. A. AUFIERO e F. DI GIANDOMENICO, *I sofferenti: profezia pastorale nella comunità cristiana*. Edizioni CVS, Roma, 2002.

proposta al sofferente di rispondere da figlio di Dio al suo compito di esistere.

La coscienza della persona sa bene che la malattia comporta anche un compito e lo sa anche se non ha parole per esprimersi. Non dipende dalla scelta di altri, dal loro buono o cattivo gusto, decidere se la malattia proponga doveri. Quello che gli altri possono fare è soltanto questo: accettare e addirittura cercare il dialogo con l'ammalato su questo argomento, con grande discrezione s'intende. L'attenzione alla persona sofferente, alla sua libertà, alla sua speranza, spesso appare scarsa anche nelle stesse forme che assume la pratica della carità cristiana. La carità, allora, rischia di essere ridotta a opera volta all'unico obiettivo di sollevare dal bisogno e dal dolore. Il compito più radicale invece, in questo caso, è quello di nutrire la speranza, dando un senso alla sofferenza.

A tale compito, i primi ad avere un ruolo determinante sono i sofferenti stessi.

La presenza delle persone sofferenti, allora, non è da intendersi come passiva accoglienza nelle parrocchie, né come soli recettori di una prestazione pastorale ma, tenendo conto della loro condizione, la persona sofferente è da riconoscere non solo come inviata da Dio ad unire le proprie sofferenze, ma anche inviata nella vigna del Signore a trasmettere agli altri la forza del rinnovamento e la gioia del Cristo Risorto (Cfr. ChL., 53)².

La lettera apostolica *Salvifici doloris* ribadisce con forza che la via della Chiesa è l'uomo sofferente. Mettere al centro l'ammalato significa ricreare nella comunità tutti quei gesti e atteggiamenti sananti: significa vedere, e provare compassione, pertanto metterci il cuore, farsi vicino e non restare a distanza, fasciare le ferite con gesti puntuali e concreti, portarlo ad una locanda, ossia nella vita della comunità. È fuori dubbio che la presenza solidale accanto alla persona sofferente costituisce il perdurare della profezia della Chiesa. Urge così una vera rivoluzione pastorale onde garantire e far crescere l'identità di una Chiesa non solo convocata dalla Parola e dall'Eucarestia, ma incarnata nella storia e capace di un'intelligente promozione e testimonianza della carità per assicurarsi la sfida.

La rivoluzione pastorale consiste nel dare o nel restituire alla comunità cristiana il suo ruolo di soggetto nella pastorale nel mondo dei sofferenti.

Si tratta della conversione di una pastorale clericale, o delle congregazione caritative ad una pastorale della comunità.

² «Uno dei fondamentali obiettivi di questa rinnovata ed intensificata azione pastorale, che non può non coinvolgere in modo coordinato tutte le componenti della comunità ecclesiale, è di considerare il malato, il portatore di handicap, il sofferente, non semplicemente come termine dell'amore e del servizio della Chiesa, bensì come soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza» (ChL., 54).

Le nostre parrocchie e comunità cristiane sono invitate a non lasciare sole le persone sofferenti e coloro che se ne prendono cura. Proprio le famiglie nelle quali vive una persona con handicap hanno bisogno della solidarietà e dell'aiuto concreto della comunità. La richiesta che spesso le persone sofferenti desiderano non sia censurata è quella che la comunità parrocchiale le accolga nei suoi organismi e gruppi di lavoro, per sentirsi considerati a pieno titolo membri della comunità.

Alle barriere architettoniche che ancora si trovano negli ambienti parrocchiali, si aggiungono altri ostacoli da superare: spesso infatti risultano di ostacolo ad un sereno rapporto con la persona sofferente l'insicurezza e il non sapere in che modo la comunità deve prestare loro aiuto. Per paura di fare qualcosa di sbagliato, si sceglie la via dell'omissione.

Ci sono tante proposte per una pastorale della salute nella Chiesa. La molteplicità di proposte può essere una ricchezza, perché è come se al riconoscimento del Signore si arrivasse non per una strada sola, bensì mediante itinerari molteplici. Si parla di pastorale per gli ammalati, pastorale di ammalati, pastorale con ammalati, pastorale di operatori sanitari, pastorale di cappellani ospedalieri, pastorale del volontariato. Il problema è che, troppo spesso, questi percorsi non esprimono unitarietà di servizio e di missione, ma dicono la frammentarietà di una Chiesa che delega all'ambito della sola carità la risposta cristiana al senso del dolore. La realizzazione di una comunità cristiana adulta, matura, suppone necessariamente il recupero e il rilancio della soggettività della persona sofferente nella Chiesa. Non solo a parole, ma anche nelle scelte apostoliche e pastorali!

È qui in gioco la nostra vita stessa: si tratta di un compito che comprende al suo interno le forme del vivere evangelico, oltre che del pensare e dell'esprimersi. Diversi e successivi cammini sì, ma che si integrino, che si susseguano su piani differenti, ma senza che uno sostituisca mai del tutto gli altri. Deve crescere il senso della sua integrazione con gli altri e la presenza costante in tutto l'agire della Chiesa, superando i compartimenti stagni, le paure, gli estremismi. La maturità della comunità, da parte nostra, non cresce con semplici battaglie verbali e neppure con messe in guardia da pericoli che certamente esistono, per esempio il pietismo, l'assistenzialismo, ma che certamente non si combattono solo gridando *al lupo*. Non un "di meno" di vita ecclesiale, bensì un "di più" e un meglio di presenza ci salverà da derive temute o lamentate.

Da queste constatazioni possiamo dedurre alcune conseguenze pastorali della spiritualità del sofferente per favorire sempre più l'incontro con Gesù Cristo.

Unità e senso del limite

Non possiamo negare il fatto che l'accostamento alla realtà del dolore è difficile ed è sempre in qualche modo da rifare sia nelle nuove generazioni sia durante tutta la vita di una persona. Vi sono difficoltà, resistenze, ripugnanze con le quali occorre fare i conti, delle quali non bisogna stupirsi più di tanto e a cui occorre porre rimedio per ogni nuova generazione di credenti con rinnovata pazienza e amore. Ne deriva che occorre praticare una certa pazienza, accettare di non avere risposte soddisfacenti per tutti i problemi, aiutare chi è in ricerca e distinguere ciò che è chiaro da ciò che non lo è, con umiltà e senso del limite.

Cercare innanzitutto le chiarezze

Nell'agire pastorale bisogna perciò fare come avrà fatto certamente Gesù ad Emmaus accostando i due discepoli: aiutare a vedere anzitutto le chiarezze e le luci, prima di affrontare le oscurità e le ombre. Queste chiarezze e luci per noi sono:

- essere soggetti d'azione, soggetti attivi di evangelizzazione e di salvezza (soffrire nella Chiesa e per la Chiesa);
- centralità della Croce di Cristo;
- la persona sofferente partecipa alla redenzione di Cristo;
- la sofferenza entra nella dinamica d'amore della donazione per gli altri;
- la sofferenza avviene nella vita dell'uomo anche per il Vangelo: apostoli del Vangelo della sofferenza, della speranza;
- vigore apostolico di chi è nel dolore può parlare avvalorato dall'esperienza della sua personale sofferenza (ammalato per mezzo dell'ammalato con l'aiuto del fratello sano);
- la spiritualità del sofferente è sempre mariana: Maria ci insegna gli atteggiamenti davanti alla sofferenza: fede, carità operosa, ascolto, spirito di preghiera.

Favorire la sequela del Signore

Bisogna promuovere un vero cammino spirituale, un cammino che favorisca la conoscenza del Signore. Soltanto nell'adesione di fede si può individuare il significato dell'esperienza di sofferenza e il valore salvifico del dolore umano. L'esperienza, per esempio, degli "Esercizi Spirituali per educare alla valorizzazione della sofferenza" diventa una tappa importante in cui, confidando nella forza dello Spirito, si arriva a formare uomini spirituali, in continuo rinnovamento interiore e propositi di conversione, per aderire al Signore. Lo Spirito viene in aiuto alla nostra debolezza, per rivitalizzare la nostra risposta battesimale all'impegno e alla missione a cui il Signore ci chiama nella sua vigna.

4) *Carismi e ministeri per una pastorale della salute nella parrocchia*

L'inserimento nella comunità ecclesiale da parte delle persone sofferenti come soggetti attivi di evangelizzazione e di salvezza richiede di promuovere iniziative profetiche e di coltivare le ricchezze spirituali di tanti fratelli e sorelle, perché possano essere messe al servizio della Chiesa³.

La vita carismatica e ministeriale delle comunità cristiane, pur riferendosi a precise strutture risalenti a Cristo e consolidate nella tradizione ecclesiastica, contempla anche un aspetto di geniale creatività. La persona è invitata a leggere la propria storia spirituale, con l'aiuto degli altri fratelli di fede, per discernere quale concreto servizio può offrire alla comunità ecclesiale, anche al di là dei ministeri ufficialmente istituiti. Quante forme di servizio si dischiudono per chi ha incontrato Cristo, attraverso un itinerario di sofferenza vissuta nella fede e nell'amore: il ministero della consolazione, le opere della misericordia corporale e spirituale, la presenza amica e confortatrice a chi sta ancora attraversando momenti bui e angosciosi, il sostegno alle famiglie con figli disabili, il servizio della parola detta e scritta per far conoscere agli altri i problemi di chi è in difficoltà, l'assidua partecipazione alle iniziative della carità nella vita parrocchiale. Occorre che la comunità ecclesiale si sappia rinnovare in questo campo attraverso sagge e coraggiose sperimentazioni.

5) *Per un cammino di integrazione*

È necessario arrivare ad una piena integrazione nella pastorale ordinaria delle diverse presenze parrocchiali e diocesane.

L'integrazione tra i vari modi di accostamento al dramma del dolore, che permetta di evitare e superare esagerazioni e il voler primeggiare, è frutto di un cammino omogeneo, ben partecipato.

È importante ridare centralità all'apostolato, quello programmabile di formazione e di annuncio costante, ma anche quello non programmabile perché dipende dalle miserie della gente, dai bisogni, dalle sofferenze, dalle attese, e si compie nella presenza, nell'ascolto, nella visita.

Ma questo cammino di integrazione da creare in parrocchia si allarga anche ad altre situazioni:

- *Spiritualità della sofferenza e i lontani*: c'è oggi non poca gente, in ricerca di senso. La responsabilità di chi ha dato un senso cristiano al suo dolore si apre anche al mondo senza nome, che non ha parole, che non sa rispondere alle grandi domande esistenzia-

³ Cfr. A. AUFIERO e F. D'APOLLONIO (a cura di), *La profezia della debolezza. Identità ministeriale dei sofferenti nella Chiesa*. Edizioni CVS, Roma, 2001.

li, che non accetta nessuna redenzione, se non una autoreddenzione che nasce dall'uomo stesso. Abbiamo anche noi qualcosa da dire "al volto triste" dell'uomo contemporaneo.

- *Spiritualità della sofferenza e Catechesi-vita liturgica*: La certezza che il mistero cristiano è annunciato e dovuto a tutti ci deve spingere a cercare con umiltà e coraggio le vie attraverso le quali ogni uomo giunge al Vangelo e ai gesti salvifici di Gesù. Non si tratta di "adattare" alle persone sofferenti gli itinerari catechistici e liturgici dei cosiddetti "normali", ma di imparare dall'esperienza concreta i modi, le intuizioni e certe luminosità con cui ogni persona accede alle realtà cristiane per meglio valorizzare, coordinare, orientare e arricchire i gesti comunitari della grande famiglia cristiana radunata attorno alla mensa della Parola e del Pane di vita.
- *Spiritualità della sofferenza e la famiglia*: È forse uno dei campi più difficili, vista la grave crisi in cui si trova la famiglia oggi. Ma l'esperienza ci dice che la famiglia può essere sì conduttrice di dolore, ma se vive l'autenticità di relazioni e la comunione diventa promotrice di salute!
- *Spiritualità della sofferenza e cammini vocazionali*: Riconoscendo le grandi difficoltà che il nostro tempo pone a scelte definitive e coraggiose, l'esperienza ci dice che la preghiera, la fraternità e la condivisione tra chi vive nella propria vita il dolore e chi è in ricerca del proprio progetto spalanca i cuori a decisioni evangeliche di gratuità. Qui, come non mai, si vede da parte dei sofferenti l'importanza di una persona attiva, che diventa testimonianza nella comunità cristiana.
- *Spiritualità della sofferenza e i giovani*: Occorre in ogni modo rinnovare la nostra fiducia nella capacità di tanti giovani di passare da un'apparente inerzia e apatia ad un sincero interesse di servizio quando si sentono interpretati e capiti da una relazione con una persona che porta con sé il fascino di una storia e l'impronta di un evento ineludibile, quello della Croce di Cristo, provocando risposte precise. La pastorale della salute può dare un suo valido contributo alla sete che i giovani hanno di autenticità e di preghiera.

Dopo un corso di Esercizi Spiritualità, alla domanda: "Che cosa si aspetta da te il tuo parroco, la tua comunità", così ha risposto una persona con grave disabilità motoria: "Durante questa settimana di incontri, di ascolto e di preghiera ho riscoperto, chiarito e arricchito una grande verità: Gesù è a me necessario; egli è per me via, verità e vita, pane e luce; senza di lui io sarei perduto nei vicoli ciechi del mio dolore; in lui e per lui la mia vita acquista un valore infini-

to, le mie sofferenze e le mie azioni quotidiane diventano germe di misteriosa bellezza, eterna. Ora io non mi sento più solo. So che Gesù è con me: so che nella vita della Chiesa posso aiutare altri a trovare le risposte alle esigenze più profonde del mio io”.

Concludo ricordando l'esperienza di una donna colpita da una grave forma di ritardo mentale: durante la cresima, ad una ragazza emozionatissima affetta da sindrome di Down, il vescovo le tenne la mano sul capo piuttosto a lungo. Forse, osservò la donna, il vescovo stesso ha ricevuto una benedizione dalla ragazza, in quanto una vera benedizione è sempre reciproca!

L'augurio è che diventiamo una benedizione gli uni per gli altri.



avola Rotonda

Ospedale, Famiglia e Territorio

- Il malato tra ospedale, famiglia e parrocchia
Gen. Dott. FRANCO CONDÒ
- Il bambino malato tra ospedale e famiglia
Dott. FRANCESCO SILVANO



Il malato tra ospedale, famiglia e parrocchia

Gen. Dott. FRANCO CONDÒ - Direttore Generale ASL Rm E, Roma

Buongiorno a tutti. Ringrazio l'amico Sergio di quest'invito anche se – lo dico sinceramente – ogni volta che vengo invitato a incontri, convegni e congressi, mi sento quasi sempre sul tavolo degli accusati perché i direttori generali delle Asl spesso sono il punto finale e terminale delle critiche che vengono rivolte alla sanità; però i poveri direttori generali hanno anche tante giustificazioni per le inefficienze che si verificano nella sanità. Intanto vorrei che una cosa fosse sempre presente a tutti quanti noi, che la sanità in Italia, con tutti i suoi difetti e con tutte le sue disfunzioni, è una sanità che l'Oms mette al secondo posto in una graduatoria mondiale sulla capacità di dare servizi in rapporto all'impegno di spesa. Il che significa che in Italia i soldi per la sanità non vengono spesi male.

Con questo non voglio dire che tutto funziona bene, assolutamente. Disfunzioni ce ne stanno tante e tutto è migliorabile; però è un punto fermo di cui dobbiamo comunque tener conto. Al mio ufficio arrivano costantemente lettere di ringraziamento di stranieri e di turisti che hanno avuto bisogno del nostro intervento sanitario e molto meravigliati di non aver dovuto pagare una lira. Vi garantisco che questo servizio viene dato in pochissimi Paesi nel mondo e tanti Paesi molto più ricchi di noi non lo danno. Per cui intanto vorrei spezzare una lancia in favore della sanità italiana che – torno a dire – con tutte le sue carenze e disfunzioni e imperfezioni, sicuramente non è una cattiva sanità.

Certo, ci mancano i soldi e quando si deve fare i conti con i soldi, dare servizi tenendo presente i budget che ci vengono assegnati, è evidente che non tutto può essere dato al massimo; noi però ci proviamo.

Nell'ottica di una più equa suddivisione di spesa e di un'ottimizzazione dei servizi, una delle attività principali che oggi la sanità sta cercando di realizzare è quella di spostare la frontiera sanitaria dall'ospedale al territorio. L'ospedale per tanti anni è stato visto come il punto di riferimento del cittadino malato; in realtà noi vorremmo che questo concetto cambiasse. L'ospedale deve diventare il punto di riferimento per il cittadino malato però con determinate condizioni di malattia, con malattia acuta o malattia veramente grave da richiedere il ricovero.

Troppo spesso si ricorre all'ospedale in maniera impropria, se non sbaglio circa il 70% delle prestazioni fatte al Pronto Soccorso

sono da codice bianco, il che significa che sono delle banalità; il 90% degli interventi per elitrasporto sono inutili; evidentemente c'è una cultura che ancora pone l'ospedale come la frontiera della sanità. Dobbiamo riuscire a far cambiare questa mentalità, in che modo? Intanto dando dei servizi a livello territoriale più efficienti, sensibilizzando però anche quella che noi chiamiamo l'utenza, ma in realtà sensibilizzando i cittadini, e far loro capire che il ricorso all'ospedale non è sempre la soluzione migliore per tutti i casi di patologie, perché comunque l'ospedale crea delle disfunzioni nella vita quotidiana, nei rapporti delle persone che accedono all'ospedale, che invece si potrebbero benissimo evitare realizzando un trattamento terapeutico domiciliare.

Quindi uno dei primi impegni che noi come direttori generali abbiamo avuto nel nostro mandato è stato quello di spostare la malattia – o meglio il malato – dall'ospedale al territorio, evitare ricoveri inutili, evitare ricoveri inappropriati, consentire al malato di continuare a vivere il suo *status* naturale nella sua famiglia, e questo cosa comporta? Comporta due ordini di vantaggi: dal punto di vista manageriale, un risparmio sicuramente, perché un posto letto ospedaliero ci costa 1 milione al giorno e quindi dato che comunque noi dobbiamo tener conto della spesa perché non abbiamo dei fondi infiniti, è già questo un vantaggio per poter dare, a chi sta veramente male, un servizio migliore; secondo, un vantaggio per il malato che restando nella sua naturale collocazione non subisce traumi di ordine psichico, non subisce alterazioni a quella che è la sua fisiologica relazione con gli altri, con il mondo che lo circonda, e quindi anche da un punto di vista psicologico rimane più tutelato.

È evidente che questo non è facile o immediato da realizzare, perché bisognerebbe convincere i medici di base a prendersi alcune volte qualche responsabilità in più, perché il malato che non viene ospedalizzato deve essere però seguito; bisognerebbe realizzare dei servizi ambulatoriali più efficienti in cui le liste d'attesa siano corte, per cui la richiesta di una visita specialistica avvenga in tempi sufficientemente rapidi, per consentire al medico di base di stabilire se è necessario o meno il ricovero. Quindi io non mi nascondo dietro a un dito e non voglio dire che questo sia facile o realizzabile immediatamente, però sicuramente questa è la tendenza che la sanità deve avere.

Noi – presso la Asl che io dirigo – stiamo realizzando una unità complessa, strutturale ospedaliera di supporto per i medici di base, proprio con questa finalità nel senso che il medico di base che ha un malato non particolarmente grave, che però non si sente di gestire in prima persona per una serie di circostanze, chiede supporto a questa unità la quale può andare presso il domicilio, visitare con degli specialisti il malato, valutare la condizione e dirgli: “Guarda, può essere trattato al domicilio con questa terapia”; e casomai, se del caso, dare anche un supporto alla famiglia, perché sicuramente ci costa molto di meno un medico che vada una volta al giorno presso una famiglia o un infermiere che vada due volte al

giorno presso una famiglia a fare terapia, piuttosto che ricoverare un malato in ospedale. Questo garantirebbe al malato il mantenimento del suo status ambientale più consono.

Poi c'è l'attivazione dei servizi di casa, di assistenza domiciliare; anche questi vanno potenziati e li stiamo potenziando perché anche in quest'ottica si può riuscire ad avere una gestione del malato più vicina alla sua famiglia, all'interno della sua famiglia, e meno traumatica, evitando quindi sempre questo ricovero ospedaliero. È evidente che qui si sposano fortemente due necessità: una necessità di conservare il malato nel suo migliore equilibrio psicofisico e la necessità di risparmio dell'azienda.

Io ritengo che su questa base bisognerebbe muoversi, e tutti quanti dovrebbero cercare di muoversi cercando proprio di collaborare tra Asl e strutture territoriali, al fine di raggiungere il più possibile questo obiettivo. Parlo con Sergio e ritengo che in questa situazione per esempio a livello territoriale le parrocchie e le diocesi potrebbero fare parecchio segnalando per esempio alla Asl – e questo andrebbe semplicemente concordato con quali uffici – alcune situazioni di rischio nel senso che così potremmo evitare che una situazione da rischio diventi patologia intervenendo prima, quindi facendo prevenzione, e quindi in questo modo aiutando la gente a evitare situazioni traumatiche di ricoveri che poi potrebbero diventare acute o potrebbero protrarsi nel tempo.

Io credo che proprio in quest'ottica, in una collaborazione che ci potrebbe essere tra Azienda Sanitaria e territorio, voi potreste essere presenti in maniera effettivamente collaborativa – basterebbe soltanto stabilire le modalità. Dicevo a Sergio per esempio che un'altra mia idea sarebbe quella che ci dovrebbe essere, in ogni Asl, un coordinatore delle attività (don Sergio: *“Riguardo ai cappellani ospedalieri diceva Franco che potrebbe essere pensato un coordinatore, nel territorio, dei cappellani e degli assistenti spirituali. Poteva essere anche questa un'attenzione integrata sempre di più nel territorio”*). Sì perché, secondo me, se ci fosse questa figura che potrebbe essere un pochino il *trait-d'union* tra la Asl e il territorio e le parrocchie ci potrebbe essere – su questa base – la possibilità nostra di intervento in situazioni *border line*, per evitare che poi si verifichi la malattia. Questa logicamente è un'idea, però ritengo che non ci siano problemi a sperimentarla, almeno io mi offro come Asl pilota per sperimentarla e vedere poi il risultato. Io sono convinto che il risultato sarà sicuramente un risultato vantaggioso per noi da un punto di vista anche economico e per il malato da un punto di vista proprio della sua qualità di vita, che potrebbe essere sicuramente più garantita.

In prima battuta non penso che ci sia altro da dire, poi nel confronto è possibile che escano fuori altre idee.



I bambino malato tra ospedale e famiglia

Dott. FRANCESCO SILVANO

Presidente Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

Buongiorno a tutti. È molto bello stare con voi, ho fatto quest'esperienza due anni fa e mi ha arricchito perché questi confronti costruiscono.

Il dott. Condò ci ha sostanzialmente introdotto a capire che nella sanità italiana siamo all'interno di una realtà in movimento, una realtà che si muove verso un cambiamento radicale profondo, per cui anche istituzioni che possono sembrare statiche come un'istituzione ospedaliera in realtà devono adattarsi a quelli che sono i fattori evolutivi del sociale e i problemi che lui ha ricordato di natura finanziaria. Però il mio intervento sarà lievemente di taglio diverso, anche perché mi sembra di vedere, nell'esperienza che stiamo facendo, che vale sempre di più la regola del "bussate e vi sarà aperto".

Quando don Sergio mi ha parlato del caso della bambina Pamela di Firenze e mi ha pregato di vedere cosa si poteva fare, prendendo il coraggio a due mani uno dice "l'unica cosa da fare è andare dal ministro e interessare il ministro della Sanità per vedere se usciamo da questa situazione che esclude l'Italia dai *trailer medici* per verificare la validità di determinate terapie".

Se non ci fosse stata la mossa iniziale di una carità e di un'attenzione della signora Loredana, probabilmente la macchina non si sarebbe mossa; per cui si diventa strumenti di un'iniziativa di carità e il ministro in questi giorni è in America per chiedere alle autorità sanitarie americane di fornire all'Italia – cosa che finora si è rifiutata di fare – i farmaci necessari per affrontare queste terapie. Devo dire che dal colloquio che ho avuto con lui, che era molto determinato a questo, perché è inaccettabile che vi siano delle disuguaglianze e che un Paese come il nostro debba vedere lasciar morire i suoi bambini per delle regole burocratiche. Però alla base di tutto questo c'è un gesto di carità, un'attenzione, un fare propria la sofferenza degli altri e questo credo che sia molto educativo; così come ancora ieri, prima di venire qua, ho incontrato una madre che ha un bambino tetraplegico e che ha dedicato e dedica la sua attività per aiutare gli altri perché passando attraverso un'esperienza di dolore, che però è anche fonte di serenità e di gioia, si può veramente fare molto.

Ma la sua domanda inquietante era: "Io ho potuto fare determinate cose perché avevo i soldi, perché sto bene economicamente.

Ma tutti quelli che sono nella mia condizione e che non hanno la possibilità di aiuto, cosa fanno se non c'è qualcuno che li sostiene e li aiuta?”.

Allora io vorrei brevemente, in questo intervento introduttivo, delineare un orizzonte di riferimento in cui si innestano i temi specifici di un rapporto differenziato tra malato e territorio nelle tre declinazioni che sono state proposte e cioè l'ospedale, la famiglia e la parrocchia. Un primo spunto che sottopongo alla vostra attenzione e alla vostra riflessione è quello che evidenzia l'opportunità di non generalizzare la figura del malato o la realtà del malato – meglio – perché è una persona che nella sua unicità e nella sua irripetibilità assume dei profili ben distinti.

Io ho cercato di elencarne 10, ma potrebbero essere moltiplicati per x volte progressivamente, definendo sempre delle situazioni più connotate, perché noi abbiamo di fronte una realtà fatta dal malato anziano, dal malato di media età che ha problemi diversi da quelli del malato anziano perché può coinvolgere tutta la dinamica della sua presenza nel mondo del lavoro, dell'attività, abbiamo il malato giovane; abbiamo il malato bambino; abbiamo il malato solo e senza assistenza; abbiamo – fenomeno sempre più frequente – il malato che non è sorretto dalla sua famiglia, il malato che viene abbandonato nonostante un contesto di tessuto familiare, perché è una realtà scomoda; abbiamo i malati in riabilitazione; abbiamo i malati che perdono la fiducia nell'umano perché si sentono isolati, emarginati e abbandonati; abbiamo il malato cronico, abbiamo il malato terminale.

Voi vedete quante sfaccettature sono presenti quando parliamo del malato; è troppo generica l'espressione per cui l'attenzione in questo orizzonte di una realtà così diversificata, tutta questa dimensione richiede di abbandonare le astrazioni teoriche ed entrare nelle dinamiche fattuali, perché voi siete qui oggi e siete in questi convegni per trarre degli spunti perché le realtà progressivamente cambino, possano cambiare, si possano introdurre degli elementi di innovazione e di cambiamento in cui la vita parrocchiale possa assumere veramente un ruolo fondamentale. Cos'è che presidia il territorio se non la parrocchia? Una parrocchia che oggi soffre di tante difficoltà. Sentivo stamattina qui in sala un sacerdote che diceva: “Nella mia diocesi ormai non ci sono quasi più parroci”. Questa è certamente una realtà che abbiamo tutti presente davanti agli occhi, è una realtà dolorosa; però la parrocchia rimane un punto importante di riferimento e anche di aggregazione di energie che possono essere disponibili per realizzare all'interno del territorio questo nesso tra la posizione di chi ha bisogno e di chi è nella condizione di poter dare qualcosa.

Un *secondo spunto* è dato dalla necessità di promuovere relazioni di presenza che siano mirate, e non generiche, in relazione ai

bisogni individuali; un *terzo spunto* è dato dall'attività dedicata all'individuazione di queste esigenze. Già è stato accennato, non è facile conoscere le situazioni di bisogno che si possono produrre; pensiamo non solo nelle grandi città ma anche nei piccoli centri, c'è in Italia una realtà che io richiamo spesso perché è una realtà troppo ignorata, la realtà dell'epilessia.

L'epilessia conta in Italia qualcosa come 500.000 pazienti che hanno questa patologia; però questa patologia non emerge, perché ha in sé uno stigma che è di rifiuto; praticamente la stessa famiglia rifiuta di prendere coscienza di questa realtà e la nasconde, tende a nascondersela e quindi tende anche a privarsi di un aiuto possibile, che può derivare a partire da diagnosi tempestive in avanti, per sostenere queste difficili realtà. Pensate, 500.000 persone in Italia che soffrono di questo e a volte ci si chiede "noi dove siamo?".

Quando parlo di attività dedicata all'individuazione di queste esigenze, dico che va sottolineato un aspetto che noi non dobbiamo operare su richiesta, ma dobbiamo operare per iniziativa, che è molto più meritoria e molto ricca di frutti. Non è da dimenticare il messaggio sul "Dono di sé" dell'ultima Giornata del malato, perché l'uomo – e noi lo sappiamo tutti molto bene – è stato creato da Dio per servire l'universo e per aiutare l'universo a raggiungere la felicità. Allora siamo di fronte ad un'esistenza umana che si snoda in un servizio al mondo, perché l'uomo completa se stesso dandosi, sacrificandosi. A me ha colpito sempre molto un brano dell'*Annuncio a Maria* di Claudel, quando Anna Vercò davanti al cadavere della figlia parla della vita e della morte e dice: "Forse che fine della vita è vivere? Forse che i figli di Dio resteranno con fermi piedi su questa miserabile terra? Dare in letizia ciò che abbiamo, è qui dove sta la gioia, la libertà, la grazia e la giovinezza eterna. Che vale il mondo rispetto alla vita? E che vale la vita se non per essere data?".

Non sto facendo né del moralismo né del sentimentalismo né della retorica; però trovo che in queste frasi c'è la chiave che muove. Noi viviamo come tanti altri dentro una dimensione di problematiche sempre più gravi e sempre più pesanti da sostenere; ma se non avessimo una motivazione profonda abbandoneremmo la battaglia; mentre quello che conta, in tutte le azioni, è avere la motivazione che ti spinge a dare te per gli altri, perché poi è questa la legge della nostra esistenza e Gesù ci ha detto che chi vuole salvare la propria vita la perderà, ma chi perderà la propria vita "per me" la salverà. Quindi siamo di fronte alla paradossalità di una legge che dice che la felicità passa attraverso il sacrificio, sacrificio vuol dire cogliere quegli spunti che ho cercato di dire, così come un altro spunto ancora è la continuità di una presenza confortatrice. Non si può svolgere un'attività in favore e a sostegno del malato in chiave "spot", perché ogni tanto si fa il gesto, oppure c'è la Giornata del malato

che ci richiama a determinate cose; il malato vive 365 giorni all'anno questa sua condizione, e quindi non si può immaginare un'azione che non sia fatta di continuità.

Occorre poi anche realizzare un disegno che non è facile. Leggevo, nel convegno che è stato fatto in Emilia Romagna, come sempre di più ci sia la preoccupazione di dimissioni facili per non aver oneri pesanti negli ospedali e quindi liberarci dal peso del malato per poter economizzare. Questo problema del seguire il malato nel percorso dalla dimissione dall'ospedale al rientro a casa, nelle condizioni in cui si può trovare diventa nella vita della parrocchia, o della comunità ecclesiale, uno dei punti importanti di collegamento, perché è attraverso queste strade che si può poi sviluppare quell'azione mirata e quel carattere di continuità di cui dicevo prima.

Chiudo. Noi dobbiamo certamente mettere in questo orizzonte l'apertura del cuore alla carità e il dono della nostra vita che sia un dono cosciente, organico e integrato. Non basta la buona volontà, non basta il gesto di generosità, occorre dare sistematicità a queste nostre capacità di presenza e, soprattutto, mi permetto di sottolineare: tenete presente che sempre di più la società moderna va incontro a queste drammatiche situazioni dell'anziano malato; e quindi la Chiesa deve farsi carico di questa situazione evolutiva che la società, così come è oggi congegnata, tende a dimenticare o a trascurare. Farsi carico, questo è il nostro compito. Grazie.



Interventi

- **Il Malato in ospedale: prendersi cura dei bisogni
Appunti per una riflessione su psicofisicità e spiritualità del malato**
Prof. MASSIMO CARLINI
- **Esperienza di volontariato in parrocchia**
Sig.ra ROSA BIANCA CARPENE
- **Il malato tra Ospedale e Territorio. Il malato al pronto soccorso**
Prof. PIERO CIONI
- **Il malato in famiglia**
Dott. FRANCO GABRIELE
- **Come l'infermiere si rapporta all'ospedale e al territorio**
Sig. GIANFRANCO GALETTA
- **La pastorale della salute nella società e nella parrocchia**
P. CARLO LAZZARO
- **Pastorale sanitaria e "malattie rare"**
Dott. LOREDANA NASTA
- **Medico, Sacerdote parroco, Cappellano ospedaliero**
Don MARIO TORRACCA
- **Pastorale della salute: una duplice attenzione**
Dott. DANTE ZINI



I Malato in ospedale: prendersi cura dei bisogni

Appunti per una riflessione
su psicofisicità e spiritualità del malato

Prof. MASSIMO CARLINI - Primario Chirurgo Ospedale S. Eugenio, Roma

“Ho bisogno di...” , “Sento il bisogno di...” , “Voglio...” , “Desidero...” , “Mi manca...” Parole o pensieri di questo genere, accompagnati da particolari condotte ed emozioni, solitamente rivelano uno stato particolare: il bisogno.

Il bisogno è uno stato soggettivo di carenza, uno stato di perdita di equilibrio, una mancanza di qualcosa (risorsa) che ottenuta farebbe ritornare l'equilibrio entro i livelli di tolleranza. La conoscenza acquisita in seguito all'esperienza e la rappresentazione mentale dell'oggetto-risorsa, che può soddisfare il bisogno, origina il “desiderio”. Raggiunto l'oggetto-risorsa la persona sperimenta una percezione di benessere, di sollievo da uno stato di tensione.

Considerando l'essere umano in fase di ospedalizzazione per malattia, immaginiamolo al centro di aree concentriche che vanno dal suo corpo al suo mondo soggettivo fatto di emozioni, condotte motivate, spiritualità, alle sue relazioni affettivamente importanti (persone care, familiari, amici), fino alle regioni estreme della sua cultura di appartenenza (significati condivisi) e della società allargata (istituzioni, ruoli, organizzazioni). Da ciascuna area l'individuo può potenzialmente attingere nutrimento vitale, ossia risorse per soddisfare bisogni ed elevare la probabilità di mantenere l'integrità e l'equilibrio in un momento così difficile come quello di un ricovero, soprattutto se resosi necessario per una patologia severa. La reale possibilità che ciò avvenga dipende dalla capacità del *team* ospedaliero (medico, infermiere, ausiliario) di saper riconoscere i bisogni. Questo è il primo passo per trovare e offrire le risorse che con maggiore probabilità potrebbero soddisfarli. In termini organizzativi significa progettare al meglio un modello di base per l'erogazione delle cure. Focalizzare i bisogni vuol dire mettere al centro sia il malato che i familiari, utilizzando al meglio le risorse disponibili. Vuol dire massimizzare la probabilità di mantenere soddisfacente la qualità di vita nonostante la sofferenza; e tutto ciò aumenta le probabilità che la persona sperimenti un vissuto di “sollievo”, anche e soprattutto nel senso spirituale del termine.

Il malato può manifestare dei bisogni che, all'occhio della persona sana che lo assiste, possono sembrare contraddittori. Ha

dei parametri diversi con cui confrontarsi, per cui gli stessi concetti di spazio e di tempo vanno modificandosi dando un senso diverso agli eventi che si susseguono. Il malato ha bisogno di dialogare con i sanitari e con i familiari in modo chiaro ed aperto. Può voler sapere la verità, ma forse non tutta la verità. Può voler sapere la gravità della situazione e sentirsi consapevole del termine della vita, ma non aver piacere che questo gli venga detto in modo esplicito. Durante tutto il decorso della malattia, la persona ha il diritto di conoscere le terapie che gli vengono praticate e di decidere il tipo e la quantità delle cure a cui intende sottoporsi. Anche nella fase terminale ha bisogno di mantenere il controllo della propria situazione, continuando a partecipare alle scelte terapeutiche.

Ciò che distingue l'essere umano sono le emozioni, miriadi di sensazioni e stimolazioni che nascono dentro di lui e che a volte restano inesprese. La malattia si riflette sul modo di essere e sul vissuto psicologico, ed il dolore che aumenta verso la fine della vita è un dolore che viene definito globale. Ansia, depressione, rabbia, paura e incertezza dilagano e possono prendere il sopravvento se non vi è un adeguato conforto psicologico e un profondo credo, un conforto religioso. Proprio nei momenti più difficili, come quello di un ricovero ospedaliero, l'uomo percepisce che ha bisogno di "qualcosa" che vada al di là di se stesso, che dia senso alla sua vita e che sia capace di dare respiro, motivazione e spiegazione al suo desiderio di felicità. La spiritualità rappresenta per l'uomo, insieme, motivazione e obiettivo che trascende la limitatezza della singola persona e la apre all'infinito.

Il paziente affetto da gravi patologie è una persona con un proprio vissuto complesso, che vede dolorosamente limitata la propria aspirazione alla felicità dalla gravità della prognosi, dall'impatto con le terapie, dal dolore, dall'isolamento psicologico, dalla limitazione fisica. Ogni persona ha un proprio modo soggettivo di affrontare la malattia, il cosiddetto *coping* (letteralmente: *to cope*, cavarsela). Nell'ambito di diverse teorie psicologiche ad orientamento cognitivo-comportamentale, negli ultimi anni il concetto di *coping* ha assunto un ruolo di rilievo, come matrice comune di differenti tecniche per l'adattamento del soggetto alla malattia. Il *coping* si è rivelato uno dei fattori determinanti nel modulare le differenze individuali di reazione psicologica alla malattia e la qualità della vita, ad esempio dopo una diagnosi di neoplasia, nell'influenzare la risposta e la *compliance* ai trattamenti antineoplastici e forse anche il decorso biologico della malattia stessa. È conoscenza comune che i pazienti con profonda fede religiosa siano i meno ansiosi di fronte alla malattia e alla morte. È altrettanto noto che quelli con fede tiepida sono più ansiosi di quelli che non ne hanno affatto. Questo è riconducibile al fatto che la fede mal compresa o mal vissuta è spesso fonte di sensi di colpa, o di superstizioni, che complicano il vis-

suto di fronte alla malattia, sentita come punizione o come anticipo di pene ultramondane. Chi concepisce l'idea di un dio senza intuire la trascendenza dal sentire umano e, quindi l'incondizionata benevolenza nei confronti della libertà dell'uomo, non riesce a capacitarsi dell'origine del male e conclude che lo stesso dio che dà il bene dà anche il male: deve essere dunque malvagio o quanto meno disinteressato all'uomo. Da questo punto di vista una posizione agnostica può essere di maggior conforto rispetto a una cattiva dimensione spirituale.

La tradizionale cultura spirituale di matrice cristiana ha ispirato anche il supporto spirituale ai pazienti affetti da gravi patologie che gli assistenti religiosi e i cappellani degli ospedali hanno, nel corso del tempo, offerto. La spiritualità cristiana ha soprattutto la dimensione di un dialogo personale ed è in questa prospettiva che il supporto spirituale viene proposto in ambito cattolico: una facilitazione del dialogo della persona umana con Dio. È chiaro che questo appare piuttosto un dover essere che un realizzato stato di cose, né la sofferenza dell'uomo malato può essere risolta solo attraverso un cammino di spiritualità, che appare comunque indispensabile, nell'ambito della assistenza ospedaliera, certo tenendo conto di una moltitudine di sentimenti, e restando finalizzata a cogliere tutti i bisogni inespressi del malato.

All'atto pratico tutti coloro che sono chiamati ad assistere un malato, direttamente o indirettamente, possono e devono farsi carico della relazione di aiuto e devono favorire al massimo le opportunità di dialogo. La parola e la vicinanza sono i legami che permettono di unire, cancellando la distanza ed il silenzio; tolgono dall'isolamento. Operatori sanitari, familiari, amici, religiosi e volontari possono rassicurare mandando messaggi positivi in diversi modi: scegliendo un luogo ed un momento adatti alla conversazione, presentandosi, toccando, sedendosi accanto al malato con tranquillità, rimuovendo gli ostacoli che potrebbero interferire nel rapporto, ecc.

Nella vita è importante e bello stabilire con gli altri un dialogo sincero e libero da paure. Forse ci vuole una intera vita per arrivare ad esprimere pienamente ciò che fa parte di noi. L'avvicinarsi della morte può essere vissuto come una tempesta di sentimenti a volte rimossi, quali rabbia, frustrazione e tristezza. Aiutare un morante a terminare la sua vita con serenità e accettazione vuol dire dargli la possibilità di non rimuovere queste emozioni, ma di sentirle ed accettarle come parte di sé, esprimendole. Chi sta morendo lo avverte, sente che la strada del non ritorno è imboccata. Così chi assiste, se è in sintonia con il malato, sente e partecipa alla morte che sopraggiunge, dandone un senso se è stata accettata e valorizzata al pari degli altri eventi importanti della vita.



Esperienza di volontariato in parrocchia

Sig.ra ROSA BIANCA CARPENE - Volontaria Pastorale Sanitaria, Verona

Parrocchia, comunità sanante: guardando il titolo del convegno, e sentendo anche spesso parlare di comunità “sanante”, il primo pensiero che mi è sorto è stato quello di pormi il tema come domanda, prima che come affermazione, in modo interlocutorio, almeno rispetto alla prassi.

È comunità sanante la parrocchia?

L'argomento mi pare che presenti aspetti diversificati, e in certo senso anche problematici, rispetto alla vita e all'esperienza delle persone. O perlomeno, si pone come invito, comando ad “essere” comunità di salvezza per i propri membri.

Ho pensato che parlare di comunità sanante potrebbe dover significare che:

- la parrocchia è invitata a diventare, a farsi e ad essere sempre più una comunità di testimonianza
- è invitata a farsi “segno efficace”, sacramento della Parola e dei Sacramenti che Dio ci dona, e che abilitano la comunità stessa a vivere in relazione, relazioni che fanno donare speranza, che liberano la persona dalla solitudine, che sono anche per questo relazioni sananti.

Perché la Chiesa ha ricevuto dal suo Signore un dono, un dono che è anche un compito.

Nella celebrazione dei sacramenti e nell'annuncio della Parola la Chiesa continua l'opera salvifica di Cristo, come è affermato nel 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” (§ 1421).

Il Signore Gesù ha inviato i suoi discepoli nel mondo dicendo... “Andate... annunciate il Vangelo... curate i malati”.

Se l'annuncio della Parola è buona notizia, notizia di salvezza ricevuta e accolta nella vita del credente; il credente, in ogni esperienza della propria vita è chiamato ad incarnare e testimoniare la Parola, che nella vita diventa condivisione, servizio, prossimità a chi è nel bisogno. E siamo chiamati ad essere animatori della comunità in cui viviamo, preti e laici insieme, per diventare sempre

più attenti e solleciti, e “prenderci cura” delle persone che nella comunità vivono in difficoltà. Questo “prenderci cura” è probabilmente appunto la nostra possibilità sanante.

La realtà in cui vive la comunità parrocchiale oggi, rispetto al tema di cui stiamo parlando

Ci sono state, e sono in atto trasformazioni importanti nell’ambito sanitario e sociale; senza addentrarmi nei diversi aspetti, neppure di mia competenza, ma con lo sguardo rivolto all’esperienza, cercando chiavi di lettura, notiamo come ci siano cambiamenti notevoli, che non sempre sono stati o sono nel senso di un miglioramento dei servizi, per una maggiore attenzione e disponibilità di persone, strutture e servizi verso il malato.

Il malato, la famiglia del malato sperimenta frequentemente anche oggi:

- i disagi legati alla brevità del ricovero ospedaliero (che pongono richieste di assistenza domiciliare medica, infermieristica e sociale)
- la carenza di servizi territoriali; o carenza di informazioni, incompletezza di informazioni, che privano le persone della necessaria conoscenza di servizi esistenti, e quindi della possibilità di accedervi, come pure della possibilità di usufruire di contributi, economici o di presidi di cui hanno diritto
- la frammentazione in diversi settori di competenza, di enti diversi erogatori di servizi
- difficoltà, talvolta, col proprio medico di base.

Questo è ciò che ho rilevato con l’esperienza; vi saranno situazioni diverse, determinate anche da una legislazione locale diversa.

Nell’ambito territoriale, le situazioni maggiormente problematiche sono vissute:

- dai malati gravi, malati cronici; spesso sono nella propria casa, e possono mancare supporti esterni adeguati alla situazione
- dalle persone anziane, non necessariamente classificabili tout court come “malati”, ma che frequentemente sono in situazione di bisogno e spesso di malattia, di solitudine – talvolta non autosufficienti
- persone con disagi psichici
- persone con disabilità
- persone malate provenienti da altri Paesi, nelle quali spesso si sommano ulteriori motivi di disagio.

Cosa sperimenta la comunità parrocchiale attraverso la lettura dei bisogni delle persone che formano la comunità, le richieste di intervento e le risposte offerte rispetto ai bisogni dei malati:

- i parroci, i preti sono percepiti , anche se non sempre, in certo modo “lontani” dall’esperienza quotidiana che le persone vivono
- la parrocchia è vista spesso come un “luogo” erogatore di servizi; con un aspetto burocratico
- ai preti i fedeli, forse anche i più vicini, chiedono molto; frequentemente sono ipercritici
- la pastorale della salute è piuttosto ai margini della pastorale parrocchiale; anche nei temi che affronta il consiglio pastorale emergono tematiche diverse...e d’altro canto è necessario fare i conti con le problematiche che si impongono all’attenzione, con la disponibilità alla collaborazione, con le forze disponibili, ecc. E i malati spesso stanno in silenzio...
- la pastorale della salute è spesso affidata ad un esiguo numero di persone, spesso sono i ministri della comunione; si celebra la giornata del malato, una volta l’anno, e poco più
- non riguarda solo questo settore della pastorale, ma è presente un certo atteggiamento di “delega” ad alcune persone della parrocchia.

**Come la parrocchia
si legge
nei confronti
dei bisogni
delle persone?**

Se è vero che questo tipo di realtà potrebbe essere di per sé un “luogo” adatto alla esplicitazione delle potenzialità sananti della comunità parrocchiale, in realtà molto spesso le presenze e il servizio di volontariato finiscono con il diventare “luoghi di supplenza” per rispondere ai bisogni immediati delle persone, a cui l’organizzazione socio-sanitaria non risponde.

Il volontariato è richiesto spesso di compiti di supplenza a qualche carenza. Ma questo non è proprio lo specifico del volontariato. Il “segno” che lo caratterizza è quello della gratuità, della disponibilità – non quello di supplire compiti che spettano ad altri, quanto piuttosto con una propria caratteristica. In parrocchia ad esempio: visitare i malati, sapendo ascoltare, accogliere; accogliere ed ascoltare anche la fatica di un parente; pregare con i malati oltre che “per” i malati. Portare loro la comunione.

Ancora, agire nella comunità per sensibilizzare le persone della comunità verso i sofferenti, i poveri, le persone emarginate.

È vero che ci sono bisogni a cui sentiamo di dover rispondere e le necessità delle persone sono molte; ma se svolgiamo solamente compiti di supplenza disperdiamo energie, e non ci aiutiamo a crescere.

La comunità che è la parrocchia dovrebbe aiutare i propri membri a prendere coscienza del dono e del compito ricevuto, e cercare di incarnare il “surplus” di valore che è la vicinanza, la compassione, nella gratuità.

Il nostro contributo mi pare debba essere sempre più competente, consapevole di aver bisogno di formazione, ma anche di in-

contrarsi con le persone, di condividere il cammino di ascolto della Parola, di maturazione nel servizio, di collaborazione con i preti e con le istituzioni esistenti sul territorio; propositivi anche nel servizio, nel rinnovamento. Cercare di coinvolgere i professionisti della salute presenti nella comunità, per la loro competenza.

Se privilegiamo risposte e tentativi di soluzioni immediate, in questa rincorsa a soluzioni può in qualche modo polverizzarsi ed essere meno “visibile” la comunità come laboratorio e luogo di costruzione di relazioni nuove.

La comunità è luogo di annuncio: annuncio che parte dalla vita stessa della comunità: comunità da cui traspare la qualità della comunione che essa stessa vive e irradia, che diventa un segno di relazioni che si costruiscono tra le persone. Relazioni che lasciano trasparire il Volto di Cristo, il volto della misericordia e della tenerezza.

In che modo la parrocchia, anche attraverso i propri membri che si fanno carico in modo particolare della vicinanza ai sofferenti, potrà vivere la sua prossimità a quanti, nella comunità, sono disagiati?

Attraverso l’accompagnamento e la vicinanza ai malati. Sapendo “farsi carico” dei bisogni delle persone; cercando soluzioni ai loro problemi, portando insieme il carico di una sofferenza che non si può eliminare. Offrendo anche aiuto concreto, nell’immediato. Donare nella gratuità della presenza, del dialogo, dell’ascolto, del tempo...

Sapendo cogliere il senso di solitudine di un malato, che accresce la sua sofferenza: a causa della carenza di comunicazione, la consapevolezza di non essere ascoltato, il disagio che avverte talvolta in chi lo incontra.

Rendere partecipe della vita della comunità l’anziano, che spesso sperimenta un senso di “inutilità” che lo isola, che lo emargina, facendogli anche desiderare di “togliere il disturbo”...

La presenza, la vicinanza, la solidarietà, sono modalità relazionali che esprimono interesse, partecipazione che si oppone all’indifferenza, spesso presente nelle nostre città, nei grandi condomini dove le persone, le famiglie non si conoscono, vivono accanto e lontanissime.

Perché il “prendersi cura” da parte della comunità non rimanga un’azione frammentata, che riesce a dare risposte immediate secondo le possibilità ma risposte provvisorie, mi pare necessario che nella comunità parrocchiale:

- cresca la responsabilità, la partecipazione alla vita parrocchiale e la condivisione dei ministeri, dei compiti, nel riconoscimento e

nella valorizzazione anche dei diversi carismi presenti nella comunità

- sia coltivata, nell'ascolto della Parola e nella celebrazione dei sacramenti, la vita della comunità, che nasce e si esprime in modalità relazionali di comunione
- vi sia impegno nella catechesi che formi cristiani "capaci di rendere ragione della loro speranza" anche quando essi stessi dovessero sperimentare la sofferenza
- la catechesi aiuti i bambini, i ragazzi a "vedere", ad "accostare" le persone della comunità che sono malate, anziane: creatività per favorire incontri che rallegrano la vita di chi è malato, anziano, solo; che li fa sentire partecipi della vita della comunità, e forma i giovani, che oggi sono frequentemente tenuti lontani dall'esperienza di dolore
- coltivi, animi, sostenga il senso e il valore della vita, sempre
- coltivare e potenziare il dialogo e la collaborazione con gli amministratori pubblici in modo fattivo, concreto; cercando di "progettare" insieme interventi possibili.

Spendere energie per crescere nella consapevolezza dell'annuncio "sanante" che la comunità è chiamata a testimoniare e tradurre in vita: questo mi pare forse lo sforzo primario, da cui possono poi derivare i gesti concreti.

Gesti concreti verso coloro che vivono in situazioni di difficoltà perché malati, soli, "inutili", emarginati, disabili: sono gesti che "annunciano" e "realizzano". Farsi carico, esprimere con la vita e con gesti concreti quella predilezione per i più deboli, perché di loro "ci importa": della loro vita, della loro salute, della loro dignità, dei loro sentimenti.

Questi "segni" presenti nella comunità sono la testimonianza, l'annuncio della salvezza di cui la comunità sa di essere depositaria e annunciatrice. Non è la comunità in sé che è sanante, ma la comunità testimonia la salvezza che continua a ricevere dal suo Signore.

Ed è in forza di questa salvezza che è a sua volta abilitata ad essere "segno" e presenza di salvezza.



Il malato al pronto soccorso

Prof. PIERO CINI

ex Primario medico membro della Consulta Diocesana di Firenze per la Pastorale della salute - Presidente della Sezione AMCI di Firenze

L'ospedale rimane la struttura nella quale si concentrano i problemi medici più rilevanti, le urgenze, e un numero notevole di ricoveri di malati che potrebbero trovare una risposta ai loro bisogni al di fuori dell'ospedale; da qui deriva un sovraffollamento cronico di tali strutture.

L'ospedale è chiamato oggi ad assicurare servizi assistenziali anche " alla collettività dei sani " e a ricercare un rapporto tra funzionalità medica e componente sociale, tra complesso ospedaliero e città e/o territorio in modo da dare risposta alle sempre nuove esigenze sanitarie di una società e una scienza e una tecnologia in rapida trasformazione.

L'ospedale di oggi è sempre più fornito di strumentazioni innovative, di possibilità tecniche e terapeutiche per migliorare i processi di diagnosi e di cura, di competenze mediche ed infermieristiche in grado di dare prestazioni efficaci, ma è sempre più povero di relazioni veramente umane, interpersonali, che coinvolgano non solo i malati e gli operatori sanitari in prima persona, ma anche i familiari e le associazioni del volontariato, e che possano fornire quel supporto umano solidale capace di umanizzare e personalizzare l'assistenza durante il soggiorno nel luogo di cura e di considerare la persona malata nella sua globalità.

L'orizzonte della pratica medica e il contesto socio culturale attuale, oltre che i progressi scientifici e tecnici, hanno modificato profondamente i rapporti tra il malato e il personale sanitario. Il malato ha preso piena coscienza di essere portatore di diritti e chiede, anche in ospedale, di essere più ascoltato e informato per partecipare consapevolmente e autonomamente alle scelte sulle procedure diagnostiche e sugli interventi terapeutici che lo riguardano, avendo maggiori aspettative; il medico ha modificato il suo approccio verso il paziente che acquista una rilevante parte attiva nelle decisioni e nel processo diagnostico terapeutico.

Non sempre la pratica medica ospedaliera e l'assistenza medica o infermieristica tuttavia appaiono oggi rispettose della dimensione relazionale; mentre la medicina ha fatto e fa passi giganteschi nella diagnosi e nella cura delle malattie, si fa sempre più fredda e disumana, e l'atto medico sempre più burocratizzato; i malati ven-

gono trattati con freddezza, senza calore umano, con indifferenza. Il malato ha bisogno non solo della cura della malattia ma anche del rispetto della persona, che soffre, che attende dal medico non solo un resoconto clinico ma una amichevole vicinanza dalla quale nascano fiducia e speranza.

Prendiamo in esame il pronto soccorso che è una delle strutture critiche del complesso ospedaliero, una struttura aperta 24 ore su 24, nella quale tutti vengono accolti ed assistiti.

Il pronto soccorso di solito fa parte del Dipartimento di emergenza urgenza, in particolare nei grandi ospedali, e svolge funzioni diverse, con interventi diagnostici e terapeutici urgenti o non, per patologie di tipologia estremamente varia, con malati molto gravi, in pericolo di vita, e con malati non gravi; svolge in molti ospedali anche funzioni di accettazione e di filtro all'ospedalizzazione.

Il pronto soccorso pertanto è un punto critico dell'ospedale ed è caratterizzato da problematiche molteplici sia per i malati che vi giungono sia per gli operatori sanitari, medici ed infermieri che vi prestano la loro opera.

Il pronto soccorso ospedaliero è la struttura di raccordo tra il territorio e l'ospedale, e per il malato rappresenta il primo impatto drammatico con la realtà ospedaliera in un momento di bisogno esistenziale, in particolare per eventi patologici improvvisi, spesso gravi, che sopravvengono in pieno benessere e che non trovano una risposta assistenziale nel territorio.

Oggi al pronto soccorso giunge anche un numero notevole di malati o supposti tali che non necessitano di cure ospedaliere o di ricovero in ospedale, ma che hanno bisogno di una visita più o meno urgente, che non riescono ad avere nel territorio.

Per questo la tipologia di malati che giungono al pronto soccorso ospedaliero è molto varia e si va da casi estremamente gravi, nei quali è in pericolo la vita del malato, a casi invece quasi banali sul piano clinico, ma vissuti sempre con preoccupazione dal soggetto.

Attualmente in tutti i pronto soccorso ospedalieri si usa il *triage* che è definito normativamente "il primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentono di stabilire la priorità di intervento". "Tale funzione è svolta da personale infermieristico dedicato, adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". Consiste nell'assegnazione di un codice di gravità che pertanto di per sé è spersonalizzante.

Il primo obiettivo del *triage* è l'accoglienza del malato e la scelta del primo soccorso, che ha lo scopo di riconoscere la sintomatologia e valutare pertanto la priorità dell'intervento del medico. Per i malati che non presentino una sintomatologia grave si stabilisce la priorità di ingresso alla visita ambulatoriale. Spesso tuttavia, ad esclusione dei malati urgenti, tutti gli altri sono costretti ad atte-

se prolungate abbandonati a se stessi, in un ambiente poco idoneo a dare fiducia, tranquillità e una risposta pronta alle aspettative del malato.

Non c'è dubbio che la domanda di prestazioni nei nostri pronto soccorso ospedalieri sia rilevante, spesso impropria, per cui il personale medico ed infermieristico è sovraccaricato di lavoro e non riesce sempre ad instaurare un rapporto valido di fiducia con il malato, anche perché il tempo nel quale avviene l'incontro è troppo breve, perché il medico dovrà prendersi cura del malato per lo stretto tempo necessario per una prestazione di urgenza o per una valutazione provvisoria per un successivo percorso diagnostico curativo in altro reparto ospedaliero, nel caso che venga decisa l'ospedalizzazione.

Il rapporto è caratterizzato pertanto dalla transitorietà; se poi consideriamo che le nuove metodologie di procedure tendono a privilegiare i fatti, cioè gli esami di laboratorio o strumentali, come prevede la medicina basata sulle evidenze, in un'ottica del tutto di scienza positiva, invece dell'incontro tra soggetto curante e soggetto che richiede una cura, appare del tutto problematico instaurare un'accoglienza e una relazione rispettose della dignità della persona che sappia coniugare le dimensioni cliniche con quelle culturali ed etiche, e facilitare la personalizzazione del rapporto tra il malato e gli operatori sanitari

Il pronto soccorso è anche la struttura alla quale si rivolgono gli immigrati, soprattutto quelli di prima immigrazione, quando hanno un problema sanitario, urgente o non, così che da qualche anno i nostri pronto soccorso devono farsi carico anche di questo problema. I malati stranieri abitualmente per problemi linguistici richiedono più tempo e pongono più difficoltà alla diagnosi e alla terapia, per cui l'accoglienza è faticosa per il personale sanitario e respingente per lo straniero malato, e il rapporto interpersonale problematico.

Il Santo Padre Giovanni Paolo II recentemente ha indicato a tutti coloro che operano nel campo dell'assistenza sanitaria, che "nell'approccio ai malati e ai sofferenti, la Chiesa è guidata da una visione precisa e completa della persona umana, creata a immagine di Dio e dotata di dignità e diritti umani inalienabili (*Ecclesia in Asia*, n.33)" (Intervento per la X Giornata mondiale del malato, 11 febbraio 2002).

E ancora in altra occasione Giovanni Paolo II affermava: "È necessario impegnarsi in una ri-personalizzazione della medicina che, portando nuovamente ad una considerazione più unitaria del malato, favorisca l'instaurarsi con lui di un rapporto più umanizzato, tale cioè da non lacerare il legame tra la sfera psico-affettiva ed il suo corpo sofferente. Il rapporto malato-medico deve tornare a basarsi su di un dialogo fatto di ascolto, di rispetto, di interesse; deve

tornare ad essere un autentico incontro tra due uomini liberi o, come è stato detto, tra una “fiducia” e una “coscienza” (dal discorso tenuto ai medici partecipanti all’81° Congresso della Società italiana di medicina interna e all’82° Congresso della società italiana di chirurgia generale, Roma, 27 ottobre 1980).

Nella concretezza delle condizioni esistenziali il medico e l’infermiere cristiani possono essere una presenza spirituale che coinvolge in un rapporto sempre più umano il malato, e che oltre la professionalità e la solidarietà gli può offrire una testimonianza di fede e dare una risposta ai suoi bisogni di senso.

La qualità dell’accoglienza dipende da fattori molteplici che hanno come base la preparazione professionale del personale sanitario, continuamente rimotivata e socialmente sviluppata, fondata sulla cultura della solidarietà e, per il personale sanitario cattolico, con un costante riferimento al messaggio evangelico e all’antropologia cristiana che è quella della persona: tuttavia la formazione non può esaurirsi con l’umanizzazione data dalle scienze umane, ma deve completarsi con una formazione etica e spirituale permanente.

Per migliorare l’assistenza ospedaliera, in particolare quella a livello del pronto soccorso e dell’ingresso in ospedale, è necessario promuovere dei progetti di accoglienza, in modo che quando il malato giunge in ospedale ci si occupi della sua sofferenza fisica e dei suoi problemi clinici, ma anche della sofferenza emotiva, di quella relazionale e di quella esistenziale e spirituale. Tutto questo può realizzarsi solo se ci si prende cura del malato, consapevoli che il proprio contributo è parziale e che è necessario coinvolgere altri per offrire un’assistenza adeguata.

Un’alleanza esistenziale tra il malato, i suoi familiari, il personale sanitario, volontari disponibili, l’Assistente religioso e i suoi collaboratori laici per la pastorale della salute, potrà permettere un approccio globale alla persona malata e permettere il passaggio dalle molteplici prestazioni alla relazione, e di “allargare la speranza di guarigione riconducendola nell’area più originaria dell’umano desiderio di Salvezza, quello che riveste i tratti dell’immortalità priva di ogni sofferenza, e così facendo favorisce un più adeguato ed integrale accompagnamento della persona malata” (S. Spinsanti, *L’etica cristiana della malattia*, Ed. Paoline, Roma 1971).

Ha scritto un grande teologo cattolico che “un autentico servizio umano è già anche un servizio divino” e che “non la parola ma l’azione fa luce su cosa è l’amore” (H. Kung, *Essere Cristiani*, Ed. Mondadori, 1976).

Perché l’ospedale diventi il luogo della solidarietà animata dall’amore è indispensabile che il personale sanitario cattolico viva un riferimento costante al Vangelo, ai documenti del Magistero e al-

l'antropologia cristiana, che mettono al centro di ogni attenzione e cura la persona malata nella sua integralità.

La medicina moderna, per riportare le parole del Papa Giovanni Paolo II, dell'ospedale "ne ha fatto punto di straordinario e continuo incontro di umanità: malati, familiari e conoscenti dei medesimi, medici e infermieri, personale ausiliario e di volontariato, Assistente religioso, sono chiamati a costituire quella "famiglia sanitaria" che, inserendosi sempre più pienamente nel contesto sociale, deve diventare luogo e misura della nostra capacità di sentire e di vivere la fraternità umana nelle sue più compiute espressioni" (Omelia del Santo Padre durante la visita all'Ospedale San Camillo, Roma, 3 luglio 1983).

Mi pare opportuno terminare con le parole di Padre Turoldo, a commento del Salmo 6, salmo che la tradizione cristiana ha messo in apertura ai sette Salmi penitenziali, che rappresenta la supplica drammatica di un malato : " Padre, fonte amorosa della vita e della speranza, Ti preghiamo per ogni fratello che geme e che piange; per quanti non riusciamo a confortare: dona a tutta la gente che soffre, al tuo popolo di poveri, forza nella tribolazione e fiducia per i giorni di angoscia; così rinvigoriti dal tuo soccorso possiamo giungere all'alba della resurrezione qui e nella vita eterna: Amen" (D. M. Turoldo, G. Ravasi, *I Salmi*, Ed. Paoline, 1987).



Il malato in famiglia

Dott. FRANCO GABRIELE - Medico di base

I problemi che il medico di base si trova a dover affrontare a domicilio del paziente sono sempre nuovi e molto più complessi col progredire della scienza medica e l'evoluzione del rapporto tra malato, ospedale e territorio.

Se infatti il medico specialista ospedaliero si occupa di uno o più organi o apparati, il medico di base è e resta il medico della persona nella sua interezza, che affronta i problemi di salute del paziente anche in rapporto alla sua situazione familiare.

Questo fatto rende il nostro lavoro sempre più difficile specie in un'epoca come quella moderna che vede il malato sempre più "sospeso" tra ospedale e territorio con un processo che sembra assolutamente irreversibile.

Le cause di questo stato di cose sono molteplici: l'avanzamento delle tecnologie che permette la domiciliarizzazione di molte cure; la riduzione dei posti letto in ospedale anche per la chiusura dei piccoli ospedali e la conseguente ricerca di tempi di degenza più brevi; l'exasperazione di tecniche ultraspecialistiche che permettono il ritorno del malato dall'ospedale al domicilio in tempi brevi.

Questi ed altri fattori sono sicuramente un vantaggio notevole per l'ammalato che si traduce quasi sempre in un miglioramento sia della quantità che della qualità di vita; ma al tempo stesso aprono per il medico di famiglia, per l'ammalato e per i suoi familiari, una serie di problematiche nuove che richiedono un approccio diverso alla condizione del malato stesso.

Se infatti anni fa un paziente veniva ricoverato in reparto ospedaliero e usciva al termine di un iter diagnostico-terapeutico completo, oggi sempre più spesso il paziente torna a domicilio avendo ancora da effettuare tutta una serie di accertamenti e processi terapeutici lunga e complessa.

Basti pensare, solo per i casi più frequenti, alla chemioterapia dei tumori maligni che sempre più frequentemente il paziente svolge a domicilio grazie a "pompe" di vario tipo; o ancora alla terapia dell'infarto miocardico acuto effettuata con angioplastica e "stenting" che prevede tutta una serie di controlli ematochimici e strumentali, e, purtroppo, anche una serie di possibili complicanze, che impegnano in modo importante oltre all'ospedale, il medico di base, il malato e la sua famiglia.

I problemi che questa situazione pone al medico di famiglia sono di due tipi: Scientifico, Pratico

Dal punto di vista scientifico si deve infatti considerare come il medico di famiglia deve essere in grado di orientarsi all'interno di tutta una serie di procedure ultraspecialistiche conoscendone indicazioni, modalità di attuazione, possibili complicanze. Se è vero infatti che questi pazienti vengono spesso seguiti in day-hospital, presso gli ospedali di riferimento, è anche vero che spesso è proprio il medico di famiglia il primo ad essere interpellato per maggiori ragguagli o in caso di possibili complicanze, ed a questo livello il suo ruolo di filtro è fondamentale.

Dal punto di vista pratico invece queste nuove procedure fanno sì che il numero di pazienti "critici" che un medico deve seguire sia in costante aumento, con conseguente richiesta di maggiore disponibilità ed evidenti implicazioni di tempo. Tutto ciò senza considerare quanto il problema si complichì nel caso, purtroppo sempre più frequente, in cui l'ammalato non abbia alle spalle una famiglia disponibile ad appoggiarlo in queste sue nuove e molteplici necessità; in questi casi infatti, tutta la responsabilità cade sul medico di famiglia e sui servizi della comunità, siano essi di strutture sociali o del volontariato, che infatti assumono un ruolo sempre più importante nella medicina moderna.

Quali sono allora i metodi che ci possono permettere di superare questi problemi?

In primo luogo occorre da parte del medico di base una sempre maggiore disponibilità sia nei confronti dell'ammalato stesso sia verso un costante aggiornamento; ma per quanto volenteroso il medico di base non potrà mai essere aggiornato su tutte le nuove tecnologie specialistiche.

Ecco allora che l'interesse dell'ammalato passa attraverso la disponibilità di entrambe le figure, medico ospedaliero e medico di famiglia, ad una più stretta collaborazione; ad un colloquio costante e a uno scambio di informazioni continue che, seppur dispendioso in termini di tempo e di impegno, è l'unico modo per garantire al paziente una buona qualità di cura sia in ospedale che a domicilio.

D'altra parte bisogna considerare come il progredire delle tecnologie non riguardi solo la medicina, ma anzi il progresso delle tecnologie informatiche consenta oggi di colloquiare anche a distanza con enorme facilità; questa occasione deve influire sul modo di lavorare di noi tutti, medici di base e ospedalieri.

Ma in questa catena: medico ospedaliero-medico di famiglia-paziente, siamo sicuri che siano solo le prime due figure a dover im-

pegnarsi per migliorare la qualità dell'assistenza? Vi sono cioè dei compiti, delle responsabilità che riguardano anche il paziente stesso?

Esiste oggi una mentalità sempre più diffusa e purtroppo non rispondente a verità, che porta a pensare che il malato, solo per il fatto di avere un problema e una conseguente necessità, abbia per forza **tutti** i diritti.

Così purtroppo non è e non può essere.

Anche se lavorassimo in condizioni di disponibilità illimitate, e sappiamo tutti quanto questo non sia vero, così non potrebbe mai funzionare.

Occorre che anche l'ammalato capisca di fare parte di una "società del bisogno"; "società" che ha le sue gerarchie di necessità dettate non dal caso o dalle simpatie, ma dal bisogno stesso. L'ammalato deve imparare a comprendere come l'esame che esegue, la cura che intraprende fanno parte di un "pacchetto" di disponibilità, e che ogni esame inutile o ingiustificatamente richiesto urgente, non solo non è un diritto, ma anzi nega ad un altro, forse più bisognoso di lui, una necessità.

E allora ecco perché credo che occorra, per migliorare questo nostro sistema sanitario e sociale, un cambiamento culturale profondo: un cambiamento che faccia sì che tutte le figure interessate, medico ospedaliero, medico di famiglia e ammalato, collaborino in modo più stretto; con maggiore fiducia e disponibilità reciproca; con quella convinzione di fondo, purtroppo oggi sempre più carente, che tutte le figure nel campo sanitario operino per un unico fine che altro non è che la salute del singolo, della sua famiglia e della società intera.

Il vero salto in avanti non si ottiene solo attraverso leggi e regole migliori; e neppure attraverso il solo impiego di maggiori risorse.

Il vero salto di qualità si ottiene solo attraverso un cambiamento culturale che ci renda tutti più aperti e disponibili alle esigenze del prossimo, sia esso l'ammalato, la sua famiglia, il medico o la struttura.

Solo così avremo che da un cuore migliore nasceranno delle cure migliori; per tutti.



Come l'infermiere si rapporta all'ospedale e al territorio

Sig. GIANFRANCO GALETTA - Infermiere professionale
Segretario Consulta Regione Puglia

Svolgo la mia attività di Infermiere Professionale – da oltre venti anni – presso il Presidio Ospedaliero Centrale “SS. Annunziata” di Taranto; sono qui oggi per portare a voi tutti, la mia esperienza infermieristica.

Nel mondo della Sanità Italiana, negli ultimi anni, abbiamo visto il passaggio da uno Stato di tipo “assistenziale”, a uno Stato dal modello “imprenditoriale”, volto a gestire la salute come se si trattasse di un prodotto o di una merce, in termini di tagli alle spese, ticket per contribuire alla spesa pubblica, code e disagi.

In tale contesto i disagi del malato si configurano soprattutto nella “spersonalizzazione” del rapporto con l’utente-cliente, che diviene una pratica, soggetta a orari, scioperi e disfunzioni, come se fosse un oggetto; così di fatto svaniscono i suoi diritti.

Questi ultimi potremmo riassumerli nei seguenti punti:

Il diritto alla guarigione: occorre intervenire tempestivamente e professionalmente affinché il malato riceva tutte le cure possibili di cui ha bisogno;

1. Il diritto all’assistenza sanitaria: ogni persona va tutelata e assistita affinché a partire dalle sue risorse trovi economicamente e organizzativamente disponibili le cure che il suo stato di salute richiede;
2. Il diritto ad essere trattato quale essere umano, riconoscendo la sua dignità anche nel momento in cui perde l’uso della propria ragione, anche quando non c’è più niente da fare;
3. Il diritto a rapporti sociali e alla serenità dell’ambiente in cui si trova;
4. Il diritto all’assistenza religiosa per recuperare la sua dimensione spirituale.

L’infermiere, quindi, sia che operi nell’ambito ospedaliero sia sul territorio, ha preso coscienza che assistere oggi significa riconoscere pienamente e totalmente la dimensione umana.

La persona va vista non solo nella sua individualità ma anche nella sua singolarità, irripetibile. La persona esiste cioè come originale ed unica che non ha né doppione, né ricambio. Tutto ciò ci porta a concepire la grandezza della persona: “Non può essere mai usata come mezzo.”

Al centro della nostra attività assistenziale vi deve essere il bene dell’uomo sofferente bisognoso di cura.

Noi infermieri abbiamo, cioè, la necessità di sviluppare in noi una presenza cosciente che ci dia la possibilità di stare accanto al malato per offrire cura e assistenza.

E non come si assiste oggi, ad équipes che si interrogano attorno al letto del malato unicamente in riferimento alle proprie competenze sanitarie; concentrandosi cioè sempre più sulla malattia e sempre meno sul malato.

Ciò è determinato essenzialmente dalla crescente burocratizzazione dell’assistenza che ha svilito il rapporto ammalato-operatore sanitario, riducendo quest’ultimo ad un esecutore di terapie.

Per questo mancato rapporto si è smarrita la coscienza etica (fondata sul rispetto della dignità umana e dei diritti degli ammalati).

Sua Santità Giovanni Paolo II ha affermato nell’*Evangelium Vitae*: “Comportatevi come i figli della luceper realizzare una svolta culturale”: in cui è ribadito con forza che: “Occorre far maturare un forte senso critico, capace di discernere i veri valori e le antiche esigenze. È necessaria una generale mobilitazione delle coscienze e un comune sforzo etico, per mettere in atto una grande strategia a favore della vita. Tutti insieme dobbiamo costruire una nuova cultura della vita”.

Tali affermazioni ci riconducono alla necessità di riumanizzare gli ospedali, lì dove cioè si è smarrita la dimensione umana.

Dovremmo rifarci agli insegnamenti di nostro Signore Gesù, che è medico-medicina, che ci esorta, nell’episodio della guarigione del paralitico, a *insegnare, guarire e salvare*.

Interessa a Gesù la guarigione totale dell’uomo, adesso e per sempre, nello spirito e nel corpo.

Quindi sono le persone impegnate nella ricerca medica, coloro che di fatto operano nel campo della salute, quelli che vengono chiamati operatori sanitari, che devono promuovere la vita impegnandosi per la salute. I cristiani che operano nel mondo della sanità devono avere la coscienza – e devono agire in coerenza con tale coscienza – di operare non solo a titolo personale; c’è una responsabilità che è inderogabile ed è la responsabilità che è legata all’individuo nella sua unicità e irripetibilità. La colpa della cosiddetta

malasanità non è mai della struttura, **ma è delle persone**, delle singole persone, in quanto l'attenzione, innanzitutto, deve essere sulla vita e sulla salute psico-fisico-spirituale dell'uomo. (tratto da: "Riflessioni sulla situazione sanitaria in Italia in chiave pastorale", di Alfredo Anzani).

Ma per far ciò sarebbe auspicabile che: il mondo dei sofferenti, interpellando quello dei sani, trovi insito in esso, una autentica forma di carità.

Come fare?

La prima cosa da fare per noi cristiani è: mettersi in ascolto della parola di Dio.

E in questo ci può aiutare una attenta lettura della parabola del Buon Samaritano (Luca 10,25-37).

"È più facile dire chi è il mio prossimo, che spiegare e vivere come farsi prossimo degli altri".

Precisa la lettera apostolica *Salvifici Doloris* (n. 28): "Il Buon Samaritano è un uomo, che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo, qualunque esso sia. Quel fermarsi non significa curiosità, ma Disponibilità".

Inoltre (*La verità ci farà liberi*, n. 1024) : "Il cristiano apprezza e ama la vita propria e degli altri, anche quando è sfigurata dalla sofferenza e appare assurda. Anzi, nella povertà e nella debolezza riconosce una speciale presenza di Cristo e una possibilità preziosa di crescita e di fecondità spirituale".

Giovanni Paolo II: "La vita è sempre un dono di Dio da accogliere con rispetto e amore, e la sofferenza è un mistero, una SFIDA per l'uomo e per il credente" (da: *La catechesi della Domenica*, 1996, n.1 pag. 4).

Quindi l'umanizzazione dell'assistenza potrà divenire sempre attuabile, se gli operatori tutti vorranno riconoscere nell'uomo sofferente la presenza di Cristo. L'infermiere è chiamato a dare tale testimonianza, non solo nelle strutture ospedaliere, ma anche sul territorio, in quella comunemente definita come "assistenza domiciliare". Lì dove il professionista dovrà, oltre che assolvere con estrema competenza e professionalità le varie problematiche legate alla gestione della malattia altrui, dovrà avere altresì la capacità di ridare un sorriso e una speranza, a quelle persone per le quali la vita sembra non avere più un senso, perché costretti, come sono a subire la condizione di infermità.

Ed è grazie alle molteplici attività della Chiesa presente nelle strutture pubbliche (cf. la *Cappellania Ospedaliera*) e sul territorio (con le varie iniziative della Pastorale della Salute), che l'infermiere cristiano trova un valido supporto e un sicuro punto di riferi-

mento; specialmente nel momento in cui egli, come uomo, riconosce le sue fragilità e le sue debolezze. Tale supporto diviene quanto mai indispensabile, poiché è chiamato frequentemente a raffrontarsi con la morte dei propri simili, che di certo non lo lascia indifferente. E alle domande dell'ammalato: "Che ne sarà di me?" "Potrò guarire?" "Che ne sarà dei miei cari?", dovrà dare risposte cristiane, pregne dell'amore in Cristo Gesù, il quale soffrendo in prima persona sulla Croce è divenuto esempio e modello da imitare e causa di sopportazione delle sofferenze che ogni malattia porta con sé.

Da ciò si evidenzia la grande importanza dello stato di salute e ciò porta ad asserire che: "essa è uno dei beni più preziosi della vita". "Un bene che deve essere difeso con estrema cura".

La malattia, quindi, considerata a ragione un male, non dovrà essere sempre vissuta e vista come tale. Infatti può rappresentare una grandissima opportunità che ci viene offerta per guardare dentro di noi e magari scorgere per la prima volta quale sia il vero significato della nostra vita.

Si può affermare che: Dio trae anche dal male il bene dell'uomo, e utilizza ogni sua sofferenza per educarlo, per condurlo a sé, per farlo passare dalla morte alla vita.

A dimostrazione di quanto affermato, vi sono alcune persone che, costrette dalla malattia a rimanere sole con se stesse, hanno avuto modo di riesaminare la loro vita passata e di accorgersi di essere vissuti senza il sostegno e la guida di un sicuro punto di riferimento.

Quando un malato, sopporta pazientemente i suoi mali e impara a guardare gli altri con simpatia e riconoscenza per ciò che per lui viene fatto, è certamente un malato che ha già ricominciato a "camminare", anche se è ancora costretto a starsene immobile sotto le coperte (da: *La catechesi della Domenica*, 1996, n.1 pag.4).

Per concludere vorrei citare ciò che è scritto nella *Enciclica Salvifici Doloris*, 29: "Le istituzioni sono molto importanti ed 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".



La Pastorale della salute nella Società e nella Parrocchia

P. CARLO LAZZARO - Cappellano Ospedale e Incaricato Regione Sicilia

Anzitutto, grazie agli organizzatori di questo Convegno, per aver scelto, come momento di riflessione e di verifica, una tematica e una problematica che interpella i vari operatori sanitari che sotto diversi titoli e varie appartenenze a movimenti ecclesiali si prendono cura del complesso mondo sanitario.

Questo Convegno lo definirei molto opportuno e strategico per l'attuale stagione che sta vivendo la pastorale parrocchiale. Infatti si avverte l'urgenza di rivalutarne l'importanza, e la necessità di rilanciare i compiti, i metodi e le finalità della sua specifica presenza nel territorio

Premessa

L'oggetto della presente discussione su "malato in ospedale: malato in famiglia: malato in parrocchia", necessariamente ci richiama a dover porre delle premesse di carattere generale e particolare, nel sens

o che è estremamente doveroso, dal punto di vista culturale, teologico, pastorale, rifarsi a quei percorsi che la Chiesa ha già iniziato ed ha indicato negli anni passati.

Faccio dei semplici accenni. La Chiesa ha avuto sempre una particolare cura verso gli ammalati, avvertendo che "il servizio ai malati è parte integrante della sua missione", e tutti gli operatori sanitari, ognuno nel suo specifico ruolo, partecipano alla azione pastorale ed evangelizzatrice della Chiesa.

La Chiesa Italiana, in questo settore della cura pastorale degli ammalati, nel 1989 ha offerto agli operatori sanitari e comunità ecclesiali delle linee operative attraverso una "Nota" semplice e breve, ma essenziale, facendone un punto di riferimento per la Pastorale sanitaria, affidando loro la responsabilità di esecuzione, con un atto di profonda fiducia.

Così, infatti, si esprime: "I profondi cambiamenti avvenuti in questo settore della vita sociale, in cui si riflettono le speranze e le contraddizioni del mondo contemporaneo, sollecitano nuove risposte da parte della comunità ecclesiale, per un servizio efficace agli uomini con i quali essa è intimamente solidale" (GS.1).

In questi decenni, certamente la pastorale sanitaria ha cercato di adattarsi alle nuove situazioni createsi con il sistema dell'azien-dalizzazione degli ospedali e del territorio, raccogliendone le sfide e le provocazioni di carattere politico, legislativo, etico e morale.

Ora in questo contesto la Chiesa è chiamata ad offrire un valido contributo culturale, morale ed etico, perché le trasformazioni in atto si risolvano in autentico progresso non solo tecnologico e scientifico, ma altresì nell'offrire quei qualificati servizi che rispettano la dignità dell'uomo dal "suo nascere al suo morire".

Riaffermare, quindi, con forza che la salvezza evangelica passa unicamente tenendo conto del senso e del valore della persona umana nella sua totale integrità psicofisica.

È un compito arduo che certamente oggi non è più possibile consegnarlo e delegarlo solo al ruolo e alla responsabilità del "Cappellano".

Seguendo le direttive della citata "Nota", è la Comunità ecclesiale il soggetto primario della pastorale sanitaria (n. 23), la comunità direttamente coinvolta in tutte le sue componenti, dal Vescovo, al Presbitero, al Diacono, al Ministro dell'Eucaristia, al Volontario.

È doveroso allora chiederci: quale cammino ha fatto la Chiesa, come presenza e come azione, nell'impegno di portare luce, conforto e grazia del Signore agli ammalati?

Come si è posta e con quale rinnovamento ha affrontato le sfide sanitarie nelle Aziende e nel territorio? Quali nuovi percorsi e nuovi obiettivi vuole raggiungere per offrire un valido servizio ministeriale all'uomo ammalato?

Dalle risposte concrete che la Comunità ecclesiale saprà dare, dipende in parte il miglioramento e la qualità dei servizi che vengono erogati nella sanità pubblica.

Ma, è una constatazione unanime, non è assolutamente sufficiente a garantire e a gestire l'enorme richiesta di tutti i cittadini che accedono a questi servizi. Basti pensare alle lunghe liste di attesa nei vari ambulatori e nei ricoveri ospedalieri, alla carenza di personale infermieristico e lo stesso confort alberghiero inadeguato.

E allora, cosa fare? Certamente non stare più a guardare, ma calarsi concretamente nel vissuto quotidiano del proprio ambiente e viverne e dividerne i bisogni materiali, morali e spirituali.

Ecco delle piste concrete e operative: L'Ospedale - II Cappellano - La Cappellania - La Parrocchia

La necessità dei nuovi percorsi e nuove identità deve sollecitare l'Assistenza Religiosa e la Parrocchia ad assumersi responsabi-

lità e impegno per i nuovi obiettivi pastorali; per questo, la citata “Nota “ della CEI sottolinea che la Chiesa locale deve riaffermare l’importanza di una nuova catechesi e corsi formativi (n.21) per calarsi dentro le problematiche sanitarie che investono, sotto l’aspetto sociale, civile, politico e morale la vita delle persone, per trovare risposte adeguate alle loro richieste di aiuto e soddisfazioni dei bisogni.

La stessa importanza e richiamo esprime il S. Padre nella “*Christi fideles laici*” (n. 54), invitando ad un “rilancio dell’azione pastorale per e con i malati e i sofferenti, in cui il fratello ammalato non deve sentirsi solamente oggetto di attenzione, ma diventi soggetto attivo nella vita ecclesiale e della Comunità”.

Ora, ne sono pienamente convinto, una Comunità parrocchiale ha l’obbligo non solo di ritenersi, ma essere una Comunità sanante, identificandosi in quel modello di *Diakonia* che, nella pastorale sanitaria, esprime pienamente l’impegno evangelico e missionario: “Guarite gli infermi, risuscitate i morti, sanate i lebbrosi...” (Mt. 10,8).

La Parrocchia deve essere la casa di tutti; la casa posta a centro del territorio, a servizio di tutti come accoglienza cordiale e come fermento nell’ambiente. Per questo, le varie associazioni, movimenti, gruppi laicali, devono vivere per una pastorale d’insieme, per rendere la parrocchia quanto più idonea possibile alla sua missione di carità e di condivisione.

Riguardo al servizio ospedaliero, l’assistenza religiosa come espressione della territorialità parrocchiale e interparrocchiale, deve necessariamente confrontarsi con le nuove strategie legislative e i percorsi delle comunità ecclesiali.

In questo senso le *Cappellanie ospedaliere*, possiamo lecitamente affermare, sono la necessaria verifica dell’impegno evangelico delle Comunità ecclesiali. Esse nascono con uno specifico decreto del Vescovo diocesano, ed una comunicazione ufficiale ai Direttori generali delle Aziende ospedaliere.

In questi ultimi decenni, nel servizio di assistenza religiosa ospedaliera sono maturate parecchie e positive esperienze. Infatti, attraverso le varie legislazioni regionali con le Conferenze Episcopali regionali, i protocolli di intesa stanno favorendo l’inserimento e il coinvolgimento di nuove figure professionali ecclesiali.

Cito lo schema di intesa tra l’Assessore Regionale della Sanità e la Conferenza Episcopale Siciliana sull’assistenza religiosa. L’art. 15 recita: “L’Assistente religioso può essere coadiuvato da altri sacerdoti, diaconi e laici. L’Assistente religioso comunica alla Direzione generale i nominativi dei sacerdoti, diaconi e laici che lo coadiuvano continuamente o saltuariamente... Tali collaboratori del

personale di Assistenza religiosa hanno accesso ai locali delle strutture di ricovero con le stesse modalità del personale di Assistenza religiosa”.

Ecco allora il modo nuovo di un servizio pastorale sanitario ospedaliero e territoriale.

- La Parrocchia, le Comunità ecclesiali, sono i nuovi soggetti primari e portanti e insieme protagonisti dell'azione pastorale della Chiesa diocesana e locale. La citata “Nota” della CEI ai n. 79 e 80 recita: la (Cappellania) è un segno ecclesiale visibile, reperibile, che rende possibile un'azione missionaria.
- Essere un luogo dove, attraverso delle persone.... Dio rivela la sua tenerezza e si mette a servizio dell'uomo che soffre.
- Promuove, coordina, anima il territorio per coinvolgerlo nella promozione della salute e nell'assistenza dei malati.
- La Parrocchia viene, quindi, individuata come “casa e scuola di comunione”, dove la pastorale sanitaria offre l'occasione privilegiata di evangelizzazione e di promozione umana, incarnandosi strettamente nel vissuto sociale e civile.
- Realizzare strutture di accoglienza per i familiari dei malati ricoverati presso i grandi complessi ospedalieri.
- Realizzare poliambulatori parrocchiali e interparrocchiali.

Infatti il territorio, non solo costituisce un luogo geografico o ambientale, ma è soprattutto un luogo antropologico e culturale, perché in esso vive e si realizza ogni essere e convivenza umana, sottolineandone gli aspetti, politici, civili, sociali e morali.

Ma per il cristiano e le comunità ecclesiali, il territorio necessariamente è anche luogo teologico dove viene richiamata e riaffermata la natura e l'identità del suo essere e dell'operare. Infatti, ogni comunità ecclesiale, incarnandosi e abitando concretamente tra gli uomini, porta a compimento la missione salvifica affidata da Gesù Cristo. Sotto questo aspetto pertanto, tutti i piani pastorali delle varie diocesi stanno affrontando un tema centralissimo: bisogna “ripartire da Cristo” per rinnovare la nuova pastorale, diocesana e parrocchiale, sensibilizzando le comunità ecclesiali a porsi in un nuovo cammino per dare risposte concrete e “comunicare il Vangelo in un mondo che cambia”. È Gesù Cristo la centralità e il modello a cui rifarsi: entrare nella storia dell'uomo per annunziare i valori del Regno; dare senso alle profonde inquietudini dell'uomo contemporaneo e nel campo sociale, civile, culturale e, per quanto ci riguarda, nel settore sanitario.

In questo senso allora, la parrocchia diventa comunità sanante, dove le estreme povertà nel corpo e nello spirito trovano non solo luogo di ricovero, ma offerta e condivisione di solidarietà.

Seguendo queste indicazioni, penso che questo Convegno possa gettare le basi per una costruttiva partecipazione e coinvolgimento delle comunità ecclesiali e di volontariato, alla evangelizzazione del vasto mondo della salute, facendone i veri protagonisti e soggetti attivi nelle Cappellanie ospedaliere, nell'animazione della vita parrocchiale assistenziale e caritativa, e promovendo nel territorio una cultura e una politica sanitaria per curare e servire il malato.



astorale sanitaria per "malattie rare"

Dott.ssa LOREDANA NASTA - Presidente Nazionale UNIAMO

Buongiorno a tutti, vi ringrazio per essere qui. Devo dire che sono meravigliata di avere una sala così piena di persone e soprattutto così attente alle cose che si sono dette. Cercherò di essere velocissima. I messaggi da dirvi sono parecchi.

Volevo innanzitutto presentarmi, sono il presidente di una Federazione che ha al suo interno associazioni di pazienti affetti da malattia rara e rappresento anche tutte le associazioni che ci sono in Italia di malattie rare, perché sono stata eletta dalla Consulta; questo per dirvi – proprio facendo riferimento alla prima relazione – il fatto che la Federazione italiana malattie rare in un certo senso è la voce della Parola. Nella prima parte si spiegava proprio questo: noi siamo la voce di chi non può parlare e ci siamo uniti perché c'è una grossa difficoltà in Italia, come in Europa e in tutto il mondo, di individuazione, di diagnosi, di trattamenti e quindi di cure per le persone affette da queste malattie.

Le persone affette da una malattia rara hanno delle malattie con incidenza molto bassa, quindi per questo poco interessanti per l'industria farmaceutica, perché ovviamente arrivare allo studio di un farmaco ha dei costi elevatissimi e non ha un riscontro economico, con incidenza molto bassa di persone; quindi questo giustifica il perché, nel mondo delle malattie rare, la ricerca sia ancora così indietro. Devo dire che apprezziamo molto gli sforzi che si sono fatti e che si stanno facendo in questi ultimi anni, sicuramente le associazioni di pazienti hanno una responsabilità molto alta proprio nel sensibilizzare l'opinione pubblica, spingere le istituzioni, spingere il governo per l'attuazione di leggi, per la difesa e per lo stimolo alla ricerca sia in Italia che in Europa, perché noi ovviamente lavoriamo soprattutto in Europa per poi far sì che nelle singole comunità e nei singoli Paesi, e quindi anche in Italia, vengano poi rispettate e applicate quelle norme che garantiscono il diritto alla salute che è un diritto costituzionale di cui tutti noi dobbiamo usufruire.

Voi parlate di pazienti e di malati. Sicuramente il paziente è proprio per definizione quello che non guarisce; la maggior parte dei pazienti o dei malati di malattie rare sono quelli che sono destinati a non guarire, sono i malati cronici. Il 10% delle malattie che colpiscono l'umanità sono malattie rare, sono state identificate circa

6.000. Quindi anche se la malattia rara ha un'incidenza molto bassa, però nella loro complessità si parla addirittura di 20 milioni di pazienti in Europa e di 2 milioni di pazienti in Italia. Il 50% di queste malattie colpisce i bambini. Questo vuol dire che intorno ad un bambino c'è poi tutto un entourage familiare; quindi sicuramente c'è un padre e una madre coinvolti.

Intorno ad un malato c'è comunque una famiglia, noi abbiamo una collaborazione molto fitta con l'ospedale Bambin Gesù che sta facendo e ha fatto veramente molto per i bambini affetti da malattia rara, loro si occupano soprattutto delle malattie metaboliche che però da sole sono circa 500. Quindi hanno veramente un grosso apporto e supporto, e sono un grosso punto di riferimento in Italia per il trattamento di queste patologie. Quindi ufficialmente ringrazio l'ospedale Bambin Gesù per quello che ha fatto e che sta facendo anche per sensibilizzare le famiglie e per aiutarle a risolvere i problemi economici cui vanno incontro, per permettere ai loro bambini di andare in ospedale, e poter avere un appartamento, e non avere i costi elevatissimi che sono purtroppo costretti a subire per gli spostamenti dalle loro case, perché bisogna ricordare che non tutte le famiglie godono di situazioni economiche elevate; quindi qualcuno non solo deve fare i conti con un bambino malato, deve fare i conti anche con dei farmaci che non ci sono, deve fare i conti anche con un bilancio familiare che a volte impedisce gli spostamenti.

Noi siamo ben consapevoli del grave stato che c'è in Italia, sappiamo che i direttori generali delle Asl hanno un budget molto risicato; quindi devono fare i conti tutti i giorni con i soldi, e destinarli a destra e a sinistra non è facile. Hanno pressioni da tutte le parti e siamo consapevoli di questo. Però nel nostro dignitoso silenzio forse abbiamo sentito la necessità di uscire un po' allo scoperto ed è per questo che già da qualche anno stiamo lavorando, perché solo attraverso la sensibilizzazione si può fare veramente qualcosa e si possono cambiare le cose. Noi ovviamente lavoriamo per stimolare delle leggi diverse, e anche leggi nuove per incentivare la ricerca.

Volevo poi spezzare una lancia a proposito dei medici di base, che sono quelli con cui noi facciamo i conti tutti i giorni, sono quelli che non ci sanno dare le risposte perché non sono stati informati per darcele; e proprio per questo motivo noi, proprio per il rapporto quotidiano che è fatto non solo di richiesta di farmaci ma a volte anche di una buona parola, per esempio sulla differenza tra cura e rimedio; loro ci danno il rimedio che a volte è persino migliore di un trattamento, e la loro comprensione, ed è quella che sento qui oggi da voi, perché io in genere vado a congressi dove si parla molto di

DNA, si parla molto di terapia genica, di geni, di biotecnologie. Però poi alla fine della giornata, quando io devo riferire alle famiglie che aspettano da me un risultato di questo convegno, devo dire che non so veramente cosa dire. Invece oggi sento proprio la comprensione da parte vostra, che forse è l'effetto migliore persino, non dico di un trattamento, però oggi veramente posso riferire questa sensazione di essere capita, perché il nostro grosso problema – ed è il motivo per cui i pazienti hanno deciso di unirsi e formare delle associazioni – è proprio l'isolamento, la mancanza di comprensione, il sentirsi isolati, il pensare “ma perché proprio a me”, il rifiuto della malattia.

Questo è un toccasana che può venire solo dalla comprensione della comunità cristiana e della Chiesa. È stato questo il motivo per cui io mi sono avvicinata ad una richiesta di colloquio, ad una richiesta di aiuto e di comprensione per queste famiglie che oltre a fare i conti tutti i giorni con i problemi, ovviamente devono fare i conti con una fede che non sanno da chi attingere. Penso che sia importantissimo questo nostro incontro, questo nostro scambio che abbiamo con don Sergio che è una persona meravigliosa e che io ho avuto modo di conoscere, e di scambiare tante riflessioni, in questo suo modo di capire immediatamente il problema. A volte bisogna spiegarlo e rispiegarlo; invece lui ha capito immediatamente quali potevano essere i problemi; e questa bambina di Firenze è un esempio eclatante perché se ne parla. Questo solo per spiegarvi che cosa ci può essere dietro le malattie rare.

Un esempio, che è quello che conoscete tutti. Si parla di grecogenosi. La grecogenosi è solo una delle 6.000 (qualcuno dice 8.000) malattie rare. Mi riferisco a questo perché è una storia andata sui giornali e quindi la conoscete bene. Si tratta di vedere il proprio bambino che, giorno dopo giorno, muore. Sai che c'è un farmaco, ma non te lo danno. Basterebbe fermarsi un attimo dietro questa esperienza, non girare le spalle e dimenticarselo dopo un attimo; ma soffermarsi e capire la disperazione che ci può essere. Quindi a volte anche il fatto di sapere che c'è qualcuno che si sta dando da fare per te, vi assicuro che può veramente dare la sensazione di non essere soli, e non pensare che sia tutto finito.

Vi ringrazio per l'attenzione.

M

Medico, Sacerdote parroco, Cappellano ospedaliero

Don MARIO TORRACA - Parroco e Cappellano

Innanzitutto vorrei salutare cordialmente tutti e ringraziare mons. Pintor che ha voluto che fossi anch'io qui; ma ringrazio in modo particolare i volontari della mia cappellania che numerosi sono venuti insieme a me e che permettono oggi anche al presidente di essere qui insieme a voi.

Non ho ricette da darvi e non ho suggerimenti. Ho sentito tante di quelle cose belle in questi due giorni, tanta ricchezza che veramente vorrei prendere non 10 minuti ma solo un secondo e andare via senza dire nulla. Non ho nulla da darvi se non consegnare me stesso e la mia storia, la storia di un cammino esodale – passatemi il linguaggio biblico – che dura da 40 anni, un cammino che mi ha visto sempre accanto al malato, accanto alla sofferenza, perché se è vero – come è vero – che io sono sacerdote da pochissimo tempo, tra qualche giorno 3 anni, la mia storia con la sofferenza e con la malattia è iniziata molto tempo prima, quando il Signore ha messo nel mio cuore un desiderio, un sogno, quello di diventare medico; sogno che ho realizzato circa 15 anni prima laureandomi in medicina e poi specializzandomi in cardiologia e medicina interna e lavorando in ospedale per più di 10 anni.

È lì che mi sono accorto dell'importanza della sofferenza, mi sono accorto che cosa significa stare in ascolto orante di colui che soffre e che vuole da noi un aiuto. Certamente è difficile dire come sia arrivato al sacerdozio, ma vi posso dire questo, consegnandovi quanto di più intimo posso avere: il mio sì per entrare in seminario l'ho pronunciato quando, giovane medico, mi chiamarono in una capanna abbandonata dove su un materasso sporco ho visto una larva umana, una vecchietta piena di piaghe che abbiamo curato e seguito.

In quel momento sono tornato a casa dicendo: “Da questo momento in poi la mia vita non può rimanere così com'è trascorsa fino a questo momento”, una vita comoda e piena di agi. Da quel momento la mia vita è cambiata, ho detto sì al Signore ed è iniziato questo magnifico cammino che mi ha portato tre anni fa a diventare sacerdote. Certamente detto così sembra tutto semplice; ma credetemi che semplice non è stato perché rifiutavo questa chiamata, mi dicevo: “Ma come mai il Signore mi chiama adesso, dopo che ho compiuto questi studi e sto facendo questa missione?”, perché non

l'ho mai chiamata professione; è brutto dire "professione medica"; non è professione; è una missione al servizio dei nostri fratelli più sofferenti. Lo rifiutavo mentalmente e psicologicamente; poi ho desistito e ho dato il mio sì al Signore.

In tutto questo, tante volte mi sono chiesto: "Perché Signore?", una domanda di senso. La risposta mi è arrivata il giorno della mia ordinazione, quando l'arcivescovo mons. Bommarito, adesso ormai emerito di Catania, mi ha consegnato la cura di una zona periferica. Oggi vengono conati termini che a me francamente non piacciono tanto, come zona "a rischio", "parroco di frontiera".

Non mi piacciono questi termini, perché non ci sono confini né di territorio né di luogo né di razza né di ceto sociale; tutto popolo di Dio siamo e questi slogan noi dovremmo per primi evitarli.

Quando tante volte mi si dice: "Quello è un prete antimafia", ma perché? Ci sono preti pro-mafia? Non lo so. Siamo sacerdoti a servizio del popolo di Dio, del santo popolo di Dio. Ho dovuto rimbocarmi le maniche e fare non soltanto il sacerdote, ma fare il medico, fare l'infermiere; e con fatica ma con tanta gioia siamo riusciti a mettere su una parrocchia, perché dopo tre mesi il centro pastorale, che è nato in un garage; e poi è diventata parrocchia, e adesso abbiamo una chiesa dignitosa ma – ripeto – con tanta gioia e tanti sacrifici.

Contemporaneamente dopo un mese io continuavo a dirmi: "Ma perché il Signore mi ha fatto diventare prima medico, per poi diventare solamente parroco?". Certo nel mio cuore c'era il desiderio di occuparmi di pastorale sanitaria, era lo sbocco naturale, quello che sentivo, la mia vocazione era nata nell'ambiente sanitario.

Ebbene, la risposta il Signore me l'ha mandata subito: dopo neanche un mese mi chiama l'arcivescovo e mi dice: "Sai, d'ora in poi tu sarai, oltre che parroco, anche il cappellano presso l'Azienda ospedaliera Cannizzaro" che, per chi non conosce Catania, è uno degli ospedali più grandi. Abbiamo attualmente due grossi monoblocchi e altri due padiglioni, superiamo i 500 posti letto, facciamo emergenza territoriale col 118; quindi una realtà ospedaliera molto grande. Lì è partita questa meravigliosa avventura per cui scherzando tante volte io dico: "Sono un sacerdote schizofrenico, perché la mattina sono cappellano e il pomeriggio sono parroco". Certo cappellano lo sono 24 ore su 24, questa forse è un po' la differenza tra il parroco e il cappellano, perché il parroco fa le sue ore poi chiude la parrocchia e basta; il cappellano ha il cellulare sempre acceso, 24 ore su 24, sempre disponibile.

La prima cosa che ho fatto quando sono entrato in ospedale, ho tappezzato tutti i reparti, tutti i corridoi (ci sono alcuni volonta-

ri che possono confermare quello che dico), tutti gli angoli dell'ospedale con il mio numero di cellulare, che tengo giorno e notte acceso. Qualche mio confratello anche cappellano mi ha detto: "Tu sei pazzo, non avrai più pace"; e io ho risposto: "Sono diventato sacerdote e anche cappellano per non avere più pace".

Come vivo questa realtà? Tante volte anche i confratelli me lo chiedono. Innanzitutto non sono da solo perché c'è il Signore e io da solo non ce la potrei fare; a volte penso la mattina a quello che devo fare tutta la giornata e dico: "Non ci riuscirò", poi arrivo alla sera e ringrazio il Signore che in qualche modo è riuscito a farmelo fare.

L'impegno in ospedale: certo, in ospedale, specialmente la realtà ospedaliera che vivo che è molto grande, è difficile, essendo tra l'altro un solo cappellano; sono solo, non c'è nessuno che mi aiuti e potrebbe essere semplice dire: "Hai la cappellania istituita con decreto episcopale, ora hai i volontari che ti aiutano" ed è una grandissima realtà, ma sarebbe troppo riduttivo dire che è stata voluta da me solamente perché non ce la faccio ad arrivare in tutti i reparti e allora ho i laici; no, non è solamente questo.

È vero, sono una ricchezza importantissima e fondamentale, senza di loro non riuscirei ad arrivare in tutti i reparti, specialmente la domenica quando si sente più forte la presenza, perché molti aspettano di ricevere la comunione. Ma non è solamente questo, è una grande ricchezza perché i laici hanno una ricchezza dentro che noi non abbiamo ancora del tutto esplorato.

Quando in un reparto di ginecologia o di ostetricia mando una volontaria invece che andare io, sicuramente sortisce un effetto migliore, perché una donna con un'altra donna, specialmente in momenti così delicati, ha una capacità di dialogo e di rapporto maggiore di quella che posso avere io. In parrocchia, al corso prematrimoniale, io ci vado una volta soltanto; lo faccio fare a coppie impegnate che hanno sul loro groppone 25-30 anni di matrimonio e sicuramente sapranno dire e consigliare più di me che so queste cose per sentito dire.

Parrocchia e cappellania sono due cose esattamente uguali, non diverse. Il più bel complimento che in questi anni ho ricevuto da un mio confratello è stato: "Tu hai trasformato l'assistenza religiosa in ospedale in una parrocchia". Non devo trasformarla, è parrocchia. Il malato che si trova per quei 10, 15 giorni in ospedale deve sentire la presenza della Chiesa, la nota della Cei ci dice questo; la cappellania questo deve fare; deve rappresentare una porzione di Chiesa in quel momento e allora il malato, il nostro fratello sofferente, ha tutti i diritti di sentirsi vicino alla Chiesa e quindi dobbiamo impostare la cappellania come parrocchia.

Non solo, noi ci siamo già riuniti e abbiamo valutato l'impegno per il prossimo anno, che sarà proprio quello di andare nelle parrocchie a colloquiare con i consigli pastorali anche attraverso un momento di preghiera, per far capire nel territorio l'importanza della cura del malato. Quando per la giornata mondiale del malato io personalmente ho contattato i miei confratelli parroci del vicariato dove sorge l'ospedale e qualche mio confratello mi ha detto: "Giornata mondiale del malato? Ma queste sono cose che riguardano i cappellani, a me non interessa". Quando io sono stato insistente ha detto: "Mah, al limite lo dirò al gruppo vincenziano" e mi ha liquidato perché ancora, specialmente noi, non abbiamo ben chiaro cosa significa questo, l'impegno. Io sono anche parroco; da parroco io non mi devo curare dei malati? Sono i primi, Gesù Cristo ce lo ha insegnato, che passò risanando tutti. L'attenzione sua era verso chi soffriva.

Allora la prima attenzione: forse dovremmo fare meno liturgie, meno parate in parrocchia e preoccuparci di più della gente, della persona specialmente che soffre. Io ho avuto un'esperienza di qualche giorno fa, è stato un caso aver ricoverato in ospedale dove opero una mia parrocchiana; ovviamente ci andavo – come sempre – tutti i giorni. Ebbene gli infermieri e i medici mi dicevano: "Ogni volta che viene, essa non fa altro che girare tutto il reparto dicendo: 'Avete visto? Io ho il mio parroco qui, il mio parroco mi viene a trovare, il mio parroco mi cura'", ... assistenza che stiamo facendo anche ora che è tornata a casa e che continuiamo a seguire. Non ci può essere questo distacco assolutamente.

Come vivo io questa vita di cappellano e parroco? Nel medesimo modo, portando in ospedale l'esperienza di parroco, e forse anche di più portando in parrocchia l'esperienza di cappellano, perché io quando il pomeriggio celebriamo in parrocchia generalmente, nella omelia che faccio giornalmente, ricordo sempre le persone e le sofferenze che ho visto la mattina; attraverso anche l'esperienza mia cerco di sensibilizzare i parrocchiani, i quali poi emotivamente vedo coinvolti. Non è vero che le persone non sono sensibili a questo, dobbiamo essere noi a far diventare sensibili le persone in questo ambito così delicato ed importante della cura dei nostri fratelli. Questa credo che sia la mia piccola esperienza che ho voluto portare; ma, credetemi, è molto bella, la vivo ogni giorno e la vivo con gioia, ed auguro veramente a tutti di fare questa esperienza. Grazie.



pastorale della salute: una duplice attenzione

[Intervento scritto consegnato al termine del Convegno]

Dott. DANTE ZINI

Direttore Ufficio Pastorale della Salute - Modena-Nonantola

Con il presente intervento, vorrei innanzitutto ringraziare per la splendida opportunità che questo Convegno ha offerto: occasione di riflessione sulla missione pastorale per i nostri fratelli con problemi di salute che vivono quotidianamente nelle nostre città e nelle nostre parrocchie; occasione di incontro e di dialogo con chi ha maturato maggiori esperienze. Vorrei sottolineare due spunti di riflessione.

L'impegno pastorale per la salute nel territorio, nella parrocchia, nella concretezza della vita di chi è nella sofferenza, richiede in primo luogo una attenzione esplicita da parte nostra alla *dimensione familiare della pastorale*: i nostri malati vivono nelle famiglie, le famiglie sono a loro volta profondamente provate dall'esperienza di una malattia grave, la famiglia con un suo membro ammalato può essere sede privilegiata di evangelizzazione e di aiuto concreto.

In secondo luogo, la necessità da parte nostra di una attenzione consapevole per le sorti del *Sistema Sanitario Nazionale*, che costituisce nel nostro paese uno strumento prezioso e concreto di solidarietà per i cittadini. Mi riferisco in particolare a due tematiche molto attuali nei dibattiti politici, che contengono importanti rischi per il sistema solidale e universalistico: il tema della "devolution" e il tema del finanziamento del SSN (il problema del sottofinanziamento e la discussione in atto sui sistemi di finanziamento del SSN stesso: contributivo/assicurativo, con l'intenzione di sostituire in misura rilevante il sistema contributivo con quello assicurativo).

1.
Pastorale
della Salute
e attenzione
alla dimensione
familiare

L'impegno pastorale per la salute nel territorio, nella parrocchia, nella concretezza della vita di chi è nella sofferenza richiede in primo luogo una attenzione esplicita da parte nostra alla dimensione familiare della pastorale: i nostri malati vivono nelle famiglie, le famiglie sono a loro volta profondamente provate dall'esperienza di una malattia grave, la famiglia con un suo membro ammalato può essere oggetto privilegiato di evangelizzazione e di aiuto concreto.

Il Direttorio di Pastorale Familiare contempla la situazione di famiglie che hanno in sé un ammalato con l'aggettivo "difficile". Sono tipologie diverse di famiglie: è la famiglia che ha in sé una situazione di bisogno circa la salute e i cui tempi e ritmi sono segnati dalla situazione di sofferenza di un suo membro; è la famiglia che ha un ammalato cronico o un handicappato o un ammalato mentale e che necessita della comprensione, dell'aiuto delicato ed efficace di una comunità e di essere sostenuta nel suo ruolo; vi è poi chi essendo ammalato o nel bisogno non ha alle spalle una famiglia capace di aiuto, o non la ha addirittura: ai problemi dell'assistenza si uniscono quelli derivanti dalla solitudine.

È pertanto necessaria, nel nostro impegno pastorale, che l'attenzione alla dimensione familiare sia esplicita e consapevole. Un aspetto concreto è costituito anche dalla ricerca di momenti di azione comune con l'Ufficio Pastorale Familiare e con il Centro di Consulenza Familiare / Consultorio della nostra Diocesi. È questa anche una richiesta che esplicitamente ci viene posta dai nostri Parroci, che rimarcando la dimensione unitaria della persona, richiedono servizi e proposte anche coordinate e non frammentarie da parte dei diversi Uffici Pastoralmente Diocesani.

2.
Pastorale della
Salute e attenzione
alle sorti del
Sistema Sanitario
Nazionale.
Due problemi:
il finanziamento
del SSN:
il sotto-
finanziamento
e la discussione
sui sistemi
di finanziamento:
contributivo/
assicurativo;
la "devolution"

È necessaria da parte nostra una attenzione consapevole alle sorti del Sistema Sanitario Nazionale, che costituisce nel nostro paese uno strumento prezioso e concreto di solidarietà fra i cittadini. Il riferimento è in particolare a due tematiche attuali nel dibattito politico odierno, che contengono importanti rischi per l'assistenza sanitaria, in particolare per le dimensioni della solidarietà e dell'universalità: il federalismo o, come oggi viene definito con connotazioni non completamente chiare, la "devolution"; in secondo luogo, il finanziamento del SSN: il problema del sottofinanziamento e la discussione sui sistemi di finanziamento del SSN stesso: contributivo/assicurativo, con la proposta neanche troppo larvata di sostituire in misura rilevante il sistema contributivo con quello assicurativo.

Al di là delle campagne scandalistiche a volte interessate sulla "mala sanità", non possiamo dimenticare che tra le varie forme di tutela della salute realizzate nei Paesi più evoluti (sistema assicurativo privato negli USA; sistema assicurativo pubblico in Germania; sistemi misti in Francia e in Olanda; sistemi sanitari nazionali in Gran Bretagna, Svezia, Italia) il sistema sanitario nazionale oggi esistente in Italia dal 1978 (legge 833) è, per affermazione degli organismi internazionali, fra i più equi ed efficaci, pur con indubbi spazi di miglioramento.

Questo sistema è alimentato dalla fiscalità generale (quindi dai cittadini in modo proporzionale al reddito), considera uguali tutti i cittadini e a tutti assicura le prestazioni adeguate: i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) oggi costituzionalizzati. Lo stanziamento pubblico per il sistema è stato nel 2002 pari al 5,8% del PIL (la spesa invece del 6,2-6,3% del PIL): lo stato cioè spende in media per ogni cittadino circa 2.400.000 di vecchie lire all'anno. I cittadini spendono poi oltre il 2% del PIL di tasca propria per l'acquisto di prestazioni private. Il sistema sanitario nazionale si avvale, per la erogazione delle prestazioni, sia di strutture pubbliche che di strutture private. Le une e le altre dovrebbero (norma scarsamente applicata) essere preventivamente accreditate in relazione al possesso di identici requisiti strutturali, strumentali e funzionali. Il sistema sanitario nazionale ha quindi caratteristiche di equità, solidarietà universalità.

Nella realtà le cose vanno così? Non proprio. La situazione è molto diversa nel Paese. L'accesso alle strutture, il loro livello di qualità e di umanizzazione non è uniforme.

Tuttavia, nonostante vi sia grande spazio per il miglioramento, i risultati complessivi del sistema sono soddisfacenti, se l'OMS pone il nostro Paese al secondo posto in una graduatoria mondiale di efficacia. Non possiamo dimenticare che il sistema sanitario nazionale è una importantissima conquista di civiltà e realizza la tutela di un fondamentale diritto di cittadinanza cui il Paese non può più rinunciare (Si vedano in proposito i risultati del recente sondaggio del Censis che danno l'84% dei cittadini favorevoli al sistema sanitario nazionale). Questa opinione si fonda su motivi etici; si può ritenere che il sistema sanitario nazionale sia l'unica cornice in cui le professioni mediche e sanitarie possono essere esercitate secondo criteri deontologici corretti per i quali tutti gli uomini, ricchi o poveri, sapienti o ignoranti, sono uguali.

Ritengo utile che da parte ecclesiale venga approfondito il dialogo con le Associazioni professionali e sindacali, mediche e sanitarie, in assoluto più rappresentative, che da anni sono impegnate esplicitamente per lo sviluppo del SSN e che da tre anni hanno dato vita al Comitato "Solidarietà e Salute" per la difesa del SSN: la Federazione degli Ordini dei Medici e quella degli Infermieri Professionali, l'ANAAO-Assomed, associazione dei medici dipendenti del SSN, insieme con le associazioni più rappresentative dei medici convenzionati (fra cui FIMG e SUMAI), il Tribunale dei Diritti del Malato.

Due oggi sono i fondamentali pericoli per la sopravvivenza del sistema: il sotto-finanziamento e il processo di devoluzione.

1) *Finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale*

Vi è innanzitutto un problema di sotto-finanziamento. Il Governo ed il Ministro della salute non attaccano frontalmente il sistema proponendo alternative: sarebbe troppo difficile ed impopolare. Ed allora, al di là delle pubbliche enunciazioni, i fatti dimostrano che, con il pretesto delle difficoltà economiche generali, il sistema viene sottoalimentato (in Francia e Germania le percentuali del PIL impiegate dal pubblico per la sanità sono rispettivamente il 7,5 e l'8,5%). Non si onorano gli impegni assunti nell'accordo Stato-Regioni dell'agosto 2001: ripiano dei debiti pregressi per 30 mila miliardi di vecchie lire e raggiungimento di almeno il 6% del PIL. Viene sottofinanziato quindi il sistema e si procede poi per mancanza di fondi a processi di privatizzazione. La legge sulle fondazioni di recente approvata ha tolto al sistema sanitario nazionale 25 delle sue strutture più prestigiose, regalandone il patrimonio di migliaia di miliardi ad enti privati.

Discussione sui sistemi di finanziamento del SSN stesso: contributivo/assicurativo. Una corrente di pensiero e di interessi economici, in maniera neanche troppo larvata, propone di sostituire in misura rilevante il sistema contributivo con quello assicurativo. Si invoca, inoltre l'intervento delle assicurazioni private per i non autosufficienti e per i cittadini abbienti, ponendo le basi per un sistema a doppio binario: i ricchi tutelati dalle assicurazioni, i poveri dal sistema sanitario nazionale impoverito di risorse. Non si informa però sui costi reali di un tale sistema: non si dice che, per una famiglia media, il costo per una assicurazione sanitaria dignitosa che assicuri livelli assicurativi dignitosi – comunque non superiori a quelli resi oggi dal nostro sistema pubblico – secondo i parametri vigenti negli U.S.A. si aggira sui 15-25.000 □ (30-50 milioni di vecchie lire). Ma soprattutto, un tale sistema verrebbe a far mancare al finanziamento del SSN proprio i contributi di chi per età e per condizioni economiche contribuisce oggi in misura maggiore, che pagherebbe solo la propria assicurazione privata: con buona pace dei principi di solidarietà.

2) *“Devoluzione”*

Già il federalismo approvato negli ultimi tempi del governo di centro-sinistra alla fine della precedente legislatura, ha in sé i germi di una pericolosa disgregazione. Il D.Lvo. 56, infatti, che deve attenuare in senso solidaristico le differenze di capacità fiscali delle di-

verse regioni, è inadeguato e le proiezioni degli economisti ci dicono che le differenze tra le regioni, già oggi esistenti, si accentueranno gravemente rendendo i cittadini sempre più diseguali nella fruizione del diritto alla salute.

La devoluzione di Bossi, che sostituisce alla attuale legislazione concorrente la legislazione esclusiva in sanità da parte delle regioni, dissolve completamente l'unità del sistema sanitario dando la possibilità di creare 21 diversi sistemi sanitari regionali. Rimarrebbe infatti per ogni regione l'obbligo istituzionale di assicurare i LEA, ma ognuna potrebbe farlo con il sistema che preferisce e sappiamo che già oggi ci sono tendenze divergenti (vedi l'esperienza lombarda e delle altre regioni che ad essa si rifanno). Il problema politico vero oggi è, quindi, quello di finanziare adeguatamente il sistema e di impedire la devoluzione che lo disgregherebbe.



omunicazioni

- **I Ministri straordinari della Comunione Eucaristica nella pastorale della sanità in Parrocchia**
Don MARCO BRUNETTI
- **Accoliti, Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica e Pastorale della Salute**
Don FILIPPO URSO
- **Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana**
Don ROBERTO VESENTINI



Ministri straordinari della Comunione Eucaristica nella pastorale della sanità in Parrocchia

Don MARCO BRUNETTI - Direttore Ufficio Diocesano, Torino

“Parrocchia, Comunità sanante”: questo tema così impegnativo all’interno del nostro convegno, pone l’accento ad un ministero importante, svolto non solo da Presbiteri e Diaconi, ma anche da molti Religiosi/e e laici, uomini e donne: sono i Ministri straordinari della Comunione Eucaristica, che popolano le nostre Diocesi (a Torino attualmente sono circa 3000!).

Premessa

L’intervento sarà a due voci:

- io vi parlerò dei requisiti e della formazione dei Ministri nell’esperienza dell’Arcidiocesi di Torino
- d. Filippo Urso degli Accoliti e dei Ministri Straordinari della Comunione nella Pastorale della Salute.

Dopo alcune considerazioni di fondo vi illustrerò il cammino di Torino:

1.
Parrocchia: luogo
di evangelizzazione
per i malati,
gli anziani impediti,
i portatori
di handicap
ed i familiari
coinvolti

Nella parrocchia vanno approfonditi e allargati i temi della catechesi del cammino formativo dei fedeli. La fede, come l’istruzione, non si improvvisa nel momento in cui una persona è toccata dalla sofferenza, ma cresce e si sviluppa nella propria comunità durante tutta la vita. I capitoli della catechesi sul senso della vita, sul dolore, sulla morte, sulla salute, sull’educazione sanitaria ecc. devono essere spiegati ai bambini, ai ragazzi, ai giovani, ai fidanzati e agli adulti. Con la parola e con gesti concreti bisogna far comprendere la preziosità del sofferente che, inserito nel mistero di Cristo e animato dall’amore, porta frutto a vantaggio di tutta la Chiesa; come pure bisogna valorizzare nella medesima linea la preghiera dei malati e l’offerta delle loro sofferenze e presentare i malati come “parrocchiani a pieno titolo” e come “soggetti di pastorale” (cfr. *Salvifici doloris*, 25-27).

Nella linea della nuova evangelizzazione va pure posto il concreto aiuto portato all'uomo sofferente per sollevarlo dal dolore o almeno per lenirglielo. È una testimonianza della forza liberatrice del Vangelo a servizio dell'uomo. Tale testimonianza si traduce in attenzione, presenza, dialogo, condivisione e aiuto concreto, raggiungendo la sua espressione più significativa nella celebrazione sacramentale con e per gli ammalati (cfr. SD, 28-30), al punto che si potrebbe dire che la comunità, attuando una simile evangelizzazione, fa rivivere la valenza terapeutica di Cristo di cui essa è depositaria.

Un punto decisivo, per il rinnovamento della pastorale sanitaria, è dato anche dalla partecipazione dei fedeli nelle strutture sanitarie presenti in parrocchia e sul territorio.

Si tratta di una grande possibilità, perché la struttura sanitaria si fa più capillare, più vicina, più presente nel territorio. Proprio per questo non dovrebbe essere impossibile alla comunità cristiana esprimere persone convinte, che accettino la fatica dura, anche se appassionata, di farsi, sia come cristiani che come cittadini, corresponsabili nella programmazione e nella gestione del servizio sanitario. I livelli di partecipazione sono ampi: vanno dalla programmazione, alla gestione, al controllo, alla critica, alla denuncia di storture o di omissioni. Partecipare alla vita della società con un impegno nel mondo sanitario è un modo di attuare la carità ed è un modo sempre necessario ed insostituibile. "La carità infatti – dice la *Christifideles laici* – anima e sostiene un'operosità solidarietà attenta alla totalità dei bisogni dell'essere umano" (n.47). E il Concilio Vaticano II dice che: "La chiesa stima degna di lode e di considerazione l'opera di coloro che per servire gli uomini si dedicano al bene della cosa pubblica e assumono il peso delle relative responsabilità" (GS,75).

È bene che sul territorio si crei, da parte della parrocchia, una "qualche" struttura o strumento che favorisca il collegamento tra l'azione svolta in ospedale, casa di cura, ricovero per anziani, ambulatorio ecc., e l'impegno della stessa comunità cristiana. Tale struttura può ridursi, in certe situazioni, anche alla semplice presenza del cappellano o di un operatore sanitario nei consigli parrocchiali o zonali, oppure può consistere in una segreteria o in qualche commissione. Ogni realtà locale, a seconda delle particolari circostanze, deve studiare quale tipo di struttura far sorgere per attuare una programmazione pastorale che consideri anche l'aspetto della sanità. Solo con un "minimo" di struttura sarà possibile studiare un progetto di iniziative che veramente coinvolgano la parrocchia sui problemi sanitari.

Come può la Parrocchia rendersi presente per evangelizzare e non privare del dono dell'Eucaristia i malati presenti nel suo territorio o nelle strutture sanitarie?

Attraverso il Ministero Ordinato, il volontariato Pastorale, i Ministri Straordinari della Comunione.

4/a *La storia* – Nella nostra Arcidiocesi i “Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica” sono stati istituiti in seguito dell'Istr. della Congregazione per la Disciplina dei Sacramenti “*Fidei Custos*” (30/01/1969), seguita poi dall'Istruzione della Medesima Congregazione “*Immensae caritas*” (29/01/1973), per impulso dell'allora Arcivescovo, il cardinale Michele Pellegrino.

Ciò che spinse l'Arcidiocesi a iniziare subito con la preparazione e l'istituzione di tali Ministri, non fu principalmente il bisogno oggettivo conseguente ad eventuali carenze di Ministri Ordinari (in quegli anni la crisi vocazionale non era ancora così cospicua come oggi), ma le linee nuove che venivano dai documenti conciliari sulla valorizzazione dei ministeri laicali di cui il card. Pellegrino era portatore.

La formazione e la gestione dei Ministri fu affidata all'Ufficio Liturgico Diocesano. Il cammino richiesto era costituito da due domeniche intere (h. 9/17) consecutive per i nuovi candidati, e da una domenica mattina annuale per la formazione permanente dei Ministri (rinnovo).

Il contenuto era prettamente di carattere liturgico e consisteva in una formazione sul significato dell'Eucaristia e la preparazione rituale per lo svolgimento della preghiera, specie in casa dei malati.

Allora non si accennava alla possibilità di portare la Comunione in strutture residenziali, anche perché erano ancora tutte abbondantemente servite da cappellani interni alla struttura stessa.

Durante il corso di formazione veniva richiesta la collaborazione dell'Ufficio Pastorale della Sanità per un intervento di sole due ore; in questo intervento si trattava per lo più la modalità di visita all'ammalato.

4/b Dopo due decenni “ad experimentum”, nel 1993, il card. Saldarini, con un decreto, definì il progetto lasciandolo invariato nella sua impostazione di base; si limitò ad innalzare l'età dei candidati, uniformandola a quella dei Ministeri istituiti.

4/c La verifica e la riforma del Cammino è stata fatta nel 2002 su impulso del nuovo Arcivescovo, il cardinale Severino Poletto.

La riforma ha preso atto dei 27 anni di esperienza diocesana e delle nuove esigenze formative cercando di integrare l'esistente.

Si è notato che su circa 3000 Ministri straordinari, 2700 erano incaricati per gli ammalati a casa e solo 300 come ausiliari nelle celebrazioni festive in Parrocchia. Negli ultimi anni, inoltre, con il venir meno della presenza dei Cappellani stabili in strutture sanitarie o di ricovero (Case di riposo e/o R.S.A.), aumentarono le richieste di Ministri per un servizio pastorale all'interno delle medesime. La prima conclusione cui si giunse, pertanto, vista la situazione, fu quella di coinvolgere a pieno titolo l'Ufficio per la Pastorale della Sanità, in quanto i Ministri sono considerati non solo operatori di pastorale liturgica, ma soprattutto operatori di pastorale sanitaria, avendo come compito quello di incontrare, talvolta settimanalmente, ammalati, anziani impediti, portatori di handicap...

Le conseguenze di questa impostazione hanno fatto sì che nel decreto di istituzione delle nuove norme e orientamenti dell'Arcidiocesi di Torino viene dichiarato: "la responsabilità dell'iter formativo dei Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica, è affidata congiuntamente agli Uffici diocesani Liturgico e per la Pastorale della Sanità".

Si ritiene altresì di chiedere la collaborazione della Caritas Diocesana per un intervento di due ore, in quanto questo ministero non può prescindere dalla testimonianza della Carità, che ha nell'espressione evangelica: "Ero ammalato e mi avete visitato" il suo fondamento.

5. 5/a *Il mandante*

**Il documento:
*Orientamenti
e norme
per i Ministri
Straordinari
della Comunione
Eucaristica***

Il mandato di "Ministro straordinario della Comunione Eucaristica", nell'Arcidiocesi di Torino, viene conferito unicamente dall'Arcivescovo.

5/b *I requisiti e la scelta delle persone*

"Possono essere proposte per questo ministero persone che abbiano compiuto i 25 anni (in analogia con quanto deliberato dalla Conferenza Episcopale Italiana per i ministeri *istituiti* del Lettorato e dell'Accolitato)⁴ e non più di 70 anni.

L'incarico di ministro straordinario termina al compimento dei 75 anni.

1. - *La scelta delle persone* da proporre per questo ministero deve tener conto:

⁴ Decreto del Presidente della Conferenza Episcopale Italiana (18 aprile 1985), Delibera n. 21 §1: «A norma del can. 230 § 1 del Codice di Diritto Canonico possono essere assunti stabilmente ai ministeri di lettore e di accolito laici che abbiano, di regola, l'età minima di anni venticinque».

a) di una loro buona formazione cristiana; in particolare, della formazione acquisita presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose o la Facoltà Teologica, presso l'Istituto Diocesano di Musica e Liturgia, presso il Centro Diocesano per la Formazione di Operatori Pastorali, presso Corsi diocesani o zonali di formazione, presso Corsi di formazione promossi da Associazioni o Movimenti ecclesiali, presso Corsi di formazione per i Religiosi o le Religiose:

b) di una loro piena comunione ecclesiale;

c) di una loro assidua pietà eucaristica;

d) di una loro effettiva capacità di incontro, dialogo, servizio con i malati e gli anziani;

e) di eventuali esperienze di volontariato;

f) di impegni già svolti in qualche specifico settore pastorale.

Nessuno sia scelto a tale ministero, qualora la sua designazione possa dare motivo di stupore agli altri fedeli⁵.

La richiesta agli Uffici

2. - La richiesta di *nuovi ministri* va compilata dai Parroci – sentito il Consiglio Pastorale parrocchiale – o Superiori religiosi (per le esigenze interne alla Comunità religiosa) sui moduli disponibili presso l'Ufficio Liturgico e presso l'Ufficio per la Pastorale della Sanità della nostra Curia Metropolitana e va trasmessa, almeno 15 giorni prima della data d'inizio del corso di formazione ai suddetti Uffici diocesani. I Rettori di chiese non parrocchiali dovranno fare riferimento al loro Parroco territoriale.

Nel caso di emergenze imprevedibili che comportino l'urgente necessità di ministri straordinari ci si potrà rivolgere ai Vicari Generali ed a questi stessi Uffici.

3. - La richiesta di *rinnovo dell'incarico per i ministri già in esercizio* va anch'essa compilata dai Parroci o Superiori religiosi sui moduli disponibili presso i suddetti Uffici (Liturgico e per la Pastorale della Sanità) e va trasmessa, almeno un mese prima della scadenza dell'incarico annuale, agli stessi Uffici diocesani.

La formazione di base dei ministri straordinari della Comunione Eucaristica consiste in un *iter* formativo di circa 24 ore complessive, da suddividere in 8 incontri settimanali, più una giornata conclusiva, una domenica. Il Corso si tiene due volte l'anno, e viene dislocato nei 4 Distretti pastorali in cui è articolata l'Arcidiocesi, per favorire la partecipazione di tutti. In due anni vengono quindi toccati tutti e quattro i Distretti.

⁵ Istr. *Immensae caritatis*, 1, VI.

Il Corso ha il seguente sviluppo:

1. Identità e ruolo del ministro straordinario della Comunione Eucaristica

C.E.I., *Evangelizzazione e Ministeri* (15 agosto 1977)

A. BERGAMINI, *Il ministro straordinario della Comunione*, EP Roma 1991

Il Ministero di Cristo e della Chiesa: Cristo pastore, Cristo servo, Cristo sacerdote.

Un popolo sacerdotale: la Chiesa corpo di Cristo. L'assemblea liturgica.

Ministeri al servizio delle celebrazioni liturgiche: i ministeri ordinati, i ministeri istituiti, i ministeri di fatto.

Il ministro straordinario della Comunione Eucaristica: identità, il servizio liturgico-pastorale.

2. L'Eucaristia: teologia e celebrazione

D. MOSSO, *Riscoprire l'Eucaristia. Le dimensioni teologiche dell'ultima cena*, EP Milano 1993

C.E.I., *Principi e Norme per l'uso del Messale Romano*

C.E.I., *Rito della Comunione fuori della Messa e Culto Eucaristico*

La dimensione simbolica del banchetto eucaristico: cibo e vita; il mangiare insieme, il pane frutto della terra, il vino frutto della vite. Parole e gesti dell'ultima cena: «Questo è il mio corpo»; «Questo è il mio sangue»; «Fate questo in memoria di me».

La celebrazione dell'Eucaristia: struttura e dinamica della Messa. La liturgia della Parola: struttura e significato.

La liturgia Eucaristica: struttura e significato.

3. Eucaristia e testimonianza della carità

* AA.VV., *Diaconia della carità nella pastorale della Chiesa Locale* = Studi Pastorali 8, Libreria Gregoriana Editrice, Padova 1986, parte III, IV.

* CARITAS ITALIANA (a cura di), *Dall'Eucaristia alla diaconia della carità* = Quaderni 34, In proprio, Roma 1988

* CARITAS ITALIANA (a cura di), *Eucaristia e solidarietà* = Quaderni 19, Roma 1994

* E. BACIGALUPO (a cura di), *La carità nella pastorale* = Biblioteca della solidarietà 30, PIEMME, Casale Monferrato 1996

Dimensione della Tradizione. Dimensione teologica.

Le dimensioni di carità che sgorgano dall'Eucaristia.

La dimensione spirituale per un ministro della Comunione Eucaristica.

La dimensione ministeriale.

<p>4. Corpo di Cristo: corporeità e salute</p>	<p>Teologia della corporeità e della salute. Incarnazione e salvezza. Malattia e salute nella Bibbia: valori redentivi della sofferenza – Gesù e la sofferenza – Malattia umana come mistero – Malattia e conoscenza di Dio.</p>
<p>5. I Sacramenti della guarigione (Unzione, Riconciliazione e Viatico)</p> <p>– Da: AA.VV., <i>Il sacramento dei malati</i>, LDC (= Quaderni di Rivista Liturgica-Nuova serie): G. GOZZELLINO, <i>Annotazioni teologiche sulla Unzione degli Infermi</i> G. COLOMBO, <i>L'Unzione degli infermi: dall'uomo al rito</i> E. LODI, <i>La celebrazione dell'Unzione degli infermi</i> U. CIRELLI, <i>Il servizio della Visita e della Comunione frequente</i> R. FALSINI, <i>Il senso del Viatico ieri e oggi</i></p>	<p>Lettera di Giacomo sull'unzione dei malati. Unzione dei malati come Sacramento della vittoria del Signore sulla malattia. Riconciliazione come Sacramento della vittoria del Signore sul peccato. Viatico come il cibo per il lungo viaggio attraverso la morte.</p>
<p>6. Psicologia del malato e della famiglia</p>	<p>Funzioni psichiche e malattia. Le reazioni psicologiche del paziente. Il malato e la sua famiglia.</p>
<p>7. Come stare accanto al malato Testo di riferimento: FLAVIA CARETTA e MASSIMO PETRINI, <i>Accanto al malato</i>, Città Nuova</p>	<p>L'assistenza al malato nel messaggio biblico. La visita pastorale.</p>
<p>8. Come stare accanto al malato Testo di riferimento: FLAVIA CARETTA e MASSIMO PETRINI, <i>Accanto al malato</i>, Città Nuova</p>	<p>L'assistenza al malato nel messaggio biblico. La visita pastorale. Le modalità di un ascolto. L'assistenza spirituale e religiosa. Protocolli di colloqui con il malato.</p>
<p>9. Domenica finale Testo di riferimento: FLAVIA CARETTA e MASSIMO PETRINI, <i>Accanto al malato</i>, Città Nuova</p>	<p>a) Come celebrare con il malato e la sua famiglia (laboratori); b) norme per la distribuzione dell'Eucaristia; c) pranzo; d) preparazione al mandato: la spiritualità del ministro della Comunione (meditazione spirituale); e) silenzio; f) Eucaristia con celebrazione del mandato alla presenza dell'Arcivescovo o di un suo Vicario.</p>

Dopo il corso di base, i ministri straordinari della Comunione Eucaristica possono esercitare il proprio ministero per *tre anni*.

Trascorsi i primi tre anni, dovranno partecipare a *incontri di formazione permanente*, anch'essi distribuiti nell'anno e dislocati territorialmente nei quattro Distretti pastorali dell'Arcidiocesi. Gli incontri avranno la durata di mezza giornata e saranno curati dall'Ufficio Liturgico, dalla Caritas Diocesana e dall'Ufficio per la pastorale della sanità, secondo un calendario che ogni anno verrà reso noto all'Arcidiocesi:

- *i ministri che portano la Comunione Eucaristica ai malati* – se si intende chiedere che venga loro rinnovato l'incarico (vedi sopra, n. 3) – devono partecipare ogni anno a uno degli Incontri di formazione permanente;
- *i ministri che distribuiscono la Comunione Eucaristica solo in chiesa* sono tenuti a partecipare alla formazione permanente *ogni tre anni*, secondo un calendario stabilito all'Ufficio Liturgico.

Argomenti trattati

- Gesù al Getsemani
- Come essere in relazione d'aiuto con l'ammalato nella visita pastorale
- Le frasi che non consolano
- Come dialogare con l'ammalato nella visita pastorale

I ministri straordinari della Comunione Eucaristica che svolgono il loro ministero in ambiti specifici hanno bisogno di una formazione adeguata. Quindi, per le seguenti tipologie di servizi pastorali:

- a) distribuzione della Comunione Eucaristica in strutture residenziali;
- b) animazione di incontri di preghiera (ad esempio: adorazione eucaristica, S. Rosario, Via Crucis); occorre prevedere una formazione specifica.

Per la distribuzione della Comunione Eucaristica in strutture residenziali l'Ufficio per la pastorale della sanità propone un *corso specifico*, successivo al corso base precedentemente descritto al numero 4.

Per l'animazione di incontri di preghiera da parte di un ministro straordinario della Comunione Eucaristica, l'Ufficio Liturgico offre un *corso di formazione liturgica* sul modo di preparare e condurre un incontro di preghiera. Anche questo corso è successivo al corso base per i ministri straordinari della Comunione Eucaristica.

Contenuti del corso di 2° livello

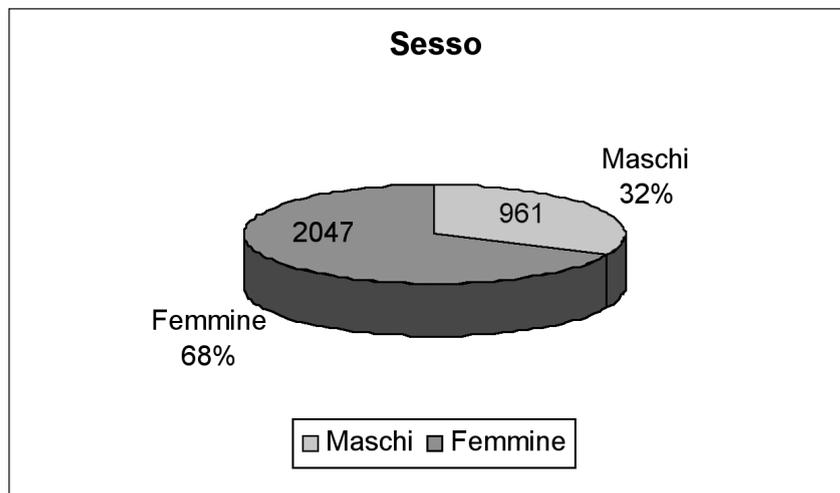
7 incontri settimanali da due ore + 1 Domenica conclusiva,
per un totale di 16 ore

Per una teologia della spiritualità del Malato

1. Il Ministero dell'accompagnamento.
2. Il Viatico e il Sacramento dell'Unzione degli Infermi.
3. Psicologia del Malato
4. Saper stare con l'ammalato
5. Il dialogo e la relazione di aiuto
6. La pastorale verso i morenti
7. Pregare con l'ammalato

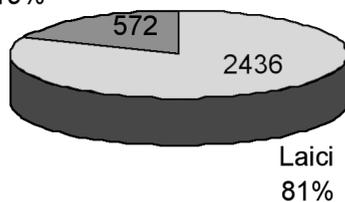
9.
I Ministri
a Torino,
oggi

Totale Ministri				
3008	Maschi	961	Laici	2436
	Femmine	2047	Religiosi e Religiose	572
<i>Malati assistiti</i>	2360		Religiosi maschi	6
<i>Solo in chiesa</i>	648			
<i>Età</i>			Parrocchie	2645
Più di 75 anni	296		Comunità	363
65-75	884			3008
55-65	974			
45-55	470			
35-45	254			
25-35	130			
	3008			



Laici / Religiosi maschi e femmine

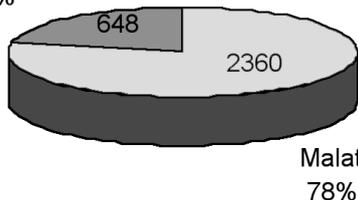
Religiosi e
Religiose
19%



□ Laici ■ Religiosi e Religiose

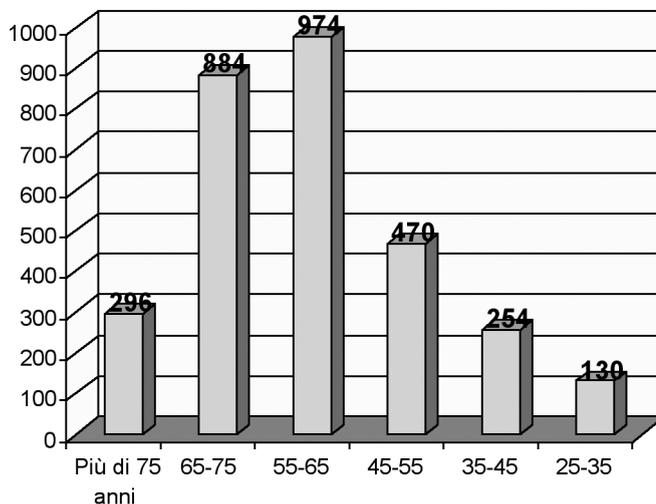
Comunione in Chiesa - ai malati

Solo in chiesa
22%



□ Malati ■ Solo in chiesa

Età



“... Accanto a un grande rispetto per il malato, che non deve sentirsi obbligato a compiere gesti religiosi da lui non richiesti, nel contesto pastorale va data particolare attenzione ai Sacramenti destinati agli infermi: la Comunione Eucaristica, la Penitenza e l'Unzione. Ai malati che lo desiderano, sia degenti nella propria casa sia in strutture sanitarie, va offerta la possibilità di ricevere spesso e, specialmente nel tempo pasquale, anche tutti i giorni la Comunione Eucaristica, avvalendosi dell'aiuto di un adeguato numero di Ministri Straordinari della Comunione, che integrino opportunamente l'opera prestata dal Parroco e dagli altri Sacerdoti” (n° 71).

A

Accolti, Ministri Straordinari della Comunione eucaristica e Pastorale della Salute

Don FILIPPO URSO

Direttore Ufficio Diocesano, Taranto - Incaricato Regione Puglia

La Chiesa, che nasce dal mistero della redenzione nella Croce di Cristo, è tenuta a *cercare l'incontro* con l'uomo in modo particolare sulla via della sua sofferenza.

In un tale incontro l'uomo «diventa la via della Chiesa», ed è, questa, una delle vie più importanti.

(Giovanni Paolo II, *Salvifici Doloris*, n. 3)

Portate Dio ai malati, varrà più di qualsiasi altra cura.

(San Pio da Pietrelcina)

Introduzione

“Non dobbiamo dimenticare che la prima e fondamentale vocazione di ogni essere umano, creato a immagine e somiglianza di Dio (cf. Gen 1,27), che è amore (1Gv 4,8), è quella di amare”⁶.

Per testimoniare l'amore misericordioso di Dio per gli uomini Cristo ha offerto la sua vita proclamando la buona Novella, curando i malati, accogliendo i poveri, gli emarginati e i peccatori e, soprattutto, amando e dando se stesso per noi (cf. Gal 2,20) fino alla morte di croce, per poi risorgere.

L'apostolo Matteo in un sommario così sintetizza tutto il ministero di Gesù contrassegnato dall'amore ai malati e sofferenti:

“Gesù andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe e predicando la buona novella del regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità nel popolo. La sua fama si sparse per tutta la Siria e così condussero a lui tutti i malati, tormentati da varie malattie e dolori, indemoniati, epilettici e paralitici; ed egli li guariva” (Mt 4,23-24).

È a questo modello che ogni cristiano è chiamato ad ispirarsi, per fare dono di sé ai propri fratelli e sorelle che soffrono. Poiché

⁶ B. L. PAPA, *Comunicare il Vangelo ai giovani e alle famiglie. Scelta pastorale prioritaria per il biennio 2002-2004*, Taranto, 15.

“nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici” (Gv 15,13).

Lungo la storia, innumerevoli uomini e donne hanno fatto, del servizio generoso ai malati e ai sofferenti, il senso della loro vita, facendo proprie, con stupore, le parole di San Giovanni sull’amore di Dio per l’uomo in Cristo Gesù:

“Noi stessi abbiamo veduto e attestiamo che il Padre ha mandato il suo Figlio come Salvatore del mondo... Noi abbiamo riconosciuto e creduto all’amore che Dio ha per noi’ (1Gv 4,14.16). Queste parole dell’apostolo Giovanni ben sintetizzano anche le finalità della Pastorale della Salute, attraverso cui la Chiesa, riconoscendo la presenza del Signore nei fratelli che sono nel dolore, si impegna a recare loro il lieto annuncio del Vangelo e ad offrire a ciascuno segni credibili di amore”⁷.

1.
Pastorale
della salute
e accoliti/ministri
straordinari
della Comunione
eucaristica⁸

Soggetto primario della pastorale della salute è la comunità cristiana tutta.

Gli *Orientamenti pastorali dell’Episcopato italiano per il primo decennio del 2000* ricordano come “...tutti i cristiani, in forza del Battesimo, che li unisce al Verbo diventato uomo per noi e per la nostra salvezza, siano chiamati a *farsi prossimi* agli uomini e donne che vivono *situazioni di frontiera*: i malati e i sofferenti, i poveri... ”⁹.

Il Concilio Vaticano II raccomanda

- ai *vescovi* di circondare “di una carità paterna gli ammalati” (*Christus Dominus*, n. 30)¹⁰,
- ai *sacerdoti* di avere “cura dei malati e dei moribondi, visitandoli e confortandoli nel Signore” (*Presbyterorum Ordinis*, n. 6);
- ai *Diaconi* “portare il viatico ai moribondi” (LG 29);
- ai *religiosi* di esercitare “al massimo grado” il ministero della riconciliazione in loro favore e di mantenere la fedeltà al carisma

⁷ GIOVANNI PAOLO II, Messaggio per la XI Giornata Mondiale del Malato, Città del Vaticano 2 Febbraio 2003, n. 1.

⁸ L’Accolitato è un ministero permanente e conferito ai solo uomini, cf. PAOLO VI, *Ministeria quaedam*, Roma 15/8/72, mentre il Ministero straordinario della Comunione eucaristica è transeunte e conferito anche alle donne, cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Immensae caritatis*, Roma 29/1/73. Nella seguente relazione parlerò indistintamente di *accolito* e *ministro straordinario*, dovendomi riferire soltanto al loro comune servizio di visitare gli ammalati e distribuire la Comunione.

⁹ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia. Orientamenti pastorali dell’episcopato italiano per il primo decennio del 2000*, Roma 29 Giugno 2001, n. 62.

¹⁰ A questo proposito IPPOLITO nella *Tradizione Apostolica*, 34, ci riferisce che “i Diaconi e Suddiaconi informano il Vescovo dei malati della comunità, perché, volendolo, faccia loro una visita”, infatti “è grande conforto per il malato vedere che il Vescovo si ricordi di lui”; citazioni riportate da U. CIRELLI, “Il servizio della visita e della Comunione frequente”, in AA.VV., *Sacramento dei malati*, Torino 1975, 175-176.

della misericordia verso gli ammalati (cf. *Presbyterorum Ordinis*, n. 10);

- ai *laici* di praticare “la misericordia verso i poveri e gli infermi”, ricordando che la “carità cristiana deve cercarli e trovarli, consolarli con premurosa cura e sollevarli porgendo aiuto (*Apostolicam Actuositatem*, n. 8)¹¹.

Dunque, da quanto detto emerge che tutta la comunità cristiana è chiamata a farsi prossimo di chi è segnato dalla sofferenza e dalla malattia.

In particolare il coinvolgimento dei laici nella pastorale della salute si può porre su due grandi linee:

- la *prima* è quella che li vede nell’esercizio della loro professione o nella attività di volontariato, riflettendo l’atteggiamento di Cristo verso i malati;
- la *seconda* linea di coinvolgimento è quella costituita dalla *collaborazione* al ministero dei ministri ordinati, senza che sia richiesto il carattere dell’Ordine Sacro; in questa collaborazione (e non sostituzione) si pongono per i laici i ministeri istituiti e il ministero straordinario della Comunione eucaristica¹². “Questo ministero straordinario, quindi suppletivo e integrativo degli altri ministeri istituiti, richiama il significato di un servizio liturgico intimamente connesso con la carità e destinato soprattutto ai malati... Il servizio dei ministri straordinari se preparato e continuato nel dialogo di amicizia e fraternità, diventa chiara testimonianza della delicata attenzione di Cristo che ha preso su di sé le nostre infermità e i nostri dolori”¹³.

Quindi lo spazio riservabile ai laici è rilevante: “possono visitare i malati a nome della comunità, portare loro l’eucaristia, presiedere le preghiere per la raccomandazione dell’anima, partecipare attivamente alle celebrazioni liturgiche”¹⁴.

¹¹ Cf. CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, Bologna 1989, n. 23. In IPPOLITO, *Tradizione Apostolica*, 20, cf. U. CIRELLI, “Il servizio della visita e della Comunione frequente”, 176, la visita ai malati e la fraterna attenzione per loro figurano tra gli elementi di valutazione di coloro che devono essere ammessi al Battesimo: “Quando si eleggono coloro che dovranno ricevere il Battesimo viene esaminata la loro vita: se durante il catecumenato sono vissuti onestamente, se hanno onorato le vedove, se hanno visitato gli infermi, se hanno compiuto le opere buone”.

¹² “Ove le necessità della Chiesa lo suggeriscano, in mancanza di ministri, anche i laici, pur senza essere lettori o accoliti, possono supplire alcuni dei loro uffici, cioè esercitare il ministero della parola, presiedere alle preghiere liturgiche, amministrare il battesimo e distribuire la sacra Comunione, secondo le disposizioni del diritto”: CODICE DI DIRITTO CANONICO, Roma 1984, Can 230, § 3.

¹³ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, Roma 1992, n. 2004, 1-2.

¹⁴ A. BRUSCO - S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo Medico. Manuale di Teologia Pastorale Sanitaria*, Bologna 1999, 101.

Il Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, considerando il ministero non solo dei sacerdoti e dei religiosi, ma anche dei laici afferma che:

“la cura pastorale degli infermi ha nella catechesi, nella liturgia e nella carità i suoi momenti qualificanti. Si tratta rispettivamente di *evangelizzare* la malattia, aiutando a scoprire il significato redentore della sofferenza vissuta in comunione con Cristo; di *celebrare* i sacramenti come segni efficaci della grazia ricreatrice e vivificante di Dio; di *testimoniare*, con la «diakonia» (il servizio) e la «koinonia» (la comunione), la forza terapeutica della carità”¹⁵.

All'interno di questo spazio riservabile ai laici nella pastorale della salute, si può individuare, come compito proprio dell'Accolito/Ministro straordinario della Comunione eucaristica, la *visita ai malati*.

I cristiani, seguendo l'esempio di Gesù che “passò facendo del bene e risanando tutti” (At 10,38), devono far propria la sua premura verso i malati e obbedire al suo comando di aver cura di loro (cf. Mc 16,18).

Il *Rituale del Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi* al Cap. I dal titolo “Visita e Comunione agli Infermi” afferma che:

Tutti i cristiani devono far propria la sollecitudine e la carità di Cristo e della Chiesa verso gli infermi. Cerchino quindi, ognuno secondo le possibilità del proprio stato, di prendersi cura premurosa dei malati, visitandoli e confortandoli nel Signore, e aiutandoli fraternamente¹⁶.

Il cristiano dovrà, quindi, assumere atteggiamenti e realizzare gesti di bontà che rendano visibile “la sollecitudine e la carità di Cristo e della Chiesa” e sull'esempio di Gesù buon samaritano “non si domanda chi è il suo prossimo, ma si fa egli stesso prossimo all'altro, entrando in **un rapporto fraterno** con lui (cf. Lc 10,29-37), riconoscendo e amando in lui il volto di Cristo, che ha voluto identificarsi con i fratelli più piccoli”¹⁷. Ciò significa che la comunità cristiana è chiamata a ritrascrivere la parabola del *Buon Samaritano* che «non passa oltre», ma «ha compassione, si fa vicino (...), fascia le ferite (...), si prende cura» (Lc 10, 32-34) dell'uomo che soffre, rivelando l'amore di guarigione e consolazione di Cristo.

¹⁵ PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano 1994, n. 110.

¹⁶ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, Roma 1974, n. 42.

¹⁷ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, n. 62; l'evidenziato in neretto è mio.

“Dev’essere un’azione capace di sostenere e di promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione e aiuto concreto verso l’uomo nei momenti nei quali, a causa della malattia e della sofferenza, 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”¹⁸.

Questo interiorizzare le parole e la vita di Gesù e di chi lo ha imitato più da vicino nei confronti dei sofferenti, richiede un itinerario di crescita e, innanzitutto, la richiesta a Dio, attraverso la preghiera, di un cuore compassionevole: “a dispetto di tutte le nostre buone intenzioni, la compassione non costituisce l’autentico fondamento della nostra vita. La compassione non è una nostra reazione spontanea, ci riesce anzi di malavoglia. Viene da chiedersi se sia umanamente possibile! Questa presa di coscienza ha una salutare conseguenza. La compassione nel suo senso più pieno e profondo può essere attribuita soltanto a Dio”¹⁹; dunque è a Dio che bisogna chiederla.

2.1 Prendersi cura dell’ammalato attraverso la visita, il conforto nel Signore e l’aiuto fraterno

2.1.1 La visita²⁰

L’esortazione del *Rituale* a “prendersi cura premurosa dei malati, visitandoli e confortandoli nel Signore, e aiutandoli fraternamente” ci ricorda le parole di Mt 25,36 a proposito del giudizio finale, quando Gesù darà il regno a coloro ai quali potrà dire: *êsthênêsa kai epeskêpsasthe me*: “ero malato e mi avete visitato”.

L’evangelista Matteo nel parlare di questa visita a Gesù, presente nell’ammalato, usa il verbo *episkêptomai*²¹. Tale verbo non significa semplicemente “visitare” nel senso di andare a trovare qualcuno.

¹⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Christifideles Laici*, Esortazione apostolica post-sinodale, Città del Vaticano 30 dicembre 1988, n. 54.

¹⁹ H. NOUWEN, *Muta il mio dolore in danza. Vivere con speranza i tempi della prova*, Cinisello Balsamo 2003, 83-84.

²⁰ I Vescovi italiani, negli *Orientamenti pastorali per il primo decennio del 2000*, sottolineano per i laici l’importanza della visita alla famiglia, segno di speranza e servizio di Cristo all’uomo: “Abbiamo bisogno di laici che siano disposti ad assumersi dei ministeri con fisionomia missionaria in tutti i campi della pastorale... Diventando cioè catechisti, animatori, responsabili di «gruppi di ascolto» nelle case, visitatori delle famiglie... pienamente disponibili a riallacciare quei rapporti di comunione tra le persone che soli possono dar loro un segno di speranza, Questo significa essere corresponsabili del servizio di Cristo all’uomo, servizio che costituisce la ragione per cui la Chiesa esiste e continua la sua missione”: CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, n. 62.

²¹ Il verbo ricorre nel Nuovo Testamento 11 volte di cui 8 con il significato di “visitare” e 3 di “vedere”, cf. J. D’ARC - M. BARDY - O. ODELAIN - S. SAGOT - P. SANDEVOIR - R. SÉGUINEAU, *Le Concordanze del Nuovo Testamento*, Genova 1978, 687.

Nella accezione propria della greicità classica significa “posare lo sguardo benevolmente su..., aver cura di..., vegliare su...”²² come atteggiamento religioso proprio degli dèi nei confronti degli uomini; significa altresì “visitare”²³ in riferimento all’opera di pietà di visita agli ammalati.

Nella versione greca dell’AT (LXX) assume un significato profondamente religioso: “occuparsi di (...), prendersi cura di (...)”²⁴ come atteggiamento proprio dell’agire di Dio che visita e salva il suo popolo Israele.

Nella tradizione rabbinica il visitare gli ammalati ha grande importanza ed è in prima linea rispetto al vestire chi è nudo, a consolare chi è afflitto o al seppellire i morti: non si tratta solo di consolare, ma di togliere parte del dolore in chi è sofferente: “Chi visita un ammalato gli toglie un sessantesimo del suo dolore”²⁵. Accanto all’ammalato c’è poi la stessa *shekinà* (presenza) di Dio: “Si deve cercare di imitare l’Eterno. Così come questi è vicino al malato, così deve fare l’uomo” (TB, Sotà 14a)²⁶, per questo, “Non ci si può avvicinare troppo al capo dell’infermo perché lì è presente Dio”²⁷.

Gesù riprende l’etica rabbinica e ne fa un comandamento per tutti gli uomini e aggiunge che tutto ciò che si fa o non si fa ad uno dei più piccoli dei fratelli è come se viene fatto o non fatto a lui stesso: “Ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25,40).

San Paolo, poi, ci ricorda che “se un membro soffre, tutte le membra soffrono insieme” (1Cor 12,26) e, poiché siamo corpo di Cristo e sue membra, ciascuno per la sua parte (cf. 1Cor 12,27), alcuni perciò Dio li ha posti nella Chiesa con i doni di assistenza (cf. 1Cor 12,27) per curare coloro che soffrono.

Alla luce di quanto detto, l’Accolito/Ministro straordinario della Comunione eucaristica nel visitare l’ammalato sarà consapevole che: “Gesù è da riconoscere, da ritrovare, da servire, da amare non solo nel segno del pane spezzato, ma in ogni volto di uomo e di donna, particolarmente quando è contrassegnato dalle lacrime, dalle ferite, dal sigillo della sofferenza fisica e morale. Questo annuncio di servizio, che impegna al dono del Vangelo della vita e della sofferenza, della carità e della speranza, è da celebrare e da testimoniare con fedeltà e credibilità, ‘con il cuore nelle mani’”²⁸.

²² H.W. BEYER, “*Episképtomai*”, in *Gran Lessico del Nuovo Testamento III*, edd. G. Kittel – G. Friedrich, 734.

²³ *IBIDEM*, 735.

²⁴ *IBIDEM*, 737.

²⁵ *IBIDEM*, 742.

²⁶ Citazione riportata da L. CARO, “Tradizione Ebraica”, in *Salute e malattia e morte nelle grandi religioni*, Pangrazzi A. (ed.), Torino 2002, 27.

²⁷ O. SCARAMUZZI, “Le religioni unite contro la sofferenza”, in *Vita Pastorale XC* (Febbraio 2002) 2, 29.

²⁸ U. D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», in *Quaderni della Segreteria Generale CEI*, III, 5 (1999), 6.

Nella visita, vari possono essere gli atteggiamenti e le iniziative di carità che impediscono ai nostri gesti di ridursi a “bronzo che risuona o cembalo che tintinna” (1Cor 13,1).

Fondamentale innanzitutto è il *dono sincero di se stessi* per esprimere la propria umanità, attraverso l’amicizia, la bontà, la pazienza, la gioia, il perdono, la gentilezza, l’amore, la speranza, la fiducia ecc. Questi sono i doni dello Spirito (Gal 5,22) che siamo chiamati a condividere. Poi avere:²⁹

- *un cuore ospitale* , che crea spazio per accogliere l’altro e farlo sentire da estraneo a familiare e amico. “Sentendosi completamente accolto, il malato sposta la sua attenzione dall’attenzione all’esperienza contingente della malattia che lo opprime a quella di ricerca dei suoi valori esistenziali e spirituali”³⁰. Quando i discepoli di Emmaus invitano il misterioso viandante a fermarsi con loro perché si stava facendo sera, allo spezzare del pane riconoscono il Cristo (Lc 24,13-35).
- *essere consapevoli che il dono della visita* richiede di uscire da sé e andare verso l’altro (ricordiamo la Vergine Maria che fa visita ad Elisabetta, cf Lc 1,39-56). La visita fraterna ai malati, ai morienti, alle persone, fatta a nome della comunità cristiana, è sorgente di fraternità e di gioia, li fa sentire membri attivi della comunità ed è segno della vicinanza e dell’accoglienza di Dio.
- *saper essere presenti* (saper stare di fronte all’altro senza fuggire a causa del dolore) ed esprimere ciò a parole, ma anche col silenzio, con la mimica del volto (cf. sorriso), con una gestualità tutta carità (cf. una stretta di mano). Attraverso parole semplici, talvolta dette a mezza voce e frammiste di silenzio, si riesce a tenere compagnia e dare coraggio nei momenti difficili: “Ciò che è semplice è vicino all’essenziale. È nello spazio di queste parole sommesse ed essenziali che si crea la vicinanza, quella presenza che è medicina”³¹.

Ascoltare qualcuno vuol dire non solo percepire le sue parole, ma anche i suoi silenzi, i suoi pensieri, le sue emozioni, il grido soffocato di alcuni gesti apparentemente banali³². Fare un po’ come Dio che “non è venuto a spiegare la sofferenza, è venuto a riempir-

²⁹ Attingo in breve dall’ottimo contributo di P. Angelo Brusco, offerto nel documento dell’Ufficio Nazionale CEI di Pastorale Sanitaria per la XI Giornata mondiale del Malato: UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il dono di sé* , XI Giornata mondiale del Malato, 11 Febbraio 2003, Torino 2002, 9-10.

³⁰ O. SCARAMUZZI, *Mi aiuti a uscire dalla notte? Problematiche e risorse del malato grave nei dialoghi di relazione d’aiuto* , Torino 1999, 33.

³¹ G. COLOMBERO, *Cammino di guarigione interiore. Per abitare meglio se stessi* , Cinisello Balsamo (Mi) 1996, 47.

³² Cf. L. SANDRIN, *Compagni di viaggio. Il malato e chi lo cura* , Milano 2000, 23.

la della sua presenza” (Paul Caludel)³³. La propria presenza, se è permeata da rispetto, comprensione, discrezione, può essere di grande conforto e trasmettere al malato sicurezza e calore, e capiremo che in chi soffre si ricerca: amore, aiuto, silenzio, ascolto, competenze, di carità, di umanità³⁴:

“Il dolore ‘sprigiona’ amore e aspetta amore. Ha le mani alzate, imploranti. Nel silenzio c’è un lamento che geme e c’è un urlo che chiama per nome. Sembra che non tutti ascoltino, anche nella Chiesa. Vi confesso con l’umiltà di un povero fratello: non è facile stare male. 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”.

2.1.2 Confortare nel Signore

Sul portale di un antico ospedale di Roma, il S. Giacomo, è scolpita la seguente frase: Vieni per essere guarito; se non puoi essere guarito almeno per essere curato; se non puoi essere curato almeno consolato

L’operatore pastorale non è chiamato a guarire o curare chi soffre, ma a svolgere il *ministero della consolazione*. Il *Benedizionale* – a proposito delle celebrazioni liturgiche negli incontri con gli infermi – ci ricorda che “I medici, i vari operatori sanitari e quanti secondo le loro competenze e attitudini si dedicano agli ammalati, non devono tralasciare nulla di ciò che può essere fatto per recar sollievo al loro spirito”³⁵.

Nell’incontro pastorale la parola non può non essere accompagnata da atteggiamenti e gesti che devono assumere un significato sacramentale, quello di veicolare (oppure ostacolare) la tenerezza di Dio³⁶.

Ministri di Dio che è il “Dio di ogni consolazione” (2Cor 1,3), e che ci consola in ogni nostra tribolazione, siamo chiamati anche noi a “consolare quelli che si trovano in qualsiasi genere di afflizione con la consolazione con cui siamo consolati noi stessi da Dio” (2Cor 1,4). E per la preghiera di Gesù al Padre: “Io pregherò il

³³ Citazione riportata da G. RAVASI, *Fino a quando, Signore? Un itinerario nel mistero della sofferenza e del male*, Cinisello Balsamo 2002, 18.

³⁴ Queste istanze emergono chiare da alcune parole – dell’ultima omelia al Convegno Nazionale CEI di Loreto del ’98 degli Uffici di Pastorale Sanitaria – di Mons. Bianchi, Vescovo responsabile della Pastorale della Sanità nella Chiesa Italiana – già colpito dalla leucemia morirà il giorno di Pasqua 1999 – e che riporto nella citazione su nel testo, cf. U. D. BIANCHI, «Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza», 7.

³⁵ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 262.

³⁶ S. MARINELLI, *I cappellani ospedalieri. Identità e funzioni. Inquadramento storico-sociale e prospettive teologico-pastorali*, Torino 1993, 134.

Padre ed egli vi darà un altro Consolatore perché rimanga con voi per sempre” (Gv 14,16), e, per mezzo di Cristo stesso, come abbondano le sofferenze di Cristo in noi, così, (...) abonderà anche la nostra consolazione (cf. 2Cor 1,5).

Così per la grazia di Gesù e il ministero della Chiesa colui che soffre potrà dire: “Tutto posso in colui che mi da la forza” (Fil 4,13).

Giovanni Paolo II, segnato più volte dalla sofferenza durante il suo pontificato, così si esprimeva nel Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato del 1996: “Chiedo al Signore di voler suscitare in numero ancor maggiore persone generose, che sappiano donare a chi soffre il conforto non soltanto dell’ assistenza fisica, ma anche del sostegno spirituale, aprendogli dinanzi le consolanti prospettive della fede”³⁷.

“La risposta cristiana al dolore e alla sofferenza non è mai caratterizzata da passività. Spinta dalla carità cristiana, che trova la sua suprema espressione nella vita e nelle opere di Gesù, che ‘passò beneficiando’ (At 10, 38), la Chiesa viene incontro ai malati e ai sofferenti, offrendo loro conforto e speranza. Non si tratta di un mero esercizio di benevolenza, ma è motivata dalla compassione e dalla sollecitudine che portano a un premuroso e generoso servizio. Ciò implica, in ultima analisi, il dono generoso di sé agli altri, in particolare a coloro che soffrono” (cf. *Salvifici Doloris*, n. 29)³⁸.

Gli operatori pastorali, ministri di consolazione e promotori di speranza “con la loro vicinanza partecipe e solidale accanto ai sofferenti, imitano Maria che ai piedi della croce è di consolazione e di conforto al Figlio, pur non facendo nulla per toglierlo dal suo doloroso patibolo. Allo stesso modo, testimoniano la loro speranza nella vita dopo la morte e nella risurrezione futura, incoraggiando e sostenendo la speranza di chi soffre e di chi muore”³⁹.

2.1.3 Aiuto fraterno

Il dono del servizio (più cuore nella mente e nelle mani) significa mettere a disposizione le proprie risorse materiali, il tempo, le competenze per rispondere ai più svariati bisogni dei malati: “Il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore umano” (*Salvifici Doloris*, n. 29). “Il

³⁷ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano 11 Ottobre 1995, n. 4.

³⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la X Giornata Mondiale del Malato*, Castel Gandolfo 6 agosto 2001, n. 2.

³⁹ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La comunità cristiana luogo di salute e di speranza*, VI Giornata Mondiale del Malato, 11 Febbraio 1998, Torino 1997, 13.

⁴⁰ M. MAGRASSI, *Amare con il cuore di Dio*, Milano 1986, 109.

Vangelo passa solo attraverso la strada della carità⁴⁰. Andare dall'ammalato, visitarlo, aiutarlo a mangiare, fare una passeggiata con lui, occuparlo in qualche attività diversiva, svolgere dei piccoli servizi (telefono, scrivere...), vuol dire amarlo con un servizio concreto che è più che amarlo soltanto con le intenzioni e il pensiero: andando da lui e servendolo incontriamo Gesù⁴¹.

“Le istituzioni sono molto importanti ed 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” (*Salvifici Doloris*, n. 29).

Dunque come Gesù buon samaritano, l'operatore pastorale avrà cura di chi soffre, si occuperà di lui, starà accanto a lui, lo assisterà, spenderà del tempo – anche vegliando – così da offrirgli sollievo e salute (e salvezza attraverso i sacramenti). Riconoscerà altresì la presenza stessa di Gesù in chi soffre e con occhi contemplativi e con sguardo pieno di bontà, lo amerà e servirà.

Stiamo “accanto agli infermi e alle loro famiglie facendo sì che quanti si trovano nella prova non si sentano mai emarginati. L'esperienza del dolore diventerà così per ciascuno scuola di generosa dedizione”⁴².

“Attraverso il varco aperto dalla carità irrompe la luce della fede. (...) Il problema concreto della malattia, per trovare una vera soluzione cristiana, va integrato in una più ampia educazione alla fede. E questa non è cosa che si improvvisa”⁴³.

“I parroci specialmente, e tutti coloro che sono addetti alla cura degli infermi, sappiano suggerir loro parole di fede, che li aiutino a rendersi conto del significato dell'infermità umana nel mistero della salvezza; li esortino inoltre a lasciarsi guidare dalla luce della fede per unirsi al Cristo sofferente, santificando con la preghiera la loro infermità, e attingendo nella preghiera stessa la forza d'animo necessaria a sopportare i loro mali...”

È ottima cosa invitare e guidare i malati a pregare, sia da soli che con i familiari e le persone addette al loro servizio; una pre-

⁴¹ In questo dono di sé la comunità cristiana dovrebbe scoprire e valorizzare i giovani: “La proposta di una Chiesa impegnata nel servizio della carità ha lo scopo di coinvolgere i giovani nel dono sincero di se stessi. È questo un aspetto fondamentale dell'antropologia cristiana che occorre fare oggetto di vera educazione attraverso la testimonianza di persone e comunità ove la diakonia è l'espressione gioiosa della vita di relazione”: B.L. PAPA, *Comunicare il Vangelo ai giovani e alle famiglie*, 14.

⁴² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la IV Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 11 Ottobre 1995, n. 7.

⁴³ M. MAGRASSI, *Gesù e il malato. Il sacramento che porta alla salvezza*, Noci (BA) 1996, 52.

ghiera che, ispirandosi specialmente alla sacra Scrittura, si esprima o nella meditazione del mistero della sofferenza umana alla luce di Cristo e del suo Vangelo, o nella recita di formule e di giaculatorie tratte dai salmi o da altri testi. Per rendere più facile ai malati la preghiera potranno essere assai utili eventuali sussidi; meglio ancora se i sacerdoti, qualche volta almeno, vorranno volentieri pregare con loro⁴⁴.

3.1 *Colloquio personale*

Una comunicazione adeguata potrà aiutare il malato a trovare un senso a ciò che sta vivendo e a trovare risposta alle domande sul senso della vita, sul significato del dolore, del male e della morte. Di grande importanza si rivela la *relazione d'aiuto* come «rapporto in cui uno dei due interlocutori mira a creare le condizioni che promuovano nell'altro la capacità di affrontare e superare creativamente la situazione difficile in cui si trova»⁴⁵.

Nella stagione della sofferenza e della vulnerabilità si ha bisogno di dare voce ai propri pensieri e sentimenti, alle proprie ansietà e scoraggiamenti. «Si ha la necessità di confidare a qualcuno il racconto della propria storia cambiata... La relazione sanante non comporta solo la cura della parte malata della corporeità, ma anche il dialogo con la persona per comprenderne la storia, recepirne i meccanismi di difesa, avvertirne i pensieri e le preoccupazioni, accoglierne i sentimenti, individuarne le risorse e i valori»⁴⁶. Però solo se si è capaci di fare verità su se stessi e di riconciliarsi con i propri vissuti si può diventare farmaco per chi è nella sofferenza⁴⁷.

L'operatore pastorale – e nel nostro caso l'Accolito/Ministro straordinario della Comunione eucaristica – nella visita che fa all'ammalato – una volta stabilito il rapporto umano –, attraverso parole illuminate dalla fede, lo aiuterà a valorizzare e trasfigurare la propria infermità inserendola nel mistero della salvezza, a cui il malato davvero è chiamato a partecipare, conscio delle parole di san Paolo: «Perciò sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa» (Col 1,24).

«Felice la persona che riesce a far risplendere la luce di Dio nella povertà di una vita sofferta o diminuita!... La ragione, che già coglie la distinzione esistente tra il dolore e il male, illuminata dalla

⁴⁴ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 43-44; al n. 45 il *Rituale* propone una preghiera comune in forma di breve celebrazione della Parola di Dio.

⁴⁵ L. SANDRIN - A. BRUSCO - G. POLICANTE, *Capire e aiutare il malato*, 153.

⁴⁶ UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Costruire ponti non solitudini*, IX Giornata Mondiale del Malato, 11 Febbraio 2001, Torino 2002, 5-7.

⁴⁷ L. SANDRIN, *Come affrontare il dolore*, Milano 1995, 136.

fede comprende che ogni sofferenza può diventare, per grazia, prolungamento del mistero della Redenzione, la quale, pur essendo completa in Cristo, «rimane costantemente aperta ad ogni amore che si esprime nell'umana sofferenza (*Salvifici Doloris*, n. 24)”⁴⁸.

Così aiutati, i malati possono trasformare la propria sofferenza in fonte di guarigione interiore e di salvezza per sé e per gli altri, unendo spiritualmente il loro dolore a quello di Cristo sofferente. “Nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza umana è stata redenta. (...) Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo” (*Salvifici Doloris*, n. 19).

3.2. *La preghiera fa vivere e sperimentare le verità della fede*

La preghiera è momento privilegiato di comunione tra Dio e l'uomo che soffre, e tra Dio e l'uomo che aiuta chi soffre. “Dalla preghiera il malato attingerà la forza per superare la prova del male e insieme il segreto per diventare soggetto d'azione, nonostante la sua impotenza fisica. Potrà immettere nel Corpo Mistico un fiotto di vitalità spirituale”⁴⁹. Attraverso la preghiera l'operatore pastorale esorterà l'ammalato a unirsi a Gesù sofferente, così da santificare l'infermità e attingere grazia, forza e coraggio nel cammino di sofferenza.

Lo aiuterà a pregare ponendosi alla presenza di Colui che non è mai assente; a pregare attendendo la salute e sopportando il dolore; a pregare mantenendosi sempre aperti ai diversi modi con cui Dio guarisce il corpo e lo spirito togliendo delle certezze e maturandone altre; a pregare avendo fiducia in Dio che soffre con chi soffre⁵⁰.

Giovanni Paolo II nella Lettera Apostolica *Rosarium Virginis Mariae*, ci confida che, attraverso la preghiera del Santo Rosario, Egli soprattutto nei tempi della prova ha trovato sempre tanto conforto: “Il Rosario mi ha accompagnato nei momenti della gioia e in quelli della prova. Ad esso ho consegnato tante preoccupazioni, in esso ho trovato sempre tanto conforto”⁵¹. Più avanti esprime la convinzione che “se la Liturgia, azione di Cristo e della Chiesa, è azione salvifica per eccellenza, il Rosario, quale meditazione su Cristo con Maria, è contemplazione salutare”⁵².

⁴⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la II Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 8 Dicembre 1993, nn. 2-5.

⁴⁹ M. MAGRASSI, *Gesù e il malato. Il sacramento che porta alla salvezza*, 55.

⁵⁰ Cf. A. PANGRAZZI, *Creatività al servizio del malato*, Torino 1986, 43.

⁵¹ GIOVANNI PAOLO II, *Rosarium Virginis Mariae*. Lettera Apostolica del Sommo Pontefice all'Episcopato, al Clero e ai Fedeli sul Santo Rosario, Città del Vaticano, 16 Ottobre 2002, n. 2.

⁵² IBIDEM, n. 13.

Così per la preghiera comunitaria o personale – attraverso salmi di fiducia (22, 203, 206...) o del tempo della malattia (6...) e della prova (85, 87, 89), o attraverso il S. Rosario così da fissar lo spirito sui misteri di Cristo – la catechesi diventerà efficace...“E la preghiera fatta con fede salverà il malato” (Gc 5,15).

È importante che chi serve i malati non solo parli di Dio ai fratelli, ma che parli a Dio dei fratelli. Infine, è opportuno che inesti anche la preghiera fatta in prima persona dal malato⁵³.

4. La comunione agli infermi

L'attività terapeutica e la forza sanante della Chiesa si attua anche attraverso i sacramenti⁵⁴; in particolare il momento sacramentale della *Comunione eucaristica* è culmine di tutto il lavoro che precede e fonte di quello che segue, perché l'Eucaristia è “fonte e culmine di tutta la vita cristiana” (LG 11), anche della vita di persone in situazione di malattia e sofferenza e di chi si prende cura di loro.

L'Eucaristia diventa il “momento in cui tutta la vita della Chiesa viene raccolta intorno al Cristo pasquale, riceve il dono del suo amore oblativo e poi viene rilanciata per le strade del mondo, per essere segno della sua presenza di buon samaritano, quasi per fare sperimentare ai fratelli l'intensità e la forza con cui Dio li ama, con la qualità stessa del suo amore. Un amore che pensa più a dare che a ricevere”⁵⁵.

“[I parroci specialmente, e tutti coloro che sono addetti alla cura degli infermi,] Procurino poi di portare a poco a poco i malati a partecipare frequentemente e con le dovute disposizioni, secondo le possibilità dei singoli, ai sacramenti della Penitenza e dell'Eucaristia e soprattutto a ricevere tempestivamente la sacra Unzione e il Viatico”⁵⁶.

⁵³ L. DI TARANTO, *Assistere i malati oggi. “Mi sono fatto debole con i deboli”*, Torino 1994, 129.

⁵⁴ Cf. L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Milano 2000, 46-52.

⁵⁵ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Eucaristia, comunione e comunità*, Roma 1983, n. 47, in Ench. CEI 3/1290.

⁵⁶ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 43. In questo paragrafo mi soffermo soltanto sul Sacramento dell'Eucaristia che solo può essere amministrato dal ministro straordinario della Comunione eucaristica/accolito; l'operatore pastorale, comunque, è bene che aiuti il malato a disporsi a ricevere i “sacramenti di guarigione” della Penitenza e Unzione degli Infermi che, però, possono essere amministrati solo dai Vescovi e dai Sacerdoti. Il *Benedizionale* – a proposito dei Cooperatori nella cura pastorale degli infermi – ricorda che “i religiosi e i laici che si renderanno disponibili al servizio degli infermi, avranno cura di prepararli a ricevere la Penitenza e l'Eucaristia e al tempo opportuno l'Unzione e il Viatico”: CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 283.

“I pastori di anime abbiano cura che agli infermi e ai vecchi, anche se non sono gravemente malati e non si trovano in pericolo, sia data possibilità di ricevere spesso, e, specialmente nel tempo pasquale, anche tutti i giorni, la comunione eucaristica: e questo, in qualsiasi ora della giornata...”⁵⁷.

4.1 *Comunione con Cristo*

L'Eucaristia, memoriale della passione del Signore, “è il centro del ministero pastorale e della vita spirituale del sofferente”⁵⁸; è “la via” maestra per portare la luce e la speranza della Pasqua di Cristo con la testimonianza dell'amore liberante di Dio in ogni situazione di malattia, sofferenza e morte⁵⁹. L'Eucaristia permette di unire la propria offerta di sé e della sofferenza in sacrificio spirituale a Dio gradito, in comunione all'offerta di Gesù al Padre, sorgente di salvezza per la Chiesa (cf. *Lumen Gentium*, 34).

Partecipando dell'Eucaristia il sofferente è introdotto in un rapporto personale con Gesù e, per lui, con il Padre e lo Spirito Santo: “Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue dimora in me e io in lui. Come il Padre, che ha la vita, ha mandato me e io vivo per il Padre, così anche colui che mangia di me vivrà per me.” (Gv 6, 56-57). In forza di questa comunione con Cristo si vive l'esistenza – anche quella segnata dal dolore – con gli stessi sentimenti di Cristo; dinanzi al dolore e alle sofferenze l'Eucaristia è la possibilità di scegliere non il risentimento, ma la gratitudine. La parola *eucaristia* significa “rendimento di grazie”: celebrare l'Eucaristia e vivere una vita eucaristica significa, allora, vivere la vita come un dono per il quale si è grati, anche se il dono è segnato dalla sofferenza⁶⁰.

“Celebrando l'Eucaristia, i cristiani annunciano ed attualizzano il sacrificio di Cristo, ‘per le cui piaghe siamo stati guariti’ (cfr 1 Pt 2, 25) e, unendosi a Lui, ‘conservano nelle proprie sofferenze una specialissima particella dell'infinito tesoro della redenzione del mondo, e possono condividere tale tesoro con gli altri’” (*Salvifici Doloris*, 27)⁶¹.

4.2 *Comunione con i fratelli*

L'incontro personale con il Signore nell'Eucaristia, “specie all'interno di particolari celebrazioni debitamente preparate e animate (dove non di rado i malati stessi sono protagonisti attivi), è di

⁵⁷ IBIDEM, n. 46.

⁵⁸ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 21.

⁵⁹ Cf. A. BRUSCO - S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo Medico*, 130.

⁶⁰ H. J. M. NOUWEN, *La forza della sua presenza. Meditazione sulla vita eucaristica*, Brescia 1997, 22-23.

⁶¹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la VIII Giornata Mondiale del Malato*, Castel Gandolfo, 6 Agosto 1999, n. 7.

grande conforto e di aiuto nell'affrontare la sofferenza in una visione di fede e sostenuti dalla comunione fraterna"⁶².

L'Eucaristia portata all'ammalato, esprime e alimenta i vincoli di *comunione con la comunità* alla quale i malati continuano ad appartenere. La comunità cristiana non solo *si ricorda* degli ammalati, ma quest'ultimi sentono la *vicinanza della loro comunità*⁶³. Si tratta di essere realmente incorporati a Cristo – anche se assenti – e di un vincolo di unione alla Chiesa che celebra l'Eucaristia: “La Comunione ai malati, a partire dalla Messa domenicale, è una espressione della presa di coscienza da parte della comunità che anche i fratelli involontariamente assenti sono incorporati a Cristo e una profonda esigenza di solidarietà li unisce alla Chiesa che celebra l'Eucaristia”⁶⁴.

L'Eucaristia così genera la comunione ed elimina la solitudine: “Poiché c'è un solo pane, noi, pur essendo molti, siamo un corpo solo: tutti infatti partecipiamo dell'unico pane” (1Cor 10, 17). Inoltre la *Preghiera Eucaristica III* ci ricorda che “A noi che ci nutriamo del corpo e sangue del tuo Figlio dona la pienezza dello Spirito santo, perché diventiamo in Cristo un solo corpo e un solo spirito”.

“Chi crede nell'Eucaristia, e ne vive profondamente il dono e il comandamento della 'comunione fraterna', non si sente più solo, inutile, di peso. Unito come fratello a fratelli, a tutti può offrire il suo prezioso e insostituibile servizio, e cioè la sua stessa sofferenza, vissuta cristianamente, come amore che glorifica il Signore e salva l'umanità”⁶⁵.

Giovanni Paolo II nell'Enciclica *Ecclesia de Eucaristia* sottolinea in particolare come l'Eucaristia compia gli aneliti di unità fraterna che va al di là della semplice esperienza conviviale umana:

“Il dono di Cristo e del suo Spirito, che riceviamo nella comunione eucaristica, compie con sovrabbondante pienezza gli aneliti di unità fraterna che albergano nel cuore umano, e insieme innalza l'esperienza di fraternità insita nella comune partecipazione alla stessa mensa eucaristica a livelli che si pongono ben al di sopra di quello della semplice esperienza conviviale umana. Mediante la comunione al corpo di Cristo la Chiesa raggiunge sempre più profondamente quel suo essere «in Cristo come sacramento, cioè segno e strumento dell'intima unione con Dio e dell'unità di tutto il genere umano» (*Lumen Gentium*, n. 1)”⁶⁶.

⁶² UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La comunità cristiana luogo di salute e di speranza*, 12-13.

⁶³ Cf. J. ALDÁZABAL, *I ministeri dei laici. Per una comunità celebrante*, Leumann (To), 1993, 109-110.

⁶⁴ CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Benedizionale*, n. 2004, 2.

⁶⁵ R. GERARDI, “Eucaristia”, in CINÀ G. - LOCCI E. - ROCCHETTA C. - SANDRIN L. (edd.), *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria* (Torino 1997), 418.

⁶⁶ GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia de Eucharistia. Lettera enciclica ai vescovi, ai presbiteri e ai diaconi alle persone consacrate e a tutti i fedeli laici sull'Eucaristia nel suo rapporto con la Chiesa*, Roma 17 Aprile 2003, n. 24.

4.3 Eucaristia come rimedio di incorruttibilità e di immortalità

L'Eucaristia è sorgente della vita immortale ed è pegno della nostra futura risurrezione. Nel discorso eucaristico del Cap. 6° del Vangelo di San Giovanni, Gesù afferma: “Io sono il pane vivo, disceso dal cielo. Se uno mangia di questo pane vivrà in eterno e il pane che io darò è la mia carne per la vita del mondo” (v. 51) e “Chi mangia la mia carne e beve il mio sangue ha la vita eterna e io lo risusciterò nell'ultimo giorno” (v. 54).

“Questa garanzia della futura risurrezione proviene dal fatto che la carne del Figlio dell'uomo, data in cibo, è il suo corpo nello stato glorioso di risorto. Con l'Eucaristia si assimila, per così dire, il «segreto» della risurrezione. Perciò giustamente sant'Ignazio d'Antiochia definiva il Pane eucaristico «farmaco di immortalità, antidoto contro la morte»⁶⁷.

L'Eucaristia, “speranza di immortalità” (S. Ireneo), “seme d'immortalità” (San Cirillo di Alessandria), ha la prospettiva di speranza e di futuro perché è Gesù stesso che assocerà gli uomini alla sua risurrezione. L'eucaristia non solo è cibo e forza per il passaggio definitivo (cf. Viatico), ma anche attesa e anticipo della gloria futura, in cui ogni limite e germe di morte sarà vinto e in cui Dio “*tergerà ogni lacrima dai loro occhi*; non ci sarà più la morte, né lutto, né lamento, né affanno, perché le cose di prima sono passate” (Ap 21,4); così “nutrendosi del corpo di Cristo portato dal sacerdote, dal diacono o dai ministri straordinari della Comunione eucaristica nelle corsie delle istituzioni sanitarie o nelle abitazioni domestiche, o ricevendo la Comunione sotto forma di viatico, il malato è fortificato e munito del pegno della risurrezione”⁶⁸.

“L'Eucaristia è davvero uno squarcio di cielo che si apre sulla terra. È un raggio di gloria della Gerusalemme celeste, che penetra le nubi della nostra storia e getta luce sul nostro cammino”⁶⁹, in particolare sul cammino della croce di tanti nostri fratelli e sorelle ammalati.

5.1 Dare...

Il cristiano che dedica il suo tempo e il suo apostolato per questo ministero deve essere conscio che è *inviato dalla comunità* a continuare la *stessa missione di Cristo*. Questo esigerà *spirito di sacrificio*, soprattutto nei giorni di festa, e *amore agli infermi*, ma soprattutto *vero amore all'Eucaristia*⁷¹.

⁶⁷ IBIDEM, n. 18.

⁶⁸ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 21.

⁶⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia de Eucharistia*, n. 19.

⁷⁰ Cf. UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *Il dono di sé*, 18-20.

⁷¹ Cf. J. ALDÁZABAL, *I ministeri dei laici*, 113.

“Il comando del Signore durante l’Ultima Cena: ‘Fate questo in memoria di mÈ, oltre a riferirsi alla frazione del pane, allude anche al corpo offerto e al sangue versato da Cristo per noi (cfr Lc 22, 19-20), in altre parole, al dono di sé agli altri. Un’espressione particolarmente significativa di questo dono di sé è il servizio ai malati e ai sofferenti. Perciò chi si dedica ad esso troverà sempre nell’Eucaristia una fonte inesauribile di forza e uno stimolo a una generosità sempre nuova”⁷².

Chi “regala” un po’ di se stesso e della propria vita ai malati, non tarda ad accorgersi che il dono fatto all’altro è fonte di crescita anche per se stesso. Molti visitatori dei malati concordano nel dire: “È molto più quello che ricevo di quello che do”. E san Francesco diceva: “È dando che si riceve, perdonando che si è perdonati, morendo che si risuscita a vita nuova”.

5.2 Ricevere...

Molteplici sono i doni che si possono ricevere dai malati.

- Una presa di coscienza della preziosità e, al contempo, della fragilità della condizione umana, fatta di grandezza e di miseria, di speranza e di abbattimento, di vita e di morte. I malati possono altresì offrire il dono di una lezione di vita, aiutando i sani a valorizzare il bene della salute, mostrando che anche in situazioni difficili la persona umana può riuscire a mantenere la propria integrità e serenità, a scoprire nuovi valori, a crescere in spiritualità.
- Un risveglio dei sentimenti di solidarietà e di fraternità. “Si potrebbe dire – scrive ancora Giovanni Paolo II – che la sofferenza, presente sotto tante forme diverse nel nostro mondo umano, vi sia presente anche per sprigionare nell’uomo l’amore” (*Salvifici Doloris*, n. 29).
- Il rimarginarsi delle proprie ferite interiori: l’esercizio delle opere di carità può aiutare a comprendere il senso della vita, a discernere i valori autentici e a rimarginare le ferite causate dall’egoismo e dall’indifferenza.

Conclusione

Il credente, a differenza di quanti non hanno speranza (cf. 1Ts 4,13), sa che la stagione del soffrire può essere un’occasione di vita nuova, di grazia e di risurrezione, ed “esprime questa certezza attraverso l’impegno terapeutico, la capacità di accoglienza e di accompagnamento, la partecipazione alla vita di Cristo comunicata nella preghiera e nei sacramenti. Prendersi cura del malato e del

⁷² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la X Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 6 Agosto 2002, n. 3.

morente, aiutare l'uomo esteriore che si va disfacendo, perché l'uomo interiore si rinnovi di giorno in giorno (cfr 2 Cor 4, 16), non è forse cooperare a quel processo di risurrezione che il Signore ha immesso nella storia degli uomini con il mistero pasquale e che troverà pieno compimento alla fine dei tempi? Non è rendere ragione della speranza (cfr 1 Pt 3,15) che ci è stata donata? In ogni lacrima asciugata vi è già un annuncio dei tempi ultimi, un anticipo della pienezza finale" (cf. Ap 21,4 e Is 25, 8)⁷³.

“Il servizio della Visita e della Comunione agli infermi, ben inteso e ben programmato, è reazione al processo di emarginazione sociale ed ecclesiale del malato. Questo sforzo avrà senso se la comunità guarderà all’opera di misericordia ‘visitare gli ammalati’ con una nuova mentalità cristiana, e se il malato – aiutato dalla stessa comunità e dai familiari – comprende ed integra la sua condizione di malattia in una visione di fede”⁷⁴.

Voglio concludere con le parole di Mons. Ugo Donato Bianchi pronunziate al suo ultimo convegno di Pastorale Sanitaria Nazionale della CEI:

«Chiesa, sei di tutti e sei per tutti, ma ricordati che i primi sono i malati nel corpo e nello spirito, bisognosi di consolazione e di speranza. Lì il tuo Signore ti aspetta, Chiesa, dai la Parola del Signore, la grazia dello Spirito, la carezza della tua maternità: dai il Signore Gesù, ma sii vicina anche in silenzio, tenendo per mano, pregando, ascoltando.

Ma, Chiesa, non solo dona, ma chiedi e accogli! Quella sofferenza, che rimanda alla croce e promette risurrezione, consolata dall’Eucaristia, dal Perdono, dall’Unzione, ha una fecondità missionaria, rientra nella tua azione pastorale. Le mani di questi figli non sono vuote, quelle croci umane “servono” come la Croce del tuo Gesù, la completano, l’attualizzano, esprimono l’amore, che già vince l’inutilità apparente del dolore e superando la disperazione proclamano la speranza... Chiesa, non perdere quello che Gesù, tuo Sposo e tuo Pastore, ha messo nelle mani, nel cuore e nelle carni dei tuoi membri: la redenzione si sta compiendo anche lì, adesso... Chiesa, apri le mani e il cuore per dare, ma apriti anche a ricevere. Di quella misteriosa ricchezza hai bisogno! Appartiene a Lui e anche a te. Sii gelosa di essa, perché non si perda. Valla a cercare, mettiti il grembiule del servizio e ringrazia. Mettiti in ginocchio: c’è il tuo Signore»⁷⁵.

⁷³ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la VI Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 29 Giugno 1997, n. 9.

⁷⁴ U. CIRELLI, *“Il servizio della visita e della Comunione frequente”*, 190.

⁷⁵ U. D. BIANCHI, *“Annunciare il Vangelo nel mondo della sofferenza”*, 8.

Un dolore disabitato Sofferenza mentale e comunità cristiana

Don ROBERTO VESENTINI - Direttore Ufficio diocesano, Verona

Lo strumento di lavoro “Un dolore disabitato” che abbiamo tra le mani, nato da un gruppo di lavoro della Caritas Italiana e dell’Ufficio per la pastorale della sanità, è rivolto alle nostre comunità per promuovere un’attenzione, un’accoglienza, una cura, una cultura e una politica sanitaria e sociale più adeguate nei confronti delle persone malate di mente e dei loro familiari.

Nella presentazione, Mons. Cocchi, fino a pochi giorni fa presidente della Commissione per le opere della carità e della salute della CEI, delinea le tappe che ogni comunità cristiana è chiamata a percorrere, guardando a Gesù e facendosi carico dei tanti e tanti malati che sono presenti all’interno delle nostre comunità.

Già nel precedente incontro di Chianciano si era descritto il percorso comune tra la Caritas italiana e l’Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità; ora, attraverso lo strumento di lavoro gli Uffici diocesani di pastorale della salute e le Caritas diocesane animeranno le diocesi e le parrocchie di tutta Italia.

Il fascicolo è di facile accesso, diviso per capitoli che richiamano sempre la comunità: una sfida per la comunità, una comunità che si accorge dei bisogni, una comunità che accoglie, una comunità che vigila e opera per la giustizia, una comunità che testimonia il regno di Dio, una comunità che vive. A coronamento di queste tappe di riflessione sono proposti alcuni percorsi per sensibilizzare, coinvolgere, informare, formare, maturare atteggiamenti di accoglienza, di relazioni, di nuove possibilità nei confronti dei malati mentali e delle loro famiglie.

1.
Una sfida
per la comunità

Dopo aver messo davanti un incontro di Gesù si lancia una sfida: il recupero di una persona alla comunità è considerato da Cristo più importante di tutta la ricchezza della città (Mc 5,1-20), dove la guarigione di uno (indemoniato che si chiamava Legione) è un fatto che investe tutti (la perdita dei 2000 porci). La sfida: ab-

biamo la certezza evangelica che riconoscere a un uomo la dimensione umana è un valore che deve prevalere su ogni altra valutazione?

La Chiesa allora si occupa delle persone sofferenti mentali perché è chiamata ad essere buona samaritana, avendo ricevuto l'amore appassionato di Dio e il mandato da Gesù: "Va' e fa lo stesso anche tu" (Lc 10,37).

La sofferenza mentale è una sofferenza estesa, diffusa e riguarda sempre più persone nel mondo. Un quinto della popolazione mondiale ha disturbi psichiatrici.

Si accenna alla legge 180 con la quale, in Italia, si sono chiusi i manicomi; ma soprattutto aveva ed ha queste finalità: la centralità della persona malata, l'uguaglianza dei cittadini, il decentramento dei servizi sanitari, lo stretto legame tra sociale e sanitario, la priorità della prevenzione sulla cura.

2. Una comunità che si accorge dei bisogni

Nelle nostre comunità abitano persone con sofferenze mentali. Non si tratta di produrre servizi speciali, ma di cominciare a domandarsi: cosa fare per loro, come esprimere la giusta vicinanza, come ridurre isolamento, sofferenza, emarginazione, come fare spazio alla loro presenza.

Com'è lo sguardo e il cuore di Dio verso le persone che soffrono? Dio prova compassione e tenerezza verso tutti: come mai di fronte ai sofferenti mentali si prova disagio, paura, impotenza?

Cristo, che ha preso le nostre infermità e si è addossato le nostre malattie (Mt 8,17), insegna che per ogni membro della comunità l'essere solidale è elemento costitutivo, che porta a condividere e a riconoscere chi è in difficoltà come un fratello da accogliere, custodire, proteggere.

Fare sensibilizzazione è far conoscere, richiamare l'attenzione, suscitare interesse. La comunità parrocchiale è il luogo dell'aggregazione, della sensibilizzazione e della mobilitazione per interventi rivolti all'accettazione, alla promozione e alla vera integrazione di quanti vivono il calvario di chi "si perde" nella città, come sosteneva Di Liegro.

Accanto all'informazione c'è la formazione: tante volte la paura, l'intolleranza, l'esclusione sono atteggiamenti che si nutrono di disinformazione. Per trasformare la cultura dominante riguardo i malati di mente, le comunità parrocchiali devono dedicare tempo e occasioni alla conoscenza del problema, della realtà, delle possibili soluzioni, degli interventi da attuare.

In questo percorso si considera anche la prevenzione, che non si riduce a prendere delle precauzioni ma ha lo scopo di educare alla salute mentale. La comunità può essere il luogo dove si viene accettati, valorizzati e responsabilizzati: ci si vive per quello

che si è, intrecciando relazioni e coltivando la speranza di costruire insieme un futuro, restituendo possibilità di vita.

In questo contesto ci possono essere azioni concrete individuali e collettive, per esempio esprimendo prossimità, accoglienza, attenzione, amore con le persone incontrate nel caseggiato, a scuola, sul lavoro, lavorando insieme con i servizi pubblici, trasformando la cultura dominante.

I malati e le loro famiglie interpellano la comunità cristiana, vogliono uscire dall'isolamento, non possono più essere caricate di pesi insopportabili. È devastante la sofferenza di queste famiglie che in breve si riducono alla mancanza di rapporti sociali, alla sensazione di essere tutti diversi, con il conseguente distacco dalla comunità. Compito della comunità cristiana è sostenere i malati e le loro famiglie per uscire dal ghetto del dolore privato, ricuperando appartenenza e relazioni.

Ogni malato mentale è un uomo, una donna, una persona, 'sempr'È immagine e somiglianza di Dio.

I malati nelle nostre comunità sono considerati parte attiva della comunità? Si avvicinano alle nostre liturgie? Come entrano nella pastorale ordinaria? Si facilita la loro presenza all'interno dei percorsi di spiritualità e di preghiera della comunità? Che tipo di relazioni si instaurano con le loro famiglie?

Il Papa nella *Novo millennio ineunte* al n. 43, ci prospetta la parrocchia come 'casa e scuola di comunione'. La comunità cristiana gioca qui la sua fede e la sua carità: dall'esclusione alla vicinanza e alla comunione.

3. Una comunità che accoglie

Tutta la storia della Chiesa è permeata di carità che ne è il valore fondante: è il riconoscere chi è in difficoltà come il fratello da accogliere, amare, custodire con tenerezza, proteggere con generosità.

Siamo perciò interpellati dall'accoglienza, tanto che tutta la comunità ne è coinvolta.

Cosa significa per le nostre comunità accogliere il malato di mente, i suoi familiari e la loro sofferenza? Cosa significa accoglienza cristiana?

Non è solo ricevere ma anche accettare la persona, darle spazio, darle calore, che l'altro possa esprimersi. Nel fascicolo: '*...e si prese cura di lui*' dell'Ufficio nazionale della pastorale della sanità in occasione della 10ª giornata mondiale del malato, si scriveva: "Una comunità cristiana che non sappia mettersi in atteggiamento d'ascolto e di accoglienza del magistero della persona malata e sofferente si priva di una grande possibilità di conversione spirituale e pastorale. Nessuno ha solo da dare o solo da ricevere. La solidarietà è sempre nel segno della reciprocità e interdipendenza....".

Come può una comunità cristiana fare accoglienza e prendersi cura del malato di mente, della sua famiglia? Accompagnare come amico, aiutare a ricostruire la appartenenza relazionale e sociale? L'incontro, la condivisione, il far parte del mondo dell'altro sono gesti semplici, chiari, fiduciosi, che danno corpo alla quotidianità dell'altro e contribuiscono alla possibilità di condurre una vita il più normale possibile.

4.
Una comunità
che vigila e opera
per la giustizia

Vigilare vuol dire operare perché i diritti e la giustizia siano rispettati e garantiti. Si può per esempio cercare di operare come mediatori tra la famiglia e i servizi sanitari, con i quali magari i rapporti sono diventati difficili; cercare di convincere il malato e la sua famiglia a farsi aiutare ad affrontare la situazione; tutti comunque dovrebbero preoccuparsi e impegnarsi a dare attenzione e rilevanza ai bisogni di chi finora non è stato riconosciuto, accolto, ascoltato.

Non è un cammino facile quello che prospettiamo, ma siamo convinti delle molteplici risorse di accoglienza e di formazione che già caratterizzano le nostre diocesi e le nostre parrocchie, e che devono soltanto trovare occasione per essere luoghi di comunione, di verità e di giustizia.

5.
Una comunità
che testimonia
il regno

Le comunità cristiane possono diventare occasioni di salute e di vita. Le nostre comunità devono offrire alla persona aiuto e sostegno nello sviluppare un rapporto sano con Dio, con se stessa, con il prossimo, con il creato, valorizzando i doni ricevuti e mettendoli a servizio del bene comune. La Chiesa che annuncia la salvezza e la venuta del regno di Dio è il luogo in cui si accresce e si sperimenta la tolleranza e l'accoglienza di chi è diverso, dove i poveri, gli ultimi, gli svantaggiati, i malati di mente, possono vivere da protagonisti nella comunità di cui sono tassello prezioso e necessario.

Annunciare la parola di Dio che **converte e guarisce** (chi mi aiuta? Era il grido del paralitico alla piscina di Betzaeta) ci chiediamo: Chi è vicino ai malati di mente? Chi sostiene, conforta e accompagna i loro familiari? Chi suscita e incoraggia l'operato di quanti si adoperano per ridurre il disagio e il senso di abbandono?; **promette**: troppa disperazione si accompagna alla sofferenza mentale, troppa rassegnazione e senso di sconfitta porta a gettare la spugna, anziché ad attivarsi per cambiare, nella certezza che una Parola ha già cominciato a trasformare la storia dell'uomo: "Oggi i poveri, i prigionieri, i ciechi, gli oppressi, i malati di mente, ricevono la notizia della loro salvezza" (Lc 4,16-21).

"Non ho né oro né argento, ma nel nome di Gesù alzati e cammina" (At 3,1-10). Alle comunità cristiane si chiede di stendere la

mano e di aiutare ad alzarsi, di essere protesi verso i poveri, i malati, restituendo loro la dignità perché si risollefino e possano stare diritti e camminare davanti a Dio.

6.
Una comunità
che vive

Vengono riportate delle esperienze: Milano con gli *homeless*; Roma con un centro di ascolto; Barcellona, in provincia di Messina, con i malati di un ospedale psichiatrico giudiziario e quello che si tenta di fare in Serbia Montenegro.

Sarebbe interessante conoscere le esperienze attuate in varie comunità; diventerebbero esempio e incoraggiamento che qualcosa di bello e di concreto è possibile realizzare.

7.
Percorsi

Vengono inoltre offerti dei percorsi a livello diocesano, vicariale o decanale, parrocchiale e in altre strutture, e con varie persone e iniziative da sviluppare, con consigli pratici, con incontri possibili. Tutti possiamo attivarci, coinvolgere, studiare, riflettere... Non possiamo più lasciare soli i sofferenti mentali e le loro famiglie, o delegare.

Termino parafrasando una frase di Esodo: "Gli Israeliti gemettero per la loro schiavitù, alzarono grida di lamento e il loro grido salì a Dio. Allora Dio ascoltò il loro lamento" (Es 2,23-24). I malati mentali gemono per la loro sofferenza, alzano grida di lamento e il loro grido arriva alle comunità cristiane. Allora le comunità cristiane ascoltano il loro lamento e se ne prendono pensiero.



a pastorale sanitaria oggi



rientamenti e prospettive

Mons. ITALO MONTICELLI - Direttore Ufficio Diocesano, Milano
Incaricato Regione Lombardia

La pastorale sanitaria, in questi ultimi anni, ha fatto un significativo cammino di rinnovamento: e ciò è dovuto a diversi fattori culturali e strutturali.

Naturalmente tale cammino pastorale non è terminato; esso attende che vengano realizzate le mete indicate da vari documenti del magistero.

Viene spontaneo chiederci che cosa praticamente si deve fare; e forse si spera di avere una risposta chiara, precisa e dettagliata. Il che non è possibile.

Possibile invece è prospettare alcuni orientamenti che accompagnino il rinnovamento pastorale sanitario ancora in atto.

Ritengo utile, però, prima di suggerire tali orientamenti, soffermarmi su alcune premesse da tener presente come sfondo, come orizzonte per un impegno pastorale nell'ambito sanitario.

1) Partirei da due occasioni, che si sono presentate, in questi ultimi anni, come momenti favorevoli per riflettere sulla pastorale sanitaria.

La prima occasione è stata la emanazione, nel 1978, della legge di riforma del servizio sanitario nazionale: la legge n. 833.

Essa ha dato dei principi molto suggestivi esigiti in un certo senso dal clima culturale del momento: come il diritto del cittadino alla salute, la nuova concezione della salute (prevenzione, cura, riabilitazione), la considerazione della persona malata nella sua dignità e globalità, l'uguaglianza di trattamento terapeutico, la vicinanza dei problemi della salute al cittadino nel suo *habitat*, la partecipazione del cittadino alla gestione dei servizi sanitari, la presenza del volontariato e il riconoscimento dell'assistenza religiosa per i malati (art. 1 e art. 38).

Di fronte a tale riforma sanitaria, la Chiesa non poteva non prendere coscienza e consapevolezza.

La seconda occasione per rivedere il modo di porsi pastoralmente in ambito sanitario è stata data dall'emanazione della Nota della CEI "La pastorale della salute nella chiesa italiana" (1989).

È il 1° documento della Chiesa italiana che tratta in modo breve, chiaro e organico l'argomento salute, costituendo così una

sorte di testo-base, a cui riferirsi nella elaborazione dei piani diocesani e parrocchiali e di ogni altra iniziativa pastorale.

2) Un'idea molto presente nel rinnovamento pastorale è la presa di coscienza che il soggetto primario, per non dire esclusivo, della pastorale sanitaria è la comunità cristiana.

È la riscoperta della responsabilità di tutti i membri della comunità di fronte ai problemi pastorali, bandendo il sistema della delega ad alcune persone e superando ogni forma di particolarismo (cfr. Nota della CEI, nn. 23-25) .

È la riscoperta della ecclesologia di comunione del Vat. 2°, con la relativa chiamata dei battezzati "ad essere, ciascuno a modo suo, attivi e corresponsabili" (*Christifideles laici*, 18 ss)

La molteplicità e la complessità dei problemi sanitari, che sono di ordine umano, psicologico, spirituale, etico, pastorale... esigono l'impegno di molti, non solo di alcuni, e soprattutto richiamano la necessità di mettere in esercizio i doni ed i carismi dei cristiani, memori dell'insegnamento paolino che tutti questi doni e carismi sono dati dallo Spirito per l'utilità comune (cfr. 1 Cor 12, 4 ss).

3) La conseguenza logica di questa consapevolezza è il tentativo di immettere sempre di più la pastorale sanitaria nella pastorale ordinaria della comunità, con la necessità di una organizzazione intelligente. Si tratterà di prospettare un progetto di iniziative che smuova la comunità a considerare, con comune responsabilità, tutti i problemi della sanità: come la cura e l'assistenza ai malati, la formazione del personale (operatori sanitari, operatori pastorali, volontari), le attività di servizi necessari e urgenti, come ambulatori, case per anziani, centri di ascolto, assistenza domiciliare ecc.

4) Si va estendendo sempre più, nella coscienza dei membri della comunità cristiana l'attenzione che si deve avere per l'aspetto notturno della pastorale, oltre che per quello diurno. Quindi si devono, sì, spendere energie e risorse umane ed economiche, come pure progettare iniziative per i giovani, l'oratorio, la scuola, il lavoro, la famiglia ecc., ma anche per i malati, gli anziani, gli handicappati, i non autosufficienti ecc. e questo in forza del principio evangelico che i poveri hanno un posto privilegiato nella chiesa di Cristo.

5) Nel sistema sanitario attuale i malati saranno più sul territorio (e quindi nelle parrocchie) e non negli ospedali, almeno per quanto riguarda la loro assistenza e riabilitazione.

Questo in forza di due fattori:

- la filosofia che oggi sta sotto il concetto di sanità,
- e la cosiddetta aziendalizzazione che si sta attuando negli ospedali.

Circa la *filosofia della sanità* bisogna tener conto che oggi si punta più alla prevenzione che alla cura della salute. La cura è solo un segmento del processo sanitario. Poi ci sono l'aspetto della riabilitazione e quello della prevenzione.

Ora in ospedale si svolge solo l'aspetto curativo, gli altri aspetti – quello della prevenzione e soprattutto della riabilitazione – si svolgono sul territorio. Questo è già un primo fattore che ci fa intuire l'aumento degli ammalati sul territorio e quindi nelle nostre comunità.

L'altro fattore – *l'aziendalizzazione* – conferma questa tendenza. Gli ammalati, appena si sarà esaurita la fase acuta della cura, verranno subito dimessi dall'ospedale; questo perché il pagamento riguarderà la tipologia del malanno e non più i giorni di degenza. Perciò si pensi a tutti gli ammalati che avremo nelle nostre comunità: malati oncologici, malati in fase terminale, i malati psichici, i vecchi, specie non autosufficienti, ecc.

6) Un aspetto da tenere presente nella cura e assistenza al malato è la sua globalità: non si cura un pezzo anatomico malato, ma una persona malata. Per cui occorre attuare uno stile di servizio al malato che punti ad una *assistenza integrale*, che tenga conto di tutte le dimensioni della persona: fisica, psicologica, sociale, spirituale e trascendente. Mi piace molto la sottolineatura nella Nota della CEI: *“La presenza e l'azione del cappellano (e di ogni operatore sanitario e pastorale) s'iscrivono in quella visione globale dell'uomo che caratterizza significative correnti della moderna medicina. In tale prospettiva la dimensione spirituale e morale della persona umana ha un ruolo insostituibile nella conservazione e nel recupero della salute. Ne consegue che l'intervento dell'operatore pastorale risponde a dei bisogni specifici del malato e s'inserisce, così, legittimamente nell'orchestrazione delle cure prestate ai pazienti”* (n. 39).

Il che vuol dire che la dimensione spirituale e morale fa parte della terapia. Quindi anche noi tutti, con la nostra opera umana e spirituale, siamo responsabili della cura dei malati. Non dobbiamo fare né concorrenza né sostituzione all'opera medica. Dobbiamo saper integrare l'azione pastorale con quella sanitaria. È un riconoscimento, e nello stesso tempo un impegno, non da poco.

7) Per avere una visione sintetica e chiara dei cambiamenti nell'ambito socio-sanitario di questi ultimi anni, possiamo prendere tra le mani la sintesi della ricerca effettuata da 12 regioni italiane su 16 in preparazione al Congresso Nazionale di Fiuggi sulla sanità, svoltosi nel maggio 2001.

Questa sintesi è riportata nel Notiziario della CEI, Quaderni della Segreteria Generale CEI (novembre 2001, pag. 144 ss).

Viene data una panoramica vasta, aggiornata e stimolante, che tocca la sfera culturale, l'ambito economico e sanitario, la sfera etica e la dimensione religiosa.

Conoscere questa interessante sintesi è porsi con un atteggiamento responsabile di fronte ai problemi sanitari e prospettare obiettivi adeguati per la pastorale sanitaria.

8) Da ultimo sottolineo l'importanza di vincere la tentazione di sapere già tutto. Non diamo mai per scontate le idee in campo biblico, teologico, psicologico, pastorale e formativo nei riguardi della sofferenza, del personale, dei problemi etici, della relazione d'aiuto ecc.

Anche le idee conosciute, sentite e risentite da chi opera già nell'ambito sanitario, vanno rimediate in modo sempre innovativo e portate poi dentro le nostre comunità.

Bisogna trovare in noi la capacità di cercare o creare occasioni e modalità favorevoli per trasmettere iniziative e progetti con una certa metodicità e, direi, anche con una certa scientificità.

Lo dobbiamo fare gradualmente ma con perseveranza, con coraggio e con un certo entusiasmo.

1) Il punto di partenza per il rinnovamento della pastorale sanitaria è la Nota della CEI, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, che afferma con chiarezza che il soggetto primario della pastorale sanitaria è la comunità cristiana nella sua globalità, indicando la necessità di superare l'isolamento dell'azione pastorale in ambito sanitario per inserirla nella pastorale ordinaria.

Soprattutto la Nota invita a rivalutare la linea evangelica e tradizionale di mettere al centro della pastorale l'attenzione, la cura e l'assistenza al malato, sull'esempio e il comando di Gesù Cristo.

"Soggetto primario della pastorale sanitaria è la comunità cristiana... nell'attenzione ai problemi della salute e nella cura amorevole verso i malati; la comunità ecclesiale è coinvolta in tutte le sue componenti... Pertanto è compito della comunità cristiana prendere coscienza dei problemi della sanità, della grazia e della responsabilità che riceve dal Signore nei riguardi degli ammalati e della loro assistenza, offrendo loro ogni aiuto e conforto, dalla parola di Dio, ai sacramenti e all'interessamento fraterno" (nn. 23-24).

2) Non si può parlare di pastorale in genere senza partire dalla sua origine. Ora l'origine della *missione*, anche in campo sanitario, nasce da un preciso mandato di Gesù agli apostoli: "Andate, insegnate e guarite" (Lc 9,2): essi sono chiamati ad "insegnare", con la vita e con le "Parole", il Regno e la sua salvezza, oltre che assistere e curare gli infermi.

Gli apostoli, memori della lezione appresa dalla parola e dall'esempio di Gesù, collegano sempre l'azione evangelizzatrice con l'azione terapeutica (Atti, e,42; 3,6; 5,12; 6,8; 11ss; 8,5-6; 9,34.40; 1Cor 12,9; 12,28ss; Gc 5,13-14). Si può cogliere come categoria della odierna pastorale sanitaria la visita ai malati attuata dalle prime comunità cristiane. Visitare i malati deve diventare un vero impegno per chi vuole mettersi sulle orme di Cristo. Si tratta di conoscere e realizzare tutta la ricchezza significata dal verbo "visitare", che comprende il vedere, l'interessarsi e il prendersi cura. E questo non con uno sguardo distratto, frettoloso e disinteressato, bensì con una seria preoccupazione di conoscere la situazione reale del sofferente e di partecipare alle sue angosce.

La Bibbia ci parla di Dio stesso che visita il suo popolo: vede la sua afflizione, si accorge dei suoi bisogni e se ne prende cura (Cfr. Lc1,68; 7,16).

Questo intreccio tra il vedere, l'accorgersi e il partecipare, racchiusi nel significato del verbo "visitare", esprimerà molto bene l'atteggiamento dei discepoli di Gesù e quindi della comunità cristiana che è quello di trasformare in un gesto terapeutico ed evangelico l'attenzione al malato, chiamato a vivere con coraggio la sua condizione difficile con l'aiuto di Dio e dei fratelli (cfr. Gc 5,14-15).

3) Sull'esempio di Gesù e della tradizione della Chiesa, si possono indicare alcuni *orientamenti utili* per una efficace pastorale della comunità cristiana.

a) Alla luce del mistero dell'incarnazione, passione, morte e risurrezione di Gesù, la comunità deve rivisitare la propria azione e predicazione, giungendo da una parte al superamento dell'atteggiamento puramente ascetico nei confronti della sofferenza, vista come pia e passiva rassegnazione ed accettazione, facendola diventare espressione di "carità pasquale" ed assumendo allo stesso tempo il dovere della lotta contro la malattia; dall'altra parte, va anche superato il pericolo di isolamento del malato all'interno della Chiesa stessa, considerandolo un soggetto passivo, sottacendo la sua singolare soggettività.

b) L'inserimento della persona sofferente nella comunità deve essere completo. La sofferenza non dispensa dall'impegno battesimale di cooperare alla crescita del corpo di Cristo, ma impegna a vivere tutti i doni di natura e di grazia. La funzione nella Chiesa non può essere quindi limitata ad educare il malato all'accettazione e all'offerta della sofferenza sull'esempio di Gesù, ma deve portare a sentirsi pure responsabile dei suoi fratelli in Cristo e della stessa comunità, aiutando a superare ogni forma di individualismo e a mettersi in comunione con tutti gli altri che soffrono.

c) La comunità deve aprirsi, poi, *all'accoglienza*, impegnandosi a far sì che il sofferente non sia "solo" nella prova: gli è vicino Cristo che perdona, santifica e salva, unitamente alla Chiesa che con il gesto della "presenza" partecipa alla sua situazione di debolezza, e prega con lui. I segni della misericordia divina sono: il sacramento di una fraterna presenza, la qualità di una sincera comunicazione, la proposta della Parola di Dio, la preghiera, l'offerta dei sacramenti.

d) Lo stile pastorale deve segnare il passaggio dall'assistenzialismo alla promozione della persona sofferente. Non si tratta anzitutto di "programmare" una nuova pastorale, ma di chiedere il dono di un cuore ricco di Dio e di umanità. Il movimento è duplice: non è solo un "dare" (tempo, cura, assistenza ecc.) da parte dei sani verso i malati, ma anche l'inverso. La malattia è "pedagogia" per tutti: ci fa imparare la riconoscenza a Dio per tanti doni; ci spinge a pregare per chi è nella prova, ad apprezzare il tanto bene nascosto, a ridimensionare i propri problemi; ci fa ritrovare la semplicità e l'umiltà, una maggiore disponibilità verso gli altri; ci invita ad approfondire sempre più la domanda sul senso della vita. Chi frequenta le persone sofferenti impara a non avere troppa fretta, ad ascoltare, ad incoraggiare, a fare anche i servizi umili, a non fuggire dalla realtà quotidiana, a servirsi di tutti i mezzi a disposizione per aiutare l'altro.

e) L'azione di evangelizzazione deve favorire nella comunità la promozione dei valori della vita, l'aiuto a riflettere sul dono della salute e sull'esperienza della vulnerabilità e della morte come realtà esistenziali, facendo rientrare questo annuncio nei programmi formativi della stessa comunità e favorendo iniziative socio-sanitarie a favore di disabili e di anziani. Spesso succede però che l'identità pastorale risulta impoverita dalla esclusiva azione sacramentale. La comunità ecclesiale con l'attenzione al mondo dell'umana sofferenza può recuperare un contributo concreto all'evangelizzazione della vita, promuovendo la formazione degli operatori sanitari, perché nell'esercizio della propria professione siano guidati da un'etica che rispetti veramente la dignità umana.

f) È necessario compiere un altro passaggio: dall'agire improvvisato alla progettualità. La pastorale non può essere intesa come pura prassi; essa deve manifestare il volto di una comunità che realizza le finalità evangeliche. Non basta, dunque, dire programmazione; occorre trovare idee, metodi, mezzi e strumenti perché chi opera lo possa fare attingendo anche da obiettivi e valori condivisi e dalla creatività vissuta in correlazione con quella degli altri. La pastorale, inoltre, ha bisogno di organicità: si sente la ne-

cessità di coinvolgere tutti come veri “attori pastorali”. La programmazione non può restare a livello di alcune decisioni prese in base alla buona volontà, ma va vista come un processo dinamico che unisce riflessione, discernimento e operatività. Occorre allora creare dei “luoghi e momenti” di vera programmazione e verifica.

Si legga con attenzione quanto il Papa scrive nella *Novo Millennio Ineunte* sulla spiritualità di comunione.

È indicato l’orizzonte indispensabile per vivere una pastoralità profonda ed evangelica.

“Fare della Chiesa *la casa e la scuola della comunione*: ecco la grande sfida che ci sta davanti nel millennio che inizia, se vogliamo essere fedeli al disegno di Dio e rispondere anche alle attese profonde del mondo.

Che cosa significa questo in concreto? Anche qui il discorso potrebbe farsi immediatamente operativo, ma sarebbe sbagliato assecondare simile impulso. Prima di programmare iniziative concrete occorre *promuovere una spiritualità della comunione*, facendola emergere come principio educativo in tutti i luoghi dove si plasma l’uomo e il cristiano, dove si educano i ministri dell’altare, i consacrati, gli operatori pastorali, dove si costruiscono le famiglie e le comunità. Spiritualità della comunione significa innanzitutto sguardo del cuore portato sul mistero della Trinità che abita in noi, e la cui luce va colta anche sul volto dei fratelli che ci stanno accanto. Spiritualità della comunione significa inoltre capacità di sentire il fratello di fede dell’unità profonda del Corpo mistico; dunque, come “uno che mi appartiene”, per saper condividere le sue gioie e le sue sofferenze, per intuire i suoi desideri e prendersi cura dei suoi bisogni, per offrirgli una vera e profonda amicizia. Spiritualità della comunione è pure capacità di vedere innanzitutto ciò che di positivo c’è nell’altro, per accoglierlo e valorizzarlo come dono di Dio: un “dono per me”, oltre che per il fratello che lo ha direttamente ricevuto. Spiritualità della comunione è infine saper “fare spazio” al fratello, portando “i pesi gli uni degli altri” (Gal 6,2) e respingendo le tentazioni egoistiche che continuamente ci insidiano e generano competizione, carrierismo, gelosie. Non ci facciamo illusioni: senza questo cammino spirituale, a ben poco servirebbero gli strumenti esteriori della comunione. Diventerebbero apparati senz’anima, maschere di comunione più che sue vie di espressione e di crescita”. (n.43)

Come pure una riflessione su un brano del documento dei vescovi italiani “*Comunione e Comunità*” del 1980, può trasmettere le linee operative per costruire nella comunità una cultura di comunione.

“Affinché la comunione possa realmente dar vita a una comunità dei discepoli del Signore, occorre favorire un insieme di convinzioni, di atteggiamenti, di rapporti interpersonali che promuovo-

no una vera cultura di comunione. Essa postula alcuni valori umani, quali l'attitudine al pensare insieme, alla condivisione dell'impegno, all'elaborazione comunitaria dei progetti pastorali, alla formulazione corretta di giudizi comuni sulla realtà dell'ambiente, all'adozione di forme d'intervento in cui si esprima l'anima cristiana di tutta la comunità interessata. La cultura di comunione, fondata sullo spirito di comunione, produce una mentalità nuova del vivere ecclesiale e valorizza le risorse di tutti.

La comunione comporta pure l'educazione alla lettura dei segni dei tempi e all'esercizio di quella funzione critica e promozionale che corrisponde a una presenza intelligente, attiva e responsabile della Chiesa nel nostro tempo.

Queste qualità umane, in cui sono chiamati a esercitarsi continuamente il cristiano e la sua comunità, costituiscono una vera pedagogia di comunione e abitano al superamento di visioni autonome e settoriali, senza scadere, peraltro, in un genericismo inconcludente o in un facile populismo. La carica evangelica, infatti, e una spiritualità intensamente vissuta, concorrono a far evitare tali rischi, e aggiungono all'impegno umano la visione tipica dell'uomo di fede". (n. 63)

Affinché questi orientamenti possano attuarsi nelle nostre comunità, occorre rinnovare in profondità l'azione pastorale in senso comunionale.

Non tutti, dentro la comunità, hanno lo stesso compito, ma tutti hanno un'uguale dignità, gli stessi diritti e doveri; e ciascuno è chiamato ad offrire agli altri il suo dono specifico.

È necessario attuare una continua conversione dall'individualismo e dall'abitudine dei gesti alla solidarietà e alla lettura delle situazioni nuove.

Come la sanità pubblica esce progressivamente, con i nuovi orientamenti giuridici, dagli ambiti ristretti dell'ospedale per radicarsi sul territorio, anche la stessa pastorale accanto ai sofferenti deve perdere la sua limitata connotazione di pastorale ospedaliera e deve richiamare l'attenzione di tutti i membri della comunità.

Tutti sono realmente coinvolti e diventano collaboratori e corresponsabili dell'evangelizzazione e dell'apostolato.

Le comunità cristiane devono prendere maggiormente coscienza di avere la presenza dei malati sul territorio nel momento dell'assistenza e della riabilitazione.

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, ai rapporti con le autorità locali, alla considerazione del bene comune.

Spesso la solidarietà e il servizio agli ammalati sono ancora delegati a gruppi o a singoli senza preoccuparsi del coinvolgimento di tutta la comunità sotto diverso e complementare profilo.

Si tratterà allora di coordinare tutte le risorse presenti sul territorio per costruire una pastorale d'insieme a favore dei sofferenti presenti a domicilio.

Tali risorse non sono poche: si pensi ai ministri straordinari dell'Eucaristia, agli operatori pastorali, ai volontari delle diverse associazioni, ai familiari dei malati, agli stessi malati.

Le comunità cristiane devono fare un percorso formativo ed operativo per aprirsi a queste nuove visioni della sanità, privilegiando la dimensione territoriale e domiciliare.

Le attuali condizioni della società in ambito sanitario ci obbligano tutti a rivedere i metodi pastorali, a cercare ogni mezzo adeguato, a studiare come essere veramente utili a chi è nel bisogno.

È il metodo moderno per rendere viva e attuale l'azione taumaturgica e misericordiosa di Gesù.

III. Una pastorale programmata

Se la pastorale è l'azione della Chiesa intera, di tutta la Chiesa e di tutti nella Chiesa, per nessuno l'azione pastorale ed evangelizzatrice deve essere atto individuale.

Questo in ogni ambito, anche in quello sanitario. Si potrebbe dire che per essere veramente una Chiesa "sanante" a livello diocesano e parrocchiale, occorre prendere in considerazione la presenza di alcune strutture. Solo così si potrà incidere con efficacia. Naturalmente l'efficacia non va ritenuta fine a se stessa ma una condizione da non trascurare nell'azione apostolica.

"L'efficientismo - scrive il Card. Giacomo Biffi - non è una virtù evangelica, ma non sta scritto da nessuna parte che l'inefficienza sia un dono dello Spirito Santo. Senza dubbio le nostre opere non sono gradite al Signore a misura della loro perfezione esecutiva e del successo mondano; ma è difficile ritenere che Dio si compiaccia dell'impreparazione, del pressappochismo, della trascuratezza".

1) A livello diocesano

Una pastorale organica in questo settore trova il suo punto di riferimento nella persona del vescovo, capo e rappresentante della Chiesa particolare, con la responsabilità di "promuovere i vari aspetti dell'apostolato nella sua diocesi e di coordinarli, con il dovuto riguardo alle particolari differenze di tali aspetti". Il Vescovo esercita il suo ministero di comunione mediante una pluralità di organismi e uffici pastorali.

Particolare rilievo per la promozione di una pastorale sanitaria organica assumono l'Ufficio o un organismo simile, che può essere supportato da una Consulta per la pastorale della sanità.

L'Ufficio per la Pastorale della Sanità, o organismo simile, ha l'intento specifico di studiare le linee pastorali diocesane nel campo della sanità, di sensibilizzare le comunità cristiane a tali problemi, di coordinare le iniziative riguardanti la formazione e l'aggiornamento delle persone che operano nel settore, di seguire lo studio dei progetti di legge in materia sanitaria.

Un organo utile per attuare questi obiettivi può essere la Consulta diocesana per la pastorale della sanità, composta, oltre che dal rappresentante dell'Ufficio, da soggetti attivi nell'azione pastorale o in forma di presenza cristiana all'interno del mondo della sanità: parroci, cappellani, associazioni ecclesiali, associazioni professionali cristiane, volontariato.

Le principali attività della *Consulta diocesana* per la Pastorale della Sanità devono essere indirizzate su tre versanti:

a) quello riguardante la *sensibilizzazione delle comunità cristiane*, mettendo in rilievo che soggetto primario della Pastorale sanitaria è la comunità cristiana in tutte le sue componenti;

b) quello riguardante la *formazione* di tutti gli operatori sanitari, rivolgendo particolare attenzione ai medici, infermieri e volontari. L'attività formativa può avvenire attraverso l'apporto e la collaborazione delle singole Associazioni professionali e di volontariato. Pur lasciando ad ogni associazione la realizzazione dei loro specifici programmi, è opportuno fissare alcune iniziative annuali da svolgere insieme;

c) quello riguardante *l'assistenza ai malati*; l'attenzione delle comunità cristiane ai malati si dovrà fare più premurosa per le persone sole, emarginate, con patologie che richiedono cure particolari: come malati oncologici, anziani non autosufficienti, persone affette da AIDS ecc.

2) A livello parrocchiale

“Nell'attenzione ai problemi del mondo della salute e nella cura ammirevole verso i malati, la comunità ecclesiale è coinvolta in tutte le sue componenti” (n. 23).

“L'assistenza amorevole agli ammalati raggiungerà più efficacemente il suo scopo, se si eviteranno facili deleghe a pochi individui o gruppi e se si organizzeranno sapientemente interventi della comunità” (n. 24): da queste affermazioni si deduce che anche le comunità parrocchiali sono chiamate in prima persona in questa azione pastorale: infatti nel futuro la parrocchia occuperà, per i motivi precedentemente esposti, un ruolo sempre maggiore all'interno della Pastorale Sanitaria. Di conseguenza, è compito di ogni comu-

nità cogliere questa situazione ed elaborare linee d'intervento specifiche, essendo diversa l'azione da svolgere a domicilio da quella praticabile in ospedale, come pure diverse sono le tipologie di malato (cronico, disabile, anziano, non autosufficiente, malato terminale...).

A tutta la comunità parrocchiale è chiesto di farsi carico dell'impegno verso i sofferenti, oltre che di sensibilizzare le varie categorie di persone sulla dignità della persona, sui valori cristiani della vita e sulla responsabilità nei confronti della salute.

Il coinvolgimento dei fedeli si attuerà attraverso un serio processo di formazione e di educazione da "tradursi in progetti di catechesi raggiungendo non solo gli ammalati e gli operatori sanitari, ma anche le famiglie e le istituzioni educative" mediante la valorizzazione di scadenze annuali (giornata mondiale del malato, quaresima...), la predicazione, la programmazione di itinerari etici e antropologici.

Di pari passo con la formazione deve essere perseguito un impegno ed un'azione *per* e *con* i malati che si concretizza nell'accostamento umano e sacramentale, nel coinvolgimento degli stessi in momenti comunitari, nell'aiuto materiale in situazioni particolari, in incontri di preghiere e di catechesi.

Nel corso degli ultimi vent'anni un contributo essenziale nell'assistenza del sofferente è stato offerto dal volontariato, in gran parte di matrice cristiana; questo fenomeno, adeguatamente considerato sotto l'aspetto formativo, può dare anche oggi un prezioso contributo nell'impostazione e nell'attuazione di specifici programmi di assistenza domiciliare.

Per un adeguato cammino di pastorale sanitaria sul territorio, va data importanza alla instaurazione di adeguati collegamenti tra Consiglio Pastorale Ospedaliero, Cappellania Ospedaliera e Parrocchie, mediante una conoscenza e partecipazione reciproca alle varie attività.

3) A livello ospedaliero

L'ospedale rimane ancora luogo privilegiato di evangelizzazione che favorisce l'incontro dell'uomo malato con Dio. Come dice la nota della CEI "il cappellano deve farsi centro e propulsore di un'azione tesa a risvegliare e sintonizzare tutte le forze cristiane presenti nell'ospedale, anche quelle potenziali e latenti" (n. 41). In ogni ospedale si deve aver premura di costituire il "consiglio pastorale" e "la cappellania" cosicché si attui meglio la partecipazione di tutta la comunità.

I nostri ospedali hanno bisogno di un soffio di missionarietà: soffio che parte, sì, dallo Spirito Santo, ma che deve incontrare cuori aperti e volontà pronte ad agire.

Molti identificano la pastorale sanitaria, soprattutto quella che si svolge in ospedale, con l'amministrazione dei sacramenti, in modo particolare dell'Unzione degli Infermi.

Questa visione è riduttiva e poco efficace all'interno della società contemporanea secolarizzata, dove la pratica religiosa è in diminuzione e le verità fondamentali del cristianesimo sono sempre meno conosciute.

La pastorale sacramentale è punto di arrivo e non più di partenza, dopo aver instaurato una positiva relazione di aiuto ponendosi in ascolto dei vissuti e dei messaggi del sofferente e rispettando il proprio cammino di fede.

Solo così i sacramenti rivestiranno un ruolo terapeutico e sanante e potranno essere compresi nella loro specificità di gesti e di riti.

IV. Alcune particolari attenzioni

Nella programmazione di una pastorale sanitaria, le comunità cristiane oggi devono aver presente alcune priorità, specie in ambito formativo.

- Prima di tutto occorre *far riscoprire ai fedeli la loro vocazione missionaria o apostolica*, attraverso la presa di coscienza della loro partecipazione all'ufficio sacerdotale, profetico e regale di Cristo. Al fedele-cristiano-laico in questo contesto è chiesto un ministero di cura, di accompagnamento e di compassione sia a livello personale che comunitario, "ritrascrivendo la parabola del Buon Samaritano nella comunicazione ai sofferenti dell'amore di guarigione e di consolazione di Gesù Cristo" (C.L. 53).

L'esempio per eccellenza della compassione è quello di Dio, il quale ha mandato nel mondo il proprio Figlio, non per togliere le pene dell'uomo o per sanare tutte le situazioni di povertà, ma per condividere la condizione umana, farne esperienza, soffrirla con l'uomo sino a morire (cfr. Fil 2,1-11).

Nell'ambito assistenziale, la condivisione, la compassione, la commozione, che sono stati atteggiamenti tipici di Gesù nell'accostare i sofferenti, se sono assunti dai cristiani come loro naturale impegno vocazionale portano nella realtà sanitaria un profondo cambiamento nei rapporti con i sofferenti e con il personale sanitario.

Nell'ambito assistenziale sono proprio questi atteggiamenti che cambiano profondamente il rapporto e la metodologia di accompagnamento delle persone verso la guarigione o verso la morte. Ma per raggiungere questo obiettivo serve realmente ascoltare, comunicare che si vuole ascoltare, conoscere una storia, una persona.

- Occorre poi puntare ad un *reale coordinamento delle Associazioni* che operano nel settore sanitario e sono presenti sul territorio. Si tratterà di ricercare nuovi modi di vivere ed esprimere la comunione ecclesiale, lasciandosi guidare dal comandamento evangelico dell'amore e crescendo nell'esperienza e nella testimonianza della solidarietà e della condivisione.

A partire dai diversi carismi dello Spirito Santo, che ogni associazione vive e manifesta, una seria pastorale di una comunità ha il compito di conservare e sviluppare una comunione pastorale operativa e reale.

È una delle esigenze oggi più avvertite per attuare una capacità di collaborazione fraterna e per essere al servizio della missione per il bene comune. Si instaureranno allora relazioni mature, frutto di grande comprensione reciproca e di una capacità di autocritica comunitaria.

Bisogna far capire che ogni iniziativa a favore dei malati e dei sofferenti, come pure ogni presenza nella società, è fatta non a nome personale, ma a nome della comunità. È un modo per contribuire ad una pastorale d'insieme, che si propone un'adeguata valorizzazione di tutte le forze presenti nel mondo sanitario locale, al massimo della loro possibilità. Realizzano quanto afferma il Concilio Vaticano II in vari documenti, che tutti i battezzati sono di per sé soggetti dell'agire ecclesiale e attori responsabili di azione della Chiesa.

Questo spirito comunitario non deve essere frutto di qualche autoritarismo né di qualche efficientismo o paternalismo né volontarismo; ma solo frutto del dono di comunione trinitaria e battesimale, del condividere il dono e il compito comune dell'evangelizzazione del mondo sanitario.

- Va veramente *valorizzata* nelle comunità parrocchiali la Giornata Mondiale dei Malati, presto alla sua dodicesima edizione. Nella lettera del Papa al Card. Angelini per la istituzione della giornata sono indicate in modo chiaro e specifico sei precise finalità. Esse vanno conosciute, attualizzate con progressività e con perseveranza nei programmi annuali, correlandole con i temi annuali dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della sanità della CEI. Forse tale giornata deve fare un salto di qualità: accanto all'*aspetto culturale*, già diffuso e sentito dai nostri parroci, occorre sviluppare con più consistenza e convinzione anche l'aspetto culturale. Il che comporta che accanto alle celebrazioni liturgiche vanno promosse iniziative che abbiano lo scopo di far riflettere sul dolore le varie categorie di fedeli, di indire convegni che trattino, in ambito parrocchiale, vicariale, zonale, diocesano, problemi etici, sanitari, organizzativi... coinvolgendo anche le autorità civili.

La creatività, in occasione di questa giornata, va fatta veramente funzionare con più decisione nella programmazione pastorale annuale delle comunità.

- * Nelle nostre parrocchie, forse, bisogna puntare a far *sorgere* o ad animare, se già ci sono, delle *microstrutture o concrete iniziative*, che mirino a realizzare luoghi di assistenza veramente ricchi di umanità per gli anziani, i malati in fase terminale, gli handicappati, i bisognosi di cura... Che non sia questo l'aspetto profetico che il mondo sanitario attende, come fu nel passato la costituzione di ospedali, ricoveri, case di cura, da parte dei tanti fondatori di Ordini religiosi?

L'importante è puntare a strutture che:

- creino un *clima familiare* per i sofferenti, specie se non c'è quello naturale della loro famiglia;
- non *permettano l'isolamento*, l'abbandono, l'emarginazione del sofferente;
- *facilitino in tutti i modi la presenza del malato* o dell'anziano *nel suo mondo di affetti*, di amicizie e di tradizione.

Conclusione

Il cambiamento della pastorale sanitaria sia nella mentalità delle persone sia nelle modalità d'azione si realizzerà non in un breve momento né attraverso gesti clamorosi, ma mediante piccoli e significativi passi che avvengono in comunione e solidarietà con tutti i membri della comunità.

Conta molto che nella riflessione, come nella programmazione ci sia uno slancio spirituale e apostolico che spinga ad una solida formazione dei fedeli e che apra alla creatività anche di adeguate ministeri.

Il poeta francese Paul Claudel diceva: "Dio non è venuto a spiegare la sofferenza: è venuto a riempirla della sua presenza". Forse noi possiamo tradurla così: "Le nostre comunità non sono chiamate ad eliminare o spiegare la sofferenza, ma a riempirla della presenza divina, amando i propri malati e sofferenti", con la convinzione che sostenerli e amarli nell'angoscia della loro sofferenza, anche se non si riesce a cancellarla pienamente, è continuare l'opera sanatrice e salvifica di Cristo e contribuire alla realizzazione del Regno di Dio.

In questo Convegno si sono dette molte cose, che poi voi avete il diritto anche di dimenticare. Una sola cosa invece non va dimenticata: l'impegno di far sì che le nostre comunità abbiano ad imboccare la via della condivisione e dell'amore nei confronti dei sofferenti. È ciò che aveva intuito anche uno scrittore laico come Ennio Flaiano (1910-1972) quando, in un suo progetto di sceneg-

giatura, immaginava che Cristo ritornasse sulla terra e venisse assediato dai malati imploranti la guarigione. Ma – e qui si rifletteva l'autobiografia dell'autore che aveva una figlia gravemente disabile – “un uomo condusse a Gesù la figlia malata e gli disse: Io non voglio che tu la guarisca, ma che tu la ami. Gesù baciò la ragazza e disse: In verità, in verità vi dico: quest'uomo ha chiesto ciò che io posso veramente dare”.

È quanto ci chiedono i malati ed è quanto le nostre comunità possono dare: non tanto la guarigione, ma l'amore.

Alcuni documenti indispensabili

- *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi* (CEI 12.7.74).
- *Salvifici doloris*, lettera apostolica di Giovanni Paolo II (11.2.1984)
- *Dolentium hominum*, Motu proprio dell'11.2.1985 che costituisce la Pontificia Commissione (oggi Consiglio) per la Pastorale degli operatori pastorali.
- *Christifideles laici*, esortazione apostolica di Giovanni Paolo II (30.12.1988), nn. 53-54
- *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, CEI (31.3.1989)
- La lettera istitutiva della *Giornata Mondiale del malato* del 13.5.1992.

Ogni diocesi poi terrà conto dei discorsi o documenti del proprio vescovo. E non mancano. Ricordo anche

- *I malati nella comunità ecclesiale*, 4.10.1987, del Card. Giacomo Biffi.



Conclusioni

Mons. SERGIO PINTOR

Direttore Ufficio Nazionale CEI per la Pastorale della Sanità

Cercherò anch'io di dire alcune parole in libertà, sciolte; non con tutta l'organicità di don Italo, ma alcune parole in libertà che richiamino alcuni aspetti, anche forse per una ricaduta del nostro convegno.

Non le chiamerei conclusioni, perché come diciamo sempre un convegno non si conclude ma è un momento, una tappa che poi deve continuare; quindi più che di conclusioni dovremmo parlare di proseguimento di un cammino, di come attuare messaggi e indicazioni che sono emersi proprio in questo nostro convegno. E questo ci potrebbe aiutare anche per una ripresa e una ricaduta, perché sento e ritengo molto importante – come molti di voi dicevano quando abbiamo scambiato nell'incontro fuori sala le nostre preoccupazioni e i nostri progetti – si diceva che questo convegno dovrebbe essere ripreso a livello regionale. Allora io penso che uno schema che ci può aiutare a rileggere il convegno non lo faccio io in questo momento.

Potremmo invece domandarci che cosa esso ci ha offerto in rapporto all'uno o all'altro dei cinque obiettivi che trovate nel foglio di lavoro. Questo poteva essere un percorso anche articolato e ampio, attraverso il quale si potrebbe tentare di fare una sintesi interpretativa. Però è molto rischioso farla così un po' di corsa, perché probabilmente mortificherebbe il contenuto e la ricchezza del convegno stesso che ha certamente bisogno di maggior tempo per essere sedimentato e per poter essere poi condotto a quelle che sono le priorità e le prospettive che più facilmente potranno essere sviluppate anche in rapporto alle condizioni locali,

Credo però che dall'insieme del nostro convegno emergano con evidenza *alcune consapevolezze* da avere o da sviluppare, addirittura da suscitare e da promuovere, *alcuni messaggi* da cogliere e *alcuni impegni* da attuare. Questo sempre in riferimento a quanto abbiamo condiviso, non solo con le parole, ma – l'abbiamo detto dall'inizio – con le presenze; e la presenza è già una parola che si traduce in voce, non solo in relazioni; e si traduce proprio in voce anche come presenza. Poi dirò anche chi siamo in qualche modo, perché qualcuno lo chiedeva, facendo anche un piccolo commento e proponendo un piccolo impegno da proseguire dopo il convegno.

Se ci collochiamo insieme in questa prospettiva di consapevolezza, di messaggi e di impegni, mi pare che – ha insistito anche mons. Monticelli – prima di tutto viene la consapevolezza del cambiamento in atto nel mondo della sanità, un cambiamento che non tocca solo il mondo della sanità perché è anche un cambiamento sociale e culturale, e tocca in maniera più forte quegli ambienti o quelle persone che sono in qualche modo più sensibili al cambiamento; e se il cambiamento non è gestito in maniera corretta, possono esserci maggiori ferite e disagi e avere, invece, minori attenzioni.

Il cambiamento in atto ci porta anche a percepire la complessità e l'intreccio di problemi a cui siamo chiamati a rispondere. Questo non per spaventarci ma per prendere coscienza che la complessità ci pone davanti a una grande esigenza: quella di riscoprire insieme e fare un discernimento su quello che è essenziale anche nel nostro ministero, nella nostra pastorale della salute, ben sapendo che dobbiamo partire da questa essenzialità per svilupparla, e ad essa ricondurre la stessa complessità. Ma essa ci richiama anche ad alcuni atteggiamenti che forse abbiamo sperimentato anche in questi due giorni.

Credo che la complessità è l'articolazione molto variegata anche del mondo della salute e della stessa pastorale sanitaria. Essa ci pone in un *atteggiamento di grande umiltà*, umiltà come ricerca, non umiltà nel senso di tirarsi indietro o del dire che siamo incapaci di affrontare questa realtà; questa non è umiltà, questo è disimpegno, è non riconoscere le energie che lo Spirito non cessa di mettere in noi; è non riconoscere quella miniera di doni che ciascuno di noi è, e che ciascuna delle persone che incontriamo è. Ma questo atteggiamento di umiltà ci apre immediatamente al discernimento e fa del dialogo, dell'incontro, dell'ascolto reciproco, della collaborazione lo strumento proprio per rispondere, perché l'umiltà dice anche che nessuno, fosse anche il più bravo, fosse anche il più dotato, nessuno potrà mai rispondere da solo a queste realtà.

Ecco allora il discorso del “noi” della Chiesa, che rimane fondamentale; è un noi della Chiesa che non è un noi di ghetto, né il noi di una roccaforte; è il noi dell'umanità perché è il noi di Gesù Cristo; è il noi del “Padre Nostro” non del “padre mio”, non il padre solo della Chiesa, ma il Padre di tutti gli uomini. Penso che questa apertura ci restituisca quella identità di Chiesa, quell'identità di testimoni che senza disagio e senza estraneità si può incontrare con chiunque, in qualunque cammino di ricerca e nelle strade dell'uomo, che possono andare verso Gerusalemme o da Gerusalemme si allontanano, però per dire sempre quel Vangelo e quindi riportare

sempre in questa direzione. Credo che questo atteggiamento oggi sia fondamentale e solo chi è umile sa amare e sa lasciarsi amare.

Non sogniamoci di amare qualcuno, solo perché siamo capaci di amare, potremo amare qualcuno solo se noi ci sentiamo amati e ci sappiamo far amare dagli altri. Forse la nostra superbia più grande è una sindrome di onnipotenza e ce ne sono tante in giro oggi, con tante forme di arroganza e di potere; ma forse, nel potere spirituale, la più rischiosa è proprio quella di pensare che siamo solo capaci di dare e di amare. Siamo così poveri e piccoli da non capire che abbiamo bisogno noi per primi di essere amati e di lasciarci amare. Riscopriremo allora un cammino di liberazione anche per noi e una comunità che potrà essere sanante, se ci lasceremo costantemente sanare e risanare dall'amore di Dio che passa attraverso i suoi segni.

Questa prima consapevolezza ci pone anche davanti a un impegno e a un'attenzione forte: non isoliamoci, non lasciamoci isolare, né come persone singole né come gruppi né come associazioni né come uffici né come Chiesa. Restiamo davvero incarnati nella realtà, non perdendo quello che ci è donato come specifico e che non viene da noi; ed esprimiamolo nel termine della carità, di questo amore, di questa tenerezza di Dio.

Una seconda consapevolezza mi pare che sia emersa con forza, con gioia mista a sofferenza qualche volta, è la *consapevolezza del compito-missione* che come Chiesa ci è affidato. In alcuni interventi è stato detto o manifestato persino sul volto. Noi sappiamo che non sempre neppure la Chiesa è attenta e sufficientemente consapevole di questo compito-missione, che abbiamo celebrato anche in questa Eucaristia, cioè dell'andate e annunciate e curate.

Ci portiamo una schizofrenia nell'annuncio, dobbiamo riconoscerlo; ma come Chiesa non possiamo leggere la cultura dalla finestra o dalla extraterritorialità, perché non esiste un Vaticano in questo senso. Se invece sapremo leggerla dall'interno, ci farà umili, perché sappiamo che quell'aria la respiriamo anche noi; e certe volte è anche quella che giudichiamo nei documenti; e se non stiamo attenti la possiamo assorbire. Allora l'attenzione non è data a tutto il corpo e nel corpo ai membri più deboli, secondo la visione paolina di Chiesa, ma è data più a una visibilità che non è sacramentalità. Dico sempre che la sacramentalità ha bisogno della visibilità; però non ogni visibilità nostra è sacramentale; ci sono certe visibilità che nascondono anziché svelare, perché vogliono mostrare altro e altri, noi stessi, e non vogliono portare e servire alla trasparenza del mistero.

Lo vorrei ricordare con una testimonianza di Ugo Donato Bianchi. Io ringrazio don Filippo che ieri ci ha fatto vedere quel volto dolcissimo, qui su questo schermo, e penso che chi l'ha incontrato l'ha sentito presente. Sapete che allo scadere del quinto anno che è richiesto sarà inoltrata anche la causa di una sua beatificazione. Sappiamo che i santi non hanno bisogno di canonizzazioni, di beatificazioni, di molte scene; però noi, che l'abbiamo incontrato (ieri è stato citato anche il brano splendido di quello che io ritengo il suo testamento spirituale, che ha consegnato a noi proprio per la cura nel mondo della salute), ricordate quell'uomo mite in quell'omelia, quando a un certo punto, commentando il mistero dell'Annunciazione e della Visitazione, ha sollevato la voce e ha gridato: "Svegliati Chiesa". Lo ricordiamo? "Bisogna bussare alle porte dei palazzi, delle istituzioni, bisogna bussare alle porte dei vescovadi, bisogna bussare alle porte delle parrocchie", e giù di questo passo. Cosa diceva, qual era la motivazione? "Perché il grido di chi soffre non ha pazienza, non può aspettare, non può attendere".

Ho richiamato questa testimonianza, in questo convegno così ricco di testimonianze, perché mi sembra che ci dia grande speranza. Non siamo qui a lamentarci di chi non ci capisce, del vescovo che ancora non comprende bene forse l'importanza, della CEI che ha parlato di tutto e spesso, e non ha parlato della sanità. Non stiamo qui a lamentarci di questo. Siamo qui, ecco allora l'impegno, per promuovere questa coscienza, perché può darsi che noi non la manifestiamo sufficientemente, può darsi che noi ci siamo lasciati delegare, può darsi che noi non abbiamo coinvolto, non stiamo coinvolgendo particolarmente i parroci, le persone, gli altri.

Questo allora per noi diventa un impegno con mons. Ugo Donato Bianchi, ma con questa grandissima speranza. Quando diceva: "Davvero la pastorale sanitaria – è un suo detto, lo conoscete tutti – è un po' la cenerentola nella pastorale italiana", io gli dicevo: "Guardi, p. Ugo, forse è anche un bene che rimanga un po' così, non solo per la favola, ma perché forse mantiene quel germe evangelico che qualche volta proprio in questa piccolezza e non nell'appariscenza può diventare un fermento".

Detto questo, in forza della sacramentalità della Chiesa, una Chiesa senza questo segno non evangelizza, o evangelizza in modo talmente parziale da non portare al cuore del mistero della Pasqua; e non si dà evangelizzazione che non sia il kerygma della Pasqua. Detta in tutti i modi, detta in tutti i linguaggi, ma deve passare assolutamente per la Morte e la Risurrezione di Cristo. Questa è l'incarnazione, questo è il culmine della salvezza e del risanamento della nostra umanità.

Su questo vi posso dire che con pazienza si stanno facendo dei passi. Intanto non possono essere passi burocratici, il passo grande siete voi, è la nostra presenza, pur con tutti i limiti. Ed è da questa presenza che noi dobbiamo ripartire. Una presenza, in questo cammino, che ha ormai una certa esperienza: si è arrivati anche attraverso la costituzione della Commissione episcopale per il servizio della carità e per il servizio della pastorale della salute. Abbinamenti forse non sempre felici, ma, ce lo dicono i vescovi, sono semplicemente accorpamenti per diminuire strategicamente le persone e i partecipanti al consiglio permanente; poi hanno messo un po' insieme, volendo però lasciare distinti, distinti non separati, perché nulla è separabile nella pastorale, che è di un'unica Chiesa, dei compiti o degli ambiti o delle ministerialità. Però quella Commissione per noi è stata importante, perché per la prima volta la nostra voce, o quella parola che sono i malati e i sofferenti di cui noi dobbiamo essere voce, può arrivare sul tavolo del Consiglio permanente.

Finora non c'è stato grandissimo spazio; si comincia un po' a parlarne; non credo però che noi otterremo qualcosa se nella prolusione si accennerà o si parlerà di questo problema. È molto di più il cammino, però sono tanti piccoli segni che possono favorire un'attenzione.

È stato chiesto, d'accordo con la Consulta, che una delle assemblee di tutti i vescovi faccia spazio a un intervento e a una comunicazione sulla pastorale della salute, in modo che ritornando in diocesi i vescovi siano aiutati a prendere maggiormente coscienza di questo segno evangelizzante e di questo ambito della pastorale. Come ufficio, io ho mandato questa Carta; e appena vi scriverò, spero di mandarvi già almeno le conclusioni e alcuni rilievi sul convegno, per non aspettare troppo. Se riusciamo a stamparli subito, manderò insieme anche gli Atti, come ho mandato a tutti i membri della consulta, e per informazione anche a tutti i direttori, questo foglio che ho trasmesso; l'ho fatto come tutti voi come ufficio, e quindi anche ve lo comunico. perché è importante che voi siate in sintonia e lo conosciate.

Mi si chiedeva di trasmettere anche le seguenti annotazioni: "In vista di un più diretto e autorevole interessamento della Cei, pensando all'Assemblea sarebbe opportuno sollecitare un suo eventuale pronunciamento su alcuni problemi che riguardano la presenza della Chiesa nel mondo della salute".

E qui in questo contesto si richiamava la cappellania ospedaliera, l'unità dei cristiani che operano nel mondo della salute;

quindi non solo le opere e le istituzioni, ma tutti coloro che operano nel settore, per sollecitare l'attenzione al federalismo sanitario su cui stiamo facendo poco. Molti ci dicono: "Ma la Chiesa cosa dice su questo cambiamento? Si fa voce? Davvero difende il diritto della salute di tutti? Sta parlando con forza o rischia di omogeneizzarsi un po' a una certa cultura o a una certa politica?".

Si stanno facendo questi piccoli passi, io chiederei che a livello regionale venga ripresa la promozione di questa consapevolezza, con grande serenità e tranquillità, ma anche con decisione. E allora le consulte regionali e le commissioni regionali potrebbero farlo attraverso il vescovo che sensibilizzano; e il vescovo incaricato (perché ogni regione ha un vescovo incaricato per la pastorale della salute), se non è ancora molto dentro, aiutatelo con pazienza, perché è una scuola a cui dobbiamo iscriverci tutti; e a livello regionale promuovere la stessa realtà e la stessa consapevolezza.

Lo stesso discorso vale a livello diocesano, partendo dalle situazioni che sono estremamente diverse. Milano ha una sua storia, una sua consapevolezza; ha anche un vescovo che se ne interessa particolarmente e che vi manda un carissimo saluto. Sarebbe stato qui presente mons. Merisi, ma ha un impegno come vescovo in Lombardia. Però gli vogliamo dire grazie anche se non è presente, perché sta seguendo moltissimo tutta la problematica delle istituzioni sanitarie cattoliche. Tra gli altri c'è qui Violenzio Ziantoni che è il nuovo segretario generale proprio dell'ARIS; è venuto qui stamattina e quindi lo segnalo come presenza. È una delle componenti che incidono in questa realtà come presenza di Chiesa, anch'essi con le loro problematiche, ma che devono essere problematiche di Chiesa.

A livello diocesano, così una battuta, proprio perché stiamo in famiglia. Ho ricevuto una lettera di un neodirettore, scrive che è stato qui al convegno l'anno scorso senza essere incaricato nella sua diocesi, mentre adesso il vescovo l'ha incaricato e purtroppo quest'anno non è presente, non capisco perché. Ha 35 anni di sacerdozio, 21 di esperienza nel campo della pastorale della mobilità umana; riassumo, ritorna in diocesi e doveva essere ancora incaricato per la mobilità umana e per l'apostolato del mare, nel frattempo viene incaricato di fare da assistente volontario, quindi non retribuito, a cappellano dell'ospedale, il quale cappellano è un vescovo che è stato all'estero, in Brasile, e che adesso qui è cappellano d'ospedale e ha la bellezza di 87 anni; lui fa l'assistente volontario, appoggia questo vescovo che ha 87 anni ed è cappellano ufficiale.

Sentite: “Per carattere non sono stato abituato a finzioni o nomine tanto per coprire gli organici di tutti gli uffici che una diocesi per esigenze del centro deve avere. Pertanto vorrei approfittare delle vacanze per organizzare come si deve il tutto” e chiede di essere aiutato e di avere uno statuto sull’ufficio.

Questa lettera mi ha commosso perché dice che è una persona di disponibilità, consapevole forse anche di un limite che trova nella realtà, forse non si è accorto di essere stato scelto con un grande mandato, forse per dargli un certo compito si trovava lì, però lui dice: “Io questo compito lo voglio fare, lo voglio fare bene, voglio essere aiutato a prepararmi bene”, Ecco perché ve l’ho detto. Partiamo da queste situazioni non per piangerci sopra ma per partire anche dal positivo, perché un vescovo che ha lasciato la sua diocesi, che ha speso la vita in Brasile, che ha 87 anni, non è carta da buttare. Quindi che sia in un ospedale, che possa essere un segno, diciamo grazie al Signore e non dimentichiamolo mai. Ma non si fa un favore a un vescovo, a un uomo, a un prete di 87 anni, se gli chiedo quello che a 87 anni non può fare da solo. Sarà importante – ecco la visione antropologica cristiana – che il vescovo, ottantasettenne, il novantenne, il prete anziano, il laico, eccetera, se stiamo insieme come corpo, in quel noi, le cose che potrà dire quel vescovo a 87 anni, non le può dire un altro. Però questo richiede ancora una volta questa visione di chiesa e non la delega e non un incarico.

Scusatemi se ho usato troppo tempo, però ho avuto quasi un messaggio di speranza quando ho letto questa lettera, e questo ci fa riconoscere anche nel noi che siamo; lo si diceva un po’ tra una battuta e l’altra. Credo che fortunatamente nel Regno di Dio non si vada mai in pensione; il giorno in cui noi avessimo una visione della persona umana, la nostra stessa visione. a livello semplicemente epicentrico, solo biologico-fisico, sarebbe molto triste. Sappiamo che anche una visione antropologica, anche scientifica, legge la vita in salita, in ascesa, e quindi anche in miglioramento, che però può incontrarsi con il limite fisico, come l’età; ma può essere anche per un trauma da giovane, e il sangue non scorre più bene; oppure per una forma di disabilità grave, persino psichica, ma ciò non toglie nulla alla dignità, al segno, al dono, alla parola che quella persona è.

Attraverso la pastorale della sanità io credo che ci è dato un compito molto grande, di rinnovarci in una visione di uomo, e di uomo redento, e di uomo più uomo, come dice il Concilio. Ci è data la grazia di percepire l’essenziale dell’essere Chiesa, non dell’apparenza, non dei muscoli, non della potenza, non della ricchezza, ma della povertà sperimentata come spogliamento, perché lì puoi esse-

re rivestito di quella dignità immensa che è la divinizzazione. È questa la grande identità che noi portiamo, e che ci dobbiamo riconoscere, e riconoscere negli altri.

Qui il discorso potrebbe farsi ampio. Però a livello nazionale, o regionale, ma anche diocesano portiamo avanti la promozione di questa consapevolezza, e con fraternità ci comunichiamo anche qualche iniziativa che può accendere altre idee. Però facciamo dal punto di vista di scuola, di magistero povero. C'era il parroco milanese che si sentiva papa, vescovo e parroco, ma non si sentiva fedele. Chiediamo al Signore di sentirci sempre un po' più fedeli a dei ruoli che magari ci vengono assegnati, perché in quella misura saremo sempre un po' maestri. Ma riconosciamo anche gli altri come nostri maestri, perché siamo anche discepoli. Credo che a livello di questa consapevolezza è emersa – e questo è molto importante – la necessità di sviluppare un tessuto terapeutico nel territorio, cioè pensiamo a ospedale e territorio, il malato, la persona, la famiglia; non pensiamo di costituirli in due tessuti, il tessuto di Chiesa e poi il tessuto sociale del servizio sanitario.

Il nostro servizio nel tessuto di Chiesa deve avere la sua specificità ma non è sulle nuvole, non è spiritualistico; è incarnato in questa realtà, in questo sistema sanitario con i suoi vantaggi e i suoi svantaggi; ci si deve sporcare le mani dentro questo tessuto.

L'abbiamo capito. La prima volta che un direttore sanitario che è venuto alla nostra Consulta ha detto: "Avrei bisogno delle parrocchie per capire i bisogni". Parole che richiamano quella sintesi che avevamo preparato per i convegni interregionali in preparazione al convegno di Fiuggi. Quella sintesi è andata al Ministero, quella sintesi mi è stata chiesta di recente da delle realtà politiche che studiavano i problemi della sanità e volevano sentire come noi nel territorio le potevamo percepire. Io credo che questo tessuto, senza confondersi, passa attraverso una presenza, una collaborazione. Noi possiamo stimolare anche il servizio sanitario, un tessuto sociale con la profezia, con un volontariato che non sostituisce, con una qualità; ma questo non lo possiamo fare semplicemente con le parole.

Qui mi permetto di aggiungere – non ne abbiamo parlato – la presenza dei carismi di vita religiosa, dediti e nati per dire il Dio della tenerezza a partire dai più poveri; quindi opere e istituzioni sanitarie, sono opere di chiesa, per definizione anche di quel documento continuamente richiamato da don Italo, e sono nel territorio non sulle nuvole; stiamo attenti appunto che quel "noi" della Chiesa coinvolga queste presenze; non lasciamole sole però; chiediamo a

queste istituzioni di non sentirsi troppo forti o di non essere integrate in tutto questo tessuto.

Chiediamo con grande amore, perché ne abbiamo bisogno, a queste istituzioni, se sono religiose, che non tradiscano e non nascondano il loro carisma di vita religiosa, perché da quello che sono chiamate a dare, esso avrà bisogno di qualità, di efficienza e di quello che volete; ma se i criteri rimangono solo quelli richiesti a qualunque struttura, credo che varrebbe la pena di chiuderle, e lasciare che altre strutture facciano quel lavoro lì. Scusate, lo dico con amore e con passione, perché abbiamo bisogno di queste realtà, di queste case di Dio che poi possano avere l'omologo, come nella sala catechistica, in questa capacità di avere la sala e la stanza parrocchiale, dove nella comunità cristiana diciamo ugualmente questa presenza e questa vicinanza del Dio samaritano.

Lascio altre cose, questo richiede il "noi" della Chiesa, la visione di una Chiesa davvero sanante.

In questo nostro cammino un grande messaggio ci deve accompagnare e deve davvero riportarci all'essenziale. Mi pare che il messaggio principale che io ho percepito lo definirei testimoniale e narrativo. Vuol dire che noi non abbiamo fatto un convegno in cui c'erano delle relazioni, e poi c'erano, guarda caso, due testimonianze di vescovi malati. Io avevo paura quando li ho invitati, vi confesso. Non li abbiamo invitati come vescovi, perché ci dicessero la loro testimonianza di vescovi e di pastori nella loro condizione. Io credo che questa sottolineatura di forte narrazione, che è stato poi anche il genere letterario con cui si sono espressi, ma con cui si è espresso anche don Mario quando è venuto qui a parlare come parroco, è lo stesso linguaggio che forse potremmo utilizzare tutti noi, perché c'è la testimonianza che è stata possibile a don Savio; perché c'è la vostra testimonianza qui dentro, la testimonianza di ciascuno di noi e di ciascuno di voi, della nostra storia.

Forse noi abbiamo tradotto il Vangelo troppo in concetti, forse anche la teologia non ci ha sempre aiutato. Anche la concettualità come strumento è importante. Però – io credo – è strumento, non potremo mai dire il Vangelo per ragionamenti o per concetti.

La Chiesa esiste solo per evangelizzare, si dice.

Per dire molte parole? No, per dire il Vangelo. E lo può dire solo con una mediazione di testimonianza. Rileggiamo gli Atti, l'annuncio è di una testimonianza, non è un ragionamento. E la testimonianza rimanda a Lui, e la narrazione è narrazione di quell'a-

more di Dio che si sviluppa dalla creazione, si evolve in questa preparazione del Cristo e continua attraverso questo segno povero che è la sacramentalità della Chiesa, per narrare solo che Dio è amore e narrarlo dentro la vita degli uomini, dentro qualunque storia, per quanto compromessa, di persone, di gruppi umani, di popoli.

Se ci mettiamo in questa realtà testimoniale e narrativa, parlare di parrocchia comunità sanante significa riscoprire il cuore della missione della Chiesa, dell'essere e dell'agire come Chiesa. Siamo Chiesa, mediazione del Signore Gesù che risana, libera, salva attraverso la Pasqua di morte e di risurrezione. È il kerygma, con mille linguaggi; ma qualunque linguaggio diventa retorica, o diventa esibizionismo, se non dice la testimonianza, se non dice l'incontro e se non dice la sua presenza. Penso che allora qui potremo rileggere quanto ci ha detto Plotti, questa narrazione attraverso i segni dell'amore alla vita, della solidarietà, del servizio, della fede speranza e carità, della fraternità accogliente, della vita generata, rigenerata, celebrata, dell'attenzione preferenziale verso i più poveri, i più deboli, eccetera. Queste sono le testimonianze che non vengono da noi, ma che ci sono consegnate e donate come profonda partecipazione.

Penso allora alla narrazione e testimonianza di Vincenzo Savio, di p. Alberto Ablondi, che non hanno toccato le corde dell'emotività. Sì, anche Savio si è commosso quando voleva sorriderci e c'è rimasto male. Lui diceva e voleva farci un sorriso perché noi ce lo portassimo nel cuore, ... ma gli ho detto che l'abbiamo letto il sorriso anche in quel singhiozzo che gli è venuto.

Ma non è stato un discorso emotivo, è stata una testimonianza e una narrazione che ci ha portato – bellissima l'immagine della consegna del mantello profetico. Portato nel profondo, a scavare nella nostra fede, io mi sono sentito interrogato, ma credo ciascuno di noi, nella nostra fede, nelle nostre paure. Ci ha portato a scavare nel mistero che siamo noi stessi, e dentro questo mistero stupendo e sempre sorprendente che è il cuore di Dio, e penso – ve l'ho già detto, e ve lo dico, lo sapete, con estrema fraternità e riconoscenza – alla narrazione e testimonianza di ciascuno di voi. Io penso che se voi potevate sfilare uno per uno qui, davanti a questo microfono, ci avreste detto delle cose bellissime da condividere. Un rammarico – più che un rammarico è l'accettazione di un limite – è quello che sarebbe piaciuto che tutti noi parlassimo a tu per tu. Però credo che anche così, questa presenza fraterna ci colpisce tutti.

Chi viene da fuori – a me ha colpito il primo convegno che abbiamo fatto tra di noi – dice davvero che senza parola, con que-

sta testimonianza e nella nostra povertà, ci diamo molto solo incontrandoci, e con questo vi voglio dire grazie. È una narrazione, una testimonianza, non è un convegno semplicemente così per dire delle cose.

Ma come dire questo kerygma? Come narrare? Come testimoniare meglio nelle nostre parrocchie, nelle nostre comunità? Come possono essere risanate dall'accoglienza di questo kerygma? Qui vi rimanderei anche all'intervento di Rosa Bianca: ha tracciato delle cose molto concrete, dei segni da portare anche all'interno della comunità.

Centralità, ascolto, accoglienza della persona e del malato con la sua peculiarità e condizione concreta, segnato dai suoi bisogni e dalle sue possibilità.

Ho riassunto in questa frase il grandissimo messaggio centrale. Pensate all'intervento del dott. Silvano che ci ha detto: "Guardate che l'ammalato non esiste in termine generico, è in condizioni diversificate e ci stiamo sempre attenti".

Un altro messaggio è la necessità di sviluppare, nella comunità ecclesiale e civile, quel tessuto terapeutico risanante coinvolgendo tutti i soggetti – lo abbiamo già detto –; la necessità di una pastorale della salute maggiormente integrata nella vita pastorale – lo richiamava don Italo –; e sviluppare una più ampia e collegata ministerialità della Chiesa nel mondo della salute; leggiamo così tutto il discorso "ospedale e territorio e parrocchia"; l'idea di un coordinatore a livello di territorio anche per la nostra presenza; quell'idea gettata lì, forse, di un convegno tra cappellani, parroci e direttori di Asl (ci pensiamo e cercheremo di concretizzarlo). Penso allora in questa prospettiva anche ai gruppi di animazione e di servizio; penso ai due interventi molto ampi delle due chiese che ci hanno aiutato ieri sulle cappellanie e su quella che è la ministerialità che poi ci rimanda a tutte le altre ministerialità, volontariato, eccetera.

Prospettive da sviluppare e iniziative: incontri di consultazione regionale. Ho accennato già ai convegni; pensate a consultazioni regionali che non diventino consultazioni stanche. Rivitalizziamole. Vi voglio dire una cosa: se me lo dite per tempo, io penso che l'unico modo di collaborare e di incontrarci possa essere che io mi rendo disponibile a venire nella vostra consultazione. Incontriamoci e lì potremo avere le ricadute e potremo ripensare insieme al prossimo convegno, a questi momenti in cui ci incontriamo. Mi viene da pensare che questo convegno che ha avuto poco spazio (e vi chiedo scusa), è stato dialogico nello spirito, ma poco spazio davvero. È un limi-

te. Però potremo pensare a una preparazione con lavoro di gruppo nelle consulte, cioè che le consulte preparino il convegno sapendo per tempo anche le tematiche, e si arrivi al convegno portando anche queste realtà dove si è lavorato in gruppo.

Questa potrebbe essere un'innovazione anche metodologica che potremo pensare per il prossimo convegno, ma rilanciamole a livello regionale. Un compito: prendete l'annuario, e nella prossima riunione di consulta interrogatevi su quali diocesi erano presenti, e quali non erano presenti; alcuni sono assenti giustificati, sono con l'Unitalsi Toscana a Lourdes. Noi diremo da oggi che nella stessa settimana il prossimo anno, varierà di un giorno, avremo la data del convegno; per cui in quel "noi della Chiesa" sarà importante che Unitalsi, e altre associazioni magari potenti, stiano un po' attente, perché questi sono gli strumenti più poveri, ma sono gli strumenti di comunione. Allora chiediamo anche a tutti coloro che hanno attività che stiano attenti a questo momento comunionale, che è molto importante.

A livello di consulta regionale coinvolgiamo il vescovo e cerchiamo di vedere di suscitare le diocesi che non ci sono mai. Forse il responsabile regionale può andare dal vescovo regionale, questo è un suo compito; andiamo sempre a bussare, come diceva Ugo Donato Bianchi, con molta umiltà; non diciamo un diktat, però andiamo a far presente una situazione; se necessario scriviamo insieme col regionale e con l'Ufficio nazionale; però creiamo questo tessuto.

A livello dei referenti parrocchiali portiamo avanti quello che ci è stato detto: i convegni regionali e diocesani, eccetera.

Il convegno tra Asl e Cappellanie l'ho già accennato, ci sarà in autunno; riceverete l'invito; un convegno sulla solidarietà alle fasce deboli in sanità, con attenzione – è stato richiamato – anche agli emigranti. Lo faremo sicuramente a Roma e sarà sulla solidarietà sanitaria.

Riceverete anche – e qui c'è un problema che è stato sollevato dei "mediatori culturali" e buttiamo lì un'idea: come comunità cristiane noi potremmo impegnarci anche nell'accoglienza dei nostri fratelli che vengono da diverse chiese, da diverse realtà e da diverse continenti; pensare di essere un luogo in cui prepariamo alcuni immigrati che sono credenti e cristiani, li prepariamo per fare da mediatori culturali ed ecclesiali nei confronti di queste persone che vanno in un Pronto Soccorso e non li capisce nessuno. Potremo scrivere nei nostri impegni anche questo e lo potremo portare a que-

sto convegno, non risolto, ma come qualcosa su cui riflettere e su cui forse, con la nostra piccolezza, dare un segno ecclesiale. Questo, di mediatori culturali, è diventato un termine tecnico, ma per noi potrebbe essere anche “mediatori pastorali”. Questa penso che sia una cosa molto concreta.

La giornata mondiale, che abbiamo richiamato nelle finalità, sarà sul tema della solidarietà. Lo vediamo ormai non come momento puntuale e solo culturale (culturale è anche brutto); per noi è momento sacramentale; è il culmine e la fonte. Teniamo sempre a mente questo: celebriamo la vita e non facciamo solo un rito (il rito è strumento); non facciamo una parata di malati servendoci dei malati; non è questo il modo di metterli al centro.

Però la giornata mondiale ormai è diventata un itinerario. Lo stesso sussidio – se notate – ha dei sottotitoli. Il sussidio si riscrive, si rifà, si riadatta; però nello spirito vuol dire un tema che è un percorso, un percorso da non fare da soli. Dovrebbe essere ecclesiale ma nel “noi dell’umanità” in quel territorio, un “noi” di coinvolgimento. In quali modi? Ci può essere un aspetto che coinvolga più i sanitari; può essere legato anche all’Asl; potremmo persino pensare a un momento di accreditamento e di formazione sulla tematica in cui noi siamo presenti, magari per la dimensione etica. Però ci sono anche altre possibilità. Io accennavo quando c’era Loredana Nasta, come rappresentante delle associazioni di malati non ecclesiali: noi potremo stare attenti alla realtà di associazioni dei malati nelle nostre realtà locali, e coinvolgerli in questo cammino, fare magari un incontro con loro e dire questa vicinanza come Chiesa; e lo diciamo anche operando insieme e facendoci un pochino carico. Allora solidarietà a tutto campo, nel cuore ci sarà sempre il kerygma del Cristo solidale, perché questo è la redenzione, questo è la sanazione, questo è la salute. Dovremmo riuscire ad averlo scritto a fine settembre e quindi, in qualche modo, avere anche questi mesi per poterlo portare avanti.

Chiudo con una consegna del Vangelo che ci è stato trasmesso attraverso queste testimonianze. C’è un’immagine che mi sta accompagnando in questi due giorni, sollecitata da Fiuggi, dall’acqua, dalle sorgenti: il simbolo dell’acqua, nel Vangelo, è grandissimo e pensavo: con tutta la nostra fretta, e questa nostra corsa a mille attività, forse ci dimentichiamo di avere la pazienza di sostare. La malattia ci fa sostare, il malato più attivo riscopre la sosta, e non possiamo stare vicino ai malati se non siamo capaci di sostare.

C’è un Cristo che il Vangelo ci presenta che sosta al pozzo di Sicar, e sosta perché proprio anche lui è un po’ stanco; al pozzo di

Sicar incontra una donna che ha una domanda, una sete; non conosce la risposta alla sua sete ma ce l'ha e va ad attingere quest'acqua. È una donna che vive l'estraneità con il Cristo, lo vorrebbe mantenere estraneo, e invece il Cristo vince questa estraneità e la apre all'incontro, perché per primo le viene incontro. È anche un testo in cui poi si scopre qual è l'acqua che ci disseta, in cui questo dialogo, questo incontro, questo sostare apre a un mistero direi trasparente, che non è il Dio del formalismo, o il Dio dei nostri panni, che pretendiamo di portare noi; è il Dio Padre di tutti gli uomini, nella verità e nello Spirito, e noi siamo chiamati ad essere segno e sacramento di questo Dio trasparente. Ed è in questo incontro che ci si apre alla gioia, al correre agli altri e dire: "L'ho incontrato io; non è per sentito dire, ma sono io che l'ho incontrato"

Credo che questa immagine dell'incontro di Cristo con la Samaritana potrebbe essere la consegna che ci facciamo reciprocamente, che ci portiamo come pagina di grandissima speranza, perché di quell'acqua abbiamo bisogno tutti noi, di Lui che sosta. Primo Mazzolari ha addirittura un libro e ha parole stupende e splendide di commento a questa pagina evangelica.

Mi sembrava che in questa pagina ci fosse un po' tutto, come un po' tutto c'è in ogni pagina del Vangelo, perché c'è tutto in una sola Parola, che è Lui ancora una volta, e la sua Persona. E di questo Vangelo che ci siamo scambiati io vi dico "grazie". Non faccio i nomi di chi ha lavorato. Abbiamo visto tante narrazioni dette con la presenza. Grazie per questa narrazione e questa testimonianza.