

Indice

Notiziario – Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 1 – Marzo 2006

Presentazione pag. 3

PARTE I

ATTI DEL 6° CONVEGNO NAZIONALE DEI DIRETTORI
DEGLI UFFICI DIOCESANI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Il giorno del Signore: tempo di salute e di cura

Giorno dell'ascolto, della condivisione e della missione

Chianciano, 21-23 giugno 2004

Introduzione ai lavori

Il giorno del Signore, giorno della cura e della salute

S.Em. Card. Javier Lozano Barrágan pag. 6

Giorno del Signore e pastorale della salute

S.E. Mons. Giuseppe Merisi pag. 15

Il malato e il giorno del Signore

S.E. Mons. Angelo Comastri pag. 20

Il Servizio Sanitario Nazionale a venticinque anni dalla riforma

Prof. Carlo Mario Mozzanica pag. 31

PARTE II

ATTI DEL 7° CONVEGNO NAZIONALE DEI DIRETTORI
DEGLI UFFICI DIOCESANI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE

Chiesa: comunità di salute e di servizio alla vita nel contesto attuale

Chianciano, 20-22 giugno 2005

Apertura del Convegno

S.E. Mons. Francesco Montenegro pag. 56

Presenza della Chiesa nel mondo della salute: nuovi scenari e nuove domande

Prof. Carlo Mario Mozzanica pag. 60

| | |
|--|----------|
| <i>A partire da Cristo, medico del corpo e dello spirito</i> Prof. Mons. Giordano Frosini | pag. 80 |
| <i>La comunità cristiana come comunità sacramentale di salute e di vita</i> S.E. Mons Marcello Semeraro | pag. 93 |
| <i>Le Istituzioni sanitarie cattoliche nella missione della Chiesa oggi</i> Dr. Fr. Mario Bonora | pag. 106 |
| <i>Cappellani ospedalieri e cappellanie nella pastorale della salute della comunità cristiana</i> Don Roberto Lunardi | pag. 113 |
| <i>Quale animazione pastorale per la crescita di comunità cristiane come comunità di salute e di servizio alla vita</i> S.E. Mons. Mario Paciello | pag. 117 |

PARTE III

14ª Giornata Mondiale del Malato

Adelaide (Australia), 11 febbraio 2006

| | |
|--|----------|
| <i>Sussidio</i> | pag. 126 |
| <i>Nota del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute sulla giornata mondiale della salute mentale</i> | pag. 145 |
| <i>Messaggio per la 53ª Giornata Mondiale dei malati di lebbra</i> S.Em. Card. Javier Lozano Barragán | pag. 147 |
| <i>Informazioni e documentazione</i> | pag. 151 |
| <i>La pastorale della sanità</i> don M. Brunetti | pag. 152 |
| <i>Il Camillianum: centro di formazione accademica per la pastorale della salute. Scheda informativa</i> P. Luciano Sandrin | pag. 163 |



resentazione

don SERGIO PINTOR

Dopo una lunga pausa, siamo in grado di riprendere, finalmente, la pubblicazione del nostro "Notiziario", sostituito per oltre un anno dall'invio di "dossier" monografici.

In questo numero, pubblichiamo gli atti degli ultimi due Convegni Nazionali dei nostri Uffici diocesani, di per sé già a suo tempo inviati ai partecipanti.

Lo riteniamo utile, non solo perché costituiscono una "memoria" da conservare nell'archivio dei nostri uffici, ma anche e soprattutto perché possano costituire materiale da riprendere e approfondire, da valorizzare e da attualizzare nella progettazione pastorale in diocesi.

Insieme, riportiamo il testo del sussidio - base "Alla scuola del malato", per la preparazione e la celebrazione della 14ª Giornata Mondiale del malato dell'11 febbraio 2006.

Nella prospettiva e in continuità della GMM, sembra opportuno comunicare, come doverosa informazione, una breve "nota" di S.Em. Card. J.L. Barragán (Presidente del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute), pubblicata in occasione della Giornata Mondiale della salute mentale. Anche perché il tema accentuato nella GMM, che si celebrerà, come luogo simbolico, ad Adelaide (Australia), sarà quello di una particolare attenzione ai malati mentali.

È inutile ricordare l'importanza e il significato che la celebrazione di questa giornata va sempre più assumendo nella nostra pastorale della salute: non una semplice celebrazione puntuale isolata, ma un cammino di formazione e di animazione a tutti i livelli e in tutti i luoghi (parrocchie, ospedali, case di cura, ...) che coinvolga i diversi soggetti operanti e interessati nella cura della salute, a cominciare dai malati fino a tutti gli operatori sanitari e pastorali e a tutti coloro che istituzionalmente hanno responsabilità gestionali nella sanità.

Infine, una nota conclusiva: questo numero del "Notiziario" vi giunge dopo un momento di particolare importanza per la pastorale della salute nelle nostre diocesi: nell'Assemblea Generale della CEI ad Assisi (14-18 novembre) uno dei due temi centrali dell'incontro è stata una riflessione attenta e articolata sulla pastorale della salute e le problematiche che essa oggi incontra.

Si tratta di una riflessione che, mentre risponde a una nostra lunga e sentita attesa, può offrire nuove convinzioni, suscitare una conversione di mentalità, promuovere una maggiore attenzione ai segni evangelici silenziosi, perché più profondi e incarnati nelle domande più esistenziali e vere delle persone, aprire concrete prospettive di azione più condivise, donare a tutti coloro che operano e vivono quotidianamente nel mondo della salute nuove motivazioni di impegno e una più forte speranza.

PARTE I

Atti del 6° Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Salute

IL GIORNO DEL SIGNORE: TEMPO DI SALUTE E DI CURA

Giorno dell'ascolto, della condivisione
e della missione

Chianciano, 21-23 giugno 2004



Introduzione ai lavori

Il giorno del Signore, giorno della cura e della salute

† Cardinale JAVIER LOZANO BARRAGÁN

Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

Ringrazio Monsignor Sergio Pintor per l'amabilità avuta nell'invitarmi ad inaugurare questo Convegno tanto importante per la Chiesa in Italia.

Voi, incaricati della Pastorale della Salute nella Chiesa particolare d'Italia, avete una missione molto bella e lieta; siete portatori di allegria, di vittoria, di luce, di vita.

Il tema "Domenica e Salute", mi sembra molto appropriato e, se mi permettete, tratterò di offrirvi alcune mie riflessioni alla luce del pensiero di Giovanni Paolo II, dato che il Dicastero che presiedo è lo strumento col quale il Santo Padre estende il suo ministero di comunione a tutta la Chiesa. Lo sfondo del mio tema sarà la sua Carta Apostolica "Dies Domini"¹.

Introduzione
Problematica
della Domenica

È fuori da ogni dubbio che nella società occidentale oggi si presenti una viva problematica per la celebrazione cristiana della Domenica. Si sostiene che prima la Domenica cristiana si inseriva molto bene nella condotta sociale perché si viveva in una società di cultura rurale con le sue specifiche coordinate di spazio e tempo, dove non era strano parlare di spazio e tempo sacro e si esigevano le partecipazioni comunitarie. Queste coordinate di spazio e tempo si adattavano alle esigenze ancora più antiche delle religioni cosmiche, che si finalizzavano al corso degli astri ed ai cicli agricoli. Il Giudaismo era una di queste religioni. Il Cristianesimo, nato in una cultura simile, non ha fatto fatica ad adeguarsi ad esse e così ha scelto un periodo ciclico ricorrente per le celebrazioni dei fatti vitali, ha creato la Domenica ed anche tutto l'anno liturgico.

¹ GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Apostolica "Dies Domini"*; Città del Vaticano, 31 maggio 1998; nn. 1-87.

Noi però ci troviamo ora in una società pluralista molto diversa, certamente non rurale, neanche industriale, ma postindustriale. Oggi si sente la necessità del riposo settimanale, ma tutta la sacralità della Domenica è lasciata da parte e non serve più. Oggi quello che s'impone è proprio il riposo e si vuole averlo nella maniera più efficace e libera, cioè, secondo la volontà di ognuno, senza ricorrere a regole prefissate. Chi si dedica a guardare la TV o il cinema, chi a fare sport o ad andare alla partita di calcio, chi alla passeggiata in montagna o alla spiaggia, oppure andare con gli amici, pranzare insieme, avere tutta la famiglia riunita insieme, dormire di più, o anche organizzare i lavori della settimana successiva, ecc.²

Essendo realisti, piano piano ci allontaniamo da quello che significava la Domenica. E, riguardo la salute, è proprio il "fine settimana" che si adotta per crescere nella salute mediante un meritato riposo, per vincere lo stress della settimana, essere più calmi e tranquilli e rinnovare le forze per un'altra settimana di lavoro. Il "fine settimana" è una specie di anticipo dalle imprescindibili ferie annuali.

1. Il Paradiso

È vero che la nostra Domenica è fuori posto nel mondo d'oggi? Rispondiamo: può darsi, in una maniera singolare: forse anche nel mondo d'oggi non è strana l'idea del paradiso, almeno se s'intende come un desiderio naturale di gioia, felicità e piacere. Se mi permettete, affronterò il tema della Domenica cristiana e la salute dal punto di partenza del paradiso nel suo senso etimologico originale.

Rivolgendoci alle radici etimologiche della parola "paradiso" troviamo che l'espressione originale è di origine persiana e suona come: "*parididaeza*", che significa appunto giardino chiuso. Da questa parola deriva la espressione usata nell'ebraico "*parades*", benché molte volte nella Bibbia per significare la stessa cosa si preferisca usare il termine "*gan*" o "*gannah*"; dall'espressione originale persiana viene la greca "*παράδεισος*", la latina "*paradisus*". Il significato in tutte le culture che parlano di uno stato originale è in sintesi gioia, allegria pienezza e felicità.

Mi colpisce che il termine persiano paradiso non significhi meramente giardino, ma giardino chiuso, che suggerisce di trovare la chiave per aprirlo. L'idea centrale delle riflessioni che mi propongo di sviluppare è che la Domenica è la chiave per aprire questo paradiso, anche nella società postindustriale.

² BRANDOLINI L., *Domenica, Nuovo Dizionario di Liturgia*, a cura di Domenico Sartori e Achille M. Triacca. Ed. Paoline, Roma 1984, 378-395.

Per trovare la chiave occorre una luce indispensabile e questa è soltanto la fede cristiana: senza questa fede il paradiso rimane chiuso; e la Domenica non può pretendere di essere la chiave, proprio perché essa è la festa della Fede nella risurrezione del Signore.

2. La Domenica e il Sabbath

Ben sappiamo che l'origine della Domenica è la risurrezione del Signore, e non proprio l'accostamento culturale del Cristianesimo alle religioni cosmiche. Appunto, Domenica significa "Dies domini", "dies dominicus"; è molto appropriato come si dice nella lingua russa Domenica: "Vaskresenie", che letteralmente significa risurrezione.

In una prospettiva giudeo cristiana, la Domenica è nello stesso tempo il primo giorno della settimana dopo il "Sabbath", oppure l'ottavo giorno settimanale, che corona il Sabbath.

3. Primo Giorno

Come primo giorno della settimana si capisce il parallelismo con il primo giorno della creazione, nel quale tutto comincia. La risurrezione è veramente l'autentico primo giorno della ri-creazione, che è veramente l'inizio di tutto. Nella narrazione biblica del primo giorno della creazione Dio ha fatto la luce³; nella Domenica, in questo vero "primo giorno", Dio si fa luce totale dell'universo in Cristo risorto. Nelle culture fuori della Bibbia, il primo giorno era il giorno del sole oppure del fuoco. Questo nuovo primo giorno è anche il giorno del vero sole⁴, Cristo risorto; ed è il giorno del fuoco, perché è il giorno dello Spirito che nella Pentecoste ci fa sperimentare la vita del risorto, che riscalda con il caldo della vita il gelo della morte.

4. Ottavo Giorno

Se invece consideriamo la Domenica come l'ultimo giorno della settimana, come l'ottavo giorno, allora il significato appare ancora più ricco, come una vera coronazione del Sabbath. S'introduce quindi un concetto molto importante: il riposo come coronamento dell'opera di Dio. Infatti, il Sabbath, il settimo giorno dopo la creazione, il libro della Genesi lo adopera come il riposo del Signore⁵.

³ Gn 1,3.

⁴ Lc 1, 78.

⁵ Gn 2,2.

Non perché Iddio si sia stancato di creare e sia adesso inattivo, ma perché il Signore contempla pieno di gioia e di amore quello che ha creato e lo trova molto buono. Questo riposo creativo perenne significa l'assistenza efficace di Dio all'uomo, l'affermazione divina sull'opera dell'uomo nello sviluppare la creazione, che si intensifica al ritmo dell'elaborazione umana del creato, specialmente oggi con i meravigliosi progressi della scienza e della tecnica. Il Signore gode della sua creazione, e questa gioia è perenne, non soltanto per così dire all'inizio delle culture primitive, ma in tutto lo sviluppo delle insondabili potenzialità del creato che oggi ci stupisce nei progressi tecnici e scientifici che, ci auspichiamo, possano rendere il mondo più umano e più abitabile.

Ma, possiamo assicurare che il Signore Creatore gode specialmente del coronamento della sua opera: la creazione dell'uomo. Il Signore si innamora dell'umanità, tanto che un giorno avverrà il mistero dell'Incarnazione pasquale, contraendo le nozze divine con l'umanità.

Nel mistero dell'Incarnazione il Sabbath, come riposo del Signore, si apre alla Domenica in un progresso tale d'amore, che Dio stesso riposa nell'uomo dimorando in Lui. Il Mistero dell'Incarnazione è il profondo senso del Sabbath che arriva alla sua pienezza nella Domenica.

È meraviglioso questo senso della Domenica come riposo di Dio, ma c'è ancora un altro elemento per indicare questa pienezza del riposo divino della Domenica. L'uomo ha oscurato questo riposo e, per così dire, lo ha turbato. Il riposo dell'Incarnazione è un riposo restauratore dell'armonia avuta, si tratta di un riposo divino redentore.

È espressiva l'interpretazione di S. Ambrogio sul riposo di Dio nella creazione. S. Ambrogio si domanda perché Dio non aveva riposato quando ha creato l'universo e invece sì quando ha creato l'uomo?; e risponde: "... ha fatto l'uomo e allora ripose perché così ha avuto a qualcheduno al quale potesse perdonare i peccati"⁶.

Infatti, quando nell'Esodo il Signore stabilisce il riposo sabbatico per il suo popolo, motiva questo riposo facendo allusione alla memoria della liberazione dall'Egitto⁷. Allora il Signore comincia a far capire che il Sabbath non è soltanto la mera contemplazione delle meraviglie del creato, ma che la sua bellezza amorosa è stata disturbata e che il riposo si può realizzare soltanto se lo stesso Creatore riporta l'uomo e l'intera creazione alla sua primitiva bontà, oscurata dal peccato, così come ha liberato gli Ebrei dal giogo dell'Egitto. Questa liberazione avrà la sua piena realizzazione nella Pasqua di Cristo: nella morte, risurrezione, ascensione e consegna dello Spirito.

⁶ Hex. 6,10, 76: CSEL 32/1 261.

⁷ Ex 20,11.

5. *Giorno della ri-creazione della vita*

Così, per riposare veramente, bisogna contemplare e godere della creazione attraverso la lente ancora più meravigliosa della ri-creazione, che significa la Pasqua del Signore. Soltanto la morte e risurrezione di Gesù possono dare l'autentica dimensione di ogni vero riposo. È gioia, ma è anche sofferenza; è contemplazione, ma è anche azione, significa estasiarsi davanti alle meraviglie del risorto, ma anche entrare nelle sue piaghe gloriose ed abbracciare la croce. Il riposo del Signore è un insieme di sofferenza e di gioia, di morte e vita, di Onnipotenza e di misericordia infinita, è il chiaro oscuro della vita: questo insieme è la Domenica, epifania della risurrezione e "sacramento" della stessa.

Si vede così come il centro della Domenica non possa essere altro che l'Eucaristia. Per l'Eucaristia, essendo il memoriale della Pasqua, la Domenica non è soltanto una sola commemorazione del riposo del Signore, ma si costituisce nello stesso Riposo del Signore, dinamico e creativo, vitale, redentore, ri-creativo. L'Eucaristia è sempre questo memoriale, però, per così dire, il giorno che più lo rivela è la Domenica.

6. *Giorno eterno*

Quando si parla di "giorno" ci introduciamo nelle categorie del tempo; nella Domenica si tocca la liberazione anche di un tempo ciclico, ripetitivo che si squarcia con la proiezione del tempo verso l'eternità. La noia, la depressione, l'angustia attuale, in ultimo termine sono motivate dalla presenza inesorabile della morte, come fine di un ritorno grigio di cicli cosmici. La Domenica significa liberazione di questo tempo noioso e ripetuto ed inaugura un nuovo tempo che chiamiamo "*kairós*", che è come una freccia veloce che ha il suo bersaglio nell'orizzonte dell'eternità, senza chiudersi nei cicli ripetitivi che si accumulano. Nella Domenica lo Spirito Santo, infatti, ci apre nuovi orizzonti che nella loro novità ci conducono sempre a panorami insoliti che veramente significano assistere quotidianamente ad una nuova e continuata creazione, anche cosmica, rinnovata misteriosamente perché già partecipiamo alla condizione di risuscitati.

7. *Giorno solidale*

C'è un altro punto che appartiene anche alla liberazione domenicale: la Domenica come liberazione dalla solitudine; perché il nostro tempo è ammalato di solitudine. Siamo una folla enorme, ma senza formare una moltitudine che si congrega. Nella Domenica fatta memoriale facciamo della folla informe una "moltitudine che si

congrega nell'unità del Padre, del Figlio e dello Spirito"⁸. L'amore nuziale di Dio con l'umanità significa e crea l'amore fraterno tra di noi: diventiamo Corpo di Cristo, Popolo di Dio, Chiesa. Questo è un amore che trascende tutte le frontiere, che veramente ci dona una vera etica globale, che abbraccia tutti i popoli, tutta la gente, vicina e lontana, di questo mondo e dell'altro: è la Comunione dei santi.

Qui si trova la vera agape che crea e redime. Significa in primo luogo l'unione con la Madonna dall'Incarnazione fino alla Pentecoste, accentuando il culmine della risurrezione. Significa anche l'unione con tutti gli angeli ed i santi. E significa complessivamente l'intima unione con tutta la creazione, essendo incorporati a Cristo risorto centro dell'Universo⁹, Alfa ed Omega del Creato¹⁰.

8. *Paradiso aperto*

Ritornando all'introduzione, dove parlavamo del paradiso e del riposo di Dio dopo la creazione, è ovvio che Cristo risorto sia la chiave per entrare nel "giardino chiuso". Cristo ha scelto la Domenica come il giorno dei giorni, il giorno del riposo sacro di Dio: il giorno dell'amore creativo, continuo, redentore, eterno, solidale. Questo è il vero paradiso che non può essere più "*paradidaeza*", giardino chiuso; la Domenica ha spalancato le porte. La spada di fuoco che lo custodiva è diventata, per mezzo dello Spirito, chiave ardente di amore impetuoso che ci costringe ad entrare¹¹.

Tutto il significato della Domenica è nello stesso tempo una profezia. È un'armonia iscritta in chiave prolettica. La Domenica si legge nell'ottica della speranza: è il giorno dei giorni che si introduce nell'eternità come il culmine, ma che ancora serpeggia sulla terra nell'oscurità della fede. La Domenica è meravigliosa, ma soltanto per colui che ha fede. Colui che ha fede può essere molto realista: vedere, anzi, sperimentare il male del mondo, ma non perdere la speranza perché vive nella Domenica la nuova creazione e gode partecipando del sacro riposo di Dio anche nella croce. Così la Domenica è il giorno dell'Allegria, è il giorno della festa. Per i cristiani, tutti i riposi desiderati nel "fine settimana", tutte le allegrie delle feste domenicali, le allegrie familiari, l'allegria dei successi, tutti i godimenti del tempo libero, per essere autentici e non rimanere alla fine come frustrazione e fallimento, devono essere pervasi da questa grande Allegria. Che è una virtù difficile, ma è proprio l'unica chiave con la quale si può scrivere la sinfonia dell'autentica vita.

⁸ Cfr. *Lumen Gentium*, 4.

⁹ *Col* 1,14-20.

¹⁰ Cfr. *Apc.* 1,8; 21,6; 22,13.

¹¹ Cfr. *Gn* 3,24.

Adesso siamo in grado di rispondere alla domanda: cosa ha a che fare la Domenica con la salute? La risposta viene comparando quello che significa la Domenica con quello che significa la salute.

II. Domenica e salute

1. *La salute e la Domenica*

Seguendo l'orientamento di Giovanni Paolo II, la salute è *“Una tensione verso una più piena armonia e sano equilibrio a livello fisico, psichico, spirituale e sociale e non soltanto l'assenza di malattie”*¹².

In questa descrizione la Salute viene descritta come armonia; penso che la piena armonia sia proprio quel riposo sacro che il Signore ha goduto quando ha fatto l'uomo, perché anche nella creazione era già presente il decreto dell'Incarnazione¹³. E la tensione verso questa armonia è il cammino per raggiungerla, cioè, la croce. E proprio questo è la Domenica: armonia e cammino per raggiungerla. In altre parole, la Domenica è il giorno della Salute ed anche il giorno del cammino verso la piena salute, perché è il giorno della Pasqua.

Seguendo i molteplici aspetti del significato della Domenica, questa appare come la luce per capire la salute; Cristo è il sole che splende anche nelle sofferenze, illuminandole con il fuoco della vita. Nelle sofferenze si scopre l'amore di Dio, che è un amore fino alla morte, che in questo modo assume tutti i dolori che patiamo e li soffre Egli stesso sulla sua croce.

Così la cura della salute da una parte tende a riprodurre la risurrezione, ma è cosciente che la croce non si può evitare: è il cammino necessario da percorrere. Ma la Domenica ci dà un senso molto interessante del dolore e della cura della salute, cioè che, nonostante le sofferenze ed anche la stessa morte, in fondo c'è l'amore del Signore che si è offerto in sacrificio per noi e che è l'unico cammino per arrivare alla salute.

2. *Virtù, Salute e Domenica*

Tutto ciò è molto difficile da accettare, perciò sono necessarie le tre virtù teologali insieme, alla maniera dei vasi comunicanti: senza speranza non si può vivere la cura della salute; senza fede, nulla ha senso e senza l'amore tutto è infelicità e disperazione. Toc-

¹² GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio Giubilare per la Giornata Mondiale del Malato*, Città del Vaticano, 11 febbraio 2000.

¹³ Col 1,17-22; Ef 1,4-7.

chiamo il senso ultimo della vita dell'uomo sulla terra. Questa non ha spiegazione senza la morte e la risurrezione di Cristo. La misura con la quale possiamo ormai sperimentare la risurrezione, cioè la salute, l'armonia, l'equilibrio del quale parla il Santo Padre, è la misura nella quale crediamo e con amore ne assumiamo la sofferenza. Soltanto così si vince il tempo chiuso, che si trasforma in tempo di prova, perché è un tempo aperto verso l'eternità. In questo senso la salute temporale è un presagio della salute eterna. Ambedue partecipano della stessa natura: sono vita e cammino per la vita. Nella misura delle virtù teologali si raggiungerà l'allegria nella pastorale della salute e, con questa allegria, tutte le altre allegrie umane si divinizzano e si mantengono in un'attualità che non passa mai. L'allegria, specialmente nella Pastorale della salute, è sicuramente una virtù difficile, però è l'unica forma per sperimentare la risurrezione.

3. *Salute solidale*

Un'altra lezione della Domenica per la salute e la cura della salute è che la pastorale della salute deve essere la prova più sublime di solidarietà, insieme dobbiamo essere guariti, insieme dobbiamo raggiungere la salute, ed anche insieme muoriamo per insieme risuscitare. Questa solidarietà significa l'aiuto necessario che ci dobbiamo dare in questa pastorale.

Al primo posto è l'aiuto divino, senza il quale non si può fare niente. Ed è anche l'aiuto della Madonna, degli angeli e dei Santi. Qui ha un posto molto significativo la preghiera comunitaria e la preghiera di tutta la Chiesa per i malati. E poi c'è l'aiuto che tutti dobbiamo darci nei settori scientifici e tecnico-medico, nei campi dell'assistenza e specialmente in quello dello accompagnamento umano ai sofferenti, di aiuto per la prevenzione delle malattie, ecc. Nella solidarietà si incrociano gli aiuti medici e quelli sacramentali, dove il Signore stesso condivide con noi la cura della Salute.

4. *Salute e Riposo sacro di Dio*

Così la Domenica ci potrà insegnare qualcosa di molto difficile: riposare nella salute e nella cura della salute, anche nelle circostanze ardue delle malattie e delle infermità; trovare questo "riposo nuziale" del Signore e partecipare del riposo sacro del Dio Creatore e Redentore, attraverso la Pasqua. Questo riposo lo può dare soltanto la pienezza dell'Amore che si riversa su di noi con l'efficacia divina dello Spirito Santo. Così la Domenica illumina la Pastorale della Salute come una sintesi vivente di tutto il mistero della nostra salvezza, cioè, della nostra salute.

5. La Chiave della Salute

Voi sacerdoti, come incaricati della Pastorale della salute in tutta Italia, avete nelle mani la chiave dell'autentica Pastorale della salute, perché potete celebrare l'Eucaristia. È allora nostro compito far scaturire dalla celebrazione domenicale tutta la nostra pastorale sanitaria e, da questa sorgente, evangelizzare la pace nel mondo della medicina. È possibile avere Pace, Armonia, Vittoria attraverso il dolore, la sofferenza e la morte soltanto partecipando al riposo sacro e contemplativo dell'Amore infinito di Dio nell'Eucaristia, la cui epifania è la Domenica.



Giorno del Signore e pastorale della salute

S.E. Mons. GIUSEPPE MERISI - Vescovo di Lodi, Membro della Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute

Questa comunicazione si muove nella linea tracciata da Sua Eminenza il Cardinale Barragan sul tema del "Giorno del Signore" con le osservazioni molto stimolanti che ci ha offerto, sulla salute, sull'armonia, sul riposo, in rapporto naturalmente con la novità neotestamentaria dell'Eucaristia.

È un intervento, il mio, che propone qualche considerazione a partire dall'osservatorio privilegiato della Commissione episcopale della CEI per la carità e la salute, oltre che dal lavoro della Consulta regionale lombarda per la Pastorale della Sanità.

A partire da queste esperienze desidero aiutare il Convegno ad indagare il rapporto esistente fra l'Eucaristia, la Domenica e la Carità con particolare attenzione ai temi del malato e della malattia.

Credo che tutti si sia consapevoli della necessità di superare due rischi che possono essere presenti in ogni riflessione che parta dal tema dell'Eucaristia: il rischio di un ripiegamento su una considerazione riduttiva, di carattere solo rituale, e il rischio opposto, di carattere sociologico, che tende a caricare sulla celebrazione responsabilità improprie, appunto di tipo sociologico o ideologico, dimenticando le mediazioni e le distinzioni necessarie.

Sono rischi sempre presenti, da cui occorre difendersi sempre.

Articolo la comunicazione su una premessa, su alcuni punti tematici e su una conclusione operativa.

Premessa

Diamo per scontata la convinzione che non si può parlare di Eucaristia, Domenica e Carità se non nell'ambito di un discorso di fede, che suppone una avvenuta scelta a favore del Signore con l'impegno della sequela, del discepolato, della comunione.

Le eventuali e sempre possibili debolezza, le incoerenze e gli errori, non devono infirmare nel credente la scelta di fondo, ma se mai renderla più impegnata, nel cammino quotidiano di conversione.

Una scelta di fede che avverte la responsabilità e l'impegno del respiro ecclesiale e comunitario che fonda ogni servizio di carità.

Ho avuto modo in un recente Convegno Europeo a Santiago di ascoltare da laici impegnati di varie Nazioni delle osservazioni molto pertinenti sul rapporto fra l'Eucaristia, la Chiesa e la Carità: si diceva che gli antichi Padri della Chiesa usavano lo stesso termine AGAPE per identificare sia l'Amore che l'Eucaristia che la Vita ecclesiale di comunione.

Si tratta di una consapevolezza che va proposta con maggior convinzione come del resto si può evincere da molti passi della Scrittura e da molte autorevoli testimonianze del Magistero.

Cito il recente documento della CEI sul "volto missionario delle Parrocchie in un mondo che cambia" con riferimento all'impegno per gli ultimi, in particolar a favore dei malati.

Cito il Cardinale Martini che riprendendo autorevoli precedenti definiva il cristiano non come colui che va a Messa o che vive di carità ma come colui che vive di carità perché va a Messa.

Cito il Cardinale Tettamanzi che nel percorso pastorale sul tema della missionarietà nella Diocesi di Milano ricorda l'attenzione nei confronti dei malati come testimonianza del Vangelo e conseguenza dell'Eucaristia.

Ricordo ancora l'intervento del Cardinale Barragan e il suo riferimento, per definire il giorno del Signore, alla Bibbia e all'Eucaristia.

Mi pare che si possano aggiungere osservazioni stimolanti, a proposito del significato del tempo a partire dai termini greci che lo definiscono (kronos e kairòs) per sottolineare l'impegno educativo delle comunità che devono aiutare il passaggio dallo "stare" passivamente nel tempo che scorre al considerare il tempo, quello della domenica, come tempo di grazia, da spendere con il Signore, in comunione fra di noi, per il bene degli altri.

Lo stesso invito che conclude la Santa Messa (andiamo in pace, andate in pace) va inteso nel senso di un invito alla testimonianza missionaria e caritativa.

Le osservazioni che abbiamo ascoltato sul tema della festa e del riposo, che non sia solo sospensione del lavoro, possono aiutare ulteriori approfondimenti nella linea dell'impegno delle Comunità, delle famiglie, dei singoli cristiani, per far vivere "il dono" nella gioia, con grande rispetto per la libertà e la creatività delle proposte, da stimolare e da ricondurre nell'alveo delle comunità.

Ci avviciniamo al nostro tema della Pastorale della salute ricordando che il servizio della Carità che nasce e viene alimentato dalla partecipazione all'Eucaristia si esprime tradizionalmente in molte maniere.

Per stare al nostro tema pensiamo ai malati e alle famiglie dei malati, agli ospedali, al volontariato, alla presenza professionale nelle Istituzioni sanitarie, ecc.

Prima di tentare qualche osservazione specifica, occorre tenere presente l'elemento unificante costituito dall'amore e dalla solidarietà che nascono dalla fede e dall'Eucaristia.

C'è il volontariato la condivisione, la professionalità, la competenza: tutto per un cristiano deve venire animato dalla voglia di amare.

È stato detto giustamente che non esiste legge, o regolamento o convenzione che possa obbligare un operatore sanitario a sorridere all'ammalato.

Credo che in ogni Diocesi e in ogni Parrocchia occorra sempre monitorare in modo progettuale il servizio generoso dei responsabili e degli operatori pastorali a tutti i livelli con riferimento ai Vescovi e a tutte le istanze competenti.

Formulo alcune osservazioni specifiche.

Per quanto riguarda le celebrazioni converrà sempre assicurarsi che le persone ammalate trovino accoglienza adeguata nella celebrazione sia dal punto di vista della rimozione degli ostacoli, sia dal punto di vista della comunione fraterna. La comunità si preoccupi sempre di preparare in modo adeguato sia la celebrazione eucaristica, che la celebrazione del sacramento dell'unzione dei malati che eviti il pericolo della ripetitività e della esibizione, quando si celebra comunitariamente.

La giornata mondiale del malato dell'11 febbraio venga adeguatamente preparata e celebrata.

La visita dei malati in famiglia costituisca sempre un impegno prioritario dei sacerdoti. Altre forme di presenza (religiosi, diaconi, laici), sono da incoraggiare e da promuovere, ma non devono eliminare la presenza del presbitero.

Il servizio dei Ministri straordinari della Comunione Eucaristica presso gli ammalati va pure promosso collocandola in un quadro pastorale definito, coinvolgendo se possibile le famiglie vicine.

Cura adeguata abbia la formazione del volontariato pastorale interessato a tutti i capitoli della pastorale della salute, studiando nelle sedi opportune, se del caso, l'istituzione di un apposito ministero della carità o prossimità evangelica.

Converrà forse guardare con maggior impegno al tema della catechesi su queste tematiche perché i credenti in tutti gli archi d'età vengano aiutati a comprendere il senso cristiano della malattia sia dal punto di vista di chi soffre sia dal punto di vista di chi evangelicamente vive la condizione di sofferenza e di lotta contro il male.

Ospedale e case di cura

Il tema dei Cappellani ospedalieri e delle Cappellanie è stato oggetto negli ultimi tempi di approfondimenti significativi. L'istituzione di cappellanie nei luoghi di cura appare indispensabile con il coinvolgimento di religiosi, di diaconi e laici accanto e sotto la responsabilità del Presbitero nominato dalla Autorità competente.

Per quanto riguarda il trattamento e la configurazione giuridica dei membri non Presbiteri della cappellania, si stia con le indicazioni dell'Ordinario diocesano e delle eventuali convenzioni con l'Amministrazione regionale o con l'ASL, tenendo presente il carattere pattizio concordatario della materia.

Si abbia riguardo di curare la formazione di tutti gli operatori interessati per evitare il rischio di una malintesa professionalizzazione, oltre a quello della genericità che non distingue ad esempio le caratteristiche proprie e assai diversificate di ogni luogo di cura, (es. la cura pastorale nella cronicità o nelle malattie terminali). Più in generale occorre avere attenzione competente nei confronti dei nuovi traguardi della medicina (es. ricerca scientifica, cronicità, riabilitazione e tematiche sociosanitarie).

Sul tema del volontariato ospedaliero, si abbia cura di ricordare e di distinguere adeguatamente il volontariato pastorale e il volontariato di assistenza; per quest'ultimo è necessario curare la formazione e il coordinamento a tutti i livelli coinvolgendo il volontariato d'ispirazione cristiana e se possibile anche di quello laico.

Andrà studiato anche il rilancio della formazione degli operatori professionali (medici, paramedici, amministrativi, ecc.), rilanciando l'associazionismo laicale che mantiene grande rilevanza pastorale.

Istituzioni sanitarie

Nei confronti delle Istituzioni sanitarie di qualunque natura, la Chiesa deve assumere un atteggiamento di grande rispetto, di collaborazione per il bene dell'uomo, di distinzione di competenza e responsabilità. Occorre, da parte di tutti gli operatori pastorali e di tutti i fedeli, l'impegno di testimonianza e di proposta convinta dei grandi valori della Dottrina sociale della Chiesa: difesa della dignità della persona umana, a partire dal tema della vita, promozione del

bene comune, principi di solidarietà e sussidiarietà: il tutto in un quadro organico e armonico.

Occorrerà vigilare sempre perché il diritto costituzionale alla difesa della salute venga sempre rispettato.

Su questo tema delle Istituzioni sanitarie ascolteremo volentieri la comunicazione del Prof. Mario Mozzanica con particolare riferimento al tema della regionalizzazione della sanità.

Istituzioni sanitarie cattoliche

Nei confronti delle Istituzioni sanitarie di matrice religiosa o di ispirazione cristiana occorre far sentire la vicinanza della Comunità che considera “opere di Chiesa” le iniziative nate dallo spirito di carità di tanti preti, religiosi, laici, che hanno speso la vita per accogliere e curare gli infermi sull’esempio del buon samaritano.

Si favorisca la sinergia e il coordinamento di queste Istituzioni incoraggiando il lavoro di rappresentanza dell’ARIS.

Nel prossimo futuro la CEI potrebbe suggerire l’istituzione di un “tavolo della sanità cattolica” in ogni regione per coordinare dialogo, sinergie e interventi.

Queste eventuali iniziative dovranno stare in rapporto corretto con la Conferenze episcopali regionali, con gli Uffici pastorali e con i costituenti Osservatori giuridico legislativi delle stesse Conferenze.

Conclusione

Insieme con la gratitudine per l’Ufficio nazionale e per gli Uffici diocesani si esprime l’esigenza di un maggior impegno perché questi Uffici vengano potenziati con competenze adeguate ai nuovi compiti che la Chiesa e le Istituzioni sanitarie assegnano alle nostre responsabilità pastorali.



La Domenica
è compimento
e superamento
del Sabato ebraico

I malato e il giorno del Signore

S.E. Mons. ANGELO COMASTRI - Vicario di Sua Santità
per la Città del Vaticano (già Arcivescovo Prelato di Loreto)

Cercherò, per quanto mi è possibile, di approfondire il significato del “Giorno del Signore” facendo emergere il valore della presenza e del dono del malato all’interno di questo giorno. E per comprendere la ricchezza di significato di questo “Giorno” partiamo dal Sabato, che è figura e profezia della Domenica cristiana.

Dobbiamo, innanzi tutto, riconoscere che gli Ebrei hanno ben capito l’essenzialità della dimensione comunitaria (= del con-venire, del ri-trovarsi) per essere popolo di Dio. Ed è estremamente significativo che, soprattutto quando si sono trovati in una situazione di diaspora e di dispersione tra i pagani, essi abbiano considerato l’osservanza del Sabato come il comandamento fondamentale, capace di salvaguardare la fede e l’identità del popolo credente.

L’osservanza del Sabato ha preservato Israele dall’*assimilazione*, cioè dallo scomparire tra le genti. Per questo motivo nella fede giudaica la coscienza della centralità del Sabato è così viva che si è potuto affermare: *“Non è tanto Israele che ha custodito il Sabato, ma è il Sabato che ha custodito Israele!”*. L’attuale situazione della Chiesa, soprattutto nel mondo occidentale, è sempre di più quella di una minoranza inserita e dispersa in un contesto culturale non cristiano: forte è la tentazione di lasciarsi assimilare dal mondo! La grande attenzione che Israele ha posto nei confronti del Sabato ci insegna che l’osservanza del “Giorno del Signore” è elemento fondamentale e determinante per sfuggire alla mondanizzazione e per conservare e trasmettere la fede alle nuove generazioni.

Lasciamo allora parlare, riguardo al Sabato, uno straordinario testimone contemporaneo della fede ebraica: Abraham Joshua Heschel. Nella sua appassionata opera intitolata “Il Sabato” (Garzanti, 2001) egli scrive: *“Il Sabato non è a servizio dei giorni feriali; sono invece i giorni feriali che esistono in funzione del Sabato [notare: sempre scritto con la lettera maiuscola!]. Esso non è un interludio, ma è il culmine del vivere”* (pg. 22). E perché? Lo stesso Heschel si pone la domanda e dà la risposta: *“Che cosa vi può essere di tanto luminoso in un giorno? Che cosa vi può essere di tanto prezioso da affascinare i cuori? La ragione è che il settimo giorno è una miniera nella quale si può trovare il prezioso metallo dello spirito con cui costruire il palazzo nel tempo, una dimensione in cui l’umano si sente a proprio agio con il divino; una dimensione in cui l’uomo aspira a raggiungere la somiglianza con il divino. [...] L’arte di osservare il settimo giorno è l’arte di dipingere sulla tela del tempo la misterio-*

sa grandiosità del culmine della creazione: come Egli ha santificato il settimo giorno, così faremo noi. Amare il Sabato è amare quello che abbiamo in comune con Dio. La nostra osservanza del Sabato è una parafrasi della Sua santificazione del settimo giorno. Il mondo senza il Sabato sarebbe un mondo che ha conosciuto solo se stesso; sarebbe scambiare Dio per una cosa, sarebbe l'abisso che Lo separa dall'universo; sarebbe un mondo senza una finestra che dall'eternità si apra sul tempo".

E, approfondendo la ricchezza del significato del Sabato, Heschel aggiunge: *«Il Sabato non è tempo di ansia o preoccupazione personale, di qualunque attività che possa smorzare lo spirito della gioia. Il Sabato non è tempo per ricordare i peccati, per confessare o pentirsi e nemmeno per invocare sollievo o chiedere qualunque cosa di cui possiamo avere bisogno; è un giorno fatto per la lode, non per le suppliche. Il digiuno, il lutto, le manifestazioni di dolore sono proibiti. Il periodo di lutto viene interrotto dal Sabato. E quando si visita un malato nel giorno di Sabato, si deve dire: "È Sabato, non ci si deve lamentare; presto sarai guarito"».*

«Infatti il Sabato è un giorno d'armonia e di pace, pace tra uomo e uomo, pace nel cuore dell'uomo, e pace con tutte le cose. [...] Un giorno Rabbi Salomone di Radomsk arrivò in una cittadina dove, secondo quanto gli era stato detto, viveva una vecchia che aveva conosciuto il celebre Rabbi Elimelech. Essa era troppo vecchia per uscire di casa, e perciò egli si recò a vederla e la pregò di raccontargli ciò che sapeva del grande Maestro. La donna disse: "Non so che cosa avveniva nella sua stanza, perché io lavoravo come fantesca nella cucina della sua casa. Una sola cosa posso raccontarvi. Durante la settimana le fantesche, come è d'abitudine, bisticciavano spesso fra loro. Ma, settimana dopo settimana, il venerdì, quando stava per arrivare il Sabato, nella cucina regnava un'atmosfera come alla vigilia del Giorno dell'Espiazione. Tutte erano sopraffatte dal bisogno di domandarsi perdono l'un l'altra. Tutte eravamo prese da una sensazione di amore e di pace interiore". Il Sabato è perciò più di un armistizio, più di un interludio: è una profonda e cosciente armonia tra l'uomo e il mondo, una simpatia per tutte le cose e un partecipare allo spirito che unisce ciò che è al di sotto con ciò che è al di sopra. Tutto ciò che nel mondo è divino viene posto in comunione con Dio. Questo è il Sabato: la vera felicità dell'universo».

E, infine, Abraham Joshua Heschel arriva a paragonare il Sabato alla sposa e scrive: *«Il sabato ha significato, per Dio [= nei riguardi di Dio], poiché senza di esso non vi sarebbe santità nel tempo. Nel discutere sul significato del versetto: 'e il settimo giorno Dio terminò la Sua opera', gli antichi rabbini suggerirono che nel settimo giorno fosse avvenuto un atto di creazione. Il mondo non sarebbe compiuto, se i sei giorni non culminassero nel Sabato. Geniba e i rabbini discussero su questo argomento. Egli disse: Lo si potrebbe paragonare*

a un re il quale ha allestito la camera nuziale, intonacandola, dipingendola e abbellendola; che cosa poteva mancare ancora a questa camera nuziale? Che vi entrasse la sposa. Analogamente, che cosa mancava ancora all'universo? Il Sabato. Il Sabato è una sposa, e la sua celebrazione è come uno sposalizio. Dal Midrash apprendiamo che il Sabato assomiglia a una sposa. Come una sposa che va incontro al suo sposo è soave, adorna e profumata, così il Sabato viene incontro a Israele soave e profumato, come è scritto: "... e il settimo giorno Egli cessò di lavorare, e si riposò" (Es 31, 17), e subito dopo si legge: "... e diede a Mosè kekallotò" [la parola kekallotò significa quando aveva finito, ma può significare anche] come sua sposa, per insegnarci che, come soave e adorna è una sposa, così soave e adorno è anche il Sabato; come lo sposo indossa i suoi abiti migliori, così l'uomo indossa nel giorno del Sabato i suoi abiti migliori; come l'uomo è allegro nel giorno di una festa nuziale, così è allegro nel giorno del Sabato; come lo sposo non lavora nel giorno delle sue nozze, così l'uomo si astiene dal lavoro nel giorno del Sabato; ed è per questo che i Saggi e gli antichi uomini pii chiamarono il Sabato una sposa. A questo si allude nelle preghiere del Sabato. Nel servizio del venerdì sera recitiamo: "Tu hai santificato il settimo giorno", riferendoci alle nozze tra la sposa e lo sposo [santificazione è la parola ebraica per nozze]. Nella preghiera del mattino diciamo: "Mosè si rallegro del dono" [del Sabato] che gli era stato fatto, che corrisponde alla gioia dello sposo in presenza della sposa. Nella preghiera aggiuntiva ricordiamo "i due agnelli, la sottile farina per l'offerta di un pranzo, insieme con l'olio e la rispettiva libagione", con riferimento alla carne, al pane e al vino e all'olio adoperati nel banchetto nuziale. [Nell'ultima ora di questo giorno noi diciamo:] "Tu sei uno", paragonandolo in questo modo alla consumazione del matrimonio, con cui la sposa e lo sposo si uniscono».

Tutta questa ricchezza di significati confluisce nella Domenica cristiana, rendendola giorno irrinunciabile, giorno della epifania e manifestazione del popolo credente in mezzo al mondo non ancora illuminato dalla fede in Gesù Crocifisso e Risorto. Ora ci domandiamo: e l'ammalato che "posto" occupa nella Domenica, quale messaggio ci consegna?

Giorno del Signore perché Giorno del Risorto

Tutti i Vangeli concordano nell'affermare che Gesù è risorto "il primo giorno dopo il Sabato".

Matteo scrive: «Passato il sabato, all'alba del primo giorno della settimana, Maria di Magdala e l'altra Maria andarono a visitare il sepolcro. Ed ecco che vi fu un gran terremoto: un angelo del Signore, sceso dal cielo, si accostò, rotolò la pietra e si pose a sedere su di essa. Il suo aspetto era come la folgore e il suo vestito bianco come la neve. Per lo spavento che ebbero di lui, le guardie tremarono tra-

mortite. Ma l'angelo disse alle donne: "Non abbiate paura, voi! So che cercate Gesù il crocifisso. Non è qui. È risorto, come aveva detto; venite a vedere il luogo dove era depresso. Presto, andate a dire ai suoi discepoli: È risuscitato dai morti, e ora vi precede in Galilea; là lo vedrete. Ecco, io ve l'ho detto"» (Mt 28, 1-7).

Marco: "Passato il sabato, Maria di Màgdala, Maria di Giacomo e Salome comprarono oli aromatici per andare a imbalsamare Gesù. Di buon mattino, il primo giorno dopo il sabato, vennero al sepolcro al levar del sole" (Mc 16, 1-2).

Luca: "Le donne che erano venute con Gesù dalla Galilea seguivano Giuseppe [di Arimatea]; esse osservarono la tomba e come era stato depresso il corpo di Gesù, poi tornarono indietro e prepararono aromi e oli profumati. Il giorno di sabato osservarono il riposo secondo il comandamento. Il primo giorno dopo il sabato, di buon mattino, si recarono alla tomba, portando con sé gli aromi che avevano preparato. Trovarono la pietra rotolata via dal sepolcro; ma, entrate, non trovarono il corpo del Signore Gesù" (Lc 23, 55-56; 24, 1-3).

Giovanni: "Nel giorno dopo il sabato, Maria di Màgdala si recò al sepolcro di buon mattino, quand'era ancora buio, e vide che la pietra era stata ribaltata dal sepolcro. Corse allora e andò da Simon Pietro e dall'altro discepolo, quello che Gesù amava, e disse loro: 'Hanno portato via il Signore dal sepolcro e non sappiamo dove l'hanno posto!'. Uscì allora Simon Pietro insieme all'altro discepolo, e si recarono al sepolcro" (Gv 20, 1-3).

Il Vangelo di Giovanni afferma anche che le apparizioni del Cristo risorto, accompagnate dal dono dello Spirito ai discepoli riuniti, si collocano il primo giorno dopo il Sabato: la prima apparizione avviene il giorno stesso della Risurrezione (Gv 20, 19), mentre la seconda avviene otto giorni dopo (Gv 20, 26). Luca pone l'apparizione ai due discepoli di Emmaus lo "stesso giorno della Risurrezione" (Lc 24, 13), dunque sempre il primo giorno dopo il Sabato. Anche la Pentecoste (che avviene cinquanta giorni dopo la Pasqua ebraica: $7 \times 7 + 1$) si situa, secondo Luca, il primo giorno dopo il Sabato.

Pertanto: la Risurrezione, le apparizioni del Risorto e il dono dello Spirito Santo, cioè i tre eventi fondamentali che segnano l'inizio degli ultimi tempi della storia, sono tutti collocati nel "primo giorno dopo il Sabato". Il "primo giorno dopo il Sabato" diventa allora per i cristiani "dies domenica = giorno del Signore" secondo la terminologia della Chiesa d'Occidente o "anastásimos hemera = giorno della Risurrezione" secondo la terminologia della Chiesa d'Oriente.

La Domenica, in conclusione, è il giorno in cui noi celebriamo la novità già germogliata, il futuro già iniziato, la primizia già arrivata a compimento: la Domenica è il giorno in cui, nella fede, già tocchiamo con mano l'orizzonte ultimo della storia che è dentro di noi attraverso la fede e il Battesimo, ma è anche davanti a noi perché il nostro corpo non è ancora risuscitato.

Nella Domenica si tocca con mano il già e il *non-ancora*, che caratterizza tutta l'esistenza cristiana in questa ultima fase della storia della salvezza.

Il malato, in questa lettura cristiana del tempo, è colui che ci ricorda il *non-ancora* della nostra esistenza. Il malato visibilizza e grida con il suo corpo una fondamentale verità, che l'apostolo Paolo nella lettera ai Romani esprime così: "*Sappiamo bene che tutta la creazione geme e soffre fino ad oggi nelle doglie del parto; essa non è la sola, ma anche noi, che possediamo la primizia dello Spirito, gemiamo interiormente aspettando l'adozione a figli, la redenzione del nostro corpo*" (Rm 8, 22-23). E nella lettera ai Filippesi l'apostolo dà voce alla stessa verità con altre parole: "*Molti, ve l'ho già detto più volte e ora con le lacrime agli occhi ve lo ripeto, si comportano da nemici della croce di Cristo: la perdizione però sarà la loro fine, perché essi, che hanno come dio il loro ventre [=tutto ciò che è destinato a finire... e quindi anche questa condizione che noi chiamiamo 'salute'], si vantano di ciò di cui dovrebbero vergognarsi, tutti intenti alle cose della terra. La nostra patria è nei cieli e di là aspettiamo come salvatore il Signore Gesù Cristo, il quale trasfigurerà il nostro misero corpo per conformarlo al Suo Corpo glorioso, in virtù del potere che ha di sottomettere a sé tutte le cose*" (Fil 3, 18-21).

Mai potremo ringraziare sufficientemente i fratelli ammalati e le sorelle ammalate per essere, all'interno della comunità cristiana, visibilità di una verità fondamentale che ci riguarda tutti indistintamente: aspettiamo la risurrezione del nostro corpo! Gli ammalati sono *memoria vivente* della irrinunciabile preghiera cristiana: "*Maranà thà = Vieni, Signore*" (1 Cor 16, 22).

**Giorno del Signore:
giorno di Colui
che salva attraverso
la Sua passione
e la Sua morte**

Paolo, scrivendo ai Corinzi, dice: "*Vi ho trasmesso quello che anch'io ho ricevuto: che cioè Cristo morì per i nostri peccati secondo le Scritture, fu sepolto ed è risuscitato il terzo giorno secondo le Scritture, e apparve a Cefa e quindi ai Dodici*" (1 Cor 15, 3-4).

Paolo addirittura esclama: "*Io ritenni di non sapere altro in mezzo a voi se non Gesù Cristo, e questi crocifisso*" (1 Cor 2,2).

Non dimentichiamo queste parole di Paolo!

E Pietro nella Prima Lettera scrive: "*Egli portò i nostri peccati nel suo corpo sul legno della croce, perché, non vivendo più per il peccato, vivessimo per la giustizia; dalle sue piaghe siete stati guariti*" (1Pt 2, 24).

E Giovanni aggiunge: "*Dio è amore! (...) E in questo sta l'amore: non siamo stati noi ad amare Dio, ma è Lui che ha amato noi e ha mandato il Suo Figlio come vittima di espiazione per i nostri peccati*" (1Gv 4,10).

Che significa tutto questo? Significa che “la salvezza si è compiuta mediante la morte di Cristo (questa notizia è il cuore del Cristianesimo!), ossia mediante la Sua sofferenza” (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, 3). Il Figlio di Dio, entrando dentro la nostra storia attraverso l’Incarnazione, si è lasciato aggredire dal nostro peccato, ma, a Sua volta, *Egli ha aggredito il nostro peccato con la potenza dell’amore che perdona: pertanto attraverso la Passione, Cristo ha aperto dentro la nostra storia il fiume della salvezza; Egli ha trasformato la sofferenza frutto del peccato in sofferenza contro il peccato attraverso l’Amore.*

In altre parole: nel momento in cui Gesù è stato crocifisso per i nostri peccati, dalle Sue piaghe è uscita l’inondazione della Misericordia che salva, perché Gesù ha riempito d’amore il dolore e l’ha reso dolore salvifico attraverso l’amore.

Scrivo giustamente il Papa: “Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato la sofferenza umana a livello di redenzione e quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentrice di Cristo” (*Salvifici doloris*, 19).

Paolo ha espresso meravigliosamente e lucidamente questa verità quando ai Colossesi così ha scritto: “*Sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne (antanaplerò: completare qualcosa facendola insieme ad un altro) quello che manca (istérema: uno spazio lasciato vuoto... perché un altro lo completi!) ai patimenti (tlipsis = sofferenza) di Cristo, a favore del Suo Corpo che è la Chiesa*” (Col 1, 24).

Oggi questa verità cristiana è in penombra e noi rischiamo di non evangelizzare più la sofferenza e, soprattutto, rischiamo di velare il mistero centrale del Cristianesimo: “*Siamo stati guariti dalle piaghe di Cristo*” (Is 53, 5; 1Pt 2, 25).

Il malato grida questa verità con la sua presenza nella celebrazione del “Giorno del Signore”: egli, guardato nella luce della fede, è una ricchezza ecclesiale. E noi dobbiamo con tutte le forme evangelizzare il dolore umano e farlo entrare nel circuito della redenzione aprendolo alla comunione con Cristo Crocifisso.

Padre Pio aveva capito questa verità e, per questo, amava l’Eucaristia e la sentiva e la viveva come una immersione d’amore nell’Amore Salvifico di Cristo Crocifisso.

Così egli scrive in una lettera del 14.XII.1917: “*I veri servi di Dio hanno sempre più stimato l’avversità, come più conforme alla strada che percorse il nostro capo, il quale operò la nostra salute a mezzo della croce e degli obbrobri*”¹⁴.

¹⁴ PADRE PIO DA PIETRELCINA, *Epistolario*, volume IV, Edizioni Padre Pio da Pietrelcina, S. Giovanni Rotondo 1991, pag. 148.

E in una lettera del 12.VIII.1918 aggiunge: "Soffri, ma non temere, perché chi ti pone nella sofferenza si compiace di te; ma credi pure che Gesù stesso soffre in te e per te e con te, al fine di associarti alla sua passione per la salute dei fratelli"¹⁵.

Quando la Domenica celebriamo la Pasqua settimanale, noi non dobbiamo dimenticare che *la Risurrezione sboccia dalla Passione*: se dimentichiamo questa correlazione rischiamo di togliere alla festa cristiana la sua radice e quindi la sua comprensione nella luce della fede.

La Domenica è il *giorno dell'assemblea*, è il giorno in cui i cristiani si radunano e si riconoscono come *ekklesia*: quando il Cristo Risorto appare ai discepoli, essi sono "riuniti insieme" (Lc 24, 33); quando viene il dono dello Spirito Santo, i discepoli "erano assidui e concordi nella preghiera, insieme con alcune donne e con Maria, la Madre di Gesù, e con i fratelli di Lui" (At 1, 14); e, per dare una fotografia della novità del fatto cristiano, San Luca scrive: "Erano assidui nell'ascoltare l'insegnamento degli apostoli e nell'unione fraterna, nella frazione del pane e nella preghiera" (At 2, 42).

Negli Atti leggiamo ancora: "Il primo giorno della settimana ci eravamo riuniti [notate!] a spezzare il pane e Paolo conversava con loro; e poiché doveva partire il giorno dopo [da Troade verso Mileto], prolungò la conversazione fino a mezzanotte. C'era un buon numero di lampade nella stanza al piano superiore, dove eravamo riuniti [il verbo *syn-ághēin* da cui viene *synaxis*!]" (At 20, 7-8).

La comunità cristiana è *convocazione* per l'ascolto della Parola e per spezzare il Pane Eucaristico: l'epifania-manifestazione della realtà della Chiesa si ha pertanto nell'assemblea liturgica del giorno del Signore. Veramente impressionante è una esortazione rivolta al Vescovo e riportata dalla "Didascalia Apostolorum": "Quando insegni, o Vescovo, ordina e persuadi il popolo ad essere fedele nel radunarsi in assemblea, a non mancare mai, a convenire sempre per non restringere la Chiesa e diminuire il Corpo di Cristo sottraendosi all'assemblea. Poiché siete membra di Cristo, non disperdetevi dalla Chiesa non riunendovi; infatti poiché avete in Cristo il vostro capo... non trascuratevi e non private il Salvatore delle sue membra, non lacerate e non disperdete il Suo Corpo non partecipando all'assemblea; non vogliate anteporre alla Parola di Dio i bisogni della vita temporale, ma il giorno di domenica, mettendo da parte ogni cosa, affrettatevi alla Chiesa [ekklesia]. Infatti quale giustificazione potrà presentare a Dio chi non si reca in questo stesso giorno in assemblea ad ascoltare la Parola di salvezza e a nutrirsi del Cibo divino che dura in eterno?" (Didascalia Apostolorum II, 59, 1-3).

¹⁵ PADRE PIO DA PIETRELCINA, o.c., pagg. 500-501.

La comunità cristiana è tale nella misura in cui ha la consapevolezza di essere *unum Corpus Christi*: e ne tira tutte le conseguenze vivendo l'Eucaristia domenicale come manifestazione del mistero ecclesiale. I cristiani non possono infatti dimenticare le parole accorate di Gesù: *“Io sono la vite e voi i tralci. Chi rimane in me fa molto frutto, perché senza di me non potete far nulla. Rimanete nel mio amore”* (Gv 14, 5-9); *“Non prego solo per questi, ma anche per quelli che per la loro parola crederanno in me; perché tutti siano una cosa sola. Come tu, Padre, sei in me ed io in te, siano anch'essi in noi una cosa sola. Perché il mondo creda che tu mi hai mandato”* (Gv 17, 20-21).

I cristiani, d'altra parte, devono conoscere l'ardita immagine con cui l'apostolo Paolo traduce il mistero dell'incorporazione a Cristo, che fa dei cristiani un solo *Corpus Christi*: *“Come infatti il corpo, pur essendo uno, ha molte membra e tutte le membra, pur essendo molte, sono un corpo solo, così anche Cristo. E in realtà noi tutti siamo stati battezzati in un solo Spirito per formare un solo corpo, Giudei o Greci, schiavi o liberi; e tutti ci siamo abbeverati ad un solo Spirito. Ora il corpo non risulta di un membro solo, ma di molte membra. [...] Se un membro soffre, tutte le membra soffrono insieme; e se un membro è onorato, tutte le membra gioiscono con lui. Ora voi siete *Corpus Christi* e sue membra, ciascuno per la sua parte”* (1Cor 12, 12-14.26-27).

La presenza degli ammalati nel Giorno del Signore (e l'attenzione espressa in vari modi nei confronti dei fratelli ammalati: come portando loro, quando non possono con-venire, il *Corpus Eucharisticum* per affermare che siamo *unum Corpus Christi*) è la garanzia che non è stato rinnegato il *principium* e il *vinculum unitatis in Christo*: se infatti la comunità si preoccupa di radunare i membri più deboli e sofferenti, vuol dire (e questo è cristianamente decisivo e determinante) che il principio che fa convenire i cristiani non è il principio dell'*efficienza* o del *potere* o dell'*avere* ma unicamente il principio dell'*unum Corpus Christi*! Anche in questo caso i fratelli ammalati e le sorelle ammalate sono un meraviglioso e prezioso *dono per verificare l'autenticità evangelica del convenire*, del fare eucaristia e, quindi, dell'essere Chiesa.

Mi permetto una osservazione: i primi posti delle nostre assemblee lasciamoli sempre agli ammalati e ai poveri: essi danno visibilità al nuovo *criterio di valore* introdotto dal Vangelo di Gesù.

Il Giorno del Signore
è il giorno
della carità

Ciò che tiene unito il *Corpus Christi* è l'*agape*: l'amore!

Per questo motivo il comandamento che ci distingue come cristiani e quindi ci rivela come cristiani è il comandamento dell'amore che ci viene riconsegnato in ogni celebrazione eucaristica: *“Vi do un comandamento nuovo: che vi amiate gli uni gli altri; come io*

vi ho amato, così amatevi anche voi gli uni gli altri. Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli, se avrete amore gli uni per gli altri” (Gv 13, 34-35). E la completezza dell’amore si raggiunge quando ci si china verso i più deboli, come ha fatto Gesù nel gesto della lavanda dei piedi. Questo gesto è stato consegnato alla Chiesa, affinché diventi epifania della sua conformità a Cristo: *“Quando dunque ebbe lavato loro i piedi e riprese le vesti, sedette di nuovo e disse loro: ‘Sapete ciò che vi ho fatto? Voi mi chiamate Maestro e Signore e dite bene, perché lo sono. Se dunque io, il Signore e Maestro, ho lavato i vostri piedi, anche voi dovete lavarvi i piedi gli uni gli altri. Vi ho dato infatti l’esempio, perché come ho fatto io, facciate anche voi!’”* (Gv 13, 12-15).

Guai se nella Chiesa venisse a mancare l’acqua della lavanda dei piedi! Guai se nella Chiesa venisse a mancare la predilezione verso i più deboli e i più sofferenti! Guai se il *“Giorno del Signore”* fosse privato del compimento del Comandamento Nuovo attraverso il gesto della lavanda dei piedi!

I malati, ancora una volta, sono la grande opportunità per restare fedeli al Vangelo e per dare visibilità al Vangelo.

Non molto tempo fa ho avuto un incontro indimenticabile. Erano le dieci di sera: avevamo appena terminato la preghiera serale e la piazza del Santuario di Loreto si animava di voci, di saluti, di sorrisi e di *“buona notte”*.

Mi accosto ad una culletta sostenuta dalle braccia robuste di un barelliere, ma non vedo un bambino bensì una donna adulta: un piccolissimo corpo (58 centimetri!) con un volto splendidamente sorridente. Tendo la mano per salutare, ma l’ammalata con gentilezza mi risponde: *“Padre, non posso darle la mano, perché potrebbe fratturarmi le dita: io soffro di osteogenesi imperfetta e le mie ossa sono fragilissime. Voglia scusarmi”*. Non c’era nulla da scusare, evidentemente. Rimasi affascinato dalla serenità e dalla dolcezza dell’ammalata e volevo sapere qualcosa di più della sua vita. Mi prevenne e mi disse:

“Padre, sotto il cuscino della mia culletta c’è un piccolo diario. È la mia storia! Se ha tempo, può leggerla”. Presi i fogli e lessi il titolo: *Felice di vivere!* I miei occhi tornarono a guardare quel mistero di gioia crocifissa e domandai: *“Perché sei felice di vivere? Puoi anticiparmi qualcosa di quello che hai scritto”*.

Ecco la risposta che consegno alla vostra meditazione. L’ammalata mi disse: *“Padre, lei vede le mie condizioni... ma la cosa più triste è la mia storia! Potrei intitolarla così: abbandono! Eppure sono felice, perché ho capito qual è la mia vocazione. Sì, la mia vocazione!*

Io per un disegno d’amore del Signore, esisto per gridare a coloro che hanno la salute: ‘Non avete il diritto di tenerla per voi, la dovrete donare a chi non ce l’ha, altrimenti la salute marcirà nell’egoismo e non vi darà la felicità’.

Io esisto per gridare a coloro che si annoiano: 'Le ore in cui voi vi annoiate... mancano a qualcuno che ha bisogno di affetto, di cure, di premure, di compagnia; se non regalerete quelle ore, esse marciranno e non vi daranno la felicità'.

Io esisto per gridare a coloro che vivono di notte e corrono da una discoteca all'altra: 'Quelle notti, sappiatelo!, mancano, drammaticamente mancano a tanti ammalati, a tanti anziani, a tante persone sole che aspettano una mano che asciughi una lacrima: quelle lacrime mancano anche a voi, perché esse sono il seme della gioia vera! Se non cambierete vita, non sarete mai felici!'".

Io guardavo l'ammalata, che parlava dal suo pulpito autorevole: il pulpito del dolore! Non osavo commentare, perché tutto era stupendamente e drammaticamente vero. L'ammalata aggiunse: "Padre, non è bella la mia vocazione?". Annuii e dissi tra me: sono proprio queste le esperienze che mancano ai giovani. Esperienze che li possono rendere adulti!

La gioia, infatti, si trova uscendo dalla prigione dell'egoismo e donando la vita per gli altri. Appena si esce dall'egoismo si trova Dio e, con Dio, si trova la gioia: nel "Giorno del Signore" questa verità deve rendersi particolarmente visibile, deve esplodere in testimonianza facendo scelte coraggiose di carità: scelte alternative alla domenica per lo stadio o alla domenica per la discoteca o alla domenica per la spiaggia!

Gli ammalati sono veramente una "grazia" che ci educa e ci richiama all'essenziale dell'Evangelo. Don Roberto Briolotti, un sacerdote affetto da tetraparesi spastica, parlando al convegno "L'infinito dentro", che si è tenuto a Verona nei giorni 30-31 maggio 2003, ha raccontato: "Nella cappella di una piccola comunità che riceve dei bambini gravemente handicappati, c'è una statuetta del Bambino Gesù. A Fabio, uno di loro, piace molto la statuetta. La tocca, la prendo in braccio. Un giorno, dopo la preghiera, la sua insegnante, che voleva fare una bella foto, gli dice: "Fabio vuoi baciare il Bambino Gesù?" Fabio si alza immediatamente, ma invece di avvicinarsi alla statuetta, va verso il tabernacolo ed è il tabernacolo che bacia con un fervore che sconvolge la sua insegnante. Ella dirà più tardi: "Non ho mai capito fino ad allora la presenza di Gesù nell'ostia. È a causa di Fabio, che non è andato verso la statuetta, ma verso il Gesù vivente, il Gesù ostia, che la mia fede in Gesù si è approfondita in una tappa che non dimenticherò". Spesso abbiamo bisogno di un ammalato per vedere la strada del Vangelo e per avere consapevolezza della nostra condizione di pellegrini verso la "nuova Gerusalemme".

Permettetemi di concludere pregando così:

*“Signore Gesù,
il Venerdì Santo è il giorno del buio,
il giorno dell’odio senza ragione,
il giorno dell’uccisione del Giusto!
Ma il Venerdì Santo non è l’ultima parola:
l’ultima parola è la Pasqua,
il trionfo della vita,
la vittoria del Bene sul male.*

*Signore Gesù,
il Sabato Santo è il giorno del vuoto
il giorno della paura e dello smarrimento,
il giorno in cui tutto sembra finito!
Ma il Sabato Santo non è l’ultimo giorno:
l’ultimo giorno è la Pasqua,
la Luce che si riaccende,
l’Amore che vince ogni odio.*

*Signore Gesù,
mentre si consuma il nostro Venerdì Santo
e si ripete l’angoscia di tanti Sabati Santi,
donaci la fede tenace di Maria
per credere nella verità della Pasqua;
donaci il suo sguardo limpido
per vedere i bagliori che annunciano
l’ultimo giorno della storia:
‘i cieli nuovi e la terra nuova’
già iniziati in Te,
Gesù Crocifisso e Risorto.
Amen!”*



I Servizio Sanitario Nazionale a venticinque anni dalla riforma Interroga la nostra presenza come Chiesa: situazione, domande e prospettive

Prof. CARLO MARIO MOZZANICA - Docente di *Organizzazione dei servizi sociosanitari e di Programmazione dei servizi alla persona* presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Milano e già membro del Consiglio Superiore della sanità

Premessa

Lo scenario socioculturale postmoderno, che attraversa i differenziati ambiti del vivere, interpella, anzitutto, l'orizzonte esistenziale della salute e della malattia. Per questo i tempi delle riforme, lo spazio giuridico della tutela, la tipologia e la topologia degli interventi, dei servizi e dei presidi ci interroga, come Chiesa: ci chiede di indagare criticamente la situazione, dentro le transizioni di tre (o quattro?) riforme; esibisce, provoca domande e suggerisce, evoca prospettive. Sono in gioco interrogativi nuovi ed in parte inediti, non solo per l'organizzazione dei servizi alla persona, ma anche e soprattutto per gli orizzonti etico-antropologici che li determinano. In fondo è il nuovo scenario culturale postmoderno a propiziare e a interrogare insieme le dimensioni della bio-etica, i paradigmi antropologici sia *nella cura che della cura*; soprattutto per il fatto che la ricomprensione del rapporto "salute/malattia", quale evento clinico ed esistenziale ad un tempo, appare oggi minacciata. L'evento clinico, infatti, è presidiato (diremmo assediato) dall'onnipotenza del sapere medico, che ha visto uno sviluppo scientifico-tecnologico sorprendente; l'evento esistenziale appare, al contrario, rimosso e censurato dallo scenario postmoderno, che celebra l'ipertrofia dei mezzi, degli strumenti e l'atrofia dei fini, dei significati; una *malattia del senso* che deprime e depriva il *senso della malattia*. Sta scritta qui la grande domanda che la tutela della salute pone oggi alla comunità cristiana: come si coniuga, oggi, il passo lucano "Gesù prese a parlare alle folle del regno di Dio e a guarire quanti avevano bisogno di cure" (Lc. 9, 11)?

In via enumerativa ed esemplificativa (tra i molti, possibili e differenziati problemi) si evidenziano taluni interrogativi, sottesi alla transizione venticinquennale delle riforme, che ha segnato la sanità italiana.

Alcune domande, a partire dalla situazione presente, che verrà indagata nelle sue scansioni storiche, emergono alla coscienza della comunità cristiana.

1. *Una sanità dei fini e non solo dei mezzi*

Da troppo tempo la sanità è irretita nella logica dei mezzi (tecnologici e finanziari) e si dimentica l'orizzonte dei fini; si tratta di gerarchizzare scelte e programmi: i fini dicono appropriatezza ed efficacia e non escludono certamente i mezzi (che sono strumenti dell'efficienza). Le scienze economiche e sociali messe in atto dai pianificatori non sono in grado spesso di porsi il problema dei fini; sono scienze prevalentemente strumentali. Le scelte, anche in sanità suppongono sempre in modo esplicito ed implicito, ideali, valori etici e dunque criteri interpretativi. Anche la sanità appare esposta a quel paradigma di scenario che abbiamo chiamato: ipertrofia dei mezzi e atrofia dei fini.

2. *“Malattia del senso”, deprivazione del “senso della malattia”*

A partire dalle provocazioni dello scenario socioculturale postmoderno, occorre, conseguentemente, reinterpretare la tutela della salute dentro gli orizzonti più vasti e intelligenti di una corretta antropologia. La sempre più conclamata insignificanza dei vissuti esistenziali depotenzia la capacità di significare il tempo della malattia (cronica e inguaribile) e della decadenza (in una vecchiaia sempre più prolungata), favorendo la ricerca onnipotente della guarigione. Senso della malattia, significato della salute: senso e significato della vita. In questa prospettiva l'ipertrofia dei mezzi e l'atrofia dei fini toccano anche l'ambito della salute-malattia. La riprova sta nel fatto che quando non si può più guarire, surrettiziamente la sanità decide di non curare, identificando, subdolamente, gli interventi atti a curare solo quando l'esito è quello del guarire.

3. *L'invecchiamento: tempo della vita o dopo la vita; più anni alla vita o più vita agli anni?*

I due profili accennati (fini e mezzi, malattia del senso e senso della malattia) trovano puntuale applicazione nelle politiche di tutela della salute, dentro i molteplici percorsi della condizione anziana. È una delle più grandi sfide del futuro, che va affrontata sistemicamente. Basterebbe verificare quant'è, percentualmente, la spesa imputata sul Fondo Sanitario, per gli ultra 65enni, e di questa la quota dedicata per l'ultimo anno di vita. Occorre il consenso, anche etico, sul problema dei vecchi; è necessario e urgente strutturare l'integrazione, non solo sociosanitaria, ma anche istituzionale, funzionale, organizzativa, programmatoria. A monte sta il problema, evocato dallo scenario socioculturale. Quale tempo interpella la vecchiaia? Quello *della cronicità* (da krònos) cioè di un tempo sempre

e solo uguale a se stesso o quello *della vivibilità* (da kairòs), cioè di un tempo sorprendente e promettente?

- un *tempo dopo la vita*, perché l'adulità si esaurisce nel ruolo professionale?
- un *tempo della vita*: cioè *significante* (e *significato da*) gli eventi esistenziali?
- uno sforzo teso ad aggiungere *anni alla vita*, come la moderna medicina consente sempre più di raggiungere, in maniera promettente?
- uno sforzo che appare molto depotenziato in ordine al creare le condizioni (sanitarie, riabilitative, sociali ed esistenziali) ottimali per aggiungere *vita agli anni* del vecchio?

Salute e malattia non possono essere ridotte a fattori puramente tecnici. Invocano ed evocano orizzonti antropologici. È solo su questo profilo, come ben fa il secondo Piano Sanitario Nazionale¹⁶, che si deve operare la scelta di *inclusione* o di *esclusione* delle cure a carico del Fondo Sanitario Nazionale. Solo un criterio etico-antropologico può dirimere il dubbio sulla scelta (tra chirurgia estetica e cura dell'Alzheimer, tra accanimento terapeutico e eutanasia). Per questo appare urgente, come si dirà più avanti, elaborare paradigmi ermeneutici, a partire dalla dignità della persona, anche per definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

4. *Gli ultimi della fila*

Così come si è accennato emblematicamente, per la condizione anziana, appare pertinente per la comunità cristiana verificare le molteplici situazioni di fragilità, insidiate da una possibile disattenzione della sanità. Parafrasando il titolo di un'indagine della Caritas italiana, di qualche anno fa, possiamo dire che vi sono "*gli ultimi della fila*", anche e soprattutto nella sanità. Per la loro tutela non bastano le leggi o l'affermazione dei diritti di cittadinanza. Spesso è avvenuto e avviene che se non vi è consenso o patto sociale, anche la migliore "*carta dei diritti*" si trasforma in una somma di "*diritti di carta*". E i *diritti dei deboli* si fanno, giorno dopo giorno, *diritti deboli*. Mi riferisco, parlando degli ultimi della fila, ai disabili gravissimi, alle gravissime forme di sofferenza psichica, alle malattie lunghe, inguaribili, ai differenziati volti della nuova cronicità, ai soggetti bisognosi di riabilitazione estensiva di lungo termine. La stessa organizzazione delle differenziate risposte è interpellata dagli

¹⁶ Cfr. Decreto del Presidente della Repubblica 23.7.1998 "*Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*". Supplemento Ordinario alla G.U. 10.12.1998, n. 288. Un po' meno rigoroso appare certamente il 3° piano sanitario nazionale: Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 "*Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005*" Supplemento ordinario alla G.U. n. 139 del 18.6.2003.

“ultimi della fila”: il tradizionale approccio ai servizi non serve quasi più. Occorre una personalizzazione dell’approccio, che consenta una presa in carico, capace di accogliere bisogni e desideri, ad un tempo, ricordando le sfide che la grave emarginazione, le nuove povertà immateriali esibiscono, nella ricerca di tutela della salute.

5. Lo stato è sociale o non è

Le discussioni sulla revisione o rivisitazione del Welfare State, non devono far dimenticare che lo Stato esiste e si legittima come difesa e promozione della persona, della famiglia, delle formazioni sociali. Anche (e forse soprattutto) promuove e tutela la salute. Non basta parlare di Stato Sociale! Lo Stato è sociale, nel senso che non può non essere referente e garante dei bisogni di salute del cittadino, indipendentemente dalle forme di gestione che esso assume nella risposta. Sotto questo profilo si può anche lasciare l’ambigua dizione di *welfare* e parlare di “*diritti sociali*”, garantiti nei e dai livelli essenziali delle prestazioni, così come invoca, perentoriamente, l’art. 117, comma 2, m) del novellato testo costituzionale.

6. Da una sanità ideale a un ideale di sanità

L’onnipotenza tecnologica propizia forme spesso latenti o occulte di iatrogenesi culturale. Non può esistere una sanità ideale onnipotente; un ideale di sanità storicizzato e implementato, a partire dai criteri di una corretta antropologia, è certamente plausibile, auspicabile, esigibile. In questa prospettiva l’educazione alla salute appare urgente, in termini di assunzione responsabile della “cura di sé”, per evitare ogni forma di iatrogenesi culturale, più penetrante ed incidente di quella clinica: l’insignificanza e dunque la paura dell’invalidità, della vecchiaia e della morte (è questa non accettazione, forse, la malattia più grave, indotta dal nostro tempo). Vale dunque la celebre e triplice raccomandazione di Ricouer (il tripode etico), senza la quale non esiste società civile, a misura umana: la cura di sé, la cura del prossimo, la cura del socio.

7. La ricerca di un corretto equilibrio tra “pagamento dei fattori produttivi” e “pagamento del prodotto”

È necessario rivedere il pagamento a prestazioni, laddove esso diventa perverso per la stessa sanità, ingenerando quegli effetti propri e fin troppo conosciuti di *eterogenesi dei fini*. In particolare il sistema organizzativo appare perverso laddove si assume il criterio del raggruppamento omogeneo per diagnosi (DRG - *Diagnostic Related Group*), che non mette conto, in maniera sufficientemente compiuta, di quadri anche solo diagnostici e prognostici differenziati (perverso: per *difetto*; quando non vale la pena di curare, per l’insufficiente remunerazione; per *eccesso*: quando vale la pena di curare per la congrua remunerazione; o quando an-

cora la differenza attributiva del DRG consente di moltiplicare i ricoveri).

8. *Curare anche quando non si può guarire*

È per questo urgente ricomporre gli itinerari, le strade, i percorsi, i nodi e gli snodi che il cittadino deve intraprendere e affrontare. Sempre più l'eccedenza della cura (favorita dal sapere scientifico-tecnologico) propizia l'abitare della malattia dentro la salute: la crescita delle malattie lunghe, croniche, irreversibili chiede un "prenderci cura", non più affidato solo all'EBM (*Evidence-based Medicine*), quanto ai saperi della medicina narrativa e della complessità.

9. *Nuovi paradigmi del diritto alla tutela della salute*

Il diritto di cittadinanza della tutela della salute (art. 32 della Costituzione) incontra oggi problemi nuovi. Ricordo la necessità delle tre dimensioni costitutive di ogni diritto: la titolarità, l'accessibilità, la competenza (o la fruibilità). La possibile eccedenza dell'offerta, l'equiproponibilità di molte prestazioni non può legittimare la scelta, a partire da logiche mercantili. Occorre, come esplicita con chiarezza il secondo Piano Sanitario Nazionale, identificare i "livelli essenziali" della tutela della salute, al di là della rubricazione del DPCM 29.11.2001 (così come integrato dal DPCM 28.11.2003), ricercando paradigmi ermeneutici, capaci di rendere ragione della dignità della persona. La soddisfazione del cliente esige certo una qualità relazionale, etica, comportamentale; ciò che oggi si chiama, comunemente, umanizzazione della medicina. È necessario andare più in profondità; perché tocca al cittadino decidere dei criteri e degli orizzonti della propria salute. Come sintesi personalizzata e personale (dunque non eterodiretta) del benessere corporeo, affettivo ed esistenziale; come luogo intenzionale di riconciliazione, in cui si ridice il rapporto con sé (identità), il rapporto con la realtà (esperienza), il rapporto con gli altri (relazione interpersonale).

10. *Tutela della salute come ricerca di solidarietà, prossimità, amicizia (e non solo giustizia)*

Mi riferisco a quella prospettiva chiamata orizzonte della "community care": di una comunità cioè che cura, si prende cura e si fa carico, soprattutto delle persone più fragili, anche dal punto di vista sanitario. Le parole chiave, proprie di una community care, sono: solidarietà primarie e secondarie, "self help", mutuo e auto-aiuto, interazione, interrelazione, integrazione tra soggetti, attività e funzioni. Liberare la malattia e dare ad essa voce; non tanto e non solo liberarsi dalla malattia; guarire la malattia e non solo guarire dalla malattia. L'eccedenza "curativa" tende ad esorcizzare le forme lunghe (prevenzione – riabilitazione – assistenza) dell'intervento in sanità. Prima che problema "amministrativo" e/o di compatibilità

economica è sfida culturale, propria di quel tempo nel quale “più si cura, meno si guarisce”. Tutelare le fragilità esige un sistema forte e flessibile ad un tempo. Ma è indicatore di civiltà e di cultura democratica.

I molti (ma non tutti) problemi accennati potrebbero aiutare la comprensione della lunga transizione (25 anni) che ha visto tre (quattro?) riforme della sanità nel nostro paese. Certo sarebbe utile presidiare le transizioni, alla luce di qualche paradigma annunciato. Lo faremo ponendo attenzione alle variabili e alle costanti delle tre riforme, con sguardo privilegiato all’ottica del diritto alla tutela della salute. Possono essere molti i compiti di rivisitazione di alcuni luoghi, divenuti per lo più comuni e per troppo tempo accertati come validi ed oggi risultanti fragili o insignificanti: ci si riferisce qui al concetto di “cura sanitaria” o all’enfasi posta “sulla qualità della vita”. Ripartire dagli ultimi della fila, anche in sanità, suggerisce una transizione e cioè, anche in senso biblico, un “esodo”:

- *dalla qualità della vita alla vita di qualità,*
- *dal curare al prendersi cura,*
- *dalla giustizia del diritto alla prossimità di rapporti fraterni,*
- *dal ben-essere al bene.*

Altre domande potrebbero abitare il percorso riflessivo delle comunità cristiane, non tanto e non solo dal punto di vista del bene comune, quanto nell’orizzonte di una rinnovata *pastorale della salute*.

La tutela della salute, riconosciuta quale diritto soggettivo di cittadinanza sociale dall’art. 32 della Costituzione repubblicana, ha conosciuto e attraversato le differenziate stagioni, che hanno segnato e contrassegnato le transizioni di un mutato scenario socio-culturale: dal moderno al postmoderno. Senza entrare nel merito di una compiuta disamina dei differenziati indicatori, capaci di evocare e di significare una transizione, da molti considerata irreversibile, può essere utile, quanto meno, alludere alla condizione significata, nell’orizzonte di una sorta di prepotenza, quando non di onnipotenza, del sapere scientifico e tecnologico, dalla rimozione e dalla censura dei vissuti esistenziali più profondi: l’occultamento del dolore, con l’esposizione dell’umana condizione a divenire muta ed impotente spettatrice del suo apparire, la percezione della malattia quale evento da cui *liberarsi*, e non da *liberare*; con l’incapacità di dare ad essa volto, voce e parola, quando si annuncia inguaribile, irreversibile, cronica, terminale; quando la malattia è ridotta ad evento clinico, e si rende clandestina allo sguardo la sua provocazione esistenziale; quando la medicina si fa carico di *guarire dalla malattia* e non di *guarire la malattia*; in una parola *l’ipertrofia dei mezzi*, con la conseguente *atrofia dei fini*, segnala, dentro gli impervi itinerari che generano la *malattia del senso*, il lento ed inesorabile deperire del *senso della malattia*; la stessa vecchiaia è spesso con-

siderata come un tempo *dopo* la vita e non un tempo *della* vita; il *ben-essere* fisico, psichico e sociale quale orizzonte ultimo anche di fronte al *bene*; l'assolutizzazione della *qualità della vita*, incapace di interrogarsi sulla *vita di qualità*. Illich ci aveva già da tempo istruiti sulla deriva contemporanea della iatrogenesi istituzionale e culturale – e sulle sue conseguenze. E talvolta l'espropriazione del senso ha rischiato di trascinare con sé, in una china irreversibile, soprattutto nella stagione neoliberista, la stessa tutela della salute, costituzionalmente garantita. Lo sguardo alle tre riforme e alla (non conclamata, ma tacitamente attuata) quarta non può dimenticare l'orizzonte antropologico, che dà fondamento alla tutela della salute, nell'ottica di una razionalità dei valori (dunque dei fini) e non solo degli strumenti (dunque dei mezzi). Per questo, si ritornerà, conclusivamente, su qualche profilo ermeneutico, proprio dell'antropologia della salute.

2.
Il diritto alla tutela
della salute
[affermato - art. 32
della Costituzione]

Senza entrare nel merito di una compiuta analisi del dettato costituzionale, e della conseguente costruzione e successivamente decostruzione, dello *stato sociale*, basti qui ricordare il lento e faticoso istituirsi dei *diritti civili e politici*, fino al consolidarsi dei cosiddetti *diritti sociali*. Dal punto di vista simbolico si può fare riferimento ai principi di libertà, di uguaglianza e di fraternità.

Sono state essenzialmente due, scontando molte semplificazioni, le principali strade con le quali si è costruito il sistema dello stato sociale. L'orizzonte *libertario* (più affidato al mercato; ad es. tramite il sistema assicurativo, come è avvenuto, sia pure con molti correttivi, negli Stati Uniti d'America): la possibile deriva sta in una sorta di *mercantilizzazione della società* (ove si identifica, surrettiziamente, il bene *comune* con il bene *privato*). L'orizzonte *egualitario* (più affidato allo stato, quale garante del "bene sociale salute", con le diverse variabili del "diritto soggettivo", garantito a tutti e, soprattutto inizialmente, direttamente dallo stato): la possibile deriva sta in una sorta di *statalizzazione della società* (ove si identifica, surrettiziamente, il bene *comune* con il bene *pubblico*). Occorre dunque salvaguardare il valore del legame, quella dimensione della fraternità, oggi evocata, in modo particolare, dalla filosofia soggiacente al cosiddetto terzo settore e all'area non profit. Lo *stato sociale* si struttura nel momento in cui sorge l'esigenza di tutelare in qualche modo il cittadino – in quanto cittadino – contro le possibili prevaricazioni e le invadenze totalizzanti di un profitto selvaggio.

Le ipotesi di riforma dello stato sociale (nelle sue differenziate articolazioni: residuale o paternalistico, assicurativo o bismarckiano, interventista o fordista, egualitario e libertario) appaiono talvolta difficili: vi è un'ipotesi radicalmente *neoliberista* e una po-

sizione radicalmente opposta di tipo strutturalmente *neostatalista*; vi è una posizione di *riforma strutturale* del welfare, con una revisione della previdenza, della sanità e dell'assistenza ed infine un'ipotesi di *riforma funzionale* con una revisione delle politiche sociali, da affidare ad un welfare mix, magari di tipo locale (*welfare community*). Dentro questo quadro, nella prevalenza libertaria o egualitaria stanno le maggiori differenze, anche nella costituzione del sistema salute e conseguentemente dell'organizzazione dei servizi e dei presidi ordinati alla tutela della salute. La nascita del terzo e del quarto settore non può essere letta nella pura logica esigenziale della carenza dei due sistemi: semmai è la carenza, sempre più consolidatasi, soprattutto nel postmoderno, della "fraternità" (l'orizzonte *fraterno*), cioè di quel legame societario e/o comunitario della cittadinanza, che ha svuotato di senso la presunta sicurezza del welfare: sarebbe riduttivo interpretare tale orizzonte, come necessità di una riaffermazione liberistica di una troppo astratta e improbabile società civile; si dovrebbe forse parlare, come taluni fanno, di *comunità societaria*. Molto sinteticamente, e solo per esemplificare le differenze e propiziare un corretto confronto, al riparo da ogni tentazione pseudoideologica e dunque riduzionistica, possiamo qui raccogliere le maggiori differenziazioni, non tanto per farne un'analisi esaustiva, quanto per cogliere il sistema delle differenze, che segnano anche l'itinerario delle riforme e che verranno successivamente disaminate. Per questo, con qualche semplificazione, si identificano nell'orizzonte egualitario i paesi che, seppure tra molte differenze, hanno strutturato un servizio sanitario nazionale e nell'orizzonte libertario quelli che hanno strutturato un sistema assicurativo non (sempre) universalmente obbligatorio (tra questi si registrano due filoni: con casse mutue obbligatorie o con assicurazioni prevalentemente volontarie). Negli Usa il sistema fa la somma con: assicurazioni private, dove il datore di lavoro gode di sgravi fiscali; assicurazioni private specializzate; esborsi privati per chi è senza coperture; *Medicare e Medicaid*, che sono assicurazioni pubbliche, rispettivamente per anziani e per indigenti.

Molti altri elementi potrebbero essere analizzati dentro un quadro più complessivo e più analitico del sistema sanitario. Se il sistema si costituisce per garantire il diritto alla tutela della salute, si orienta verso un sistema egualitario; se il sistema vuole garantire maggiormente l'interesse del cittadino, si orienta verso un sistema libertario (sarà il cittadino a scegliere come, dove, quando e se curarsi). È noto come in sanità, ma non solo, un elemento fondamentale e decisivo nella scelta della cura, sia da attribuirsi allo squilibrio dovuto ad una sempre più accentuata asimmetria informativa. È noto, altresì, che l'utilizzo del mercato è correttamente assumibile, quando all'acquirente è possibile specificare quello che esattamente vuole dal fruitore e non v'è il rischio di comportamenti op-

portunistici da parte del venditore esterno (in qualche modo occultabili al cliente).

Le indicazioni fornite possono utilmente orientare il confronto sui paradigmi, sugli approcci, sui sistemi organizzativi propri della tutela della salute, cercando valutazioni obiettive e non ideologiche. Il dato costituzionale appare di estrema chiarezza: l'art. 3, *comma 1* riafferma i diritti civili e politici, mentre l'art. 3, *comma 2* riafferma i diritti sociali, quali diritti non formali ma sostanziali di libertà del cittadino; ad esso si correla l'art. 32 della Costituzione¹⁷, che troverà solo a partire dalla prima riforma del servizio sanitario nazionale, compiutezza realizzativa; così come le riforme successive tenteranno, alternativamente, di riproporre la dimensione libertaria o egualitaria della tutela della salute (in particolare la prima legge delega, con i decreti legislativi del 1992-93 – dimensione libertaria –; la seconda legge delega, con i decreti legislativi del 1999 – dimensione egualitaria –; l'attuale contesto con un mix, spesso confuso e disarticolato, dentro i processi del (non attuato) federalismo fiscale e di un sempre più affermato *welfare* devoluto.

L'analisi, che qui viene riproposta, vuole rivisitare le tre riforme, seppur sinteticamente, per disaminare un poco più analiticamente lo scenario attuale (dopo la cd. riforma Bindi del 1999).

In ordine ad una puntuale ricomprensione delle tre riforme, seppur solo per cenni qui rivisitate, si farà riferimento ai principi ispiratori, leggendo attraverso di essi i mutamenti essenziali del e nel quadro istituzionale afferente la tutela della salute.

La prima riforma¹⁸ può essere, sinteticamente riassunta nei seguenti profili fondamentali: la tutela della salute è un *diritto soggettivo* (cfr. art. 32 della carta costituzionale). Occorre pertanto rilevare i bisogni (variabile indipendente), programmare e ricercare le necessarie coperture finanziarie (variabile dipendente).

La tutela della salute è regolata dal conseguente principio di una rigida *programmazione*: piano sanitario nazionale (approvato con atto legislativo) e piani sanitari regionali. La tutela della salute esige una forte *integrazione tra ospedale e territorio* (soggetto territoriale unico – USL, *unità sanitaria locale* – per la gestione di tutte le

¹⁷ Per un'analisi compiuta del diritto alla tutela della salute, anche con riferimento alla giurisprudenza (massime delle decisioni del Consiglio di Stato, della Corte costituzionale, della Corte di Cassazione, di Tribunali ordinari e amministrativi) si veda: BALDUZZI R. (a cura di) *Codice delle norme sanitarie fondamentali*, Il Sole 24 Ore, Milano 2001, pp. 3-352. Per la giurisprudenza pp. 2093- 2182.

¹⁸ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale" - G.U. del 28.12.1978, n. 360.

funzioni sanitarie). La tutela della salute esige una forte *integrazione tra funzioni sanitarie e sociali*; l'integrazione, soprattutto *istituzionale*, è garantita dall'unico soggetto gestore, riconducibile alle forme del comune *associato*, in genere, per la sanità e del comune *singolo* (o associato, là dove la programmazione regionale lo indichi) per l'assistenza. La tutela della salute struttura le sue offerte in un *rapporto tra pubblico e privato*, che vede il secondo in funzione di supplenza del primo (cfr. ad es. l'art. 26 della L. 833/78): il privato svolge un ruolo di integrazione meramente funzionale (e non strutturale); il privato è *soggettivamente* privato, ma *oggettivamente* pubblico, per la sua funzione di integrazione. La tutela della salute è affidata, sotto il profilo istituzionale e gestionale al *Comune* (o *singolo* o *associato ad hoc*, o *già associato*, come la Comunità montana o *frazione* di Comune metropolitano). Lo strumento operativo è l'Unità Sanitaria Locale (USL). Il sistema di finanziamento, essendo legato ad una rigida programmazione (nazionale e regionale) pagherà il costo dei cosiddetti "fattori produttivi". Riprendendo, per opportunità e chiarezza espositiva, i principi della L. 833/78, così come sono stati modificati dalla prima legge delega¹⁹ e dai conseguenti decreti legislativi²⁰, si può tranquillamente affermare che, pur nel mantenimento della struttura della L. 833/1978, moltissime sono state le modifiche, nell'implementazione che legge delega e decreti legislativi hanno generato, soprattutto in ambito regionale. Qualcuno ha parlato di riforma silenziosa e insieme di riforma ferita.

Nella **seconda riforma** i principi evocati nella prima subiscono un radicale mutamento: il *diritto soggettivo* alla tutela della salute appare affievolito e certamente sottoposto alla compatibilità della spesa; l'attenzione alla spesa è altresì rinvenibile nel processo di aziendalizzazione e nella remunerazione: dai fattori produttivi (prima) al prodotto (poi), tramite la forma del pagamento delle prestazioni. Per quanto riguarda *la programmazione*, essa appare abbastanza delegittimata, anche per la forma dell'approvazione. La riforma del 1992, pur riaffermando la necessità del Piano Sanitario Nazionale, lo riconosce come atto di governo (già nel 1985 con la Legge 23.10.1985, n. 595, ne era stata prevista l'approvazione, da parte del Parlamento, con atto non legislativo).

È ovvio che essendo il Piano Sanitario un atto di governo, ne viene depotenziato il tasso di democraticità. Per quanto riguarda il

¹⁹ Legge 23 ottobre 1992, n. 421 "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale" - G. U. del 31.10.1992.

²⁰ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.1992, n. 421" aggiornato con le modifiche apportate dal Decreto legislativo 7.12.1993, n. 517 - S.O. alla G.U. del 7.1.1994, n. 4.

rapporto *ospedale – territorio*, la forte integrazione appare indebolita dalla separatezza tra Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera, anche se, nella fase iniziale, l'Azienda Ospedaliera avrebbe dovuto rispondere a precisi requisiti di complessità e di alta specializzazione. Per quanto riguarda *l'integrazione tra sanitario e sociale*, avendo assunto come soggetto gestore della tutela della salute l'Azienda Sanitaria Locale (di fatto di emanazione regionale) viene in qualche modo scisso il rapporto con il Comune: lo spazio è pur sempre quello più debole della delega (art. 3, *comma 3* del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.).

Per quanto riguarda *il rapporto pubblico privato*, la nuova situazione normativa appare più complessa. Si ha un quadro completamente nuovo: vi è un'apertura del Servizio Sanitario Nazionale al privato non solo non-profit, ma anche al privato mercantile; si rivede completamente il sistema autorizzatorio e il sistema di partecipazione dei soggetti gestori al servizio sanitario, con i noti problemi correlati ai livelli differenziati dell'*autorizzazione al funzionamento*, secondo le prescrizioni del D.P.R. 14.1.1997 per chiunque svolga funzioni sanitarie e dell'*accreditamento*, che esige il possesso di alcuni e ulteriori requisiti stabiliti dalle Regioni e la conseguente accettazione della quota di pagamento da D.R.G., definita dalla Regione e che consente l'ingresso nel Servizio Sanitario Nazionale. Un ultimo passaggio è quello del *contratto*, relativo alla determinazione dei volumi di prestazioni da riconoscere e da assumere. Vi è stato un largo dibattito, anche con sentenze della Corte Costituzionale, perché taluni hanno interpretato l'accreditamento quale ingresso automatico nel Servizio Sanitario Nazionale, da giocare per il soggetto acquirente, l'A.S.L., attraverso il libero mercato (in verità la Corte ha subordinato il diritto all'accreditamento alle esigenze della programmazione). Per quanto riguarda il soggetto istituzionale, gestore delle funzioni sanitarie, *il Comune* è totalmente abbandonato: resta il debole rapporto di soggetto, capace di esprimere i bisogni sanitari della comunità (D.Lgs. 502/1992, art. 3, *comma 1*), passibile di delegare, per quanto attiene i servizi socioassistenziali, l'esercizio delle funzioni all'ASL (*idem*, art. 3, *comma 3*), referente di pareri e di forme di rappresentanza nei confronti dell'ASL (e non dell'Ospedale Azienda) (*idem*, art. 3, *comma 14*).

L'ulteriore e successiva riflessione, per la quale il Comune appare inadatto ad organizzare servizi alla persona per il suo statuto certificatorio, amministrativo e burocratico, suggerisce un soggetto altro, indotto ovviamente dall'esperienza del privato, per gestire in termini di efficienza, di efficacia, di appropriatezza e di qualità i servizi sanitari. Viene dunque assunta, nella Legge n. 421 del 1992, la figura dell'Azienda speciale, riferita agli artt. 22 e 23 della L. 142/1990 (ora artt. 113 e ss. del D.Lgs. 267/2000) e dunque espressiva del potere locale dei Comuni. Il D.Lgs. n. 502 la definisce azienda regionale; il D.Lgs. 517

toglie “regionale”, ma in effetti la natura giuridica dell’azienda si conferma nella sua caratterizzazione regionale, sia per le fonti di finanziamento, garantite dalla Regione, sia per la nomina regionale degli organi (Direttore Generale, Revisori dei Conti).

Come si è già detto, anche le forme di finanziamento sono radicalmente mutate: si passa dal pagamento dei fattori produttivi al *pagamento per prestazione* (utilizzando per questo lo schema dei Raggruppamenti Omogenei per Diagnosi: ROD e/o DRG). Conclusivamente, occorre ricordare che il cambio sostanziale tra la prima e la seconda riforma poggia su due principi: il passaggio della soggettività gestionale *dal Comune all’Azienda* (regionale); la modalità con cui si realizzano i finanziamenti. Nella legge 833/1978 il pagamento è riferito al costo dei *fattori produttivi* di tutela della salute, dunque con il rischio anche di un carico improprio su questi costi (ricoveri falsamente sanitari o impropri). Il D.Lgs. 502/1992, introducendo il sistema dei D.R.G., enfatizza il *pagamento a prestazioni*, con il rischio di esposizione, o addirittura di sovraesposizione, dell’offerta sanitaria più remunerativa di fronte alla domanda e, in assenza di una programmazione rispondente ai bisogni, di una tendenza a diminuire, anche nel pubblico, le risposte, pur necessarie, ma meno remunerative. È per questa ragione, in ogni caso troppo confusiva, dal punto di vista interpretativo, se non di conflittualità e di opposte prassi applicative, che il Parlamento, con legge del 1998²¹ ha delegato il Governo a produrre uno o più decreti legislativi²² in ordine ad alcune tematiche particolarmente importanti dal punto di vista di una puntuale ridefinizione del sistema sanitario. La legge delega, appare in qualche modo, un ritorno alla Legge 833/78, tramite alcuni profili che qui vengono soltanto accennati.

Si elencano i principi fondamentali, ispiratori della **terza riforma** sanitaria, ricordando come essa abbia dichiaratamente voluto riaffermare il diritto alla tutela della salute, peraltro in conformità al dettato costituzionale, pur in un contesto socioculturale e socio-istituzionale radicalmente cambiato (lo stesso diritto alla tutela della salute ha dovuto essere implementato con i cosiddetti “*livelli uniformi ed essenziali di assistenza*”: affidando ai fondi integrativi interventi altri, aggiuntivi e comunque integrati col Servizio Sanitario nazionale).

²¹ Legge 30 novembre 1998, n. 419 “*Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al Decreto legislativo 30.12.1992, n. 502*” – G. U. del 7.1.2.1998, n. 286.

²² Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*” – S. O. alla G. U. del 16.7.1999, n. 165.

Sinteticamente e solo in via enumerativa si descrivono i principi e i criteri fondamentali del decreto legislativo, ricordando che esso affida a numerosi (oltre 40) atti successivi l'implementazione della *riforma ter* della sanità: la riaffermazione del diritto, peraltro costituzionalmente garantito (art. 32), alla tutela della salute; un rigoroso e forte ritorno alla programmazione (Piano Sanitario Nazionale, di cui si definiscono i nove criteri costitutivi e Piani Sanitari Regionali, da adottarsi obbligatoriamente e in conformità, con i conseguenti interventi del potere sostitutivo, nel caso di reiterata inadempienza da parte delle Regioni, che hanno completa libertà sul *come fare* , ma non di *non fare*); la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, funzionalmente e contenutisticamente individuati in tre aree (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) e definiti in sede di Piano Sanitario nazionale; il rafforzamento del ruolo del Comune, anche senza il ritorno alla soggettualità istituzionale dello stesso, nella gestione della sanità: viene istituita la *Conferenza permanente* per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale; si struttura il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, istituendo il *Comitato dei Sindaci* di distretto; viene affidata alla *Conferenza dei Sindaci* (per ogni ASL con un Consiglio di rappresentanza di 5 membri) la nomina di un membro del Collegio sindacale; le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando piena attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona (è forse la prima volta che viene riconosciuto tale principio); un ritorno più preciso e più strutturato al tema dell'integrazione sociosanitaria, con l'individuazione di livelli differenziati: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria e a totale carico del fondo sanitario; l'istituzione dell'area delle professioni sociosanitarie; la ridefinizione, anche da parte delle Regioni, dell'Ospedale, con caratteristiche particolari, quale Azienda; sono otto i requisiti (tutti) necessari per la costituzione o la conferma in azienda ospedaliera di presidi ospedalieri; l'accentuata aziendalizzazione dei due soggetti istituzionalmente deputati all'assistenza sanitaria (Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliera); l'individuazione e l'articolazione funzionale del dipartimento di prevenzione; la definizione funzionale del medico di medicina generale (garantendo l'assistenza tutto il giorno e tutti i giorni, anche attraverso forme associative); un nuovo rapporto tra pubblico e privato, con l'introduzione delle quattro "A": *autorizzazione alla localizzazione* per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie (con la verifica di compatibilità da parte delle regioni); *autorizzazione all'esercizio* di attività sanitarie e sociosanitarie;

accreditamento istituzionale (si individua, per questo, una Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari); *accordi contrattuali*; la nuova definizione della remunerazione: costo standard di produzione del programma di assistenza; tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti, erogata in regime di degenza ordinaria, di day hospital, di specialistica ambulatoriale; l'istituzione dei fondi integrativi (per funzioni collegate al Servizio sanitario nazionale e non rientranti nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza); l'affermazione del principio delle sperimentazioni gestionali (Servizio Sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste, a capitale pubblico e privato); il deciso e forte incremento della ricerca sanitaria (il cui programma fa riferimento a sei criteri-obiettivo); la disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie, con la definizione dell'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario: individuazione delle caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari e delle caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti che svolgono attività libero professionale extramuraria (principio che verrà cancellato con la L. 138/2004); la definizione dei livelli di formazione continua per il personale sanitario e sociosanitario (con l'istituzione della Commissione nazionale per la formazione continua) e la definizione dei livelli di formazione manageriale; l'individuazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione; la definizione del federalismo sanitario, del patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale.

4.
Il diritto alla tutela
della salute nella
[quarta?] riforma:
compromesso e
dimenticato

Il panorama successivo all'approvazione della terza riforma sanitaria vede una tacita e (non sempre) dissimulata inerzia attuativa, sia nella fase dell'ultimo Governo di centrosinistra, sia nella fase del nuovo Governo di centrodestra. Il quadro appare del tutto incerto, soprattutto a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione repubblicana, che rivisita le competenze legislative tra Governo centrale e Regioni. Pertanto la terza riforma sanitaria appare oggi poco più che un ricordo, anche per il forte processo di regionalizzazione che la sanità ha conosciuto e per qualche atto che ha impresso una direzione certamente diversa dai principi della riforma *ter* (si veda in particolare l'Accordo Stato-regioni dell'8.8.2001).

Per cogliere il significato del cambiamento in atto, non celebrato o conclamato da un'esplicita quarta riforma (?), è necessario ripercorrere, in via sintetica, i passaggi più significativi, che hanno attraversato e stanno attraversando la complessa vicenda della sanità italiana.

Si possono identificare quattro scansioni, non solo temporali, che hanno caratterizzato (e che potranno caratterizzare) il post riforma *ter*.

1. Anzitutto il decreto legislativo sul federalismo fiscale²³, che definisce la soppressione dei trasferimenti erariali (dal 2001), compensati con la compartecipazione regionale all'imposta sul valore aggiunto (IVA), l'aumento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) e dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulle benzine; l'istituzione di un fondo perequativo di solidarietà interregionale; un regime transitorio (entro la fine del 2003) e un assetto definitivo, a partire dal 2004, in cui cadrà definitivamente il vincolo di destinazione dell'attuale spesa sanitaria, con il completo superamento della cosiddetta quota capitaria. Il federalismo fiscale, con le determinazioni assunte, consegna alle regioni la responsabilità dell'impegno di spesa per quanto attiene la sanità, avviando un più compiuto federalismo istituzionale, che la riforma costituzionale definirà e che il primo *ddl*c (disegno di legge costituzionale) sulla devoluzione esigerà, in termini di competenza legislativa regionale esclusiva e non solo concorrente.

2. Il secondo momento si riferisce alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)²⁴, che rischiano, stralciati dal Piano sanitario nazionale, una deriva meramente prestazionistica. Peraltro ormai il diritto alla tutela della salute, costituzionalizzato (anche con i poteri sostitutivi) è totalmente affidato all'implementazione regionale dei LEA; con tutte le difficoltà di una corretta attuazione degli stessi, attesa la debolezza dei tre elementi, attraverso i quali è possibile un'attenta verifica dell'attuazione dei livelli: il finanziamento, l'*input*, totalmente affidato alle competenze regionali, a seguito del federalismo fiscale; l'organizzazione della risposta, l'*output* che diventa compito regionale, attesa la revisione del titolo V; dell'efficacia e dell'appropriatezza delle risposte, l'*outcome*, nulla si dice. Indicatori di verifica dovrebbero essere affidati al Piano sanitario nazionale (per la verità il *Piano sanitario nazionale 2003-2005* appare molto fragile, quasi abdicando al suo compito di garantire regole e indicazioni prescrittive, finalizzate alla tutela dei li-

²³ Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133" - G.U. del 15.3.2000, n. 62.

²⁴ Decreto del Presidente del Consiglio di Ministri 29 novembre 2001 "Definizione di livelli essenziali di assistenza" - S. O. alla G.U. n. 33 dell'8 febbraio 2002 e Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 novembre 2003 "Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante <Definizione dei livelli essenziali di assistenza>, in materia di certificazioni" - G.U. del 10.12.2003, n. 286.

velli essenziali). Per questo abbiamo parlato di diritto compromesso e dimenticato, nonostante la retorica delle affermazioni di principio: tanto più se talune scelte regionali, con l'enfasi della libertà di scelta, sembrano abdicare ad una intenzionalità programmatica. Appare comunque utile l'analisi dei diversi progetti obiettivo, che in questi anni, hanno accompagnato la stagione programmatica, la cui titolarità, almeno per il livello nazionale, appare depotenziata dalla riforma del titolo V della costituzione²⁵.

3. Basterà un accordo Stato-regioni (tra l'altro siglato ancor prima dell'esito referendario confermativo della legge di riforma costituzionale), per cambiare molti profili istituzionali ed organizzatori dell'assetto statuito dalla riforma *ter* (sperimentazioni gestionali e individuazione dell'Ospedale azienda, in capo alle Regioni). In effetti il precitato accordo Stato-regioni²⁶ definisce il 2001 (a seguito della revisione degli sfondamenti di spesa) come "anno zero" nel rapporto stato regioni, per la prefissione dell'entità complessiva dei finanziamenti a carico dello Stato (Accordo, *comma 4*). Sotto questo profilo, altri elementi di grande cambiamento dell'architettura istituzionale della sanità italiana sono attribuibili: alla definizione di meccanismi di contenimento della spesa e di monitoraggio delle prestazioni; all'attribuzione alle regioni della potestà autorizzatoria in materia di sperimentazioni gestionali (atteso il peggioramento del conflitto tra Regione Lombardia e Governo e il conseguente ricorso alla Corte costituzionale) e di riconoscimento ai presidi ospedalieri dello status di azienda ospedaliera; alla riconduzione dei posti letto ospedalieri al parametro di riferimento di 4 posti letto per mille abitanti; alla definizione di misure di contenimento della spesa farmaceutica. Il 30 novembre 2001 è termine ultimo per l'adozione del provvedimento concernente la definizione dei livelli essenziali di assistenza (a stralcio del piano sanitario nazionale). Taluni profili dell'accordo sono assunti con decreto legge, successivamente convertito²⁷.

²⁵ Per un'analisi più compiuta, anche dei piani sanitari, dei progetti obiettivo e dell'integrazione sociosanitaria (di cui al D.P.C.M. 14.2.2001) mi sia consentito rinviare a MOZZANICA C. M., *Marginalità e devianza. Itinerari educativi e percorsi legislativi*, Monti Saronno 2002, pp. 69-112; 243-261.

²⁶ Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano – Accordo 8 agosto 2001 "Accordo tra Governo, regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 (repertorio atti 1004) e il 22 marzo 2001 (repertorio atti 1210) in materia sanitaria" - G. U. del 6.9.2001, n. 207.

²⁷ Testo del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, recante "Interventi urgenti in materia sanitaria" - G.U. del 17.11.2001, n. 268. Vedasi anche il D.L. 63/2002, convertito con L.112/2002; la L. 289/2002, il D.L. 269/2003, convertito con L. 326/2003; la L. 350/2003.

4. Il quarto momento dell'avviata controriforma si ritrova in un surrettizio passaggio, operato con la modificazione di un decreto legge²⁸, relativo allo stravolgimento del rapporto medico-ospedale: nella rivisitazione del rapporto, ogni medico potrà fare l'opzione del rapporto non esclusivo, annualmente (entro il 30 novembre di ogni anno): la scelta è reversibile; e dunque il rapporto esclusivo potrà essere ripristinato. La scelta dell'*extramoenia* comporta la decadenza dell'indennità di esclusività; ma la non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la possibilità di dirigere strutture semplici e complesse. Il rischio si iscrive dunque nella surrettizia possibilità di avviare un doppio binario per la tutela della salute (inizialmente per coloro che direttamente o tramite fondi assicurativi possono farsene carico).

5. Il diritto alla tutela della salute nella riforma del titolo V della Costituzione e nelle successive proposte: *ritrovato e frammentato*.

Il quinto momento, decisivo per il rinnovato quadro della sanità, anche in termini di un *riaffermato diritto* alla tutela della salute, nel profilo della garanzia dei livelli essenziali, orientati alla tutela dei diritti sociali è da riferirsi alla modifica del titolo V della seconda parte della Costituzione²⁹. Pertiene alla legislazione esclusiva esercitata dallo Stato la "*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" (art. 117, comma 2, sub *m*)), anche con l'istituzione di un fondo perequativo e la destinazione di risorse aggiuntive, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona (art. 119, commi 3 e 5); ad ulteriore garanzia dei livelli essenziali, in ordine alla tutela dei diritti sociali, è costituzionalizzato il potere sostitutivo del Governo (art. 120, comma 2). Laddove si verificasse il mancato rispetto della tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali (art. 120, comma 2), *il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle città metropolitane, delle Province e dei Comuni*. La sanità appartiene alla legislazione concorrente (art. 117, terzo comma). Vi è dunque una riaffermazione, specificata e definita, nella forma dei livelli essenziali (e, dunque, non solo e non tanto minimi) dell'art. 3, comma 2 del dettato costi-

²⁸ Testo del Decreto-Legge 29 marzo 2004, n. 81, coordinato con la legge di conversione 26 maggio 2004, n. 138, recante "*Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*" - G.U. del 29.5.2004, n. 125. Si veda in particolare l'art. 2-*septies*, comma 1, che sostituisce il comma 4 dell'art. 15-*quater* del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

²⁹ Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 "*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*" - G.U. del 24.10. 2001, n. 248.

tuzionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato (art. 117, quarto comma). Nasce immediatamente la domanda: della terza riforma sanitaria che cosa resta? Certamente l'impianto relativo alla tutela della salute, la determinazione dei suoi contenuti (livelli essenziali di assistenza).

Tra l'altro, sempre solo in estrema sintesi, si può affermare che la revisione del Titolo V della Costituzione possa essere riassunto nei seguenti termini di riproposizione del sistema di welfare:

- Il principio di *responsabilità*, affidato, per la competenza amministrativa ai Comuni (art. 118, comma 1: ci si chiede se non esista l'opportunità, attesa la competenza riconosciuta, che la stessa gestione della sanità non debba essere riattribuita agli enti locali: non si tratta di ridiscutere la forma "azienda": semmai di riproporre la legittimità di un'azienda, ente strumentale della Regione o di un'azienda espressiva dei, e dunque espressa dai, Comuni);
- il principio di *equità*: "*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociali e sono eguali davanti alla legge...*" (art. 3, comma 1);
- il principio di *universalismo*: "*È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese*" (art. 3, comma 2);
- il principio del *pluralismo personalistico*: "*La repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...*" (art. 2);
- il principio di *solidarietà*: "*La repubblica... richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale*" (art. 2);
- il principio di *tutela dei diritti sociali*: "*Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie... m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" (art. 117, comma 2). La garanzia è altresì assicurata dalle forme di *tutela economica* (fondo perequativo, art. 119, comma 3 e *risorse aggiuntive*, art. 119, comma 5) e dalle forme di *tutela istituzionale* (attraverso il *potere sostitutivo*, di cui all'art. 120, comma 2);
- il principio di *sussidiarietà istituzionale* (o verticale) cfr. art. 114, primo comma e art. 118, primo comma: "*Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza*";

- il principio di *sussidiarietà sociale* (o orizzontale) “Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà” (art. 118, ultimo comma).

La difficile e contraddittoria applicazione della riforma costituzionale del Titolo V ha suggerito al Parlamento di approvare la legge (cd. La Loggia) per l'adeguamento dell'ordinamento alla legge costituzionale³⁰. La vicenda della riforma del Titolo V ha aperto un confronto e un dibattito tra le forze politiche, alla ricerca di un (rinnovato?) equilibrio tra Stato e Regioni, all'insegna della garanzia del principio egualitario, da un parte, e di un più accentuato federalismo, dall'altra. I tre progetti di riforma costituzionale (nell'ordine di tempo: Bossi, La Loggia, Governo) segnalano il profilo dialettico sopraccennato: in particolare il *ddl* (cosiddetto Bossi), d'iniziativa governativa (A.S 1187) afferma all'art. 1: “Le Regioni attivano la competenza legislativa esclusiva per le seguenti materie: a) *assistenza e organizzazione sanitaria...*”. Il *ddl* successivo (cosiddetto La Loggia), approvato dal Consiglio dei Ministri l'11 aprile 2003 cancella la competenza concorrente e ascrive (art. 2, comma 1 - m) all'esercizio della potestà legislativa esclusiva dello Stato le “*norme generali sulla tutela della salute*” e alla competenza esclusiva delle Regioni (art. 2, comma 2 - a) l’“*assistenza e organizzazione sanitaria*”. In realtà questo *ddl* non ha mai iniziato il suo iter parlamentare. Il *ddl* (predisposto da un gruppo di saggi nell'estate del 2003), approvato dal Governo il 10 ottobre 2003 (A.S. 2544), che per la verità vuole modificare 35 articoli della Costituzione (e dunque non solo il Titolo V), all'art. 30 riprende l'assunto del *ddl* Bossi, specificando che le Regioni hanno potestà legislativa esclusiva nell’“*assistenza e organizzazione sanitaria...*”. È difficile prevedere oggi l'esito finale di quest'ultimo testo, approvato in prima lettura dal Senato il 24 marzo 2004 ed ora all'esame della Camera (sia per i crescenti dubbi all'interno della maggioranza, sia per la contrarietà dell'opposizione; appare prevedibile, nel caso di un'approvazione senza i 2/3, il *referendum* confermativo). Resta in ogni caso aperto il problema di una possibile competenza esclusiva (?) dello Stato nell'ambito della tutela della salute. Così come resta immutata (per la verità in tutti e tre i progetti di legge costituzionali) la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei *livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali* (art. 117, comma 2 - m). Resterebbe altresì confermata l'attuazione dei commi 3 e 5 dell'art. 119 della Costituzione (anch'essi rimasti invariati nei tre testi

³⁰ Legge 5 giugno 2003, n. 131 “Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3” G.U. del 10.6.2003, n. 132.

suaccennati), relativi all'istituzione di un *fondo perequativo*, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante e alla destinazione di *risorse aggiuntive* (proprio per favorire, tra l'altro *l'effettivo esercizio dei diritti della persona...*). Essendo un testo di modifica costituzionale ben più vasto dei precedenti *ddlc*, definisce una differenziata ripartizione delle competenze legislative tra le due Camere: la determinazione dei principi generali entro i quali dovrà esercitarsi la funzione legislativa concorrente delle Regioni viene riservata al Senato federale, mentre diventa prerogativa della Camera la normazione sulle funzioni esclusive dello Stato³¹.

Per concludere: con qualche prospettiva

Il dibattito sulla sanità non finisce qui, anche perché il quadro istituzionale appare incerto e qualche voce, preoccupata (e certo non sospetta) di un eccessivo federalismo regionalista, incomincia a farsi sentire. Per conto nostro, preferiamo, farci e fare qualche domanda (forse rimossa), riprendendo le domande che in termini di premessa hanno, in qualche modo, ispirato i criteri di lettura delle riforme: gli ultimi della fila, i più poveri come si collocheranno, in un eventuale duplice binario della sanità? I possibili livelli, che toccano la responsabilità della comunità ecclesiale, possono essere suddivisi in:

- prospettiva dello *scenario socioculturale*;
- prospettiva dello *scenario socioistituzionale* (con la sempre più riconosciuta competenza regionale);
- prospettiva dello *scenario legislativo*, con particolare riferimento alla revisione di tutto il testo costituzionale;
- prospettiva dello *scenario religioso*, che vede cambiare radicalmente sia i bisogni che le risposte istituzionali al tema salute-malattia. Su quest'ultimo profilo, e con particolare attenzione alla differenziata configurazione territoriale (Conferenze episcopali regionali) sarà necessario istituire "tavoli regionali, riferiti alla *sanità cattolica*".

È possibile, è correttamente etico l'affidamento della tutela della salute all'area del profit, dunque al mercato? Se non si può parlare più di una *sanità ideale* (per cui taluni delegittimano la stessa possibilità di ascriverne il diritto alla tutela), è attendibile (e forse doveroso) parlare di un *ideale di sanità* (possibile e verificabile); la razionalità dei *valori* e dunque dei *fini* deve orientare la razionalità dei *mezzi* (e non viceversa, attesa la bassa percentuale per il nostro

³¹ Per un approfondimento si veda, tra gli altri: ISEA, *Rapporto annuale sull'attuazione del federalismo*, Roma febbraio 2004.

Paese della spesa sanitaria, in rapporto al prodotto interno lordo, che pure in un arco di tempo ragionevole dovrebbe attestarsi su un valore pari al 7% del PIL). Occorre dunque tornare ad interrogarsi su una corretta antropologia della salute³², che riscopra l'utopia del curare, anche senza poter guarire, del *care* e non solo del *cure*, di una medicina, non tanto dell'*evidenza*, quanto della *complessità*; di una sanità che non parli solo di *bisogno* ma, anche e soprattutto, di *desiderio*: dal bisogno come confine al desiderio come orizzonte, capace di propiziare il discernimento tra domande *assistenziali* e problemi *esistenziali*; dall'opportunità di definire non solo *qualità della vita* invocata (con la conclamata *customer satisfaction*, che talvolta può alludere ad una *soddisfazione ingiusta* del cliente; mentre può esserci, legittimamente, un'*insoddisfazione giusta* del cliente, ma soprattutto *vita di qualità* evocata, per una riscoperta del senso della malattia, cui dare parola ed ascolto, anche quando l'ala severa e muta dell'inguaribile, del terminale pronuncia la sua sentenza definitiva. È troppo arduo chiedere di tornare a parlare di questa quotidiana, concreta, vissuta antropologia della salute, oltre gli schematismi di un approccio *lib/lab*? In questa linea si precisano sempre meglio alcune urgenze: quali paradigmi antropologici assumere per la (ri)definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria; quali modelli organizzativi implementare (a livello dell'autonomia regionale), per dare sviluppo alla medicina narrativa, modale o della complessità? Quali itinerari e percorsi esplorare non solo verso una rinnovata antropologia *nella cura* (umanizzando la medicina), ma verso una forse ancora inedita antropologia *della cura* (assumendo il criterio antropologico, come parametro ermeneutico di ogni intrapresa sanitaria)?

Già lo aveva ricordato, con lucido sguardo Nietzsche: “*Il grande dolore soltanto, quel lungo, lento dolore che vuole tempo... costringe... a discendere nelle nostre ultime profondità... Dubito che un tale dolore “renda migliori”; eppure so che esso ci scava in profondo... Non vorrei alla fine che passasse sotto silenzio la cosa più importante: da tali abissi, da tale grave malanno... si torna indietro rinati, con la pelle cambiata... con sensi più giocondi, con una seconda più pericolosa innocenza nella gioia, più fanciulli e al tempo stesso cento volte più raffinati di quanto per l'innanzi ci fosse accaduto*”³³.

Per questo mi piace ricordare un passaggio estremamente provocatorio di un libretto molto suggestivo. Si tratta della storia di un bambino di nome Oscar; un bambino di dieci anni, pieno di curiosità verso il mondo, vivace, generoso, con una grande voglia di farsi degli amici. Ma Oscar è malato, e vive in ospedale. Soffre di

³² Cfr. tra gli altri, GADAMER H.G., *Dove si nasconde la salute*, Cortina Milano 1994.

³³ F. NIETZSCHE, *La gaia scienza*, prefazione alla 2ª ediz., Adelphi, Milano 1977, pp. 17-18.

una grave forma di leucemia, che non può essere curata. I medici non hanno ancora avuto il coraggio di dirglielo, ma Oscar sa benissimo che presto morirà. È stata Nonna Rosa a dirglielo. Sempre vestita di rosa, l'anziana dama di carità è l'unica persona adulta con cui Oscar si possa confidare, l'unica con cui stringere un sincero legame d'affetto. E così quando Nonna Rosa gli propone un gioco un po' bizzarro, Oscar accetta subito. Le regole sono molto semplici. Basta fingere che ogni giorno duri dieci anni, e poi scrivere, tutti i giorni una lettera a Dio nella quale raccontare le esperienze di un intero decennio, le fantasie e le paure, il rapporto conflittuale con i genitori e l'amore innocente per Peggy Blue, una bambina ricoverata nello stesso istituto. Tredici giorni, dodici lettere: tenere e coraggiose, ricche di sorprese, di momenti poetici, di personaggi buffi e scapestrati... come la vita.

Caro Dio,

oggi ho avuto da settanta a ottant'anni e ho molto riflettuto. Ho usato il regalo natalizio di Nonna Rosa. Non so se te ne avevo parlato. È una pianta del Sahara che vive tutta la sua vita in un solo giorno. Non appena il seme riceve dell'acqua germoglia, diventa stelo, mette le foglie, fa un fiore, produce dei semi, avvizzisce, si appiattisce e la sera è morto. È un regalo straordinario, ti ringrazio di averlo inventato. L'abbiamo innaffiata stamattina alle sette, Nonna Rosa, i miei genitori ed io ho potuto seguire tutta la sua esistenza. Ero commosso. È piuttosto gracile e striminzita, non ha nulla di un baobab, ma ha fatto valorosamente tutto il suo lavoro di pianta, come una grande, davanti a noi, in una giornata senza fermarsi. Con Peggy Blue abbiamo letto a lungo il Dizionario medico. È il suo libro preferito. Le malattie l'appassionano e si chiede quali potrà avere in futuro. Io ho cercato le parole che mi interessano: <vita>, <morte>, <fede>, <Dio>. Forse non mi crederai, non c'erano! Nota, questo prova già che né la vita, né la morte, né la fede, né tu siete della malattie. Il che rappresenta una notizia piuttosto buona. Però in un libro così serio, dovrebbero esserci delle risposte alle domande più serie, no?

“Nonna Rosa, ho l'impressione che, nel Dizionario medico, ci siano solo delle cose particolari, dei problemi che possono capitare a questo o a quel tizio. Ma non ci sono le cose che ci riguardano tutti: la Vita, la Morte, la Fede, Dio”³⁴.

Questa è la domanda che la medicina narrativa, la medicina della complessità pone quando la terapia non rimuova, censuri o dissimuli il suo riferimento alla vita buona e degna e dunque si interroghi, senza reticenze e falsi pudori, soprattutto nel tempo della malattia lunga, cronica, interminabile, come questo tempo, scandito dai riti e dai ritmi della terapia, possa annunciarsi, nonostante tutto, sor-

³⁴ ERICH-EMMANUEL SCMITT, *Oscar e la dama in rosa*, Rizzoli romanzo, Milano 2004, pp. 77-78.

prendente e promettente; altrimenti: vita non è. È la domanda, innocente ed esigente, ad un tempo di Oscar. È la risposta che Oscar, nei templi della medicina, non ha trovato. Forse per questo Nonna Rosa, mentre scrive lei a Dio l'ultima lettera di Oscar e per Oscar, segnala nel *post scriptum*: "Negli ultimi tre giorni, Oscar aveva posato un biglietto sul suo comodino. Credo che ti riguardi. Ci aveva scritto: "Solo Dio ha il diritto di svegliarmi"³⁵.

A noi, operatori della pastorale sanità, resta solo il compito di "svegliare l'aurora", che anche il tempo della malattia annuncia. E l'annuncio evoca i verbi ausiliari che quella parola significa; il *logos*, che sta all'inizio della vita, come il mito di Cura evocato da M. Heidegger³⁶, contiene in sé un duplice significato "il prendersi cura" (*logos*, da *alégo*) e "dolore" (*logos* da *algos*); dunque *la parola del principio (Bereshit)* si annuncia come il *prendersi cura dell'affanno umano*.

Pertanto la dimensione pastorale in sanità non si esaurisce nella risposta ai bisogni (sanitario e assistenziali); evoca ed invoca gli orizzonti del "desiderio" (de – sidera; le stelle o l'intenzionalità di senso che il postmoderno riconsegna alla libertà e all'intenzionalità personale):

- il bisogno dice *appagamento*; il desiderio evoca ed invoca *riconoscimento*;
- il bisogno dice *prestazione*; il desiderio evoca ed invoca *relazione*;
- il bisogno dice *pretesa*; il desiderio evoca ed invoca *attesa*;
- il bisogno dice *giustizia*; il desiderio evoca ed invoca *solidarietà*;
- il bisogno dice *libertà di scelta*; il desiderio evoca ed invoca *scelta di libertà*;
- il bisogno dice *uguaglianza*; il desiderio evoca ed invoca *fraternità*;
- il bisogno dice *livelli essenziali*; il desiderio evoca ed invoca *livelli esistenziali*;
- il bisogno dice *qualità della vita*; il desiderio evoca ed invoca *vita di qualità*;
- il bisogno dice *sguardo dal passato*; il desiderio evoca ed invoca *volto del futuro*;
- il bisogno dice *confine*; il desiderio evoca ed invoca *orizzonti*;
- il bisogno dice *parola*; il desiderio evoca ed invoca *parabola*;
- il bisogno dice *assenza*; il desiderio evoca ed invoca *presenza*;
- il bisogno dice *cronaca*; il desiderio evoca ed invoca *storia*.

³⁵ *Idem*, p. 90.

³⁶ M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, Longanesi, Milano 1980, pp. 227-282. In Heidegger "Cura" (*Sorge*) è l'essere dell'Esserci, e costituisce l'unità di esistenza, effettività e deiezione. Sono sue modificazioni il "prendersi cura" (*Besorgen*), come rapporto nei confronti delle cose d'uso e l'"aver cura" (*Fursorge*) quale forma che la Cura prende nel rapporto con gli altri.

Per questo i verbi ausiliari di ogni operatore della pastorale della sanità, che sa affidarsi allo spazio del desiderio, sono:

ascoltare, accogliere, attendere, accompagnare, accorgersi, ammonire, ammirare, animare, amare...

Sono le uniche parole, capaci, forse, di tenere compagnia nella vita; in ogni tempo della vita, soprattutto in quello in cui la malattia, frequentatrice assidua e scomoda dell'esistenza, bussava inesorabilmente alla porta della nostra vita; soprattutto in quello in cui si sperimenta la fragilità esistenziale di relazioni umane solo virtuali e dove si rischia di assistere "*quasi inermi alla patologia e alla 'rottamazione' dell'io, dissolto in mille maschere, simulacri, manichini*"³⁷.

³⁷ R. BODEI, *Destini personali. L'età della colonizzazione delle coscienze*, Feltrinelli, Milano 2002, p. 255.

PARTE II

Atti del 7° Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Salute

CHIESA: COMUNITÀ DI SALUTE E DI SERVIZIO ALLA VITA NEL CONTESTO ATTUALE

Chianciano, 20-22 giugno 2005

A

apertura del Convegno

S.E. Mons. FRANCESCO MONTENEGRO - Presidente Commissione Episcopale CEI per il servizio della carità e la salute

Tocca a me iniziare. Lo faccio con piacere dando a tutti il saluto e ringraziandovi per la vostra presenza qui a Chianciano.

Domani dovrò tornare a Messina, ma oggi ho voluto essere presente per rendere omaggio a voi e al vostro inestimabile ministero. È il mio modo di dirvi grazie. Il vostro è un servizio prezioso e necessario perché vi mette accanto a chi occupa un posto speciale nel cuore di Dio. Siete i samaritani che tengono tra le braccia chi è ferito, che sanno rompere la triste gabbia della solitudine, che portano con sé l'olio e il vino per lenire le ferite, che regalano speranza e, il più delle volte, diventano i preziosi compagni di viaggio nell'ultimo tratto di strada prima dell'incontro definitivo col Dio dei viventi.

“Ci siete” per chi è nella sofferenza, ma “ci siete” – e questo non è di minor importanza – anche per le comunità, perché, col vostro servizio, ricordate ad ogni cristiano di prestare la sua ala a chi si trova con la propria spezzata e impigliata nelle rete dalla sofferenza, e “ci siete” perché le comunità parrocchiali siano sempre più comunità della salute e della promozione di una vita piena. È un servizio il vostro che diventa pregevole soprattutto in questo momento in cui è in corso il processo di deospedalizzazione. Nessuno meglio di voi, che siete dentro il mondo della sanità, può svolgerlo. Il vostro non è un ministero di seconda serie, anche se nella mentalità comune è diffusa l'idea che soltanto chi è parroco svolga un degno servizio pastorale.

Svolgete anche una preziosa e insostituibile funzione di ponte tra la realtà ospedaliera e le comunità parrocchiali. Anche perché queste, e non sbaglio se aggiungo le diocesi, non riescono sempre a tracciare le coordinate di una pastorale della salute. Tutto, semmai, si limita – e purtroppo soddisfa – a portare l'Eucaristia a casa dei malati. Ma non è questa – lo sappiamo – la pastorale della salute.

Se si volesse fare un raffronto con la pastorale rivolta alle poverità, quella della sofferenza dovrebbe essere più facile da realizzare perché i malati sono facilmente riconoscibili diversamente dai poveri, invece ... si stenta in eguale maniera nei due ambiti. Probabilmente è perché le nostre comunità, pur definendosi così, non sono ancora ‘famiglia’.

In famiglia chi è in difficoltà spontaneamente e normalmente è messo al centro facendo ruotare vita e scelte intorno a chi ha bisogno.

È il mondo stesso della sanità, poi, in questo momento particolare di cambiamento, ad interpellare le nostre comunità e i cristia-

ni. È necessario, secondo me, interrogarsi non solo su come la parrocchia si debba muovere verso e nel mondo della sanità, ma anche su come essa, debba accogliere il malato nei suoi bisogni fisici, psichici, spirituali, sociali. Anzi di più, su come deve farlo diventare soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione.

Giovanni Paolo II ha scritto: "anche i malati sono mandati come operai nella vigna del Signore... perché Dio li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana e a partecipare alla crescita del regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose" (CL 53). Un segnale che le cose a riguardo stanno cambiando in meglio si avrà quando in convegni come questi, assieme ai cappellani e agli operatori sanitari delle strutture ospedaliere, ci saranno anche parroci e operatori parrocchiali. È la sfida che, sempre secondo me, dobbiamo accogliere, – e non solo perché c'è una riforma sanitaria in corso – se vogliamo arrivare ad una chiesa che non si accontenta di contare tanti e bravi samaritani, ma che si faccia essa stessa samaritana e che per questo sia riconosciuta, apprezzata e amata.

Il pane che si spezza sull'altare ci dice che non ci sono vite inutili nel mondo perché, tutti siamo un sacrificio vivente, un'Eucaristia insieme a Gesù.

Il Convegno Eucaristico di Bari ci ha fatto riflettere sull'amore del Signore che si dona nel segno del pane e del vino e sulla gioia che offre dando a tutti un posto nella famiglia parrocchiale nel giorno della festa. È lo stesso amore e la stessa gioia che devono spingere le comunità a farsi carico dei più deboli e dei più poveri.

Mi piace leggersi la lettera di un missionario che parla della domenica dei suoi fedeli africani: "È difficile – scrive – immaginare l'ansia con cui i miei cristiani attendano la domenica, non tanto per indossare il vestito migliore, quanto per condividere la gioia di trovarsi insieme (che è poi un fare fraternamente comunità) e mostrare l'orgoglio di essere cristiani ... La festa, nei villaggi, è il momento privilegiato che fa rifiorire la generosità, l'impegno sociale, la comunione umana, il tempo in cui anche le più rigide norme tribali vengono spezzate per introdurre la libertà del gratuito e la logica dell'avere (che comincia a farsi sentire!) è scardinata e rimpiazzata con quella del donare. È infatti soprattutto durante la festa che si prende coscienza delle necessità degli ultimi e si decide di intervenire collettivamente in loro aiuto; che tutto diventa segno e sogno dell'incontro con il creato, con gli uomini e con la parola di Dio, ascoltata e capita come non avviene nel mondo civilizzato ... Nessuno meglio della gente dei miei villaggi capisce e assimila la passione del pastore per la pecora smarrita; l'affanno e la gioia per la moneta perduta e ritrovata; la necessità che il seme cada sulla terra buona; l'attenzione per l'uomo ferito incontrato sulla strada. Essa vive quotidianamente queste realtà, e coglierle sulla bocca del Signore la riempie di felicità".

Fossero così le nostre Eucaristie! Fossero così le nostre Domeniche! La Messa domenicale è la nostra Emmaus. È il giorno in cui i cristiani devono sentire forte la sollecitudine a portare, come Gesù, “medico del corpo e dello spirito”, il Vangelo, la bella notizia agli ammalati, agli anziani, alle persone sole e a quanti stanno loro vicino, il più delle volte schiacciati da una sofferenza più grande di loro che si trasforma, giorno dopo giorno, in disperazione e rabbia, accompagnata dall’incapacità di poter intervenire. In una società in cui non c’è posto per la “compassione” la comunità può diventare il luogo “nuovo” in cui si trova finalmente chi è disposto a “soffrire con chi soffre”, suggerito da San Paolo.

La storia del pane spezzato, che si rinnova in ogni Eucaristia, riempia, soprattutto noi (addetti ai lavori), di grande disagio, inquietudine e insoddisfazione sino a quando il servizio dei malati sarà delegato solo ad alcuni. Anzi sino a quando non riusciremo a scoprire e identificare nuove ministerialità.

Mi piace ricordare ed esprimere in questo momento riconoscenza a tutti gli assistenti religiosi ospedalieri (cappellani e religiose), ai sacerdoti e ai diaconi delle parrocchie, ai ministri istituiti e straordinari della comunione, agli operatori pastorali e ai volontari che visitano i malati a domicilio o nei centri di cura.

Il cardinale Tettamanzi ha detto che la “pastorale sanitaria ha diritto di cittadinanza nella pastorale della Chiesa” perché ne “è parte legittima, necessaria, irrinunciabile ... la responsabilità di tutti nei riguardi di tale “diritto di cittadinanza” è una responsabilità non solo per difenderlo ma anche e soprattutto per promuoverlo. In un certo senso si può dire che l’autenticità e la vitalità della pastorale ecclesiale si misurano non poco dalla stima che si riserva e dall’impegno che si assume nell’ambito della pastorale sanitaria”.

Il mondo della salute, perciò, non è solo un luogo che si può scegliere o meno per organizzare attività assistenziali ma è luogo “obbligato” della pastorale, luogo in cui si misura la fedeltà della Chiesa.

Usando un termine comunemente usato nel mondo sanitario, c’è da dire che siete il termometro che mostra se c’è o meno la ‘febbre’.

Prima di chiudere permettete che dica ancora due grazie. Uno è rivolto a Mons. Merisi, che in modo particolare a nome della Commissione della CEI si interessa del settore salute, mettendo a disposizione con generosità e intelligente capacità il suo servizio e un grazie a don Sergio per il suo lavoro ordinario e straordinario, che è grande dono alla Chiesa Italiana.

Un saluto e benvenuta a bordo va a Marta, che, dopo il ritorno alla casa del Padre dell’amico Costantino – che ricordiamo in questo momento e raccomandiamo al Dio dei vivi e dei morti –, è la nuova amica di tutti e collaboratrice di don Sergio. A lei con affetto e simpatia va il nostro augurio di buon lavoro.

La preghiera del canone diventi la preghiera di questo convegno: «Rendici aperti e disponibili verso i fratelli che incontriamo sul nostro cammino, perché possiamo dividerne i dolori e le angosce, le gioie e le speranze, e progredire insieme sulla via della salvezza».

Buon Convegno e buon lavoro a tutti.



Presenza della Chiesa nel mondo della salute: nuovi scenari e nuove domande

Prof. CARLO MARIO MOZZANICA - Docente di *Organizzazione dei servizi sociosanitari e di Programmazione dei servizi alla persona* presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Milano e già membro del Consiglio Superiore della sanità

Premesse

La pertinenza del tema appare quasi ovvia e non chiede ulteriori specificazioni. Il tema della salute e della malattia, componenti costitutive dell'“antropologia” interpellano la comunità cristiana: per il senso, il senso della cura, i luoghi, i tempi, i soggetti... Affronteremo il tema con una triplice scansione, inerente agli scenari costitutivi ed istitutivi della tutela della salute, cercando di verificarne i possibili (e virtuosi) intrecci: lo scenario socioculturale postmoderno, lo scenario socio-istituzionale e lo scenario legislativo. Affideremo a qualche interrogativo, esemplificativo ed enumerativo, non certo esaustivo e compiuto, la conclusione del presente contributo. La tutela della salute è coestensiva e coestesa a tutta la vita e non solo ai servizi sanitari: per questo è un diritto ed un dovere, ad un tempo.

E ci lasciamo accompagnare dal testo del vangelo appena letto: *“Strada facendo, annunziate il vangelo, guarite i malati...”* (Mt 10,7).

Lo scenario socio-culturale e la tutela della salute

Sono molte le parole che definiscono il nostro tempo: postmoderno, post-capitalistico, post-cristiano. La parabola della modernità e l'inquietudine che l'attraversa, in una sorta d'afasia degli scenari di senso e di un diffuso analfabetismo della grammatica e della sintassi di ogni significato esistenziale, possono essere suggestivamente declinate in qualche “logo”, che ciascuno potrà ulteriormente approfondire e più precisamente tematizzare. Ogni comunità, e dunque anche la comunità cristiana, segna caratteristiche strutturali, funzionali ed istituzionali nell'orizzonte del tempo che la significa ed indica sempre luoghi d'appartenenza (e di conflittualità, quando non d'estraneità), di vivibilità (e talvolta d'abbandono e di degrado): appartengono alla “cultura organica” delle cosiddette società stanziali. Non luoghi, assenza di relazioni, mobilità di linguaggi, smemramento degli stili di vita, atrofia dei fini nell'ipertrofia dei mezzi: sono quelli propri della cultura della globalizzazione postmoderna. Si po-

trebbe forse dire: luoghi di società *invivibili* a fronte di spazi di comunità *invisibili*. Li ha evocati con lucida anticipazione uno degli eminenti esponenti del pensiero contemporaneo, nella prospettiva di una ripresa ermeneutica del sapere, H.G. Gadamer:, recentemente scomparso: “*K. Jaspers, il mio predecessore nella cattedra che tenevo ad Heidelberg, ha chiamato già nel 1930 il nostro secolo il secolo della responsabilità anonima... In verità la questione che ci dobbiamo porre con tutta serietà è come quelli che sono i beni portanti della felicità umana possono essere conservati e sviluppati nelle nuove forme di vita della rivoluzione industriale e delle sue conseguenze*”. La responsabilità anonima è parola grave e greve ad un tempo, per una cultura che (non) voglia farsi carico delle nuove generazioni. Ma lo scenario postmoderno, pur con le sue molteplici speranze ed annunci di futuro, segna e contrassegna le comunità (locali) del suo pervasivo e trasversale pensiero. Evocherò, solo per cenni, qualche parola chiave, tra quelle, a mio parere, più incidenti sul costituirsi (e decostruirsi) della sanità e dei sistemi di tutela, con il proposito di istituire una correlazione tra la dimensione “tecnica” del *curare* (cure) e la dimensione antropologica del *prendersi cura* (care). Parole chiave che segnano altrettante transizioni, sulle quali occorre che la comunità cristiana si interroghi, soprattutto laddove pensi di progettare azioni riferibili alla prevenzione aspecifica (o promozione educativa) e alla prevenzione primaria: si tratta, in questa prospettiva, di assumere la tutela della salute come “sfida euristica”. Il postmoderno si annuncia e si conferma come *tempo dell'incredulità nei confronti delle meta-narrazioni*. Orfani, dunque, di luoghi condivisi e da condividere in ordine ai significati del vivere. Le caratterizzazioni del *pensiero* e le sue conseguenti transizioni segnano l'irreversibile(?) passaggio dal pensiero *forte* (della cultura premoderna), dal pensiero *debole* (della cultura tardo moderna) al pensiero *unico* (del postmoderno), che allude al primato dell'economico e del finanziario, dove la demodernizzazione separa, ormai irreversibilmente, il mondo economico dalle relazioni umane ed interpersonali. Così, e successivamente, si articola il possibile pensiero *freddo* o il pensiero *abdicato* o il pensiero *vuoto*, ove si consuma la solitudine del cittadino globale. Altri hanno tematizzato il pensiero *scomposto, depresso, esposto, frammentato*. Ci si chiede, sempre più frequentemente, se sia possibile riferirsi al pensiero, senza aggettivi, come allude, nel suo ultimo scritto, GADAMER, evocando e invocando *la responsabilità del pensare*. Anche la figura della *cultura* appare oggi depotenziata, quasi separata ed allontanata dal desiderare umano, che l'ha identificata come luogo alto del suo progetto di futuro e della sua speranza. La cultura come custodia ed annuncio di una vita immaginata promettente e sorprendente: degna e apprezzabile, dunque vivibile. Ma essa, nel suo differenziato articolarsi (cultura, come fatto umano che non può essere risolto nella natura; come complesso di forme che assume il

consenso civile; come designazione sintetica delle differenziate forme della coscienza; come forma del sapere, sotteso al confronto pubblico e all'immaginario collettivo) è esposta ad una possibile contraddizione: *ciò che resta, quando tutto è stato dimenticato* (proverbio giapponese); *ciò che si custodisce nell'umano, quando nulla è stato dimenticato dell'umano* (E. WIESEL). La cultura, nel postmoderno, si articola in differenziate connotazioni problematiche: cultura *minima, complessa, nomade, plurale, mitologica, verificabile, fallibile* e così via. Altre parole potrebbero essere evocate per dire il postmoderno: la complessità, intesa come composizione plurale e plurima, disposizione sociale, istituzionale, categoriale e sistemica; la frammentazione e la frammentarietà, quale perdita di uno sguardo complessivo e d'insieme, per cui il frammento non può dare ragione del tutto e il tutto non può essere colto nel semplice frammento; la dilatazione dei possibili e l'eccedenza delle opportunità, quale offerta e disponibilità di mezzi, di strutture, di beni; il policentrismo, soprattutto esistenziale, che genera la figura contemporanea dell'uomo acentrico ed eccentrico; la pluralità di appartenenze, propiziata dall'eccedenza policentrica, ma anche dalla composizione plurima del quadro generazionale, con la conseguenza del consolidarsi di "appartenenze con riserva", particolarmente incidenti, ad esempio, sulla costruzione e/o decostruzione dell'identità giovanile; l'enfasi della soggettività, con il rischio sempre più presente di una sorta di scisma o di schizofrenia latente di un duplice vissuto: un sempre più alto grado di autonomia e responsabilità individuale a fronte di una pericolosa individuale progressiva solitudine (quella forzata dei vecchi, quella prodotta dall'emarginazione, quella invocata dalla marginalità, quella conseguente alla povertà dei sentimenti e dei linguaggi, quella istituita dall'anonimato urbano, quella propiziata dal moltiplicarsi dell'insignificanza); l'ipertrofia dei mezzi e l'atrofia dei fini, non solo ultimi, ma anche penultimi; la cultura (onnipotente), l'enfasi del "come" (si nasce, si vive, si muore), la cultura depotenziata, la disfasia del "dove" e soprattutto la cultura (impotente), l'afasia del "perché"; la figura condominiale della convivenza (ove è regolata l'estraneità e non la prossimità; ove l'altro è "alius", per lo stato o "aliud", per il mercato e non "alter", come esige ogni autentica relazione interpersonale); la censura, la rimozione (e la conseguente messa in clandestinità) dei vissuti più profondi: la malattia (evento da cui liberarsi più che evento da liberare), la sofferenza (scomoda compagna di cui l'uomo diventa sempre più silenzioso spettatore impotente), la decadenza non accettata del diventare vecchi (tempo questo considerato dopo la vita e non tempo della vita), la morte come evento indicibile, inaudito che porta alle rappresentazioni sempre più frequenti della morte "nella mente dell'altro", perché chi presidia lo spazio di questa scena già ragiona con le logiche del dopo; la disabilità, vissuta più come ostacolo, che non come provocazione, più come bisogno

che non come domanda; il consolidarsi di forme sempre più evidenti di iatrogenesi culturale (quale malattia più grave di quella che non accetta la propria invalidità e gli eventi che annunciano la propria morte?); il rischio di un inconscio passaggio dal mercato dei mezzi di produzione a un mercato dei mezzi di riproduzione; l'esclusione sempre più conclamata del soggetto dalla carica di senso, implicita nei diversi eventi esistenziali; il bisogno di transizione: dalla parola alla parabola (di un futuro buono e sorprendente); il bisogno di parole che tengano compagnia nella vita: dal benessere al bene, dalla qualità della vita alla vita di qualità; il bisogno e la ricerca oltre le regioni del vivere delle ragioni della vita; il bisogno di scoprire la propria vocazione nel mondo e nella storia, dentro i percorsi della prossimità e non solo della giustizia, della fraternità e non solo della cittadinanza; dei doveri e non solo dei diritti; il bisogno nascere a se stessi e di fare spazio all'altro (a) dentro di sé; l'urgenza di scoprire strumenti capaci di liberarsi dalla malattia, ma soprattutto la necessità di decifrare significati capaci di liberare la malattia; la coscienza che il futuro, non accolto come tempo qualitativo (il fine) degenera in un tempo meramente quantitativo (la fine); la dialettica del *desiderio*, quale logica differenziata dalle forme desuete del *bisogno* (categoria ancora cara all'ultima stagione delle ideologie) annuncia interrogativi significativi, in ordine ai percorsi preventivi; assumiamo il "*desiderio*" non nel senso di "voglia", ma nel suo significato profondo e originario, che accompagna di intenzionalità, di attesa, di promessa, ogni bisogno; per questo accogliamo la transizione postmoderna dal bisogno, come *appagamento* al desiderio come *riconoscimento*; dal bisogno come *pretesa* al desiderio come *attesa* e come *sorpresa*; dal bisogno come richiesta esigente di *prestazione* al desiderio come offerta incondizionata di *relazione*, dal bisogno come sguardo dal *passato* al desiderio come volto del *futuro*, dal bisogno come *confine* al desiderio come *orizzonte*; dal bisogno come risposta ai *livelli essenziali* al desiderio come attesa dei *livelli esistenziali*. Ma anche il desiderio, nel suo apparire postmoderno, si espone alle derive, soprattutto nella condizione giovanile, del suo declino come: desiderio *mortificato* (nella forma del sospetto, anche quando parla il linguaggio dell'amore), *diviso* (quando l'incontro con la diversità si espone al rischio dell'esproprio di sé e alla minaccia mortale dell'annientamento), *irresponsabile* (quando il bene ricercato si scompone nella deriva autoreferenziale dell'appagamento, mai sazio, dei beni); *delirante* (nella forma onnipotente dell'immortalità clonata dell'anima e del suo doppio, nella costruzione delle moderne torri di Babele, esposte al rischio distruttivo e dove, pur parlando la stessa lingua, non ci si capisce più). Concludendo, sinteticamente, l'orizzonte dello scenario, significato per la salute, possiamo apprendere che la malattia non è mai solo un evento clinico: è sempre evento esistenziale; la salute non è mai solo ben-essere; si iscrive nella grammatica e nella sintassi del bene.

È fin troppo noto come la storia delle democrazie europee prenda avvio, non solo simbolicamente, dalla nascita dei diritti (di libertà, uguaglianza e fraternità), a partire dalla rivoluzione francese. È storia, oggi, opportunamente rivisitata.

Lo stesso illuminismo assume oggi uno sguardo meno disincantato, di fronte al consolidarsi delle grandi democrazie. Nascita e definizione, anzitutto, dei diritti formali: civili e politici; nascita, crescita e decrescita dei diritti sostanziali: sociali e umani. La forma riconosciuta di uno stato, che si fa, dunque sociale (*welfare state*, per l'appunto): con le sue stagioni e i conseguenti paradigmi ermeneutici classici: iniziale, istituzionale, totale o, evocando la classificazione di Titmuss: residuale, acquisitivo-performativo, istituzionale-redistributivo; sino alle attuali definizioni e ridefinizioni, testimonianza di un dibattito, acceso e complesso ad un tempo; espressione di un'esigenza e di una composizione, che appena viene definita, risulta, in qualche modo incompiuta. Ecco dunque la fenomenologia di nuovi approcci; *welfare state, society, community, plurale, municipale; welfare delle opportunità, delle garanzie, delle responsabilità*, nelle forme espressive di *caring society* sino alle forme (in)compite di *community care*.

In questa breve disamina, orientata alla comprensione dello scenario sociolegislativo, si assumeranno cinque possibili modelli, accolti nella loro dimensione funzionale e/o ermeneutica, senza tener conto delle differenziate cadenze temporali, proponendo, alla fine un modello (parafrasando e superando la tesi donatiana) di *welfare di sesta generazione*.

Il primo modello (*residuale o paternalistico*) si struttura come lotta alle grandi povertà. Il secondo modello (*assicurativo o bismarckiano*) si struttura come garanzia di un minimo di sopravvivenza, legato ai grandi rischi della vita. Il terzo modello (*interventista/fordista*) assume come attenzione più globale la tutela del cittadino, soprattutto garantendo un'assistenza generalizzata ai cittadini lavoratori. Si possono individuare al proprio interno almeno quattro sottomodelli differenziati. Il modello *scandinavo* (universalista e garantista, teso alla demercificazione del lavoro, cercando di garantire opportunità, indipendentemente dalla garanzia occupazionale in senso stretto); il modello *inglese* (bedvegeriano) (universalista e garantista, ma con uno spettro di garanzie meno ampio di quello scandinavo); il modello *tedesco* (altamente bismarckiano) (universalista e garantista, con livelli differenziati di tutela, a secondo delle carriere professionali e dei livelli lavorativi); *sudeuropeo* (a carattere misto e molto differenziato, anche per le numerose forme di tipo clientelare e assistenzialista. Il quinto modello (*libertario/liberista*) rovescia il rapporto: non una tutela (egualitaria) da parte dello stato per il cittadino, ma la libertà del cittadino di riappropriarsi della prospettiva del suo benessere. Un *welfare* dunque che celebra le soggettività, crea condizioni d'emancipazione e di scelta da parte del cittadino

(forme esaltate sono i bonus e i voucher). Lo stato, al limite, garantisce solo i livelli minimi, in quanto forzati e difficilmente garantibili attraverso il mercato (ad es. igiene pubblica e ambientale); per tutti gli altri bisogni la garanzia della risposta apparterrà alla libera scelta del cittadino (o in via diretta o tramite forme assicurative liberamente scelte): il mercato dei servizi (autorizzati e/o accreditati, come diritto soggettivo del soggetto pubblico, privato profit e no profit) garantirà, nella libera scelta concorrenziale, la risposta migliore per il cliente. Al limite vi potrà essere una copertura da parte dello stato per i soli poveri, per i quali non si sia in grado di offrire sufficienti garanzie monetarie, affinché possano liberamente scegliere. È citato ad esempio il modello *thatcheriano* inglese (svolta *post bedvergeriana*) e il modello sanitario degli Stati Uniti d'America. Le forme sono anche qui abbastanza differenziate (forme miste: livelli essenziali garantiti e tutto il resto con copertura assicurativa; con differenziazione tra sanità e assistenza; con forme di compiuta *deregulation*, anche secondo modelli territoriali ampiamente differenziati, attraverso la forma del cosiddetto federalismo fiscale).

La posizione, già ampiamente anticipata, da parte del sottoscritto esplicita una completa distanza da coloro che sostengono la dialettica legittima, soprattutto in un sistema maggioritario, del paradigma *lib/lab* nell'assunzione dei paradigmi di *welfare*. Tra l'altro è ampiamente riconosciuto che l'assunzione idealtipica dei differenziati profili non sempre corrisponde alle forme di governo necessariamente identificate in uno dei modelli *lib/lab*.

Gioverà dunque cercare di identificare le ragioni della crisi generalizzata dei sistemi di *welfare*, per capire come esse non si iscrivano negli approcci *lib/lab*, tanto che esse permangono (e per certi versi, in maniera contrapposta, crescono proprio gli stessi rischi delegittimanti lo stato di *welfare*). Nella crescita dei bisogni (di sussistenza, di assistenza e di esistenza), la pretesa di una risposta universalistica accresce la crisi fiscale (per il limite della pressione tributaria), che s'incontra (più spesso si scontra) con i problemi della compatibilità e sostenibilità della spesa per il *welfare*. Ancora sono ampiamente accertati e sufficientemente certificati taluni effetti perversi, per quella figura ormai tristemente nota, dell'eterogeneità dei fini: il rischio di una garanzia di *welfare* solo per coloro che sono già ampiamente tutelati, l'induzione di una sorta di dipendenza generalizzata, per le derive assistenzialistiche della tutela, dentro le ormai troppo note trappole della povertà; l'andamento demografico, che accresce la popolazione anziana (per la crescita dell'attesa di vita media e per il forte incremento della denatalità).

Anche lo scenario dei bisogni, delle attese, delle problematiche e delle questioni sociali è radicalmente cambiato. Infatti restano parecchie domande, che non trovano risposta in nessuno dei modelli *lib/lab*: la responsabilità, l'equità fra le generazioni; individuo o fa-

miglia?, condizioni per l'accesso, per il cittadino o per la persona umana? Il *welfare state*, essendo cresciuto l'orizzonte del ben-essere (ed essendo diminuiti i luoghi ove il bene è condiviso) non può che riconoscere e valorizzare il *welfare civile* (non strumentalmente), secondo i principi della solidarietà (anche come reciprocità, come scambio tra soggetti), di sussidiarietà (nel duplice profilo istituzionale e sociale), della personalizzazione del welfare (in quanto molteplici sono i bisogni che chiedono beni relazionali, dunque reti e *care* diffuse), di responsabilità, perché il soggetto pubblico, da gestore, si fa referente e garante, promotore e guida relazionale della rete.

Sotto questo profilo si può individuare un *welfare di sesta generazione*, che realizzi i seguenti principi fondamentali: il riconoscimento della libertà negativa (da costrizione) e la promozione della libertà positiva (da finalizzazione), della libertà non solo di potere, bensì di dovere, riconoscendo fondamentale la relazionalità, che sta alla base del desiderio e non solo del bisogno (riconoscimento e non solo appagamento, attesa e non solo pretesa, relazione e non solo prestazione); il riconoscimento allo stato, alle regioni e agli enti locali del ruolo di referenti e garanti del bene comune (non del bene pubblico, né di quello privato), decisore delle regole generali, ma non creatore o produttore egemone di una qualche società civile; il riconoscimento della prassi di tanto e non solo di "inclusione", con una mera funzione integrativa del terzo settore; di un privato sociale che convive solo e tanto in funzione dello stato (o peggio lo stato non vive in funzione del privato, soprattutto se mercantile); il riconoscimento di una soggettualità autonoma, costitutiva delle formazioni sociali (riconosciute e propiziate, come portatrici di credito di beni relazionali, di stili di vita, di consenso etico). Nasce, cresce e si consolida l'orizzonte etico antropologico del terzo settore (che non può essere più definito solo in negativo, come no profit, appunto); il privato sociale dovrà esibire specifiche virtù sociali e istituzionali, di vita buona e di crescita e di promozione del consenso etico, per una mirata attenzione alla persona e non solo al cittadino. Dunque un principio di sussidiarietà non disgiunto mai dalla solidarietà, ricordando il nesso inscindibile tra libertà e responsabilità, tra libertà e uguaglianza, tra libertà e giustizia sociale. Ecco perché il terzo settore (che dunque non dovrà più neppure chiamarsi ed essere terzo) implementa forme virtuose di community care e promuove forme di professionalità, ove la guida relazionale di rete assume differenziate funzioni: assetto/riassetto delle relazioni naturali insufficienti, risoluzione del problema (*problem solving*), funzioni di *case management*. Sotto questo profilo, nel riconoscimento del ruolo fondativo e non suppletivo del terzo settore, come risposta alle rimozioni dello scenario socioculturale postmoderno, si afferma la costitutività pubblica (nel senso del bene comune) del privato sociale, anche in sanità (come peraltro, molto puntualmen-

te, è riconosciuto dall'art. 1, comma 18 del D.Lgs. 229/1999): il che significa la netta opposizione alla *statalizzazione della società* (dove si confonde, con un'impropria identificazione, il bene pubblico con il bene comune), da una parte e, dall'altra, la netta opposizione alla *mercantilizzazione della società* (dove si confonde, con un'impropria identificazione, il bene privato con il bene comune). Siccome, come si è visto nell'analisi del quarto e del quinto modello di welfare, le ragioni e le precondizioni eziologiche dei due processi sono spesso identiche, solo una forte radicazione etico antropologica del terzo e quarto settore eviterà la deriva di uno pseudo non profit (in quanto funzionale al profit). S'intravede il compiersi della transizione: non bastano i diritti di cittadinanza, garantiti dallo stato o dalle libertà individuali; occorre quel processo e quell'implementazione di politiche sociali che promuovano la *cittadinanza attiva dei diritti*.

Lo scenario legislativo, afferente le tre (quattro?) riforme sanitarie è stato oggetto della mia relazione lo scorso anno. Ad essa rimando, evocando qui solo per rapidi cenni l'evolversi del sistema della tutela della salute.

A partire dal dato costituzionale, si riconosce la funzione e l'esercizio della solidarietà, quale dovere inderogabile della Repubblica (art. 2), si consolida la dimensione costitutiva ed istitutiva dei diritti sociali (art. 3, comma 2), accanto e in correlazione (con)sequenziale ai diritti civili e politici (art. 3, comma 1), si riconosce specificamente il diritto alla tutela della salute (art. 32) e il diritto (o l'interesse legittimo?) all'assistenza (art. 38), nel rapporto di una possibile attuazione regionale, sia dal punto di vista legislativo che amministrativo (artt. 117 e 118).

Una *prima fase* della legislazione (di settore) vede consolidarsi interventi differenziati (per categorie o per problemi) sino all'istituzione delle Regioni a statuto ordinario.

Una *seconda fase* si riferisce ai primi (timidi e restrittivi) trasferimenti di funzioni dallo Stato alle regioni: DPR 4/1972 (sanità), DPR 9/1972 (beneficenza pubblica).

Una *terza fase* vede contestualmente l'approvazione di una legge di riordino del trasferimento (organico) di funzioni dallo stato alle regioni: L. 382/1975 e conseguente DPR 616/1977, che definisce puntualmente l'assistenza sociale e la sua attribuzione ai comuni (artt. 22 e 25) ed insieme l'assistenza sanitaria, con l'individuazione delle unità sanitarie locali e la conseguente integrazione con i servizi socioassistenziali e l'istituzione del servizio sanitario nazionale (L. 833/1978).

All'interno di questo percorso (di forte integrazione sociale e sanitaria) opereranno molte Regioni (quelle che hanno individuato le USSL, dove la prima "S" sta per "socio"). La seconda riforma sanita-

ria (L. 412/1992 e conseguenti DD.LGsl. 502/1992 e 517/1993) apre la strada all'aziendalizzazione delle USL e al pagamento a prestazioni (DRG), oltre che alla possibilità di riconoscere quali erogatori di prestazioni sanitarie soggetti privati profit e non profit (attraverso l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento, oltre che l'accordo contrattuale), con tutte le problematiche connesse alla programmazione, nel contesto del diritto all'accreditamento, su cui interverrà la stessa Corte costituzionale. La terza riforma sanitaria (L. 419/1998 e D.Lgsl. 229/1999) rimasta pressoché inattuata (anche per la mancata emanazione degli atti – troppi! – attuativi) vedrà aprirsi un contenzioso proprio con la regione Lombardia, di fatto sanatosi solo a seguito dell'Accordo Stato regioni dell'8.8.2001 e del conseguente D.L. 347/2001, convertito con modifiche con la L. 405/2001, che riconosce essenzialmente alle Regioni la possibilità d'autodeterminazione nelle sperimentazioni gestionali e nei criteri per la definizione dell'Azienda Ospedaliera.

Una quarta fase vede accentuarsi (con le cd. leggi Bassanini: L. 59/1997; L. 127/1997; L. 191/1998; L. 50/1999) il decentramento amministrativo (ben oltre la L. 382/1975) pur sempre a costituzione invariata (cfr. in particolare il D. Lgsl. 112/1998) e vede approvata la legge quadro sui servizi sociali (L. 328/2000), costruita secondo il paradigma quasi parallelo della terza riforma sanitaria (per il diritto soggettivo, per i livelli essenziali delle prestazioni, per l'integrazione sociosanitaria, per la programmazione a cascata ecc.).

L'ultima fase è relativa alla stagione della revisione del titolo V della Costituzione repubblicana, soprattutto con la determinazione delle competenze legislative *esclusive* dello Stato (tra cui la previdenza; e per il nostro assunto i “*livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e politici, che devono essere garantiti sul tutto il territorio nazionale*” – art. 117, secondo comma *m*), delle competenze *concorrenti* (ad es. la sanità) tra Stato (cui spetta solo la definizione dei principi generali) e Regioni e di tutte le altre (non nominate tra le esclusive e le concorrenti), di *residuali* competenze regionali (tra cui l'assistenza).

Tra l'altro, sempre solo in estrema sintesi, si può affermare che la revisione del Titolo V della Costituzione possa essere riassunto nei seguenti termini di riproposizione del sistema di welfare: il principio di *responsabilità*, affidato, per la competenza amministrativa ai Comuni (art. 118, comma 1: ci si chiede se non esista l'opportunità, attesa la competenza riconosciuta, che la stessa gestione della sanità non debba essere riattribuita agli enti locali: non si tratta di ridiscutere la forma “azienda”: semmai di riproporre la legittimità di un'azienda, ente strumentale della Regione o di un'azienda espressiva dei, e dunque espressa dai, Comuni); il principio di *solidarietà*, affidato ai livelli essenziali di assistenza, in ordine alla tutela dei diritti sociali e la garanzia, per la competenza concorrente, dei principi generali: (art. 117, comma 2, *m*); l'intervento di integrazione economi-

ca dello Stato, con l'istituzione del fondo perequativo (art. 119, commi 3 e 5); il possibile potere sostitutivo (art. 120, comma 2); il principio di *sussidiarietà istituzionale* (art. 118, comma 1); il principio di *sussidiarietà sociale* (art. 118, comma 4).

Alcune domande

Gli scenari interpretano, in qualche modo, e dunque problematizzano la sanità. Essa si lascia interrogare dal duplice profilo, della promessa onnipotente della scienza e della tecnica e dall'altra, dal senso che la malattia assume nel corso del vivere umano, a fronte soprattutto della crescita (esponenziale dell'attesa di vita media). Oggi, nei percorsi del rapporto salute/malattia, costituisce problema la possibile *iatrogenesi culturale*, la rimozione e la censura del dolore, della sofferenza, della malattia. Il problema è certamente "antico". Infatti, assumendo – forse in maniera troppo sbrigativamente selettiva, e dunque riduttiva – un approccio antropologico di natura fenomenologica (HUSSERL), secondo le successive riprese ermeneutiche (HEIDEGGER, JASPERS, SCHELER, BUBER, LEVINAS, RICOEUR) e il paradigma curativo nell'accezione più comune di un compito, spesso più incompiuto che non compiuto, di "*restitutio ad integrum*", ben si può fare riferimento ad alcuni luoghi, tipici e topici ad un tempo, del e nel rapporto tra antropologia e cura: "*Spensi all'uomo la vista della morte.... poi lo feci partecipe del fuoco*": così il Prometeo di ESCHILO suggestivamente evoca i due doni offerti all'umanità: *l'oblio dell'ora della morte*, come condizione per prendersi cura dell'uomo e il fuoco³⁸, identificato già da PLATONE, come *il sapere tecnico*: una separazione antica, per consentire esistenza, consistenza e persistenza ai due soggetti del rapporto³⁹. Il paradigma relativo alla diade *malattia-salute* evoca nell'etimo di *mal-attia* (mal-avere, mal-essere) il male, la colpa e in quello di salute (come *salus* o come ben-essere fisico, psichico, sociale) la salvezza, il bene (ultimo, nell'orizzonte dell'onnipotenza – o della pre-potenza? – tecnologica), con la conseguente deriva iatrogenetica, sia dal punto di vista clinico, che dal punto di vista sociale, e, problematicamente, culturale e antropologico ad un tempo: come censura e rimozione della malattia *in-guaribile*, surretiziamente considerata *in-curabile*, dell'invalidità, del declino vissuto come evento ineludibile e dunque inesorabile, della morte. Nel campo biomedico il progresso e la ricerca scientifica stanno radicalmente cambiando il rapporto *natura-cultura*; non la natura ma la cultura continuerà a produrre differenze corporee, servendosi sempre più di mezzi chimici, protesici, meccanici; la stessa sessualità non è più un dato "naturale", ma può diventare

³⁸ ESCHILO, *Prometeo incatenato*, vv. 371-373, in *Tragici greci*, tr. it. di E. Madruzzato, Sansoni, Firenze 1988, p. 92.

³⁹ PLATONE, *Protagora*, 321 d.

una scelta autonoma (con la conseguente e accreditata separazione tra genere e sesso). Sarà sempre più la cultura (si potrebbe dire: scelte proprie di un paradigma antropologico) a decidere della natura corporea: l'identificazione, la dispersione e la contrapposizione dei confini biologici è e sarà frutto di un inesausto processo culturale. L'uomo plasma il biologico secondo i propri progetti: procreazione svincolata dallo spazio e dal tempo: un figlio quando, come (e a misura di come) lo voglio. La stessa morte potrà essere tenuta sotto controllo, potendola trasformare in una variabile dei mezzi rianimatori utilizzati.

Come sarà dunque l'incontro (o lo scontro) della natura con la cultura? Solo un'antropologia rispettosa e promozionale della dignità dell'uomo (di tutti gli uomini), di tutta la vita (e della vita di tutti) garantirà una modalità congiuntiva e non disgiuntiva delle due dimensioni: *physis* e *techniké*, di *pathos* e di *eros*, della vecchia legge (*Torah*) e della nuova (*euanghelion*). Per certi aspetti appare superata anche la distinzione husserliana tra il *corpo oggettualizzato* (*Korper*) e il *corpo* vissuto e sperimentato – *soggettualizzato* – nell'esistenza (*Leib*). Al corpo oggettivato, dal e nel "sapere", dal e nel "potere" biomedico, ha fatto da supplemento la psicologia, proprio per cercare di offrire una qualche spiegazione a tutti quei fenomeni in qualche modo irriducibili alla fisica e alla chimica dell'organismo; la strumentalità della natura corporea ha, paradossalmente, restituito cittadinanza all'intenzionalità irripetibile del soggetto (magari per decidere di "quale corpo servirsi"), con quel passaggio intermedio, forse apparentemente più prossimo all'antropologia fenomenologica, per gli aspetti intrinseci d'approccio ermeneutico, che è stata la psicoanalisi, soprattutto nella sua edizione eriksoniana⁴⁰. La rimozione, la censura dell'*intenzionalità antropologica* ritorna, paradossalmente evocata dall'esito di quell'itinerario che sembrava, al suo esordio, averne, inesorabilmente e ineludibilmente, decretata la fine.

Ritorna, tra l'altro, nell'attuale tematizzazione del dolore, l'orizzonte semantico della sofferenza come: evento, accadimento ineluttabile, limite, angoscia, debolezza, solitudine, prova; dal greco: *algos* (nostalgia, che è il dolore del ritorno); *algheîn* (rattristarsi), ma anche *alégo* (sono sollecito, mi prendo cura, mi occupo); in latino: *diligo*, *intelligo*. *NATOLI* evoca i due filoni essenziali dello scenario attinente il dolore: quello del pensiero greco; la metafisica del tragico, la fedeltà alla terra; temprarsi nel dolore, temperare il dolore; quello del pensiero giudaico-cristiano: la teologia del patto, riferibile alla seduzione del regno; è il dolore di questa terra, ma in quanto protesa al futuro: il dolore come sfida e confidenza, come espiazione e redenzione.

⁴⁰ Tra gli altri: RICOEUR P., *Della interpretazione*, tr. it. Il Saggiatore, Milano 1967; Per la ricostruzione di Erikson: G. MAZZOCATO, *Padre ed agire. L'insuperabile profilo morale dell'io e le aporie della teoria psicologica*, Glossa Milano 1995.

Si apre qui lo scenario, più sopra evocato, della rimozione e della censura del dolore: fuga come nascondimento *del* dolore, nascondimento come fuga *dal* dolore.

Conclusivamente torna, quasi inconsciamente e-vocato e ri-evocato, l'assunto storico di ogni percorso di cura: che non si dà, al di fuori dell'intenzionalità e della libera corresponsabilità del soggetto; appare qui la ragione più profonda di quell'assioma: non tanto la compiutezza (che attiene al "come") dell'atto curativo, quanto quella del significato originario, del senso (che attiene al "perché") dell'atto del curare e del prendersi cura.

Questo discorso appartiene alla geografia dell'antropologia e non della sola scienza: perché spiegare non è comprendere, il come non dà ragione del perché e la causa non esaurisce il significato. Ma non si tratta di due realtà (corpo oggetto da curare e corpo soggetto che vuole curarsi ed essere curato), bensì di due modi di guardare alla stessa realtà: *"Nel primo caso ho presente il mio corpo, perché lo sono, nel secondo ho presente il mio corpo perché lo vedo... Se ci riferiamo alla famosa "figura ambigua", dove i tratti dei profili dei due volti che si fronteggiano sono gli stessi tratti che delimitano i contorni di un vaso, di fronte alla stessa figura avremo chi parla di un vaso e chi parla di volti a secondo di come articolano il rapporto tra figura e sfondo. Ebbene la scienza medica, defilando la figura umana sullo sfondo della natura, non la vede più come persona, ma come cosa"*⁴¹. Sorge l'errore quando un modo dell'apparire diventa la totalità dell'apparire. Le ragioni della dimenticanza, dello smemoramento, della cesura, della censura, della tmesi sono da ascrivere ai paradigmi dello scenario socioculturale postmoderno più sopra evocato: il sapere tecnologico e scientifico come unico sapere, che nel campo biomedico, accanto ai progressi inediti della scienza, ha riproposto, pena la possibilità della sua stessa distruzione, gli orizzonti della bioetica, che, al fondo, se appena toccano gli scenari dell'ottativo (il bene, la vita degna) e non solo il prescrittivo (ciò che si deve – perché si può? – fare) prendono il nome e la forma del discorso antropologico. Esso segna, dunque percorsi umanizzanti e rischi disumanizzanti in tutti i territori della tutela della salute, non ultimo quello della compatibilità economica, che impone scelte di intervento: perché intervenire (o non) in alcuni casi e non in altri?

Qualche riflessione in margine agli scenari ci suggerisce un "logo" che aveva accompagnato il *nursing* professionale degli operatori sanitari: *"sempre accanto a te"*. Vorrei raccogliere gli interrogativi e le domande che la comunità cristiana si ripropone, nella stagione nuova (disaminata nei tre profili dei differenziati scenari) della sanità, utilizzando una parola cara, da lungo custodita, dalla pastorale della sanità: *"voglio essere accanto a te, sempre"*. *"Accan-*

⁴¹ UMBERTO GALIMBERTI, *Introduzione* in KARL JASPERS, *Il medico nell'era della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1995, p. XXII.

to” dice la qualità della cura e del prendersi cura; “a te”: evoca l’incessante ed inesausta domanda d’ospitalità che la malattia chiede (non solo al luogo, l’ospedale, ma alla relazione professionale ed interpersonale: faccio spazio dentro di me a te”; “sempre” dice di una promessa e di una fedeltà, che non muta con il mutare del quadro clinico e della condizione soggettiva del malato.

“Accanto”

Evoca parole antiche, eppure così attuali, come quelle del Samaritano, che percorre la strada di ieri, la strada di sempre e dunque d’oggi – da Gerusalemme a Gerico –. Là avvenne, e oggi noi invochiamo che avvenga anche nella sanità, l’esperienza del curare e insieme del prendersi cura. Quali le transizioni, gli itinerari, che gli appropriati percorsi di una corretta sanità, oggi, invocano ed insieme esigono? Il passare dai protocolli del “curare”(cure), a quelli più esigenti, perché comprensivi e includenti del “prendersi cura” (care) e insieme del “farsi carico” (caring). Il “care” assume oggi almeno due volti: quello dell’umanizzazione o antropologia nella cura: da propiziare, da promuovere, senza reticenze; quello della promozione della salute o antropologia della cura: profilo più esigente, perché interpella la libertà della persona ed evoca accanto al “benessere” quello del “bene”.

L’antropologia *nella* cura si riferisce a tutte le forme, oggi fortunatamente e sufficientemente presidiate, dell’umanizzazione dell’assistenza e della riabilitazione, come ambito intrinseco dell’atto curativo, che vede di fronte a sé almeno due itinerari: evitare, da una parte, il rischio del dualismo o dell’oggettualizzazione dell’intervento, attraverso il circolo vizioso di una medicalizzazione della vita e dei problemi esistenziali, di una strumentalizzazione consumistica della tutela della salute, della prevaricazione tecnicistica sui problemi umani, dell’espropriazione della corporeità e dei conseguenti effetti di iatrogenesi clinica e culturale, della rimozione dell’orizzonte di senso e di significato tra i sentieri dell’onnipotenza tecnologica; propiziare, dall’altra, l’orizzonte dell’umanizzazione dei percorsi curativi, attraverso il circolo virtuoso, che assume come criteri della cura: l’unicità e l’irripetibilità della persona; la dimensione corporea (il corpo accettato, rifiutato, negato, stigmatizzato, riconosciuto), la dimensione affettiva (i volti emozionali, sentimentali, affettivi, amati e odiati, consci e inconsci); la dimensione intenzionale (l’orizzonte della libertà e i paradigmi di senso e di significato – nella e della vita –), il rapporto con sé (identità spesso immatura, prorogata, negata, rinnegata dall’evento invalidante), il rapporto con la realtà (segnata spesso dai percorsi regressivi della defigurazione, come contrappunto alla transfigurazione dello star bene) e il rapporto con gli altri (raggiunto spesso da una (ri)scoperta delle relazioni di familiarità, di

fraternità e di prossimità, proprio durante la malattia). Dimensioni sempre evocate in ogni itinerario curativo; e più specificamente attuazione di percorsi che consentano opportune, verificabili transizioni dall'intransitività dei protocolli tecnici e/o biomedici all'approccio relazionale (dal "cure" al "care", dalla conoscenza alla ricoscienza, dalla qualità della vita alla vita di qualità, dalla rappresentazione diagnostica all'interpretazione prognostica, dalla scienza alla coscienza, dal ben-essere al bene, dal "facere" all'"agere"...).

L'antropologia della cura iscrive i percorsi della cura in un quadro ermeneutico e assiologico di natura squisitamente antropologica: il senso, il significato esistenziale può essere orientato al sapere (curativo) e/o il sapere (curativo) può essere orientato al senso e al significato esistenziale? La domanda esplora i confini di territori ancora inediti, talvolta per la stessa ricerca. Il futuro tecnologico e scientifico della cura (si pensi alle neuroscienze, ma non solo) non può restare in quella sorta d'afasia infantile o d'analfabetismo degli scenari di senso, che lo espone all'insignificanza, drammaticamente riproposta negli interrogativi dell'eutanasia (attiva e passiva) e dell'accanimento terapeutico. Ci si riferisce: all'antropologia che propizia il ben-essere della persona, definito dal suo bene e dalla concezione della propria vita, pensata come degna, i cui risultati sono valutabili non con parametri naturalistici, ma in termini di facilitazione e congruità esistenziale; all'antropologia che si struttura nel "prendersi cura", sapendo di non poter mai guarire, cosciente della grande importanza e attitudine terapeutica del "saper attendere", dell'assistere senza intervenire, del graduare l'intervento secondo il "desiderio" (e non solo il bisogno) della persona (spesso il diritto alla tutela della salute maschera una sorta di delirio di onnipotenza: di una salute pensata sempre possibile e fattibile, sperando di rinviare sempre e di procrastinare all'infinito l'esordio della malattia irreversibile e della morte); all'antropologia, che si struttura come "accompagnamento, con-divisione" (si pensi alle gravissime disabilità neuropsichiche) dentro gli itinerari propri di un'economia esistenziale atipica, con l'esclusione di ogni ipotesi di recupero strumentale, dove la sola affermazione della cura della persona (e non della malattia) mantiene il quadro di un intervento apparentemente inerte nell'ambito della tutela della salute e non lo assistenzializza sbrigativamente, solo perché l'esito appare invisibile, come è l'azione terapeutica capace della testimonianza e della valorizzazione della presenza dell'altro. Il coraggio, nella sanità, di curare e dunque di assistere, senza guarire: le malattie lunghe, la cronicità, la malattia irreversibile e dunque in qualche modo sempre terminale; il coraggio, nella ricerca scientifica, di indagare mondi interiori, per troppo tempo inesplorati (si pensi alle malattie rare, per le quali non appare certamente economico fare ricerca!); all'antropologia, che di fronte all'orizzonte muto di disabilità gravissime, s'interroga anzitutto sul significato "in-

edito”, “in-dicabile” ed “in-audito” della sofferenza e del dolore, ricercando qualche spiraglio negli spazi interni del sé, rischiando l’utopia o forse la profezia del dolore “innocente” (un dolore che non ha scritte in sé le stigmate del dolo, che non nuoce, anche se inspiegabile e talvolta incomprensibile); all’antropologia, che spesso si pone, e si porrà sempre più, al confine di interrogativi esistenziali, sinteticamente ricompresi nella dialettica, forse oggi da riscrivere, di poli apparentemente antagonisti: accanimento terapeutico ed eutanasia, che spesso appare (proprio perché nasce dall’abbandono) come pro-vocazione ed in-vocazione di aiuto; eutanasia, che come richiesta di alleviamento della sofferenza, invoca anestesia; all’antropologia, che rimuove dalla censura della clandestinità la stessa morte e tutte le forme spesso dissimulate che l’annunciano: nel linguaggio desueto della morte come *la* fine e non dunque come *un* fine, o forse *il* fine, transizione indecifrabile ai molti, verso una compiutezza, che il linguaggio della fede abilita a chiamare “pienezza”, “trasfigurazione”, “vita compiuta” e dunque eterna; morte, dunque: come separazione ed individuazione, come ritorno alla terra, in una nascita rovesciata, come consegna genitoriale, perché nell’ultimo dono nulla si trattiene più per sé, e dunque si è abilitati, o forse riabilitati a socchiudere le labbra per l’addio (così evoca l’etimo della morte <da “myo”> ed anche – perché tale è il morire – del mistero <pure da “myo”>), perché guardandosi negli occhi, tenendosi per mano si annuncia una nuova vivibilità e una rinnovata appartenenza: i linguaggi dello sguardo (aprire gli occhi alla vita, nella nascita; chiudere gli occhi alla vita, nella morte); le parole della tenerezza iscritte dentro il dispiegarsi di una carezza.

“A te”

A me pare che questa parola, ove si celebra la prossimità dell’atto curativo, evochi i significati antichi per cui il luogo della cura si è chiamato “*ospedale*”: luogo per eccellenza, come oggi tutti gli altri (personali, ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali), dell’*ospitalità*. Gli *itinerari* conseguenti ripercorrono l’originaria attribuzione dell’ospedale, luogo d’ospitalità per la cura. Si tratta di declinarne, compiutamente, i possibili significati: *ospitalità*, quale volto, voce, gesto e parola, capaci di generare cura (“*cure*”) ed insieme, soprattutto, di propiziare gesti espressivi del prendersi cura (“*care*”); *ospitalità*, che si fa carico non solo di tutte le dimensioni che rendono capaci di *liberarsi dalla malattia*, ma, soprattutto, genera percorsi atti a *liberare la malattia*, dando ad essa volto, voce e parola, soprattutto quando essa si annuncia come degenerativa, cronica, irreversibile, terminale; *ospitalità*, che imprime ed esprime, a partire dalla prossimità, efficienza ed efficacia, cura e sollecitudine umana, scienza ed assistenza, medicina e antropologia, diritto alla salute e solidarietà,

ricerca ed etica, ben-essere e bene, qualità della vita e vita di qualità; *ospitalità*, che vuol propiziare, nello scenario complesso e difficile dell'attuale assetto strutturale e funzionale della sanità, non solo la cura per chi è guaribile, ma soprattutto l'attenzione a chi, considerato inguaribile, non per questo deve essere, nei fatti, considerato incurabile: una sanità che ispira la propria azione assistenziale al primato della persona e non della malattia, all'unicità e irripetibilità del soggetto e non solo del caso clinico; *ospitalità*, che assume quale criterio prioritario delle proprie scelte, la promozione di *tutta la vita* e la tutela *della vita di tutti*; *ospitalità*, che sceglie, dentro i processi formativi dei suoi operatori sanitari, la cura della "relazione", quale parola capace di ascoltare, di accogliere, di riconoscere, di "ospitare" sempre l'altro, come prossimo e non mai come estraneo; *ospitalità*, come continua ricerca, nell'interazione e nell'interrelazione con il territorio, soprattutto familiare dei propri utenti, del significato più profondo della malattia e del dolore, riconosciuti quali luoghi ordinari del vivere, capaci di propiziare, pur nel linguaggio misterioso dei loro esprimersi, una vita sorprendente e un futuro buono, promettente e degno; *ospitalità*, che osa suggerire, dentro le richieste di una sempre più grande *qualità di vita* i sentieri e i percorsi, troppo spesso inediti, della *vita di qualità*; *ospitalità*, che sa intravedere e dunque evocare se non indicare, nella tutela del *ben-essere* fisico, psichico e sociale, secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, gli itinerari del *bene* e della vita buona e degna; *ospitalità*, che di fronte alla malattia inguaribile non la ritiene e dunque non la considera, surrettiziamente, incurabile, ma si fa carico di accompagnarla, nelle scansioni di un tempo, che, per quanto faticoso o doloroso, può restituire significato all'esistenza intera (ci si riferisce qui, in particolare al settore della medicina e delle cure palliative); *ospitalità*, che, significando quasi profeticamente l'accoglienza della malattia, quale evento della vita, carico di significati, di messaggi e di annunci non sempre immediatamente decifrabili, abilita a quell'accoglienza compiuta dell'esistenza, propiziando e promuovendo vivibilità ed appartenenza a chiunque chieda assistenza, cura e riabilitazione; *ospitalità*, che vuol riconoscere, in ogni uomo e in ogni donna che varca la soglia della sanità, certamente i diritti di cittadinanza, ma insieme il volto di un fratello e di una sorella: il "nursing" che assume la forma dell'ascolto, la *cura* che dà volto al "prendersi cura" e al "farsi carico"; la vicinanza assistenziale che dà corpo ad un accompagnamento esistenziale; *ospitalità*, che pur nelle condizioni di riduzionismo antropologico dello scenario socioculturale postmoderno, espresso, nei diversi ambiti del vivere quotidiano, da una cronica "malattia del senso", osa riproporre ai suoi clienti, nella interlocutorietà rispettosa di un'autentica comunicazione interpersonale e professionale, ad ogni livello, i paradigmi interpretativi del "senso della malattia".

Evoco qui qualche profilo, certo non partendo da rilevazioni epidemiologiche, scientifiche o economiche, ma da quello sguardo, che la quotidianità dell'incontro pastorale con molte persone malate, con molti operatori e dirigenti della sanità, mi suggerisce, alludendo (“sempre”) alla fedeltà di una promessa.

La prima domanda è relativa a coloro che sono un po' – per utilizzare una parola cara ad un'indagine della Caritas Italiana, – gli “*ultimi della fila*”, “*i vuoti a perdere*”, vale a dire coloro che sono più sprovveduti dal punto di vista della capacità di dare risposte ai propri bisogni.

Occorrerà per questo verificare come le numerose “Carte” o le migliori “Carte” dei diritti possano trasformarsi in una somma di “diritti di carta”, soprattutto per persone bisognose, ad esempio, di riabilitazione estensiva o d'assistenza di lungo termine, per persone affette da grave cronicità, che rischiano di essere escluse dalla tutela della salute.

Un terzo profilo è il criterio della scelta; sempre di più la sovraesposizione dell'offerta sanitaria rischia di determinare la domanda, se appunto la domanda espressiva del bisogno non è, in qualche modo, tutelata in un quadro di diritti certi d'assistenza: il rischio è iscritto dentro le logiche spesso seduttive del consumismo sanitario. La transizione virtuosa, che è compito di una corretta educazione alla salute, invoca il passaggio dal *consumare* (inappropriato) al *produrre* (appropriato) salute.

In maniera quasi provocatoria ci si potrebbe chiedere quali saranno i “*livelli essenziali di assistenza*”: quelli conclamati dal troppo facile consenso dei molti, in ossequio ad una presunta libertà di scelta, o quelli esigiti, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, e dunque esibiti dalle evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, a fronte delle risorse impiegate?

Un altro profilo relativo alla tutela della salute è l'affermazione che *lo stato* è strutturalmente *sociale* (o non è!); diversamente, non si legittima come puro stato dei diritti civili politici. La qualità della vita è sempre più affidata anche alle regole, alle norme, agli stili della convivenza, che esigono, in ossequio al dettato costituzionale (cfr. art. 32 della Carta), livelli definiti per garantire risposte efficienti, efficaci ed appropriate al diritto alla tutela della salute.

Dentro questo quadro si pone il discorso della tutela della salute, soprattutto per quegli orizzonti così difficili, dai confini e dalle frontiere incerte, che sono quelli della bioetica, non come discorso settoriale d'etica sanitaria, ma come discorso costituzionale di garanzia dei diritti dell'uomo che nasce e che muore.

Resta aperto il problema dell'invecchiamento, nell'ambito della sanità: problema etico, antropologico per il quale forse non ci si sta sufficientemente preparando, sottovalutandone la portata e ri-

cordando che non basta – lo ha ricordato con grande slancio il servo di Dio Giovanni Paolo II, nella lettera agli anziani – *aggiungere anni alla vita* se non si propizia tutto ciò che consente e crea le condizioni per *aggiungere vita agli anni*.

Per questo appare urgente la ridefinizione di una *sanità dei fini* e non ridurre il problema solo ad una *sanità dei mezzi*, anche se, indubbiamente, il problema di quanto possa e debba essere l'impegno economico per la sanità, dentro le compatibilità del Prodotto interno lordo, dovrà essere sempre più attentamente disaminato, anche in un corretto confronto con l'Europa, verificando come in questi ultimi anni l'Italia abbia speso, mediamente, l'1-2% in meno sulla media del PIL dei diversi paesi europei (almeno dei 15).

Occorre altresì ricordare che occorre rifuggire da una *sanità ideale*, onnipotente, garantita a tutti ed è necessario, ad un tempo individuare prima, e costruire poi, l'architettura di un *ideale di sanità*, che definisca livelli essenziali, uniformi e competenti di assistenza.

Ancora, la sanità abbisogna di un continuo percorso di educazione alla salute, proprio perché lo scenario della malattia del senso rischia di privare sempre più il senso della malattia, inducendo quei processi che Illich aveva opportunamente chiamato di "*iatrogenesi culturale*": l'incapacità di significare il tempo della malattia, della decadenza, dell'invalidità e dunque della morte, come la più grave delle malattie indotte da una presunta quanto falsa onnipotenza del sapere medico.

In questa linea appare decisivo risottolineare la necessità che la tutela della salute non si orienti solo a *liberarsi dalla* malattia; ma aiuti la persona umana a *liberare la* malattia, dando ad essa volto, voce e parola.

Occorre davvero superare la dialettica, oggi spesso molto conclamata, tra il *curare*, *se* e in quanto *si può guarire*: inguaribile non significa incurabile. Il coraggio di curare, anche laddove non è dato più di guarire: testimoniando una presenza discreta, che accompagna e che significa il tempo.

Sotto il profilo della cura, della riabilitazione e dell'assistenza della malattia lunga, cronica, irreversibile e/o inguaribile la salute e con essa, soprattutto, i suoi operatori, potrà utilmente propiziare percorsi e itinerari atti non tanto e non solo a *guarire dalla* malattia, bensì a *guarire la* malattia, per quell'annuncio mortificate che essa sempre anticipa nel corso e nel decorso della sua presenza.

Anche la sanità, nelle differenziate forme del suo articolarsi, pur nello scenario socioculturale postmoderno, che spesso segnala, nella caduta di significato della metanarrazione, la *malattia del senso*, la riscoperta e la testimonianza del *senso della malattia*; capace d'essere annunciatrice di vita, talvolta sorprendente.

Ancora, conclusivamente, proprio per non ridurre a tema settoriale la questione dell'architettura organizzativa del sistema di tu-

tela della salute, risulta di prioritaria e urgente importanza la necessità di iscrivere la salute dentro un'antropologia comprensiva delle dimensioni costitutive ed istitutive della persona, quasi a dire che la salute non può non fare riferimento alla corporeità, all'affettività e alla intenzionalità; la salute non può non fare riferimento al rapporto con sé, al rapporto con la realtà, al rapporto con gli altri; una tutela della salute dunque che percorra e ripercorra gli itinerari della cura (*cure*), del prendersi cura (*care*) e del farsi carico (*caring*). Le ultime tre dimensioni, appunto quelle istitutive, sono particolarmente minacciate durante la malattia: il rapporto con sé abbisogna, durante la malattia, di una costante riconciliazione; il rapporto con la realtà deve essere continuamente equilibrato e riequilibrato senza lasciarsi abbattere dagli eventi lesivi e anche il rapporto con gli altri è spesso riscoperto nella sua qualità costitutiva ed è quindi capace di ridescrivere percorsi positivi, anche nell'ordinario contesto del vivere.

Dunque la salute come un bene, certo non ultimo, ma penultimo; certo la malattia come un evento difficile, che può essere però considerato come risorsa, purché, direttamente o indirettamente, consciamente o inconsciamente, non la si riduca ad evento solo clinico: la malattia è, primariamente, evento esistenziale. Ma qui tocchiamo problemi etici, filosofici e insieme teologici. Si tratta di sapere se il potere onnipotente della tecnica debba essere sottoposto a principi etici *ex ante* o solo *ex post*. Dunque, se si possa parlare non solo di bioetica, ma d'etica dell'intenzionalità o della responsabilità, od ormai, solo, come qualcuno auspica, di "etica del vivente" (che per strada decide il da farsi); se si possa parlare della salute come di benessere fisico, psichico e sociale o anche di un bene: e se esso sia uno tra i tanti (come la legittimazione, in qualche Paese, della scelta dell'eutanasia da parte dello stesso minore pare suggerire); se possa essere un bene ultimo o penultimo; se la malattia, la decadenza e la morte siano affidabili, almeno alla ricerca e alla compatibilità, di un qualche senso.

Da ultimo: la necessità di ridescrivere i possibili confini, o forse meglio le difficili frontiere tra bisogni *assistenziali* e bisogni *esistenziali*: il sorgere e il consolidarsi, quale problema emergente del postmoderno, di nuove povertà o di povertà immateriali (*post* o *trans* materiali?) L'esplosione di domande esistenziali, iscritte dentro i problemi del tentato suicidio, dell'eutanasia, dell'anoressia e della bulimia, in una parola dell'insignificanza della vita, interpellano in maniera inedita le politiche sociali: ci si chiede se tali domande siano di competenza dei servizi alla persona, o forse, più profondamente, almeno per quanto attiene un possibile itinerario di prevenzione primaria e di promozione della vita, non interpellino il quotidiano vivere e convivere; se non siamo di fronte alla domanda di una nuova cittadinanza, ben lontani dalla conclamata, seppur da

non dimenticare, lezione di Marshall. Forse la crisi e la deriva del soggetto, o forse meglio della soggettualità, consumata dal postmoderno, chiama e richiama ad orizzonti nuovi: *politici e culturali, di giustizia e di prossimità, di diritti e di doveri*: verso uno stato più delle opportunità che non delle sole garanzie: per garantire la *tutela di tutta la vita e della vita di tutti* (cfr. *Evangelium vitae*).

Appare, dunque, necessario e opportuno, sotto questo profilo, dedicare particolare attenzione, e insieme testimoniare riconoscenza, ai molti operatori sanitari, pubblici e privati: ai medici, che certamente oggi sono particolarmente esposti all'insulto di un'attesa onnipotente di salute e di guarigione: e dunque rischiano delegittimazione sociale quando guarire non è possibile. Un accompagnamento cordiale, di scienza e di sapienza, di tecnologia e di competenza relazionale: che evochi dentro i percorsi di una difficile professione, gli itinerari di un'autentica vocazione.

In questa linea la comunità cristiana, soprattutto nella sua articolazione territoriale, potrà riscoprire, negli orizzonti dell'ospitalità, *l'essere casa accanto alle case* (come evoca l'etimologia di parrocchia, da *parà oikia*), così come indica la casa madre della chiesa che è il *duomo* (la cattedrale dunque come *domus*, come casa di e per tutti)

Per questo la pastorale della sanità non potrà essere più e solo ospedaliera o residenziale; vi sono molti altri luoghi: il territorio, la casa, il centro diurno, la RSA, *l'hospice*, dove la saluta interPELLA il senso dell'esistenza; ci sono malattie, così devastanti, che vorrebbero togliere senso alla vita. Solo una prossimità vera, non accomodante, che sappia ritrovare la freschezza delle origini, nella solidarietà saprà mantenerglielo e custodirlo.

"Accanto a te, sempre": in quella particolare e delicatissima situazione, che nella malattia, soprattutto, evoca dolore e sofferenza: quel dolore, che nell'etimo greco – lo abbiamo già ricordato – (*"àlgos"*, da cui *an-algesico*, *nost-algia*) evoca certamente gli itinerari e i percorsi della cura e del prendersi cura (*"alégo"*, da cui *eligo*, *diligo*). Sapienza antica, che la scienza medica moderna farà bene a non censurare e a non rimuovere, con troppa disinvoltura; accogliendo la sfida che il *logos* del vangelo (quella parola originaria: *"in principio era la Parola"*) evoca, appunto: *"il prendersi cura del dolore"*. Mi piace concludere con il passo del Vangelo di Matteo, che abbiamo appena letto e con il quale abbiamo aperto queste nostre riflessioni: Gesù dice: *"Strada facendo..., prendetevi cura dei malati, guarite i lebbrosi e annunciate il vangelo del regno"*. Con un'esegesi, forse un poco trasgressiva, mi piace dire così:

"prendersi cura dei malati è annunciare il vangelo e annunciare il vangelo è prendersi cura dei malati".

A

partire da Cristo, medico del corpo e dello spirito

Prof. Mons. GIORDANO FROSINI - Vicario generale della Diocesi di Pistoia e Prof. presso la Facoltà di Teologia di Firenze

“Nella sua vita mortale Gesù passò beneficiando e sanando tutti coloro che erano prigionieri del male. Ancor oggi come buon samaritano viene accanto ad ogni uomo piagato nel corpo e nello spirito e versa sulle sue ferite l’olio della consolazione e il vino della speranza”. L’ottavo prefazio comune del messale romano, col suo linguaggio ispirato, traccia brevemente e autorevolmente lo schema della nostra riflessione. Come detta il testo, il nostro discorso dal Gesù della storia comincia e continua per concludersi col Cristo della fede, che siede glorioso alla destra del Padre e che nella Chiesa e per la Chiesa continua ancora oggi la sua opera di salvezza.

Un discorso difficile e scabroso perché il tema del male, di cui la malattia è uno dei principali capitoli, anche se attualmente se ne parla con più distesa attenzione e forse con qualche migliore risultato rispetto al passato, è sempre uno dei più ostici per la nostra ricerca, anche quando questa è illuminata dalla fede, ultima attuale possibilità in nostro possesso per tentare la penetrazione del grande mistero. A questo scopo riprendiamo il vecchio discorso della teodicea, ripartendo dal noto dilemma di Epicuro, secondo il quale o Dio *non può* evitare il male (e allora non è onnipotente), o Dio *non vuole* evitarlo (e allora non è buono). Un terribile *aut-aut* ancora in grado di mettere in questione la tradizionale concezione di Dio.

Forse alcune considerazioni che faremo a questo proposito produrranno un po’ di sconcerto, ma ormai c’è la convinzione assodata che certi schemi del passato sono saltati e che la pastorale della salute deve aggiornarsi con urgenza e col coraggio necessario a chi sa di andare controcorrente. Una riflessione teologica certamente, ma una teologia viva al servizio della spiritualità e dell’azione pastorale, pur senza la pretesa di dire l’ultima parola. Potremmo ripetere a questo proposito i noti versi di E. Montale: “Non domandarci formula che mondi possa aprirti, sì qualche storta sillaba e secca come un ramo”. Questo soltanto, questo soltanto possiamo dirti. Non di più. Lo facciamo tenendo presente che il problema del male è ritenuto oggi la causa prima dell’incredulità e dell’ateismo. La roccia dell’ateismo, è stato detto. Una constatazione che rende più pressante la riflessione sul nostro tema.

Cominciamo allora dalla chiamata in causa di Dio. “L’onnipotente risponda”, diremo audacemente con Giobbe. Dinanzi al dilagare del male morale e soprattutto del male fisico, soprattutto ancora dinanzi alla sofferenza degli innocenti Dio si difenda e si giustifichi.

Scartata l’ipotesi del male come conseguenza del peccato originale e personale (questioni ormai sufficientemente illuminate dalla riflessione biblico-teologica odierna), riprendiamo il dilemma epico, schierandoci subito dalla parte della prima possibilità: Dio non può eliminare il male. Per la soluzione del problema del male, la via dell’impotenza di Dio sembra sempre di più l’unica praticabile. Non si può infatti mettere in dubbio la bontà divina senza mettere a repentaglio anche la persona e la stessa esistenza di Dio. La rivelazione cristiana è su questo punto di una chiarezza assoluta e inoppugnabile. Da una parte, il Dio biblico è presentato come un padre dalle viscere materne, che ama di un amore tenero ed eterno le sue creature; dall’altra, Gesù che è l’ultima sua rivelazione e manifestazione, colui che ne manifesta definitivamente agli uomini la sua intima natura, ha tratti inconfondibili di bontà e segni efficaci di attenzione liberatrice per i molti malati e sofferenti che egli incontrò nella sua strada; infine, il male scomparirà del tutto e per sempre nella creazione finale, quando Dio potrà dire: “Ecco, io faccio nuove tutte le cose”. Il testo sacro giustifica pienamente la presentazione di Dio come l’anti-male, come nemico giurato del male: esso non appartiene al suo piano di salvezza. Nessun compromesso fra il Creatore e la molteplice presenza del male nella vita del cosmo e dell’umanità. “Se Dio crea per amore, non ha senso pensare che il male possa venire -in qualsiasi modo- da lui: questo può essere visto giustamente come qualcosa che si oppone al dinamismo amoroso della sua azione creatrice” (A. Torres Queiruga, *Fin del cristianismo pre-moderno*, Sal Terrae, Santander 2000, p. 32).

Su questa teologia della debolezza di Dio si è ormai assestata la migliore riflessione contemporanea, anche se c’è da vedere meglio in cosa consista questa debolezza. Una concezione, comunque, che, sul piano generale, ha incontrato gli elogi più convinti delle filosofie del pensiero debole, come quella di Vattimo, il quale vede nel pensiero debolista una congeniale interpretazione e un naturale substrato del messaggio cristiano. Per parte nostra, riconosciamo nella *kenosi* non soltanto un’assunzione da parte del Verbo che si fa carne (cioè uomo visto nel suo stato di precarietà e di contingenza), ma un tratto distintivo del Dio trinitario. Uno stile che il Figlio ha imparato nella sua permanenza nella casa paterna e che ha dimostrato agli uomini nei brevi e intensi anni della sua vita mortale. Ma vedremo subito che il nostro ragionamento viaggia per un’altra strada.

Dio, dunque, non può evitare il male. Ci soffermiamo ora su questa ipotesi. E viene subito in mente l’analisi appassionata del-

l'ebreo deluso a cui dà voce un pensatore eccezionale come H. Jonas al termine dell'ultimo conflitto mondiale. Secondo lui, specialmente dopo quanto è accaduto ad Auschwitz e in tutti gli altri lager nazisti della tortura e della morte, o si rinuncia alla bontà o all'onnipotenza di Dio. E la scelta va verso questa seconda soluzione: Dio non è onnipotente, perché altrimenti avrebbe evitato tali tragedie. Jonas, nella sua meditazione, lascia in ombra il male fisico e insiste soprattutto sul male morale. Secondo lo Tzimzum della Kabbalah, quando Dio crea, specialmente quando crea l'uomo libero, si ritira, come il mare nel tempo del suo riflusso. Nel ritiro egli perde la sua onnipotenza: "Dopo Auschwitz possiamo e dobbiamo affermare con estrema decisione che una Divinità onnipotente o è priva di bontà o è totalmente incomprendibile" (cfr. H. Jonas, *Il concetto di Dio dopo Auschwitz*, Il Melangolo, Genova 1989, p. 34). Una bella immagine, che però non può essere spinta fino alla negazione dell'onnipotenza divina. L'umiltà di Dio a cui abbiamo fatto riferimento non coincide con la perdita dell'onnipotenza. Dobbiamo seguire un'altra strada: quella non della insufficienza di Dio, ma della insufficienza strutturale della creatura. Nel caso specifico, Dio non intervenne ad Auschwitz non perché non volle, ma perché non poté, dovendo rispettare la libertà dell'uomo. La libertà dell'uomo va affermata e salvaguardata fino in fondo.

Un discorso analogo lo possiamo fare per il male fisico, affermando che una creazione materiale perfetta non è possibile. Dio, nell'un caso e nell'altro, è così collocato dinanzi all'assurdità. Egli non può evitare il male perché non è onnipotente, ma perché si trova dinanzi al muro della impossibilità. L'assurdo sfugge anche alle onnipotenti capacità della divinità.

Su questa linea di pensiero, sono consultabili due interessanti recenti opere: una di G. Greshake, che fa leva sul concetto di evoluzione intesa come abbozzo preparatorio alla libertà (G. Greshake, *Il prezzo dell'amore*, Morcelliana, Brescia 1983, p. 39) e un'altra del teologo spagnolo già citato A. Torres Queiruga (*Creio em Deus Pai*, Ep, S. Paulo 1993, pp. 114-159). È soprattutto a questo secondo autore che mi sono riferito e mi riferisco. Il male esiste semplicemente perché la creazione di uno spirito libero e di un universo materiale allo stato perfetto è assurda. Dinanzi all'assurdo anche Dio viene meno, senza per questo dover mettere in discussione la sua onnipotenza. Questa rimane ed esploderà in tutta la sua pienezza nel giorno dell'apocatastasi. Così, ad Auschwitz non era assente Dio, ma l'uomo; e l'evoluzione cosmica trova in questa ipotesi la sua spiegazione ultima. Tolta dal nulla, la creazione di Dio, del nulla porta sempre con sé le immancabili limitazioni e le inevitabili resistenze. Essa non arriverà alla sua pienezza se non attraverso tappe successive. L'evoluzione è parte integrante della creazione. Ciò che è possibile alla fine non è ugualmente possibile all'inizio. Non di-

mentichiamo poi che l'uomo ha preso da tempo in mano le leve dell'evoluzione e che egli è per vocazione collaboratore di Dio nella produzione dei cieli nuovi e della terra nuova. Collaboratore di Dio nel passaggio dalla prima alla seconda creazione, quando il male sarà eliminato totalmente e per sempre. I miracoli la creazione li attende da lui.

2.
"Passò
beneficando"

È su questo sfondo che oggi possiamo leggere la vita e l'azione di Gesù. Nella ricostruzione del suo cammino storico, la sua opera carismatica è stata suggestivamente presentata come un continuo venire incontro alle debolezze dell'uomo e della società, in particolare degli ammalati. Il Dio "debole" che va incontro alle debolezze dell'umanità, fra le quali emerge quella della sofferenza e della malattia. Lo studio storico di Gesù riconosce nelle numerose guarigioni di malati il dato più sicuro della sua opera taumaturgica, tenendo presente quanto aveva già affermato J. Jeremias, che cioè "le narrazioni di miracoli si riducono di molto, qualora si sottopongono al vaglio della critica letteraria e linguistica". Con la conclusione: "Gesù ha compiuto delle guarigioni, ed esse suscitarono lo stupore dei contemporanei. Si tratta innanzitutto della guarigione da disturbi di origine psichica, specie da quelli che i testi chiamano esorcismi, da Gesù effettuati da una breve intimazione; ma anche della guarigione di lebbrosi (nel senso lato che aveva allora la parola). Sono interventi che hanno qualche attinenza con ciò che la medicina chiama terapia massiva". W. Kasper, in *Gesù il Cristo* (Queriniana, Brescia 1975), scrive: "Un'analisi storico-critica della tradizione neotestamentaria dei miracoli giunge alla conclusione che non è possibile negare un nucleo storico di questa tradizione. Gesù ha compiuto delle opere straordinarie che lasciarono stupefatti i contemporanei. Ricordiamo la guarigione da diverse malattie e da sintomi che a quel tempo venivano considerati segni di possessione diabolica. Con una certa probabilità invece non sono da considerarsi storici i cosiddetti miracoli naturali" (p. 119).

Medico delle anime, ma anche dei corpi (come con Ignazio di Antiochia affermano non pochi Scrittori ecclesiastici, Padri della Chiesa e teologi: cfr. J.-C. Larchet, *Teologia della malattia*, Queriniana, Brescia 1993, pp. 73-75), Gesù non ha esitato a sollevare da malattie e infermità tanti sofferenti da lui incontrati nel suo ministero apostolico. Non risulta che egli abbia mai incoraggiato soltanto a parole gli ammalati, che abbia loro parlato di rassegnazione, che abbia loro spiegato il loro stato come conseguenza di un peccato (si ricordi l'episodio del cieco nato), secondo la diffusa opinione del suo tempo. In più, l'impegno della guarigione fa parte dei compiti che nei discorsi missionari egli affida ai suoi continuatori, come

conseguenza necessaria della predicazione fondamentale che è l'annuncio della venuta del Regno di Dio: "Curate gli infermi".

Un pensiero da non dimenticare. Il Vangelo rende testimonianza quanto Gesù abbia combattuto contro la sofferenza e il dolore degli uomini. Noi abbiamo interpretato i miracoli come una sospensione delle leggi naturali, e quindi come prove della sua missione divina; essi sono, invece, la manifestazione, l'epifania, i segni del veniente Regno di Dio, perché dovunque questo arriva tutto il male (quello morale, quello fisico e anche quello sociale) retrocede. Manifestazione, dunque, della bontà di Dio che prende pieno possesso della sua creazione. Il Vangelo è esattamente l'annuncio di questa presenza salvante. Scrive J. Vimort (*Vincere la morte*, Città Nuova, Roma 1989): "I prodigi di Gesù non sono solo, né per prima cosa, prove della sua potenza: sono di per se stessi la sua opera di salvezza, di carità. Essi rivelano Dio nella sua Bontà". Men che mai sono semplicemente segni di una realtà spirituale, come ci ostiniamo a ripetere: "I ciechi rappresentando l'accecaimento dello spirito, i sordi, coloro che si chiudono alla parola di Dio, ecc. Dobbiamo ritrovare l'importanza della guarigione e del sollievo dei corpi" (p. 34).

3. Dalla rassegnazione alla lotta

È dalla riflessione su quanto è stato detto in precedenza che l'attuale pensiero della Chiesa ha profondamente rivisto una dottrina tradizionale, che è ancora lungi dall'essere superata nella mentalità comune della nostra gente. Scrive S. Spinsanti a questo proposito: "I livelli di prassi pastorale del passato si rivelano sempre più rapidamente inadeguati. All'inflazione di parole devozionali rivolte al cristiano malato è succeduto un silenzio imbarazzante: non il silenzio denso di presenza, nel comune ascolto del messaggio esistenziale e soprannaturale insito nel grumo del silenzio umano, bensì l'ammutolimento di chi sente che le parole perdono il loro significato e scorrono via su una superficie impermeabile. Il modello presupposto da un certo pietismo cristiano (secondo cui il credente malato deve rassegnarsi alla volontà di Dio, anzi addirittura amare la sofferenza e utilizzarla spiritualmente in un intervento di partecipazione mistica ai dolori stessi di Cristo) sembra non avere più corso".

Siamo a uno snodo fondamentale della pastorale della salute intesa in tutte le sue ramificazioni. L'esperienza e le raccomandazioni che ci hanno consegnato i santi, specialmente negli ultimi secoli, fanno capire la delicatezza dell'argomento, al quale ci avviciniamo soltanto con la massima cautela e delicatezza. Fortunatamente viene in soccorso anche l'insegnamento ufficiale della Chiesa. Così le intuizioni di Teilhard de Chardin, di J. Maritain, del Nuovo Catechismo olandese e di altri hanno ormai la legittimazio-

ne non soltanto nei documenti magisteriali, ma addirittura nella introduzione teologica alla liturgia del Sacramento dell'Unzione, dove si legge testualmente: "Rientra nel piano stesso di Dio e della sua provvidenza che l'uomo lotti con tutte le sue forze contro la malattia in tutte le sue forme, e si adoperi in ogni modo per conservarsi in salute: la salute infatti, questo grande bene, consente a chi la possiede di svolgere il suo compito nella società e nella Chiesa". E poi si aggiunge: "Ma si deve anche essere pronti a completare nella nostra carne quello che ancora manca ai patimenti di Cristo per la salvezza del mondo, nell'attesa che tutta la creazione, finalmente liberata, partecipi alla gloria dei figli di Dio (cfr. Col 1, 24; Rm 8, 19-21)" (n. 3).

Torneremo subito sulla seconda parte del testo. Ma intanto occorre prendere atto di questa svolta copernicana di un'importanza assoluta nella pastorale della salute. Il primo dovere di un malato è quello di lottare contro il male e il primo dovere di chi gli è vicino e lo assiste è quello di spronarlo a respingere l'attacco che lo ha colpito contro la sua volontà. Dobbiamo ripeterlo a tutti: il male non dipende da Dio, nemico per essenza del male, l'anti-male per definizione, come abbiamo già detto, e come tale va respinto con tutte le capacità e le energie che sono a nostra disposizione. Nasce di qui il problema del controllo del nostro linguaggio. Meno si mette Dio in questione e meglio è. Va cancellata l'espressione usualissima ancora oggi: "Che cosa ho fatto di male per meritare questi castighi?". Ma anche: "Dio ha richiamato a sé quest'anima cara", "Muor giovane chi al cielo è caro" e simili. Né il male morale (il peccato, l'ingiustizia, la persecuzione, Auschwitz), né il male fisico (la malattia, la morte, sul piano più vasto il terremoto e le epidemie) dipendono da Dio. Essi sono il frutto della contingenza, cioè della imperfezione congenita della creazione sia razionale che inanimata. La soluzione che prospettiamo implica certamente altre domande, ma essa appare pienamente legittima e diremo quasi inoppugnabile alla luce delle nostre affermazioni. Con molta forza e decisione, K. Barth nella sua opera principale così esprime quella che egli chiama la regola fondamentale dell'etica della malattia con queste parole: "Esigere che il paziente si riferisca continuamente, come tutti quelli che l'accostano, non alla sua malattia, ma alla sua salute e alla sua volontà di ritrovarla". Conclusione: la rassegnazione va bandita dal nostro vocabolario, almeno fino alla percezione del sopravvenire dell'ultima crisi.

Ed eccoci così alla seconda parte della frase prima citata dell'introduzione al rito dell'Unzione degli infermi, espressa sinteticamente dal Nuovo Catechismo olandese con queste parole: "La sofferenza dobbiamo prima di tutto combatterla fino all'estremo limite possibile. Ma, in secondo luogo, quando non è più possibile, sappiamo che la sofferenza è redentrice". Mi si perdoni se, con moltis-

sima precauzione e con una buona dose di coraggio, con timore reverenziale, cerco di dare una risposta conseguente alla domanda: “Se le cose stanno come abbiamo detto, in che senso possiamo parlare di sofferenza redentrice? Quando poi scatta il tempo della fine della lotta e comincia il tempo della rassegnazione?”.

Noi portiamo sulle spalle il peso di una vecchia teoria, ferrovecchio ormai inutilizzabile (J. Ratzinger), secondo la quale la sofferenza è il prezzo pagato dall'uomo per placare l'ira di Dio offeso dal peccato. È la teoria della soddisfazione vicaria, che, fra l'altro interpretata in modo abbastanza scorretto rispetto al pensiero di sant'Anselmo, ha influenzato e guidato la riflessione e la prassi dell'occidente praticamente fino ai nostri giorni. Ma, stanti le nostre affermazioni di prima, ha senso usare ancora questo linguaggio? Dio può essere ancora concepito come il Padre che ha bisogno della sofferenza per aprire le braccia della sua misericordia verso i suoi figli? Il male, dobbiamo ripeterlo, ha origini naturali e Dio è impotente nei suoi riguardi. Non può essere lui che lo provoca, sia pure per fini buoni, come la purificazione e la santità. E anche la scappatoia della permissione, come avvertiva già I. Kant, non può essere praticata se si ha a che fare con un Dio onnipotente. Più che pensare in questi termini, occorre abituare la gente a convincersi che Dio, nel momento del dolore, ci domanda di lottare contro di esso, mentre si colloca accanto a noi e con noi condivide le nostre sofferenze. Perché anche Dio soffre, non per necessità, ma per amore. Dio piange con noi. Non si tratta di un Dio che ha bisogno di essere placato, ma di un Dio che con-soffre, com-patisce, con-divide con i suoi figli. Georges Bernanos ha un magnifico pensiero a questo riguardo: Dio, afferma, nel momento della sofferenza fa sentire nell'orecchio del paziente una dolce voce che sussurra (è la stessa voce potente che ha creato i cieli e la terra): “Perdonami. Un giorno tu saprai, tu comprenderai, tu mi renderai grazie. Ma ora, ciò che io attendo da te, è il tuo perdono, perdonami”. Dio è nella corda dell'impiccato, sul letto dell'ammalato, sul giaciglio del morente, nel “guardo errante di chi sperando muor” (Manzoni).

Questi pensieri sono certamente più suggestivi e più consolanti di quelli che abbiamo usato nel nostro passato.

4. Ulteriori riflessioni sulla soddisfazione

Continuiamo allora la nostra riflessione sulla soddisfazione vicaria, sulla soddisfazione redentrice, ricordando con S. Spinsanti che il vecchio linguaggio non è sempre stato in vigore nella cristianità, ma si è affermato in tempi relativamente recenti, secondo quest'ordine: quello medioevale del *compatisce*; quello del *compensare*, tipico della devozione al Sacro Cuore; e, in ultimo, quello del *completare*, caratteristico dell'apostolato della sofferenza divulgato dal

noto libro (dallo stesso titolo) di J. Lyonnard. È questo il punto più delicato dell'intera relazione. Togliamoci i calzari perché il terreno che andiamo a calpestare è terreno sacro.

C'è un primo senso su cui è giocoforza essere d'accordo. La sofferenza è un grande antidoto contro il "divertissement" di pascaliana memoria, contro la dissipazione e la dispersione, contro il terrenismo e il materialismo pratico. Filosofi, teologi, pastori di anime sono concordi nel riconoscere al dolore, in qualunque forma si presenti, la capacità di richiamare su se stessi, di rendere il giusto peso alle cose, di richiamare efficacemente a tutti i limiti e la debolezza congenita della condizione umana, di ricordare che l'uomo non ha sulla terra una cittadinanza permanente, ma è in cerca di quella futura. È stato detto che il dolore è capace di aprire zone dello spirito che prima erano rimaste nell'ombra e forse non esistevano nemmeno. Da un punto di vista spirituale e di apertura ai veri valori della vita, questa sensazione di contingenza e di miseria, specialmente nel tempo dell'edonismo, del neopaganesimo e del consumismo, è tutt'altro che trascurabile. Un richiamo che non ha nemmeno tanto bisogno di essere ricordato dall'esterno, perché è il malato stesso ad avvertirlo e percepirlo in se stesso. Un punto sicuro, comunque, su cui è opportuno collocare tutta l'attenzione di cui siamo capaci. È la lezione più immediata e più riconoscibile della sofferenza e del dolore. È stato anche detto a questo proposito: meno male che c'è anche il dolore nella nostra vita. Un tratto positivo da valorizzare in pienezza.

Proseguendo oltre, il discorso si fa più problematico. Dal filosofo cristiano L. Pareyson tolgo una riflessione assai suggestiva: "Come dolore soltanto subito la punizione non fa che moltiplicare il male. Ma il dolore più forte del male e vittorioso su di esso è quello dell'espiazione, il dolore accettato, anzi voluto, anzi desiderato e cercato. Nell'espiazione il peccatore, che forse già anticipava la sofferenza nei cupi tormenti del rimorso e nell'angosciosa peripezia del ravvedimento, la desidera per riscattare la sua colpa e pagare il suo debito, la esige come flagello che può ridare ristoro, come cilicio che si converte in sollievo. Senza cessare d'essere supplizio e tortura, la sofferenza diventa allora balsamo e lenimento; il peccatore, anche se costretto nel carcere della punizione, in virtù dell'espiazione redentrice se ne sente liberato. Nell'espiazione la sofferenza più straziante è capace di diventare sede di limpida felicità. Kolia, quando viene a sapere che Dmitrij Karamazov innocente sta per essere deportato esclama, esclama: 'Che uomo felice!'. Questa volontà di sofferenza non ha nulla a che fare con le torbide e dubbie alchimie della *voluptas dolendi* o col sinistro ed equivoco piacere del masochismo, ma è recupero di schiettezza originaria e di sorgiva genuinità" (L. Pareyson, *Filosofia della libertà*, Il Melangolo, Genova 1990, p. 31).

Una visione che colgo volentieri dal pensiero di un grande filosofo anche perché corrisponde alla migliore presentazione della dottrina del purgatorio, da intendersi non tanto come una pena inflitta dall'esterno quanto piuttosto come una esigenza di purificazione interiore avvertita prepotentemente dallo stesso peccatore. Dio non ha bisogno di una riparazione, specialmente di una riparazione pagata con la nostra sofferenza. Non possiamo ritornare alla concezione del dolore come castigo di Dio. Per questo, mi resta difficile, anche se si sta andando contro un pensiero abbastanza tradizionale della Chiesa, consacrato in qualche modo anche da una Lettera Apostolica di Giovanni Paolo II, la *Salvifici doloris*, alle capacità salvifiche della sofferenza quando sono in questione i peccati degli altri.

Cerco di ragionare: 1) il passo su cui si fa leva per arrivare a questa conclusione, cioè Col 1, 24, non sembra parlare delle sofferenze fisiche da aggiungersi alla sofferenza di Gesù, ma semplicemente dei patimenti apostolici connessi alla predicazione del Vangelo; 2) la croce di cui parla Gesù nel famoso *loghion* della sequela non è la croce della sofferenza fisica, ma della sofferenza che deriva appunto dal seguire l'esempio e l'insegnamento di Gesù, dall'essere cristiani (Cfr. D. Bonhoeffer, *Sequela*, Queriniana, Brescia 1971, pp. 67-75); 3) Dio non domandava al suo Figlio fatto uomo un'esistenza dolorosa e una morte ignominiosa come quella che subì sulla croce: il Padre domandava al Figlio solo l'obbedienza (cfr. Rm 5, 19); 4) di conseguenza, fra il dolore di Gesù e il dolore e la sofferenza degli uomini non c'è continuità né uguaglianza; 5) ricordiamo anche che Dio, come ci ha insegnato san Tommaso nella *Summa contra gentes* (III, 122), quando l'uomo pecca, non soffre per se stesso ma per il danno che si procura l'uomo con la sua ribellione; 6) in generale, è nostro compito lottare fino in fondo a tutte le forme di dolorismo che hanno inficiato l'intero nostro modo di parlare di questi problemi fino ai nostri giorni.

In conclusione, lasciamo anche in questo caso, soprattutto in questo caso, il giusto posto al mistero, ma è difficile sfuggire del tutto alla forza di questi argomenti. Anche la rassegnazione che deve seguire alla necessaria e doverosa lotta, comincia a vacillare. Oltretutto, quando, specialmente oggi, comincia la certezza che non c'è più niente da fare e che quindi è necessario riporre le armi nel fodero e rassegnarsi all'inevitabile? Non è un problema da poco. Si tenga presente che anche l'uso dei sedativi è una lotta contro il dolore, un uso che può durare fino alla fine. E già Pio XII ammetteva la liceità dei essi. Poi, rassegnarsi a chi e perché, se il dolore non nasce dalla volontà di Dio e che Dio stesso soffre con noi? Non è forse meglio parlare di riconoscimento del limite insito nella natura in generale e nella natura dell'uomo in particolare? Una concezione che accomuna cristiani e non credenti, anche se ai primi rimane la certezza provata che Dio è sempre al loro fianco e che essi si in-

camminano verso l'ignoto nella speranza di incontrare al di là del tunnel la luce e la misericordia di Dio. Quando, ogni mattino, preghiamo ringraziando Dio di averci creato, lo ringraziamo nonostante i limiti in cui è costretta la nostra natura. Anche a queste condizioni, la creazione è il primo e più grande dono di Dio: gli altri vengono soltanto dopo.

5.
L'opera della Chiesa

L'azione della Chiesa e del cristiano nei confronti della malattia e di tutte le altre forme di sofferenza non conosce stasi o rassegnazioni. Qui l'esempio e l'insegnamento di Gesù è ancora più chiaro e la lezione della comunità cristiana costante ed esemplare. Una tradizione che va saputa continuare nel cambiamento delle culture e delle strutture.

Anzitutto crediamo che sia necessario uno sforzo di aggiornamento per superare vecchi schemi ormai obsoleti e rifiutati, oltre che dalla teologia, dallo stesso magistero della Chiesa. Scrive C. Duquoc: "Sarebbe tempo che le Chiese si facessero non i sostegni della rassegnazione, ma le animatrici di questa rivolta che scaturisce dal cuore di Dio contro ogni dolore umano. Coloro che soffrono, che sono oppressi, sfruttati, coloro che non hanno speranza umana, hanno vicino a loro un essere che fa sue le loro lacrime e i loro dolori, le loro rivolte e le loro disgrazie, non perché abbiano a rassegnarsi, ma per incitarli a vincerli, perché il nostro Dio non è il Dio dei morti, ma dei viventi (Mt 22, 32)". Pastorale della salute e non della malattia, si dice giustamente oggi.

L'assistenza fraterna, in tutte le forme possibili, è il secondo impegno della comunità cristiana. L'assistenza personale e l'assistenza organizzata, prevenendo la società nella ricerca delle sempre nuove povertà e lasciando i posti occupati quando questa entra nell'ordine di idee di assumere in proprio campi di assistenza prima non presi in considerazione. Cercando di animare cristianamente, che vuol dire anche umanamente, coloro che si assumono l'impegno di assistere e curare gli ammalati. E ricordando che la carità va oltre le stesse strutture, le completa e le sublima. La struttura dell'ospedale implica oggi responsabilità particolari nei riguardi delle quali la comunità cristiana sembra tutt'altro che in pari. La cura degli infermi, nella volontà ripetuta di Gesù, è il segno che deve sempre accompagnare l'evangelizzazione e la proclamazione del Regno. Mentre i miracoli, nel tempo ordinario della Chiesa, si rarefanno, c'è da pensare che il vero miracolo di oggi è quello rimesso in mano dei singoli cristiani e dell'intera comunità ecclesiale. Il pensiero che nel malato e nel sofferente si nasconde la figura e il volto di Gesù non deve mai abbandonare la mente e il cuore del cristiano. I santi della Chiesa sono stati tutti eroici testimoni della carità.

La preghiera, se vogliamo, è la terapeutica religiosa per eccellenza. Senza però garantirne sempre e infallibilmente la riuscita. Si rimeditino a questo proposito i testi relativi all'efficacia della preghiera nelle ultime interpretazioni di Matteo e di Luca; oppure si rifletta sul pensiero incoraggiato dalla Sacra Scrittura che Dio ci ascolta sempre, ma "in altro modo" (*allos*, direbbero i Padri greci), come successe a Gesù nell'orto del Getsemani, che fu ascoltato come ci garantisce la lettera agli Ebrei, ma non come intendeva lui, che fu liberato non dalla morte, ma nella morte.

E qui si apre lo spazio da riservare alla giusta catechesi e amministrazione del sacramento dell'Unzione degli infermi, non ancora del tutto chiarificato dalla riflessione teologica e men che mai apprezzato come si deve dai fedeli delle nostre comunità. Luci preziose possono venire dall'introduzione dogmatica al rito del sacramento e, credo, anche dalla riflessione sull'uso liturgico delle comunità dell'ortodossia. La parola di Dio codificata da Giacomo in rapporto agli stessi gesti di Gesù merita certamente più attenzione di quanto normalmente gliene diamo. Il sacramento è il luogo naturale del nostro incontro con Dio. E l'unzione degli infermi è propriamente il sacramento degli ammalati. Della malattia, non della morte.

6.
"Ars moriendi"

Sul tema della morte dobbiamo ricordare una significativa stagione storica che ha ancora qualcosa da insegnarci. Nel secolo XV, partendo dalla Germania del sud, cominciò a diffondersi un genere letterario, quello dell'*ars moriendi*, che si diffuse rapidamente e capillarmente in tutti i paesi dell'Europa. Scritti brevi, a volte brevissimi (opuscoli o *dépliants*, si direbbe oggi), che, prima in latino, poi in lingua volgare, presentavano al lettore esortazioni, preghiere, illustrazioni e didascalie con lo scopo dichiarato di preparare i lettori alla morte. Le poche centinaia di esemplari che possediamo ancora non sono che una piccola rappresentanza di una vasta produzione che non siamo più in grado di quantificare, ma che certamente raggiungeva proporzioni di notevole entità.

Illustri precedenti di queste pubblicazioni erano le opere di Enrico Susone, i *Trionfi*, il *Secretum* di Francesco Petrarca, l'*Opusculum tripartitum* di Giovanni Gerson. La terza parte di quest'ultimo era proprio intitolata "Ars moriendi" e può essere considerata il punto di partenza di questo genere letterario. Più tardi, la trattazione si ampliarà nelle opere di Erasmo di Rotterdam (*La preparazione alla morte*), di R. Bellarmino (*De arte bene moriendi*), di san'Alfonso M. de' Liguori (*Apparecchio alla morte*), un piccolo trattato che raggiunse tirature inimmaginabili. Il linguaggio è certamente superato, ma l'intenzione di ricordare agli uomini la sacrosanta verità della morte rimane per sempre valido.

Nel libro *Scelte etiche ed eutanasia* (Paoline, Milano 2203) di S. Spinsanti e F. Petrelli, che rilanciano l'iniziativa per il nostro tempo, si legge: "L'ars moriendi considerava la morte come un processo, per il quale l'uomo ha bisogno di aiuto: come dev'essere aiutato a entrare nella vita, alla nascita, così deve essere assistito per uscirne. Il ruolo di aiuto non spetta alla medicina, quasi che il morire debba essere considerato solo un processo corporeo: il morente ha bisogno di un accompagnamento umano e spirituale. Nella prospettiva religiosa era soprattutto un aiuto per prepararsi al giudizio di Dio imminente" (p. 166).

Dio sa quanto sia necessario questo ricordo e pastoralmente utile questa preparazione. Un semplice sguardo al mondo che ci circonda, un semplice controllo dell'atmosfera che si respira, ci fa capire come il nostro tempo, forse più di sempre, chiami in causa l'opera della Chiesa e degli operatori pastorali. I terribili "ismi" di cui è imbevuta la nostra cultura stanno creando una mentalità che rimanda all'ultimo posto il tema della morte nelle attenzioni dell'uomo di oggi. La morte tabù come il sesso nell'era vittoriana.

Gli stessi cristiani a noi più vicini ci rimproverano un silenzio che dura da troppo tempo, insieme alla predicazione dei novissimi, i quali, fra l'altro, hanno bisogno di un profondo aggiornamento "nel segno della consolazione e della speranza". Anche in questo la comunità cristiana ha da camminare nel tempo come comunità alternativa, eterogenea, controcorrente. C'è bisogno di una catechesi illuminata e appassionata che non può esaurirsi soltanto nel mercoledì delle ceneri e nelle occasioni dei funerali. Tutto sommato, coloro che ci ascoltano sono contenti che si parli loro di argomenti ormai messi fuori causa nel linguaggio degli uomini della modernità e della post-modernità.

I pensieri che prima abbiamo esposti non devono indulgere a qualche forma di titanismo e di quell'orgoglio che leggiamo facilmente sul volto degli uomini e delle donne che hanno avuto successo e che riempiono da mane a sera i nostri schermi televisivi. Alla fine la nostra resa sarà incondizionata. La condizione umana è esattamente questa.

Nel libro di E. Kübler-Ross *La morte e il morire*, un'opera non voluminosa che non dovrebbe mancare mai sul tavolo degli operatori pastorali della salute, della malattia e della morte, l'itinerario del morente parte dal rifiuto e dalla negazione, passa attraverso gli stadi della collera, del compromesso, delle due fasi della depressione e termina nello stadio finale di una vera e propria accettazione. È la vita che volge inesorabilmente verso il suo termine. È stato detto che un uomo moribondo ha bisogno di morire, come un uomo assonnato ha bisogno di dormire.

È stata proprio lei a scrivere in un articolo di *Concilium* che riassume brevemente il suo libro fondamentale: "Quando i nostri pa-

zienti passano da questa vita, si dovrebbe sempre ricordare che anche noi, membri del servizio di assistenza, proviamo un grande senso di pace e di realizzazione se siamo riusciti a star loro vicini dal primo stadio di negazione, lungo i periodi di prova, di rancore, di lacrime e di afflizione, fino a questo estremo sentimento di vittoria e di accettazione. Infine, nessuno meglio del morente stesso ci aiuterà a superare la nostra paura e ad accettare i nostri limiti – come speriamo – diversi anni prima della nostra morte. È questo il dono che ci fanno se non li abbandoniamo nel momento più critico”.

La riflessione è finita. Dopo aver chiesto perdono agli ascoltatori per alcune affermazioni sparse nel suo logico dipanarsi, c'è ancora da fare una cosa: chiedere scusa a Dio per l'ardimento dimostrato con le stesse parole di Giobbe, quando Dio gli rimproverava la sua presunzione: “Ecco, sono ben meschino: che posso rispondere? Mi metto la mano sulla bocca. Ho parlato una volta, ma non replicherò, ho parlato due volte, ma non continuerò”.

Tutto sommato, la mia relazione non ha altra ambizione che quella di essere un invito alla riflessione.



La comunità cristiana come comunità sacramentale di salute e di vita

S. E. Mons. MARCELLO SEMERARO - Vescovo di Albano

Sono sinceramente grato per l'invito a partecipare anche con una mia riflessione a questo Convegno Nazionale organizzato dall'Ufficio CEI per la pastorale della salute, dopo averlo già fatto per quello tenutosi nel novembre 1999 a Rocca di Papa, sul tema della Chiesa "soggetto sanante nella pastorale sanitaria"⁴². Questa occasione, difatti, mi offre l'opportunità di tornare su punti che già allora cercai di richiamare e, in qualche modo, di approfondirli certamente con una ricaduta di utilità e di aiuto per il ministero pastorale cui sono stato chiamato. Ritengo, peraltro, che valga ancora ciò che scriveva a suo tempo il p. B. Häring circa la difficoltà per le nostre comunità cristiane di concepire la diakonia verso gli infermi come parte integrante della loro missione salvifica e di non perdere di vista l'intima connessione fra predicazione e ministero della salvezza al servizio dell'uomo malato e della società malata"⁴³.

La prospettiva nella quale io devo collocarmi è, come si vede dal titolo assegnatomi, quella ecclesiologicala. È tuttavia doveroso premettere che l'azione ecclesiale ha la sua radice e anche la sua ragion d'essere nella persona del Signore Gesù, la cui opera è così riassunta nella memoria della prima comunità: "Dio consacrò in Spirito Santo e potenza Gesù di Nazaret, il quale passò beneficiando e risanando tutti coloro che stavano sotto il potere del diavolo, perché Dio era con lui" (At 10, 38). L'agire della comunità cristiana s'innesta su quest'opera salvatrice di Gesù e in qualche modo la prolunga nella storia.

Qualche Domenica fa (Domenica XI del t.o. ciclo A) nella celebrazione della Santa Messa abbiamo ascoltato, nella proclamazione della pagina evangelica, l'annuncio della "compassione" di Gesù che, percorrendo tutte le città e i villaggi, "annunciava il vangelo del Regno e curava ogni malattia e infermità" e fu "preso da pietà" al vedere le folle affrante e disperse (cfr. Mt 9, 36). Il verbo greco che

⁴² Cfr. M. SEMERARO, *Quale Chiesa per essere soggetto sanante nella pastorale sanitaria?*, in "Notiziario - Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità, n. 1 - 2000" ("Quaderni della Segreteria Generale CEI" IV (2000), n. 16), p. 7-18.

⁴³ Cfr. B. HÄRING, *Proclamare la salvezza e guarire i malati*, Ospedale "Miulli" - Acquaviva delle Fonti 1984, p.10.

indica tale compassione di Gesù è, in questo caso, il verbo *splanchnízomai*, che nella sua versione in lingua francese della Bibbia A. Chouraqui traduce con: *il est pris aux entrailles*, alludendo con ciò a un sentimento quasi “viscerale” giacché gli *splanchna* (= organi interni) specialmente nel linguaggio del Nuovo Testamento sono, in senso traslato, la sede dei sentimenti. La compassione, la pietà di Gesù verso le folle malate e disorientate è una partecipazione totale, che quasi non vede ragioni giacché prescinde da ogni valutazione di merito. Gesù non si chiede se la folla merita, o no il suo aiuto. Gesù soccorre per amore e basta⁴⁴.

L'atteggiamento di Gesù di fronte al malato fu sempre di attenzione alla globalità della persona, ossia alla pluralità delle dimensioni che la costituiscono: dimensione organica e psicologica, aspetto individuale e aspetto relazionale e comunitario, premura per la dimensione umana e per quella spirituale. L'amore e la compassione di Gesù raggiungono la persona e non soltanto i suoi bisogni. Lo si vede dal modo con cui egli esercita la sua attività terapeutica: ascolta, guarda, parla, suggerisce, aiuta a vedere i significati nella malattia e nella sua azione sanante. Cura il corpo, ma è attento allo spirito, cura la “salute” fisica dell'infermo, ma lo apre alla possibilità di giungere alla “salvezza” (cfr. es. il racconto della donna emorroissa in Lc 8 dove il v. 46 ispira il n. 1116 del Catechismo della Chiesa Cattolica per descrivere i sacramenti come “forze che escono dal Corpo di Cristo, sempre vivo e vivificante”). Ciò vuol dire che Gesù ha della malattia una concezione ben più ampia di quello che la scienza riesce a scoprire: egli ne intuisce le lontane origini, il terreno d'impianto su cui è germogliata, la vastità del territorio che va occupando, i rischi che comporta, il legame con la storia del singolo e della comunità. L'azione sanante di Gesù, per altro verso, assume e guarisce la sofferenza umana come parte integrante del piano divino che vuole sanare l'umanità ferita.

L'immagine e il titolo di “medico” è riconosciuto a Gesù sin dal principio e fra i padri della Chiesa probabilmente il primo a usarlo è stato Ignazio d'Antiochia⁴⁵. Lo ha usato di recente nella “catechesi del mercoledì” 15 giugno 2005 anche il nuovo papa Benedetto XVI, citando un testo di sant'Ambrogio, il quale “scandisce poeticamente l'opera di Dio che ci raggiunge in Gesù Salvatore: «Cristo è tutto per noi. Se vuoi curare una ferita, egli è medico; se sei riarso dalla febbre, è fontana; se sei oppresso dall'iniquità, è giustizia; se hai bisogno di aiuto, è forza; se temi la morte, è vita; se de-

⁴⁴ Cfr. B. MAGGIONI, *Gesù e i malati nel vangelo secondo Matteo*, in “Parola Spirito e Vita” n. 40 (luglio-dicembre 1999/2), p. 82-83.

⁴⁵ Sul titolo di “medico” cfr. L. M. BUCCI, *Cristo medico. Implicazioni etiche di un motivo di antropologia biblica nel contesto del dibattito bioetico recente*, Edizioni Camiliane, Torino 1998.

sideri il cielo, è via; se fuggi le tenebre, è luce; se cerchi cibo, è alimento» (De virginitate, XVI,99)⁴⁶.

A imitazione di Gesù (cioè quale suo “sacramento”) anche la Chiesa, come si legge in Lumen Gentium 8 “circonda di amore quanti sono afflitti da infermità umana, anzi nei poveri e nei sofferenti riconosce l’immagine del suo fondatore povero e sofferente, e si premura di sollevarne la sofferenza e in loro intende servire Cristo”. Il modello di Cristo-medico, dunque, guida l’essere e l’agire della Chiesa. Si potrebbero analizzare uno ad uno i verbi che nel testo conciliare descrivono l’azione ecclesiale: circondare d’amore, riconoscere l’immagine di Cristo, avere premura, sollevare la sofferenza, servire Cristo nel sofferente. Sono verbi che connotano un atteggiamento di empatia, di avvicinamento all’altro fatto di amore e di rispetto, un comportamento “diaconico-terapeutico” diremmo con I. Baumgartner, che ha il suo modello e la sua origine in Gesù⁴⁷.

La Chiesa è Ecclesia dolentium non soltanto perché “rappresenta Cristo accanto a chi soffre, ma più ancora perché lo “ri-presenta” (è il “suo sacramento”) e questo lo fa attraverso la comunità dei discepoli del Signore che si prendono cura del sofferente. Tutti insieme sono ora il “Samaritano” poiché obbediscono alla parola di Gesù: “Va’ e anche tu fai lo stesso”. Cristo, perciò, è presente in coloro che assistono e si prendono cura del paziente, così come lo è in coloro sono malati e sofferenti. La loro è una presenza “sacramentale”, una presenza, cioè, che come segno rinvia ad altro da sé, cioè a Cristo.

Dalla pastorale
della salute un
aiuto alla salute
della pastorale

La consapevolezza delle comunità cristiane di essere “comunità sananti” è indubbiamente cresciuta in questi anni. Vorrei solo richiamare a conforto di quest’affermazione quanto si trova nella “Traccia di riflessione” per il prossimo IV Convegno Ecclesiale Nazionale (Verona, 16-20 ottobre 2006) che tra le aree dell’esperienza personale e sociale verso cui deve rivolgersi ed entro cui esercitarsi la testimonianza cristiana di Cristo Risorto – speranza per il mondo inserisce le varie forme e le condizioni di esistenza in cui emerge la fragilità umana” (III ambito). S’includono in quest’area l’accoglienza del nascituro, la cura del malato, il soccorso al povero, l’ospitalità dell’abbandonato, dell’emarginato, dell’immigrato, la visita al carcerato, l’assistenza all’incurabile, la protezione dell’anziano. Si tratta di un’area che non è eliminata, ma è piuttosto messa alla

⁴⁶ “Si vulnus curare desideras, medicus est; si febris aestuas, fons est...” (De Virginitate, XVI, 99).

⁴⁷ Cfr. I BAUMGARTNER, *Psicologia pastorale. Introduzione alla prassi di una pastorale risanatrice*, Borla, Roma 1993.

prova dall'odierna società tecnologica che tende a emarginarla, o al più risolverla come un problema cui applicare una tecnica appropriata. In tal modo – si legge nel documento – la profondità di significato della debolezza e della vulnerabilità umane risultano nascoste e se ne ignora sia il peso di sofferenza sia il valore e la dignità. “La speranza cristiana [invece] mostra in modo particolare la sua verità proprio nei casi della fragilità: non ha bisogno di nascondersela, ma la sa accogliere con discrezione e tenerezza, restituendola, arricchita di senso, al cammino della vita”.

In effetti l'azione della Chiesa non può essere diversa dall'incarnare e attualizzare oggi nel nostro mondo l'azione salvatrice, trasformatrice, “guaritrice” che ebbe inizio con e in Gesù Cristo. L'azione della comunità cristiana se vuole essere “sacramentale” rispetto a quella del Signore non deve mai dividere e separare proclamazione del Regno e azione sanatrice. Queste due componenti, al contrario, integrano il contenuto dell'unica azione evangelizzatrice.

Quando Gesù affidò ai discepoli la missione di annunciare il Regno di Dio, li invitò a promuovere la guarigione come orizzonte, percorso e contenuto dell'azione evangelizzatrice: “Quando entrerete in una città e vi accoglieranno, mangiate quello che vi sarà messo dinanzi, curate i malati che vi si trovano, e dite loro: Si è avvicinato a voi il regno di Dio” (Lc 10, 8-9). Il medesimo compito vale oggi per noi: dobbiamo entrare nella società, sanare ciò che in essa vi è di malato e da quest'azione sanatrice proclamare un Dio Salvatore. Annuncio missionario e compito risanatore, infatti, sono componenti di una medesima dinamica che apre lo spazio al Regno di Dio tra gli uomini. Una comunità cristiana fedele a Gesù non può proclamare la salvezza di Dio trascurando il compito risanatore. Per questo un obiettivo fondamentale è la riscoperta della dimensione terapeutica dell'azione evangelizzatrice e il recupero della forza di guarigione dell'esperienza cristiana quando è posta in dinamismo dallo Spirito di Gesù.

In genere, le comunità cristiane non hanno, nel loro orizzonte e quale stimolo per il loro agire la missione concreta di generare e irradiare salute in mezzo alla società odierna. Il nostro primo compito dovrebbe, di conseguenza, essere quello di introdurre in un modo più forte la preoccupazione risanante nella vita della comunità cristiana e nell'azione pastorale, scoprendo e curando in modo concreto le possibilità terapeutiche dell'esperienza cristiana vissuta nella comunità.

Dovrebbe, in ogni caso, essere chiaro che con ciò non s'intendono guarigioni di carattere taumaturgico, o singolari effetti straordinari realizzati per l'intervento di un individuo o di un gruppo carismatico. Ciò cui ci si riferisce, invece, è al processo risanatore e salvatore che è suscitato dall'esperienza della fede cristiana nelle persone e nella società. Valgono, ad ogni modo, le prudenti in-

dicazioni di non confondere il piano della salvezza con il piano della salute, né la religione con la medicina. V. Frankl avvertiva con buona ragione che ciò significherebbe degradare la religione, poiché la si utilizzerebbe per fini terapeutici alla stregua di uno dei tanti rimedi utili. Il compito risanante della comunità ecclesiale lo si deve piuttosto situare a un livello ben più profondo di tutte le tecniche mediche e dev'essere inteso ben al di là delle psicoterapie. Ciò che l'azione salvatrice di Cristo opera, infatti, è la salvezza della persona. L'azione sanante della comunità cristiana non è concorrenziale con gli sforzi di carattere scientifico, tecnico o organizzativo che la società realizza tanto nella promozione della salute quanto nella prevenzione, o cura della malattia e ancor meno si contrappone ad essi.

“Figlio mio, nella tua malattia... prega il Signore ed egli ti guarirà... Poi fa' posto al medico, perché ti è necessario”, esorta il Siracide (38, 9-12). Nella tradizione cristiana la constitutio 22 del Concilio Lateranense IV (1215) può a buon diritto essere ritenuto come il testo che riconosce ufficialmente nella vita della Chiesa una pluralità di vie di guarigione, fra cui quella ottenuta mediante la medicina: “Dopo che è stato provvisto alla salute spirituale degli infermi, si proceda al rimedio della medicina corporale”⁴⁸. Ancora oggi la Chiesa, pur insegnando e favorendo il ricorso alla preghiera liturgica e non liturgica per ottenere da Dio la guarigione dalla malattia, al tempo stesso “incoraggia a fare uso dei mezzi naturali utili a conservare e a ricuperare la salute, come pure incita i figli della Chiesa a prendersi cura dei malati e a recare loro sollievo nel corpo e nello spirito, cercando di vincere la malattia. Infatti «rientra nel piano stesso di Dio e della sua provvidenza che l'uomo lotti con tutte le sue forze contro la malattia in tutte le sue forme, e si adoperi in ogni modo per conservarsi in salute»”⁴⁹.

La comunità
cristiana
“terapeuta ferito”

L'apporto fondamentale della comunità cristiana, dunque, consiste nell'offrire la salvezza cristiana in modo tale da promuovere la salute integrale, aiutando l'essere umano a vivere in maniera salutare la malattia e la salute, la gioia e la sofferenza, la vita e la morte⁵⁰.

⁴⁸ J. ALBERIGO ET ALII, *Conciliorum Oecumenicorum Decreta*, Istituto per le Scienze Religiose, Bologna 1973, p. 245.

⁴⁹ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione *Ardens felicitatis*, circa le preghiere per ottenere da Dio la guarigione (14 settembre 2000), n. 2.

⁵⁰ Cfr., J. A. PAGOLA, *La comunidad cristiana, fuente de salud integral: tareas y posibilidades*, in UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA. INSTITUTO SUPERIOR DE PASTORAL, «Misión sanante de la comunidad cristiana», Editorial Verbo Divino 2002, p. 143-174.

Nel mio già ricordato intervento del 1999 affermai, rileggendo il testo conciliare di *Lumen gentium* 8, che è possibile trovarvi una nuova, singolare immagine della Chiesa che si accosta a quella della *Ecclesia dolentium* ed è, direi, quella della *Ecclesia patiens*. Qui desidero almeno riprendere quello spunto, poiché in quel testo il Vaticano II presenta la Chiesa come *sancta simul et semper purificanda*, afflitta da difficoltà interne ed esterne, che avanza pellegrina “fra le persecuzioni del mondo e le consolazioni di Dio, annunciando la croce e la morte del Signore fino a che Egli venga” e che ha bisogno di essere di continuo fortificata dalla potenza del Signore risorto.

Non v'è dubbio che la Chiesa sanante è pure una Chiesa che ha sempre necessità di essere risanata essa stessa. Questa figura della Chiesa infirma è anch'essa conseguenza della sua somiglianza con Cristo, che si identificò con il Servo sofferente descritto dal libro di Isaia, che realizza in forma inaudita colui che si è caricato delle sofferenze e dei dolori dei fratelli per guarirli nelle sue piaghe⁵¹. Ciò riporta alla mente l'antica immagine del guaritore ferito, ampiamente utilizzata nella letteratura medica, psicologica e pastorale per mettere in luce il processo interiore cui sono chiamati a sottoporsi quanti si dispongono ad offrire il servizio della cura fisica, psichica e spirituale: tale processo implica il riconoscimento, l'accettazione e l'integrazione delle proprie ferite. Anche la figura della Chiesa può essere interpretata avendo presente un tale modello “medico ferito”, perché “fin quando non vi saranno i cieli nuovi e la terra nuova abitati dalla giustizia, la chiesa pellegrinante continua a portare iscritta nei sacramenti e nelle istituzioni del tempo presente la figura fugace di questo mondo; e vive tra le creature che gemono nei dolori del parto e aspettano la manifestazione dei figli di Dio” (*Lumen Gentium* 48).

Questo, tuttavia, non deve indurci a dimenticare che la comunità cristiana per il fatto di essere in qualche modo “ferita” essa stessa può mutarsi da fonte di salute integrale in sorgente di religiosità patogena; invece d'immettere nella società umana forze di salvezza rischia, di conseguenza, di essere essa stessa contaminata da differenti forme di malattie. Chiamata, dunque, ad essere “sacramento di salvezza”, la Chiesa potrebbe diventare un “anti-segno”, una sorta di non-sacramento. Ciò, peraltro, appartiene alla sua tipica sacramentalità. Se volessimo dirlo con linguaggio scolastico, dovremmo dire che diversamente dalla “sacramentalità” dei suoi sette Sacramenti, che operano *ex opere operato*, quella della Chiesa agisce *ex opere operantis*. La sacramentalità della Chiesa, pertanto, diversamente da quanto avviene nei sette Sacramenti

⁵¹ Cfr. *Is* 53: A. Chouraqui traduce in francese con *homme de douleurs, pénétré de maladie*.

dev'essere empiricamente verificabile nella qualità della testimonianza che la Chiesa stessa rende al mondo con le parole e con le opere⁵².

Quando, perciò, come nel titolo assegnato a questa relazione, si parla di comunità cristiana quale comunità sacramentale di salute e di vita e ci s'impegna a recuperare e riproporre la missione e il compito risanante della Chiesa, non bisogna dimenticare che il primo dovere della medesima comunità è quello di guarire se stessa eliminando quanto può avere in sé d'infermità e di malattia⁵³.

Non si può generare, o irradiare salute quando si vive malato, né si può pensare che le patologie spirituali dei singoli siano ininfluenti sullo "stato di salute" della Chiesa. Si deve, anzi riconoscere, che in virtù di una solidarietà umana tanto misteriosa e impercettibile, quanto reale e concreta, il peccato di ogni singolo si ripercuote in qualche modo sugli altri sicché, come scriveva Giovanni Paolo II nell'esortazione apostolica *Reconciliatio et paenitentia* (1984), "un'anima che si abbassa per il peccato abbassa con sé la Chiesa e, in qualche modo, il mondo intero"⁵⁴. Da qui la necessità per una "comunità sanante" di purificare con lo spirito evangelico quanto può ritrovarsi in essa di religiosità inautentica, d'infermità morale, di tutto ciò che possa essere patogeno.

**Edificare una
comunità di salute
mediante stili
pastorali sani e
risananti**

Una comunità capace d'accogliere in modo caldo e attento ad ogni persona può essere oggi per molti un appoggio decisivo per vivere in maniera più sana in mezzo a una società dove proliferano invece, l'incomunicabilità, la solitudine, l'anonimato, il rapporto pragmatico, l'aggressività e la violenza. Occorre, concretamente, valorizzare meglio le possibilità terapeutiche per l'uomo e la donna di oggi incluse in una comunità di fede viva. L'esperienza della fede condivisa, i rapporti di amicizia fraterna, la celebrazione gioiosa della salvezza, l'ascolto della parola di Dio e del racconto salvatore di Gesù Cristo, la celebrazione dei sacramenti, l'esperienza della Domenica cristiana, il percorso dell'anno liturgico, la preghiera e il canto comunitario sono altrettante esperienze la cui forza risanatrice dobbiamo valorizzare e accrescere. È interessante vedere in pro-

⁵² Cfr. M. SEMERARO, *Mistero, comunione e missione. Manuale di ecclesiologia*, EDB, Bologna 1998, p. 234.

⁵³ Citando R. Zeffass, Baumgartner osserva che da una teologia formulata provenendo dai lettini e dalle sedie a rotelle, la Chiesa nel suo complesso potrebbe imparare che essa non è una chiesa di sani e di forti che fa qualcosa per i deboli e per i malati, ma piuttosto un "collettivo di pazienti" dove tutti sono allo stesso tempo sani e malati in modo bastevole per riuscire a portare, come si legge in *Gal 6, 2*, ciascuno il peso degli altri (Cfr. BAUMGARTNER, p. 441, nota 6)

⁵⁴ N. 16: *EV 9/1114*.

posito come anche la recente nota pastorale CEI sul primo annuncio del Vangelo inserisca come criteri fondamentali per una pedagogia della fede l'accoglienza dell'altro come persona amata e cercata da Dio, lo stile di benevolenza sincera, rispettosa e cordiale, l'impiego di tutte le risorse della comunicazione interpersonale⁵⁵.

Tutto questo esige attenzione curare non solo per ciò che si fa, ma anche per come si lo si fa: curare il clima della comunità, il modo di esercitare il ministero presbiterale, i rapporti che si creano tra le persone e i gruppi, lo spirito che anima ai responsabili dei vari servizi, il calore umano e cristiano degli incontri e delle assemblee liturgiche, lo stile di presenza nel quartiere o nel paese, l'accoglienza a coloro che si avvicinano, la vicinanza e l'amore ai disabili, agli emarginati, ai perseguitati. Occorre per questo indicare alcuni elementi fondamentali, i cui fare attenzione per edificare una comunità più sana e risanatrice. In questa sede mi limito alle energie da impiegare per la formazione di una comunità più personalizzata.

La teologia della comunità cristiana a ricevuto un forte impulso dal Vaticano II, innanzitutto dalla ecclesiologia di comunione e dalla nuova visione di popolo di Dio. Durante questi anni sono cambiati senza dubbio le sensibilità e i linguaggi, ma non sembra ci siano stati analoghi progressi nella realizzazione pratica della comunità. Si ricorderà, ad esempio, il piano pastorale CEI che negli anni '80 avvertì il bisogno d'insistere sul binomio "Comunione e comunità". Ancora oggi non sono pochi i casi in cui la comunità cristiana continua a configurarsi come un insieme abbastanza scolorito di fedeli che viene collocato di fronte a un clero che dirige e controlla la parola, i sacramenti e la vita, aiutato a volte da un piccolo gruppo di addetti. Anche gli attuali Orientamenti pastorali CEI per il primo decennio del nuovo millennio ripropongono il bisogno di una comunità "reale" – la comunità eucaristica – da cui ripartire nel compito ineludibile di comunicare il Vangelo nelle mutazioni odierne.

Ebbene, una comunità astratta, senza partecipazione viva e responsabile dei soggetti, abbandonata all'iniziativa dei suoi pastori, perde, in buona parte, la sua virtù risanatrice. La comunità reale è incontro e convivialità di persone concrete, ciascuna con la sua biografia umana e religiosa, di soggetti chiamati ad incontrare nella comunità un cammino di guarigione e salvezza. Da qui la necessità dell'ascolto personalizzato, dell'accoglienza, dell'accompagnamento reale, dell'accostamento alla vita dolente delle persone.

L'espressione comunità di guarigione – bene afferma E. Bianchi – deve intendersi "nel senso che essa può esercitare una reale funzione terapeutica nella misura in cui si configura come autentica comunità, come luogo di rapporti veramente fraterni, come spa-

⁵⁵ Cfr. COMMISSIONE EPISCOPALE CEI PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, L'ANNUNCIO E LA CATECHESI, Nota pastorale *Questa è la nostra fede* (15 maggio 2005), n. 20.

zio al cui interno far esperienza di aiuto reciproco e di perdono, in cui vivere relazioni improntate a gratuità, dunque come ambito che dà senso – e senso cristiano – alla vita. È vivendo questa dimensione di comunità che la chiesa consente all'uomo la pienezza della vita e delle relazioni portandolo a ri-significarle in Cristo, gli consente di sanare situazioni patologiche e si pone come segno della comunione escatologica nel Regno di Dio, cioè come segno della salvezza⁵⁶.

Per diventare risanatrice, insomma, la comunità cristiana deve essere luogo di esperienza personalizzante per uomini e donne che nella vita di ogni giorno sono sottoposti ai processi spersonalizzanti di una società consumistica, o soffrono crisi dolorose all'interno della famiglia, o nel rapporto di coppia. Tenere conto di queste e di analoghe situazioni significa impegnarsi ad alimentare l'esperienza della comunità a partire dalla pratica dell'amicizia e dell'amore fraterno, non stancarsi di interessare rapporti ogni volta più stretti fra tutti, di sviluppare l'accoglienza mutua e la reciproca attenzione. "Nella capacità di agire in comunione la chiesa può crescere come comunità sanante, spazio nel quale la salvezza, nella sua integralità, viene efficacemente significata da relazioni sane e salutari, luoghi espressivi della divina reciprocità dell'amore"⁵⁷.

Comunità siffatte possono diventare strumento ("comunità sacramentali") di redenzione e trasformazione per relazioni malate, o patogene. In questo contesto, persone abbattute, depresse e umiliate possono incontrare respiro. Gente abbandonata e sola può recuperare il proprio volto e ritrovare la parola; individui isolati possono liberarsi meglio delle loro paure, umiliazioni e tristezze. "Quando uomini si incontrano in modo tale da redimersi e guarirsi a vicenda perché sono capaci di impegnarsi nella comunità e nelle relazioni col prossimo, allora si trasformano in strumenti della prassi guaritrice di Dio"⁵⁸.

L'accoglienza della Parola e la celebrazione dei Sacramenti sono i due fattori dai quali ogni comunità ecclesiale è edificata e corroborata.

Il rapporto fra preghiera e salute, in verità, è certamente presente nella tradizione biblica e la compassione curante nella tradizione cristiana s'intreccia di frequente con la compassione orante. I

⁵⁶ E. BIANCHI, *Editoriale* al quaderno "Malattia e guarigione" di "Parola Spirito e Vita" n. 40 (luglio-dicembre 1999/2), p. 5.

⁵⁷ L. SANDRIN, *Annunciate e guarite: una missione per l'oggi*, in "Credere Oggi" 25 (1/2005), n. 145, p. 72. Dello stesso autore cfr. *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000.

⁵⁸ BAUMGARTNER, p. 441.

suoi aspetti, scrive F. Lovsky, non sono uniformi nel corso del tempo e talvolta la loro diversità è davvero rilevante; “ciò nonostante essi traducono la profondità e la creatività di questa compassione, sia che si manifesti nella preghiera orale improvvisata, che nella preghiera liturgica o sacramentale..., sia che si esprima con parole di potenza o con l'imposizione delle mani per la guarigione”⁵⁹. Tale rapporto è colto ancora oggi ed è ugualmente sottolineato nei contesti più vari. Un documento della Congregazione per la Dottrina della fede su “Alcuni aspetti della meditazione cristiana”, pubblicata nell'ottobre 1989 ammetteva che “la irrequietezza spirituale di una vita sottoposta al ritmo assillante della società tecnologicamente avanzata” induce anche alcuni cristiani a cercare nei metodi orientali di preghiera la via della calma interiore e dell'equilibrio psichico”⁶⁰. Nell'anno del Grande Giubileo, poi, la medesima Congregazione pubblicò l'Istruzione *Ardens felicitatis*, già citata, in rapporto al fenomeno relativamente nuovo del moltiplicarsi di riunioni di preghiera per ottenere da Dio la guarigione⁶¹.

L'interesse odierno per il tema può essere rilevato pure dal fatto che nello scorso mese di novembre, presso il “Teresianum” di Roma si è svolta una “scuola di mistagogia” sul rapporto tra fede e medicina, guidata da carmelitano L. J. Gonzáles, autore di alcune opere sulla salute, di cui una è recentemente stata pubblicata in traduzione italiana⁶². In siffatto contesto si potranno agevolmente rimettere in evidenza la Parola e il Sacramento quali forze risananti.

La Parola di Dio è sempre una parola che guarisce e salva: *dic verbo et sanabitur...* Il gesuita statunitense B. J. Tyrrell negli anni '70 ha coniato il termine “cristoterapia”. Cosa debba intendersi lo spiega egli esso: “come la logoterapia serve a ricordarci, in maniera formale articolata, che la scoperta di significato e di valore nella vita può essere un fatto curativo, così la Cristoterapia, in quanto rappresenta un tipo di riflessione psicoteologica, spera di evidenziare come nel significato incarnato da Cristo vi sia un potere salutare sufficiente per liberare una persona da tutte le sue infermità e per renderla santa ed integra”⁶³. Ora, l'annuncio dell'Evangelo, si po-

⁵⁹ F. DOVSKY, *Chiesa e malattia*, in “Parola Spirito e Vita” n. 40 (luglio-dicembre 1999/2), p. 156.

⁶⁰ Lettera *Orationis forma* del 15 ottobre 1989, in EV 11/2682

⁶¹ Cfr. ad esempio, in rapporto all'esperienza italiana del “Rinnovamento nello Spirito”, M. LA GRUA, *La preghiera di guarigione*, Herbita editrice Palermo 1987.

⁶² Cfr. L. J. GONZÁLES, *Pregare per guarire. Modalità semplici avallate dalla medicina*, Edizioni OCD, Roma 2004. Sull'argomento cfr. J. CASTELLANO CERVERA, *Il valore terapeutico della preghiera*, in “Credere Oggi” 25 (1/2005), n. 145, p. 95-110.

⁶³ J. B. TYRRELL, *Gesù luce che guarisce. Cristoterapia*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi) 1998° (I ediz. orig.: *Christotherapy: Healing through enlightenment*, New York: Seabury 1975). Oggi affermano di fare ricorso alla “cristoterapia” alcuni fra quelli che, come d. P. Gelmini, operano all'interno di comunità terapeutiche per il recupero dalla tossicodipendenza.

trebbe dire con le parole del Concilio Vaticano II, è tale da svelare l'uomo a se stesso e dare risposta piena alle sue domande sulla vita e sulla morte⁶⁴.

Non è un caso, tuttavia, che la forma consueta scelta da Gesù per l'annuncio del Regno sia stata quella della parabola (cfr. Mc 4, 2), perché proprio mediante essa Gesù si avvicina al suo ascoltatore, lo avvolge e lo coinvolge, lo innalza a un punto in cui la salvezza gli è messa davvero alla portata sicché possa l'uomo possa decidersi per essa. Anche la parola della Chiesa è una parola che narra la salvezza. La liturgia cristiana non è la celebrazione di forze cosmiche dell'universo, bensì "la messa in opera multiforme del racconto della salvezza in seno a un grande memoriale che ravviva la sua memoria, rende di nuovo attuale ciò che rischierebbe di essere votato a un passato dimenticato e ricorda alla Chiesa che questo racconto è anche il racconto del suo avvenire"⁶⁵.

Come ogni "racconto" e, a un livello trascendente rispetto ad essi, anche la narrazione della "storia della salvezza" compiuta nel Signore Gesù ha una virtù guaritrice, una forza terapeutica nel senso più ampio del termine. Un racconto chassidico, molto noto e narrato per spiegare la virtù narrativa, può aiutarci ad una migliore comprensione di quanto può accadere quando ci si apre alla sua forza terapeutica: "A un rabbi, il cui nonno era stato discepolo del Baalshem, fu chiesto di raccontare una storia. "Una storia" disse egli, "va raccontata in modo che sia essa stessa un aiuto". E raccontò: "Mio nonno era storpio. Una volta gli chiesero di raccontare una storia del suo maestro. Allora raccontò come il santo Baalshem solesse saltellare e danzare mentre pregava. Mio nonno si alzò e raccontò, e il racconto lo trasportò tanto che ebbe bisogno di mostrare saltellando e danzando come facesse il maestro. Da quel momento guarì. Così vanno raccontate le storie"⁶⁶.

La virtù terapeutica della Parola trapassa nei Sacramenti i quali possono essere intesi come dei gesti narrativi, alla stessa maniera in cui la Parola di Dio è una parola operativa. Ogni sacramento, tradizionalmente definito quale segno efficace della grazia, raccoglie la persona umana in un momento o in una situazione fondamentale della sua vita, individuale, sociale o comunitaria, e la pone in contatto con la sorgente di salvezza che è Cristo. Nella tradizione teologia chi più di ogni altro ha rimarcato la virtù guaritrice dei sacramenti è stato san Bonaventura il quale li definisce quali "segni sensibili divinamente istituiti come medicamenti"⁶⁷.

⁶⁴ Cfr. *Gaudium et Spes* nn. 22. 41.

⁶⁵ B. SESBOÛÉ, *Gesù Cristo l'unico mediatore. Saggio sulla redenzione e la salvezza* - 2, San Paolo, Cinisello Balsamo 1994, p. 281. L'intero saggio è una esposizione in forma di "teologia narrativa".

⁶⁶ M. BUBER, *I racconti dei Chassidim*, Garzanti, Milano 1979, p. 3-4.

⁶⁷ Cfr. SAN BONAVENTURA, *Breviloquio* VI, 1.

Si tratta, in ogni caso, di un dato ancora oggi presente, registrato nel CCC al n. 1421 relativamente ai sacramenti della Penitenza e dell'Unzione degli infermi: "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. È lo scopo dei due sacramenti di guarigione: del sacramento della Penitenza e dell'Unzione degli infermi". Quanto al sacramento dell'Unzione degli Infermi, in particolare, Giovanni Paolo II spiegava che esso "produce la guarigione spirituale, come remissione dei peccati, operata per virtù di Cristo dal sacramento stesso, se non c'è ostacolo nella disposizione dell'anima, e a volte anche la guarigione corporale. Questa non è lo scopo essenziale del sacramento, ma, quando si produce, manifesta la salvezza procurata da Cristo nella abbondanza della carità e misericordia verso tutti i bisognosi, che già rivelava nella sua vita terrena. Anche ora il suo cuore palpita di quell'amore, che perdura nella nuova vita in Cielo e si effonde nelle creature umane in virtù dello Spirito Santo"⁶⁸.

Nella celebrazione di ogni Sacramento, tuttavia, è possibile riconoscere un valore e una forza risanatrici. In questo "anno dell'Eucaristia" sarebbe utile rileggere almeno ciò che I. Baumgartner scriveva riguardo alla forza guaritrice dell'Eucaristia, ponendo in parallelo i suoi tre momenti fondamentali con la triade "ricordare, ripetere e rielaborare", caratteristica della terapia e della consulenza terapeutica. A essere "ricordati", egli scrive, sono gli inevitabili collegamenti con la colpa connessi alla vita e il desiderio inesaudito di sicurezza (atti penitenziali). La liturgia della Parola, poi, "ripete" tutto ciò che, nel corso della storia è divenuto importante per l'uomo in quanto risposta guaritrice di Dio: "Mediante il racconto e l'intreccio con la nostra vita delle storie relative all'azione guaritrice di Dio (predica) diventiamo contemporanei ed entriamo nelle storie narrate, consentendo loro di agire su di noi". Nella proclamazione del Simbolo della fede, da ultimo, il fedele s'inserisce nel consenso religioso di una comunità credente e "rielabora" le possibilità di Dio verso di lui. Nella partecipazione alla mensa eucaristica, infine, si entra pienamente nell'azione guaritrice di Dio, caratterizzata in forma eminente dalla simbologia conviviale propria della celebrazione dell'Eucaristia⁶⁹. Questo perché la convivialità di Gesù era

⁶⁸ *Catechesi del 29 aprile 1992*. Una rivalutazione della missione della comunità cristiana che si prende cura del malato e del sofferente appare anche nella odierna rivisitazione del sacramento dell'Unzione degli Infermi, cfr. O. VEZZOLI, *L'Unzione degli Infermi. "Guariscimi Signore, le mie ossa sono sconvolte"* (Sal 6,3), in in "Parola Spirito e Vita" n. 40 (luglio-dicembre 1999/2), p. 161-181.

⁶⁹ Cfr. BAUMGARTNER, p. 527-529.

un evento comunitario di riconciliazione, spazio di superamento della solitudine e di apertura all'incontro con i fratelli, ma specialmente con il Padre misericordioso; per questo era pure luogo di speranza e di lode a Dio.

Per la medesima ragione, diremmo con il p. B. Häring, la Chiesa sarà tanto più comunità sanante, quanto più sarà Chiesa eucaristica⁷⁰.

⁷⁰ Cfr. "Dios nos ha mostrado en Cristo la curación". *Entrevista a B. Häring*, in "Labor Hospitalaria" n. 219 (1991), p. 58.



e Istituzioni sanitarie cattoliche nella missione della Chiesa oggi

Dr. Fr. MARIO BONORA - Presidente Nazionale ARIS

Carissimi Confratelli e Consorelle,
Signore e Signori,

vorrei innanzitutto esprimere il ringraziamento e la viva soddisfazione dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari, (ARIS), da me rappresentata in qualità di Presidente Nazionale, nel poter offrire un contributo – che ci auguriamo si riveli fruttuoso – alla riflessione di questo qualificato Convegno della Chiesa Italiana sul mondo della salute, nostro campo di missione quotidiana. Come è noto, l'Associazione riunisce 260 istituzioni sanitarie e socio sanitarie “no profit”, suddivise in Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (8), ospedali classificati (27), case di cura (62), centri di riabilitazione (142) e Residenze Sanitarie Assistenziali (16), che assicurano al Paese circa 30.500 posti letto intorno ai quali ruotano circa 42.000 tra medici, paramedici ed altri operatori sanitari. Tra questi Associati sono presenti due strutture della Chiesa Valdese e una della Comunità Israelitica di Roma.

Oltre a queste Istituzioni l'ARIS ne rappresenta altre 27 ad essa confederati. In particolare, la “Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano” e l'Ospedale “Bambino Gesù” di Roma. Con l'Università Cattolica del Sacro Cuore abbiamo buoni rapporti di collaborazione.

La sede nazionale è a Roma e, perifericamente, funzionano 14 sedi regionali.

L'Associazione opera in armonia con la Conferenza Episcopale Italiana che ne approva lo Statuto a norma del codice di Diritto Canonico e si ispira alle direttive del Pontificio Consiglio per la pastorale della salute e dell'Ufficio per la pastorale della salute della stessa CEI.

Da dove veniamo

Sebbene la nostra esperienza associativa abbia compiuto, lo scorso anno, solo quarant'anni di vita, tuttavia la presenza delle nostre Istituzioni nella sanità affonda le radici nella storia stessa della Chiesa e trova la sua prima espressione nella parabola evangelica del Buon Samaritano. Da secoli le Istituzioni sanitarie religiose o di ispirazione cristiana rappresentano spazi e luoghi privilegiati nei quali la Chiesa promuove e cura la vita, la salute dell'uomo, la sua

dignità come persona davanti alle continue offese che contro di essa, sistematicamente e in forme diverse, si presentano nella società odierna come in quella di ieri.

Oggi disponiamo di una notevole ricchezza di opere sanitarie e socio-sanitarie della Chiesa, le quali hanno contribuito in maniera determinante alla formazione del concetto di salute legato a quello della vita, del benessere e della solidarietà.

Significativa è stata per noi la scelta di operare in Sanità come enti “no profit”. Abbiamo proposto modelli di gestione esemplari, fondati sulla scienza del “buon padre di famiglia” riuscendo a coniugare professionalità, qualità del servizio reso al malato e contenimento economico.

Il cammino compiuto non è stato certamente privo di difficoltà. Siamo passati attraverso diverse traversie, abbiamo affrontato tante sfide, ma a poco a poco le nostre Istituzioni hanno acquisito un ruolo di fondamentale importanza nel quadro dello sviluppo delle politiche sanitarie del Paese.

Dove siamo diretti

Oggi siamo chiamati a confrontarci con un momento di rapidi e profondi cambiamenti. Le scelte politiche nazionali ci pongono davanti ad un quadro legislativo diverso. Le vicende politiche maturate nel Paese hanno come cambiato le carte in tavola: ciò che con tanta fatica avevamo conquistato, se proprio non viene messo in discussione chiede, in un certo senso, un nuovo sforzo di conquista, quasi dovessimo tornare a ridefinire il nostro ruolo in una sanità regionalizzata, ma che non può perdere di vista, almeno per noi, il bene primario che ci è stato affidato, cioè la salute dell'uomo, il bene prezioso della sua vita, la sua dignità.

Ed eccoci pronti a rinnovare le domande che ci ponemmo già all'inizio della nostra missione: cosa qualifica e specifica oggi una struttura sanitaria espressamente di matrice religiosa nei confronti di un'altra altrettanto valida dal punto di vista tecnico-sanitario? perché mai il cittadino nella sua libera scelta dovrebbe scegliere una struttura gestita da un Ente Religioso o di ispirazione cristiana piuttosto che un'altra che assicura parità di trattamento e di garanzie?

E ancora: a parte gli aspetti pastorali, quale può essere l'interesse della Chiesa a far sì che vi siano sul territorio presidi sanitari che rappresentino l'espressione della comunità ecclesiale? cosa rappresenta per noi, Enti Religiosi o di ispirazione cristiana impegnati in sanità, il federalismo sanitario? dobbiamo averne timore, o dobbiamo aspettarci nuove opportunità e a quali condizioni? ed alla luce dei traguardi impensabili raggiunti dalla biotecnologia, davanti alle pericolose manipolazioni genetiche rese oggi possibili, come fare della maturità etica e bioetica dei nostri operatori nell'ambito

delle nostre strutture e a tutti i livelli, una risorsa in più per chi si affida alle nostre cure? come costruire un ambiente etico, che sia a maggior ragione un ambiente terapeutico?

E ancora: come nasconderci il fatto che, come Enti Religiosi, stiamo attraversando un periodo estremamente difficile sul versante delle nuove vocazioni?

I nostri religiosi, le nostre religiose stanno inesorabilmente invecchiando ed il ricambio è assolutamente insufficiente. E prevedere una prossima inversione di tendenza è molto difficile. Affrontare dunque questi cambiamenti, diventa doppiamente impegnativo.

La gestione delle nostre strutture sanitarie non è certamente paragonabile a quella che viene comunemente intesa quando ci si riferisce ad una qualsiasi azienda. Non si riduce, per esempio, alla cosiddetta "quadratura dei conti". Sarebbe quantomeno riduttivo se non addirittura rischioso per chi deve usufruire del nostro servizio: la salute non è un bene che si può valutare in termini di costi e ricavi.

Quindi la prima voce che figura nel nostro quadro gestionale dei servizi sanitari è la centralità della persona umana, con il suo carico di sofferenze. Dobbiamo cioè riuscire a capire quali siano le sue necessità e conseguentemente organizzare un servizio sanitario adeguato. A questo punto ci chiediamo: in che cosa consiste, in casa nostra, l'offerta di un servizio sanitario adeguato? Sulla risposta non vi sono dubbi: vuol dire prendersi cura del malato nella sua globalità. Ciò significa sì mettergli a disposizione ogni risorsa tecnico-professionale ed anche economica che si rendesse necessaria per restituirgli quel bene primario che è la salute, ma significa anche offrirgli quella solidarietà e quella partecipazione alle sue sofferenze che travalica il semplice dovere professionale e che lo aiuta a vivere la sua esperienza di dolore quanto più possibile serenamente, confrontandosi con lo spirito di accettazione e di speranza che il Cristo ha lasciato in eredità ai suoi discepoli.

Questi sono i valori veri che costituiscono il DNA degli Enti Religiosi o di ispirazione cristiana impegnati in Sanità. Nelle nostre case ci si prende cura del malato, non si cura un utente.

Ed è uno stile di vita che se dà i suoi frutti nel senso della conquista di un ruolo preciso nel comune sentire di chi ne fa esperienza, tuttavia deve confrontarsi con un contesto legislativo, economico e finanziario dettato ed imposto dalla Stato italiano del cui Servizio Sanitario le nostre strutture fanno parte integrante e come tali assoggettate agli stessi doveri; verrebbe da dire anche agli stessi diritti: ma non è purtroppo così.

Per sincerarsene basta guardare alle notevoli difficoltà gestionali che attanagliano tante nostre Istituzioni, alcune delle quali hanno già dovuto chiudere i battenti, altre sono state cedute a terzi, altre corrono il serio pericolo di dover fare altrettanto, altre ancora hanno imboccato la strada della riconversione verso altri settori.. Tuttavia anche in questa fase così difficile i nostri Enti hanno cercato di riproporsi comunque al servizio dell'uomo sofferente, andando a coprire, ancora una volta, settori in cui è molto carente l'impegno pubblico. Un esempio per tutti è costituito dagli Hospice per l'assistenza ai malati terminali.

Quello che riguarda la crisi delle nostre Istituzioni credo che sia un problema molto preoccupante. Forse ci sarebbe bisogno di un momento in più di riflessione per studiare nuove sinergie ed allargare un po' di più gli orizzonti.

Vorrei portarvi l'esempio di quanto si è verificato a Brescia. La Casa di cura "Poliambulanza", gestita dalla Congregazione "Anzelle della Carità", si è trovata in gravi difficoltà gestionali al punto che la Congregazione era orientata a cederla a privati "for profit". Chiesto consiglio al Vescovo della diocesi nel cui ambito territoriale insiste l'Istituto, ci siamo rimboccate le maniche e la diocesi, la mia Congregazione, l'Università Cattolica del Sacro Cuore e la stessa Congregazione hanno dato vita ad una Fondazione che ora gestisce la Casa di Cura.

Ma sono tante le Istituzioni che rischiano di naufragare, piegate da una crisi economica senza precedenti. Tra le cause principali: i ritardati pagamenti delle degenze convenzionate, la mancata copertura finanziaria da parte dello Stato, dei nuovi contratti di lavoro nelle loro diverse componenti, così come stabilito dalle norme, l'inaccessibilità, di fatto, alle risorse statali per gli indispensabili adeguamenti strutturali e tecnologici delle Istituzioni stesse. In moltissime regioni si lamentano inadempienze da parte delle autorità tali da costringere le Istituzioni, soprattutto quelle più piccole, ad indebitarsi sino alla bancarotta.

E non possiamo certo sperare, come accade per il pubblico, che alla fine qualcuno ripianerà la nostra situazione debitoria ed i buchi di bilancio. Non abbiamo forza per far valere i nostri diritti perché forse poco rappresentativi come singoli. Ecco perché abbiamo bisogno del conforto e del sostegno di chi conosce la nostra storia perché ne fa parte essendo la storia stessa della Chiesa. Di quella italiana in particolare, di quella universale in modo più completo.

Si deve trovare il coraggio di scendere in campo uniti, di essere riconosciuti tutti come membri della stessa grande famiglia che è la Chiesa, sedendoci al Tavolo della Sanità, nazionale o regionale che sia, forti della nostra riconosciuta identità di opere di Chiesa.

Se non incrementeremo questa simbiosi non andremo più da nessuna parte; insieme possiamo ancora farcela!

Ma c'è dell'altro. Questo nostro accorato appello all'unità, infatti, è dettato soprattutto dal forte senso di responsabilità che sentiamo nei confronti del malato in particolare, dell'uomo più in generale. Oggi più che mai siamo chiamati a confrontarci con una società sempre più incline al cosiddetto "pensiero debole" che poi altro non è che il subdolo presupposto del relativismo, che a sua volta porta al nichilismo. Non è un caso che si cominci a parlare con sempre maggiore insistenza, di eutanasia; probabilmente sarà la prossima sfida da ambienti laicisti.

Tutti conosciamo la portata della sfida etica e morale che siamo chiamati ad affrontare per difendere la dignità della persona.

Le scienze biotecnologiche stanno compiendo passi da gigante. L'imponente sviluppo tecnologico rimodella profondamente paradigmi della medicina consolidati e ne favorisce un'evoluzione tecnicistica che, lasciata a se stessa, rischia addirittura di impoverirla. E non possiamo lasciare spazi a chi guarda a questi progressi nell'ottica dell'affare ad ogni costo. *Siamo del resto convinti che ricerca ed eccellenza della prestazione clinica siano le classiche due facce, inscindibili, della stessa medaglia. La ricerca non è una specie di fiore all'occhiello che fa soprattutto immagine, né la ciliegina sulla torta, ma, al contrario, un elemento essenziale nell'ottica di quel servizio qualificato alla persona che è la ragione vera della nostra presenza attiva nel campo della salute.*

Ciò che è più specificamente compito nostro, è mantenere viva la convinzione – ed in questo ci aiuta l'esito del referendum – che un approccio eticamente corretto all'attività scientifica anziché essere un freno è, al contrario, un fattore che esalta il suo potenziale conoscitivo. In questo contesto crediamo sia fondamentale riscoprire la necessità di dare vita ad una sinergia, anche sul piano operativo, tra istituti della stessa matrice culturale. Ad esempio, per restare ai temi dell'ultimo referendum, per valorizzare quella ricerca sull'efficacia terapeutica delle staminali adulte che, oltre a rispondere alla domanda di salute dei cittadini, dimostri, apertis verbis, quanto si diceva sopra e cioè che una corretta riflessione bioetica, anziché impoverire la scienza, ne esalta la funzione.

In questo senso, anche l'Aris con i suoi 11 Istituti Scientifici di ricovero e cura, è interessata a condividere l'ulteriore cammino del comitato "Scienza e Vita" ed a conoscere più da vicino l'iniziativa che la Diocesi di Terni sta promovendo per la creazione di un istituto dedicato, appunto, alle staminali dell'adulto.

Con l'avvertenza, peraltro, a non cadere nel tranello che il fronte laico ha propinato agli italiani nel corso della campagna referendaria: la scienza non ha alcun potere "salvifico", né – sia pure restando sul piano che le compete – è onnipotente.

Anzi, si deve essere attenti a non cedere alle lusinghe di una sorta di medicina dell'eccesso e della dismisura che finisce spesso per segnare qualche autogol, anche sul piano strettamente clinico.

Tutto ciò, peraltro, chiama in causa anche la nostra capacità di accedere allo scenario europeo che rappresenta, oggi, l'orizzonte di cui non si può fare a meno sia per quanto riguarda la creazione di reti di collaborazione senza le quali non si progredisce, sia per quanto concerne la disponibilità di risorse economiche da destinare alla ricerca, a maggior ragione di fronte al progressivo impoverimento delle fonti di finanziamento interne al nostro Paese. A tale proposito andrebbero studiate le forme di una iniziativa finalizzata a creare un rapporto non occasionale con il mondo delle Fondazioni bancarie e con le realtà economico-produttive interessate agli sviluppi della ricerca in campo biomedico.

Un senso nuovo per la nostra presenza

Diceva Paul Claudel, il grande letterato francese: “Dio non è venuto a spiegare la sofferenza: è venuto a riempirla della sua presenza”. Una citazione che può servire a rendere con maggiore chiarezza il senso della presenza delle Istituzioni Sanitarie della Chiesa nel mondo della sofferenza e della salute.

Cosa significa questo per noi? Significa trovare un sostegno nel ruolo attivo che siamo chiamati ad interpretare, proprio in quanto opere della Chiesa italiana a tutti gli effetti, ovunque ci sia da difendere la presenza della Chiesa nel mondo della salute. Ci piacerebbe poter offrire le nostre potenzialità in una pastorale d'insieme che abbia come obiettivo primario proprio la nuova evangelizzazione, quella che può nascere tra le corsie di un ospedale, laddove il momento della sofferenza è quello che più avvicina l'uomo a Cristo.

I nostri Fondatori e le nostre Fondatrici sono stati uomini e donne di coraggio, ma soprattutto, sono stati uomini e donne di fede. Ci hanno insegnato a guardare all'uomo che a noi si rivolge nel momento della necessità in una visione globale, di corpo e di spirito. Ed è stato in questi anni un nostro impegno prioritario. Al suo servizio poniamo tutta la nostra professionalità e quella del personale laico che collabora responsabilmente con noi, e che nel suo servizio quotidiano ha imparato a condividere con noi il nostro carisma.

Il nostro personale è altamente motivato: vuoi per un ideale religioso, vuoi per pura e semplice umanità. E non è azzardato parlare per tanti di loro, di una vera e propria vocazione all'assistenza sanitaria. È chiaro però che non si può prescindere da un'attenta e costante formazione. C'è bisogno soprattutto di una testimonianza quotidiana, continua, conforme al Magistero, e ai carismi di ciascun Istituto. Il sogno è quello di vedere l'ospedale come una cattedrale della sofferenza al fianco della cattedrale dello spirito. (Dai nostri Vescovi ci attendiamo una spinta decisa verso nuove sinergie, anche in questo senso). La collaborazione, nei due sensi ovviamen-

te, è quanto mai auspicabile, quanto necessaria. Una collaborazione che potrebbe trovare i suoi sbocchi addirittura a livello parrocchiale, oltrechè diocesano.

Rendere l'intera comunità locale aperta e partecipe alle problematiche di tutti i suoi componenti può sicuramente essere di stimolo per tutti. Anche il malato, ricoverato nelle nostre strutture, finirebbe per sentirsi parte integrante di una comunità capace di condividere la sua sofferenza e forse sarebbe ancor più messo in condizione di raggiungere, anche se lontano, l'identificazione con il Cristo sofferente, non sconfitto dalla morte, ma glorioso nella sua risurrezione.

Conclusione

Per concludere vorrei ribadire ciò che in questo momento sentiamo più urgente: vederci riconosciuto il nostro appartenere alla Chiesa che è in Italia. Vorremmo riappropriarci di quel "sentire cum Ecclesia" che ci appartiene, fa parte della nostra anima. E non solo per continuare a dare una testimonianza credibile ad un mondo sempre più diviso, quanto piuttosto per riuscire a dare quel contributo che ci sentiamo di poter dare alla costruzione di una società finalmente più giusta per tutti, nella quale il dolore e la sofferenza siano finalmente condivisi e non sfuggite o addirittura rinnegate. Noi siamo pronti ad offrire il nostro servizio per affrontare le nuove povertà che si affacciano prepotentemente all'orizzonte e per difendere l'uomo dagli abusi della manipolazione genetica a quanto minaccia l'integralità della vita umana. Ma abbiamo bisogno del sostegno della Chiesa Italiana.

Il Servo di Dio Giovanni Paolo II, in più di un'occasione, si era rivolto a noi, operatori sanitari cattolici, in modo aperto e diretto raccomandandoci le sofferenze dei fratelli e riconsegnandoci quel Vangelo della sofferenza che Egli ha portato per le strade di tutto il mondo e di cui egli stesso ha continuato a vergare le pagine, giorno dopo giorno, sino a quell'indimenticabile "Amen" sospirato al crepuscolo del 2 aprile scorso.

"Duc in altum" egli disse inaugurando il terzo millennio dell'era cristiana. E noi ci siamo posti su quella rotta procedendo in un mare agitato, tendente alla tempesta.

Ma se una piccola barca può essere facile preda dei marosi; una flotta è certamente in grado di farvi fronte.

Grazie per l'attenzione!



appellani ospedalieri e cappellanie nella pastorale della salute

Don ROBERTO LUNARDI - Incaricato Regione Piemonte per la Pastorale della Salute

L'Eucarestia
illumina la vita
dell'uomo

IL SIGNIFICATO DELLA FESTA E DELL'EUCARESTIA

Le Consulte di Pastorale Sanitaria di Piemonte, Lombardia e Triveneto hanno radunato le rispettive Diocesi per riflettere sul questionario proposto e, nonostante la scarsa partecipazione, hanno offerto una serie di considerazioni indicative e propositive.

Si è posto in evidenza che la celebrazione dell'Eucarestia nel giorno del Signore ritma i tempi della vita del cristiano e imprime uno stile di comunione (accoglienza, perdono, reciprocità) vissuta anche nella consapevolezza dei fratelli assenti perché impediti dall'età o dalle condizioni di salute.

Occorre, a questo riguardo, risignificare il tema della festa visto talora solo come sospensione del lavoro o evasione creando in tal modo più separazione con le persone malate che vengono escluse dalla festa stessa.

L'Eucarestia può contribuire al recupero del valore della solidarietà espressa appunto nel tempo della gratuità (festa - gratuità).

È occasione per costruire fraternità con le persone rese disabili dalla malattia o cronicizzate.

Si è quindi fortemente richiamata l'urgenza di impegnarsi a rendere più umano il servizio delle Strutture Sanitarie e anche lo stile delle nostre Comunità Cristiane più preoccupate a "partecipare" che ad "essere discepoli" del Signore.

Gesù che si china a lavare i piedi dei discepoli proprio nel momento dell'istituzione dell'Eucarestia è l'esempio più chiaro a cui ispirare tutta l'opera di dedizione verso i sofferenti.

La celebrazione dell'Eucarestia, specie alla Domenica, è per il cristiano un invito a vivere lo spirito di donazione con una attenzione particolare ai bisogni delle persone che soffrono coinvolgendole in soggetti attivi delle Comunità Cristiane.

Come diceva il Card. Martini: "l'essere cristiani non è caratterizzato dall'andare a messa alla domenica, ma dal vivere per gli altri fondato sul fatto che si va a messa la domenica. Non vive dell'Eucarestia se non chi dona corpo e sangue per i fratelli come Gesù".

Il donarsi nel contesto eucaristico diventa allora una “missione” che coinvolge ogni componente la comunità al di là dei ruoli dei singoli soggetti.

EUCARESTIA E SANITÀ OGGI

L'Eucarestia rivela il volto della Chiesa nella dinamica della carità. Si è notato purtroppo una scarsa testimonianza di fede cristiana negli operatori sanitari “presenti” magari in modo attivo nelle loro comunità di residenza, ma “assenti” nei luoghi di lavoro.

Negli Ospedali e nelle Case per anziani non sempre si ritiene essenziale questo appuntamento domenicale talora per problemi logistici ma anche motivazionali e gli stessi operatori cattolici non si attivano perché sia ritenuto importante.

Nell'ambito delle Parrocchie l'incontro con i sofferenti avviene tramite i Parroci, magari al Primo Venerdì del mese o i Ministri straordinari dell' Eucarestia non sempre “visibili” nel tentativo di creare una maggior comunione tra i riuniti nell'assemblea domenicale e gli impediti nelle proprie case.

Notevoli progressi si sono avuti nell'abolizione delle barriere architettoniche favorendo in tal modo la partecipazione dei disabili.

Diversificando le categorie dei malati si nota che per i malati terminali e loro famigliari c'è nelle Parrocchie una buona sensibilità che si fa vicinanza con una presenza pastorale e spirituale composta di medici, infermieri, psicologi e assistenti spirituali.

Con le persone in lutto a livello pastorale non esiste alcunché ma si stanno formando operatori che animeranno i gruppi di mutuo aiuto nel lutto.

Con le Associazioni dei Famigliari dei malati di Alzheimer si è stabilita una cordiale e fattiva collaborazione in modo da sviluppare iniziative di prevenzione, riabilitazione e di accompagnamento.

Con le Associazioni di Famigliari di malati mentali e con i responsabili dei vari Dipartimenti di Salute mentale, dei Centri di Salute Mentale, delle RSA, delle Comunità Terapeutiche, delle Comunità Alloggio c'è reciproca conoscenza e collaborazione (vedi Progetto con la Caritas “Una Comunità che guarisce”).

Quello che si è detto per i malati mentali si estende anche a chi vive in uno stato depressivo.

Per le persone sole si stanno sensibilizzando le Parrocchie, attraverso sistematici incontri con gruppo di volontariato, perché nessuna persona anziana e impedita soffra la solitudine, ma è un'opera impari.

Con le persone disabili si sta tentando un'opera di coinvolgimento per renderli protagonisti con interventi per occuparli dal punto di vista lavorativo, al tempo liberata la vita sociale ed ecclesiale.

EUCARESTIA E PROGETTUALITÀ

Un tema, fortemente evidenziato, è stato quello di impegnarsi per un rinnovamento del servizio umano e pastorale nelle strutture sanitarie e nelle comunità cristiane, come conseguenza logica di una vita fondata sull'Eucarestia.

Ciò porterà a provvedere nell'ambito sanitario ad una "assistenza spirituale e globale dei malati" che abbia come punto di partenza il vissuto della persona e il suo contesto sociale.

Si constata che nella maggioranza degli operatori salutari, impegnati nelle Parrocchie e gruppi ecclesiali è talvolta carente la capacità di relazionarsi al sofferente in modo veramente umano e di conseguenza, viene a mancare, l'attenzione ai bisogni della persona, condizionati un po' troppo dal ruolo o dai vari mansionari.

Essendo convinti che il punto di partenza per giungere al trascendente, soprattutto oggi, deve essere l'aspetto umano, si ritiene importante individuare ed offrire dei percorsi di formazione su temi antropologici, umanistici e relazionali, pressoché assenti da ogni progetto formativo.

Serve, saper utilizzare adeguatamente, tutte le risorse che le varie normative prevedono, in particolare i cosiddetti ECM (educazione continua in medicina) dato che tutti gli operatori salutari, (medici, psicologi, farmacisti, infermieri, fisioterapisti) dovranno raggiungere entro il 2006 un determinato numero di "crediti formativi".

La formazione del personale sanitario deve trovare nelle parole di Gesù "vi ho dato l'esempio" la spinta per rinnovare ed aggiornare la propria professione.

Si propone inoltre, per evitare una ingiustificata frammentazione e sperpero delle risorse, una maggiore valorizzazione delle istituzioni già presenti: cappellanie ospedaliere, consigli pastorali ospedalieri, associazione di professionisti cattolici (AMCI, ACOS....), gruppi di volontariato pastorali.

Si chiede a tutti i gruppi cattolici, pur nella differenza delle loro origini e dei riferimenti ecclesiali, la capacità di collaborazione, che diventa anche testimonianza nei confronti di obiettivi comuni.

Solo così si promuove una spiritualità di comunione, oggi molto esigita.

Un appello deve essere rivolto anche alle Istituzioni Sanitarie Cattoliche, ancora, per il momento forza importante nel panorama sanitario Italiano, perché in nome del mandato evangelico di sanare i malati e della centralità dell'uomo si presentino come forza illuminante nella sanità.

Ma ciò sarà possibile unicamente se nascerà la convinzione degli indispensabili scambi di sinergie e di chiare programmazioni in un contesto dove la lotta per la conquista di nuovi spazi diventa sempre più agguerrita.

Il “fate questo in memoria di me” che viene pronunciato in ogni celebrazione eucaristica è la più viva e attuale voce che tutte le Istituzioni Sanitarie Cattoliche devono sentire rivolte loro dal Signore per diventare una testimonianza di amore verso i sofferenti.

Un altro tema emerso dalla riflessione ha riguardato le comunità cristiane, particolarmente quelle parrocchiali che si trovano ad affrontare nuove situazioni dovute alle modifiche in questi ultimi anni sia di salute e di malattia sia dell'organizzazione assistenziale sia dell'allungamento della vita con l'aumento del numero degli anziani.

Fatto rilevante sono i ricoveri ospedalieri sempre più brevi e specialmente nel momento di acutizzazione della patologia, mentre la riabilitazione, la cronicità e la terminalità sono ormai gestite a domicilio.

Le nostre comunità cristiane, oltre che essere sensibilizzate attorno a questi temi mediante la predicazione e la catechesi con adeguati sussidi, devono sempre più comprendere l'inscindibilità del binomio Eucaristia-Carità che si concretizza verso il valore della vita da custodire, difendere e servire in tutte le sue fasi.

Si apre tutta la problematica della cura e assistenza umano-spirituale dei malati a domicilio, che non può essere svolta solo da alcune persone ma che deve trovare sostegno nella comunità cristiana con la riscoperta della partecipazione dei battezzati alla missione profetica – sacerdotale – regale di Cristo.

Per offrire una migliore assistenza spirituale agli ammalati presenti nelle Parrocchie, sarebbe interessante anche istituire un “Ministero della Carità e del Servizio” mediante una specifica preparazione e un “mandato” ufficiale.

Occorrerà inoltre promuovere, sostenere, favorire i ministri straordinari dell'Eucarestia e le associazioni di volontariato, assistenziale e pastorale, adeguandoli alle particolari situazioni.

La carità proveniente dall'Eucarestia deve animare poi la sfera dei rapporti delle comunità cristiane con la società civile e la sfera dell'azione dei cristiani in un agire responsabile nell'ambito della società.

Le varie giornate Mondiali del Malato sono appuntamenti significativi per diffondere messaggi ma occorre, in modo irreversibile, che la pastorale della salute diventi percorso ordinario dell'attività della Chiesa.

La collaborazione e la partecipazione sono frutti esigiti dalla vita eucaristica di una comunità e, se attuati con continuità, possono favorire una testimonianza simile a quella dei primi cristiani.



Utile animazione pastorale per la crescita di comunità cristiane come comunità di salute e di servizio alla vita

S.E. Mons. MARIO PACIELLO - Vescovo di Altamura-Gravina-Acquaviva
delle Fonti

Introduzione

Dopo aver ascoltato i temi magistralmente trattati da maestri e da esperti, è legittima e ovvia la domanda: cosa fare per far diventare le nostre parrocchie *“Comunità di salute e di servizio alla vita?”*.

Credo che molte risposte sono state date dai Relatori che hanno guidato la riflessione e il dialogo di questo Convegno, e molta luce su questo punto possiamo attingere nei Documenti Pontifici, nelle Note Pastorali, negli Atti dei Convegni passati.

Ma se la domanda torna, è segno che la questione della pastorale della salute, pur avendo raggiunto picchi di grande chiarezza sul piano teologico, non trova ampia traduzione e felice conferma nella pratica.

La pastorale della salute, pur impegnando più persone, e pur riscuotendo una relativa attenzione nelle parrocchie, non ancora risponde, se non in piccolissima parte, alle istanze di cura, di vicinanza, di aiuto che vengono dal territorio.

Le famiglie, gli operatori pastorali di altri settori, in genere, restano fuori da una doverosa presa di coscienza dalle proprie responsabilità, finché non si è colpiti in prima persona nella salute propria o dei propri cari.

Per sapere che tipo di animazione pastorale scegliere, quali mezzi o criteri formativi adottare per educare la Comunità a crescere come Comunità di salute e di servizio alla vita, penso che sia necessario:

- 1) Mettere a fuoco cosa intendiamo per *“Salute”*, di quale salute parliamo; di quale salute la Comunità deve farsi portatrice.
- 2) Quali sono i segni del bisogno di salute nella Comunità, e di quali servizi necessita la cura della vita.

Voi, che avete molta più esperienza di me, sapete quanto è esaltante e drammatica, delicata e difficile la presenza cristiana e

sacerdotale accanto alla sofferenza; ma sapete anche quanto siamo lontani da Comunità cristiane che si possano definire Comunità di salute e di servizio alla vita.

Salute e vita sono due realtà ampie e onnicomprensive, che non possono ricevere risposte riduttive, parziali, sul piano pastorale.

Basta guardare le nostre parrocchie: senza sottovalutare quello che si fa, dobbiamo riconoscere che i campi ancora inesplorati dei bisogni di salute sono molto più vasti delle piccole aiuole che sacerdoti e persone di buona volontà, curano.

E tutto ciò che essi fanno è ignorato sia dagli altri operatori pastorali, sia dalla comunità.

Una "comunità di salute" e di "servizio alla vita" può sembrare ideale irraggiungibile, ma è necessario avvicinarsi quanto più è possibile, animati dalla speranza.

I: La salute

A - Definire la salute non è facile, perché è un concetto che nel tempo ha subito una evoluzione culturale.

- 1) Una prima definizione del concetto di salute è: assenza di malattia o di alterazioni biopsichiche che alterano l'organismo. (La medicina ha funzione curativa).
- 2) L'Organizzazione mondiale della Sanità (22/07/1946) definisce la salute come: "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo di assenza di malattia e di infermità".
- 3) È un concetto positivo di salute. La medicina diventa preventiva.

Un concetto attuale di salute è: l'equilibrio dinamico, (all'interno) della persona corpo, psiche e spirito e, (all'esterno), tra soggetto e ambiente.

In questa visione della salute, quando si parla di salute, non ci si riferisce solo al corpo, ma a tutto l'uomo; acquista importanza l'ambiente fisico, familiare e sociale.

NOTA CEI (1989) (La pastorale della salute nella Chiesa Italiana) n° 6:

"Il concetto di salute ha acquistato nuove e importanti connotazioni. Non si rapporta, infatti, unicamente a fattori fisici e organici, ma coinvolge le dimensioni psichiche e spirituali della persona, estendendosi all'ambiente fisico, affettivo, sociale e morale in cui la persona vive ed opera. Un rapporto profondo viene avvertito tra salute, qualità di vita e benessere dell'uomo".

Per B. Haring: *"Una persona è sana, quando è abitualmente capace di vivere, utilizzando tutte le facoltà o energie in suo possesso e realmente disponibili... in ogni situazione... per sviluppare... il mas-*

simo di amore ablativo in Cristo..." (Etica Medica, E.P. - Cinisello Balsamo 1970 - pp. 252-255).

Si può avere una persona sana anche se fisicamente o psichicamente compromessa; come una persona può essere ammalata anche se pienamente efficiente dal punto di vista fisico-psichico. Di qui, due osservazioni:

- a) La salute non è indispensabile, per essere utili agli altri o alla società. (è una verità che sfugge alle ideologie materialistiche).
- b) Ma è anche vero che la malattia è causa di difficoltà per la salute della persona.

Come promuovere la cultura della salute

L'uomo è innanzitutto "corporeità", e quindi è importante curare la sua dimensione biologica e fisica; ma nell'uomo ci sono anche forze psichiche e spirituali che con la corporeità formano l'unità della vita umana.

Ogni malattia ha ripercussione sulla psiche, come ogni anomalia psichica o spirituale si ripercuote sulla totalità della persona.

Molte cause di logoramento dipendono:

- 1) dall'uomo (droghe, alcool, abusi sessuali);
- 2) dall'ambiente familiare e sociale (amore-educazione ai valori non ricevuti);
- 3) dall'ambiente ecologico.

Una educazione sanitaria deve partire dalla coscienza che la vita e la salute sono dono di Dio e devono essere accolte secondo la volontà del donatore (difendere, valorizzare, apprezzare,...).

La salute, tuttavia, non è un bene assoluto: la vita vale più della salute; vale infinitamente anche quando la salute manca, in qualunque stadio della vita.

La salute deve essere difesa dall'inquinamento ecologico, dalla manipolazione biologica (contraccettivi - abusi di farmaci).

Quando la salute è minata o limitata, fare pastorale della salute significa non nascondere, aiutare ad accettare, insegnare a valorizzare la malattia.

Formare "Comunità di salute" significa impegnare tutti, formare tutti a curare la salute, prevenire pericoli fisici, psichici, sociali.

Avere il coraggio di ostacolare l'idolatria della salute, come bene a cui si sacrifica tutto.

"La pastorale della salute nella Chiesa italiana"

(Nota Past. C.E.I. - 1989)

Nella Comunità, chi deve curare la salute? Chi se ne deve occupare?

La Pastorale della Salute è: "la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a

quanti se ne prendono cura. Non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione e ai valori della vita e della salute" (n° 19 della Nota CEI - 1989).

Questa sintetica descrizione della Pastorale della Salute, intesa come modo di essere e di operare della Comunità cristiana, e non come riduttivo rapporto tra sacerdote e fedele, sul piano teologico segna un superamento di visione anguste ma sul piano della pratica pastorale segna ancora il passo.

L'ecclesiologia di comunione proposta dal Vaticano II investe tutti i membri della Chiesa della responsabilità di curare gli infermi e i sofferenti.

Tutti: religiosi-religiose e i laici sono chiamati ad essere presenti nel mondo della salute.

Anche i malati (Christifideles Laici, n° 54) sono non solo destinatari, ma soggetti e protagonisti, non solo perché interessati, ma soprattutto perché testimoni credibili.

Sono coinvolti familiari e parenti; medici e infermieri cristiani.

Senza la loro azione è impossibile una "*pastorale ecclesiale della salute*"; ma bisogna far prendere loro coscienza del battesimo, dell'incorporazione a Cristo e formarli.

Nel dialogo di tutte le forze della Comunità, è possibile "*leggere*" i segni dei tempi e progettare l'azione pastorale per il luogo e il tempo in cui operare.

Un discernimento "*comunitario*" permette di perseguire gli obiettivi propri della pastorale sanitaria.

Il n° 20 della Nota C.E.I. (1989) li sintetizza così:

- 1) Illuminare con la fede i problemi suscitati dalla ricerca scientifica e dalle tecniche di intervento sulla vita e sulla persona.
- 2) Educare il valore della vita e promuovere il valore della vita.
- 3) Contribuire ad umanizzare i servizi socio-sanitari.
- 4) Aiutare il malato a vivere con fede e dignità la sua sofferenza.
- 5) Far scoprire ai disabili il valore di "*essere*" rispetto al "*fare*": la vita è un valore superiore alla salute.
- 6) Essere accanto alla famiglia perché viva con fede la malattia dei propri congiunti.
- 7) Formare gli operatori sanitari.
- 8) Sensibilizzare Istituzioni e Comunità sui problemi della salute.

Sono obiettivi che conoscete: li ho richiamati perché non devono sfuggirci le conseguenze pratiche di questi enunciati.

Dunque, oggi, la pastorale della salute è un'azione molto più ampia e lungimirante della semplice assistenza agli infermi; è un campo molto più vasto di attenzione e di intervento.

La pastorale della salute abbraccia situazioni e realtà che vanno molto al di là della infermità in senso stretto e punta ai traguardi che superano la ricerca di benessere fisico.

La pastorale della salute ha come obiettivo finale: l'incontro con Dio, ma non è solo dare a tutti i costi sacramenti; è impegno di evangelizzazione attraverso una grande umanità.

La pastorale della salute, attenta ai segni dei tempi, deve farsi coscienza critica quando è in gioco la difesa della vita e la dignità della persona.

La pastorale della salute non è impegno autonomo per addetti ai lavori, ma azione organica e coordinata con tutte le espressioni di pastorale ordinaria della comunità cristiana.

La Comunità ecclesiale, infatti, è il primo soggetto dell'azione pastorale a servizio della vita e della salute.

II: Quali bisogni di salute nella comunità!

A - Una mappa dei bisogni di salute di vita, anche se veloce e panoramica, sarà sempre incompleta.

Ma è necessario osservarla per renderci più chiaramente conto di: quando c'è da fare, quanto poco e quanto malamente operiamo.

Procediamo per esemplificazione:

a) Si moltiplicano in Italia e all'estero casi di eliminazione dei propri figli di pochi mesi, oltre gli innumerevoli casi di abbandono dopo il parto.

Dietro questi gesti c'è un disperato bisogno di salute psichica, affettiva, spirituale. È Pastorale della Salute l'accompagnamento e il sostegno delle mammine sempre più impreparate alla maternità.

b) I figli che uccidono i genitori giovani o anziani, non sono un semaforo rosso di "solitudine", di assenza di valori, di rapporti familiari conflittuali culminati nel delitto?

c) Droga, alcool, sesso senza regole denunciano vuoti paurosi di senso della vita, di rispetto della salute propria ed altrui.

d) È Pastorale della Salute della vita:

– la presenza nelle famiglie "vittime vere" delle stragi del sabato sera;

– l'assistenza alle donne che vogliono abortire o che hanno abortito.

e) I familiari dei malati cronici, dei disabili, spesso trascurati dai servizi sociali, in condizioni di grave disagio finanziario, sono anch'essi "malati" da curare psicologicamente, spiritualmente e materialmente.

f) Gli undicimila giovani dai 15 ai 39 anni, che ogni anno si ammalano di tumore, su una fascia giovanile di 22 milioni di individui; e tutti i malati di tumore, che, oltre a lottare con il male, devono combattere contro tutte le ripercussioni che si scatenano a livello affettivo, psicologico, sociale, sul piano della fiducia,

della speranza nel futuro, della fede,...

hanno bisogno di comunicare, di fare gruppo, di collaborare, di essere sostenuti psicologicamente e spiritualmente nei rapporti con se stessi, con i figli, con Dio.

Hanno bisogno di informazione, di aiuto nel disbrigo delle pratiche, di accompagnamento o trasporto.

Hanno bisogno di essere aiutati a scoprire la loro condizione di soggetti attivi nella vita e nella pastorale della parrocchia.

- g) In ogni Comunità sono molti i disabili, e molti sono i loro problemi, specialmente se sono adulti o soli.

Molti sono anche gli anziani pochi si preparano a vivere bene la terza e la quarta età: molto si può fare per gli anziani autosufficienti sul piano della socializzazione e del volontariato, e molto di più si può ottenere da loro.

- h) Molte sono le situazioni che sul piano familiare, affettivo, economico, culturale, sociale, morale, religioso, esercitano influssi negativi e inquinanti sulla salute: psichica, spirituale, fisica delle persone. Situazioni che una "Comunità di salute di vita" non può ignorare.

- i) I gravi e delicatissimi quesiti dell'ultimo referendum, al di là dei risultati, al di là dei linciaggi, delle analisi gratuite, delle accuse offensive... ci hanno fatto prendere coscienza di un altro grave compito della pastorale della salute delle Comunità cristiane: inculcare in tutte le età la cultura della vita, la verità scientifica sulla vita e sulla persona. I veri ignoranti non erano coloro che hanno scelto di non votare; ma quei circa dieci milioni che hanno votato "SI" senza rendersi conto delle gravi e irreparabili conseguenze che poteva avere la loro scelta.

Quale pastorale della salute, riduttivamente intesa, potrebbe rispondere a queste istanze?

Nella veloce zuppa di bisogni, abbiamo notato tutti come: la Pastorale della Salute non può fare a meno della Pastorale della Famiglia, della Pastorale Giovanile, della Caritas, così non può fare a meno di Catechisti di chi si occupa di liturgia, di tempo libero, di cultura, di volontariato.

La Pastorale della Salute è per natura sua pastorale comunitaria e unitaria: deve trasfondersi come per osmosi in tutti i settori pastorali, e deve assorbire e coinvolgere tutti i settori pastorali, se vuole diventare pastorale della comunità: cioè di tutta la comunità che serve la salute, di tutta la comunità che è raggiunta dai buoni samaritani che fanno pastorale della salute.

Purtroppo dobbiamo avere l'umiltà di riconoscere che: se le nostre parrocchie fossero aziende, molte, forse moltissime, sarebbero già fallite.

Segreto dello sviluppo di un'azienda sono: la formazione, l'aggiornamento, la conoscenza delle domande di mercato, l'apertura alle nuove tecnologie, le verifiche periodiche, l'organizzazione del lavoro, la programmazione e il coordinamento: è tutto ciò che da altri livelli e per scopi ben più alti, manca nelle nostre parrocchie.

Si cede facilmente alla tentazione di promuovere sul campo, ritenendo tempo perso la formazione.

Che cosa dobbiamo fare?

È una domanda biblica: quando la si è posta e si è accolta la risposta, si sono verificati grandi eventi di salvezza.

Se vogliamo evitare di dire belle parole, frasi fatte, slogan a effetto, a cui non segue nulla, mentre carenze e ritardi restano sempre gli stessi; per non sognare e per non ritenere utopistico il traguardo di un a Comunità di salute, dobbiamo avere il coraggio di riconoscere i punti deboli della pastorale.

Ne indico solo due; sorvolo sul primo, mi fermo un momento sul secondo e concludo.

Il primo punto debole è la formazione di sacerdoti, operatori sanitari, volontari, persone impegnate in tutti i campi della pastorale: formazione spirituale, umana, teologica, ecclesiale. Ma di questo si è parlato e si parla frequentemente.

Il secondo punto debole è la formazione e la conversione pastorale all'unità. Spesso mi chiedo se la prima malata di cui la Pastorale della Salute deve prendersi cura non sia proprio la stessa pastorale. La distinzione sul piano dell'approfondimento teologico-pastorale tra: pastorale familiare, vocazionale, caritativa, sanitaria, catechetica, liturgica, giovanile, sociale, del tempo libero, della comunicazione, del turismo non deve portarci a scomporre il meraviglioso e unitario volto della pastorale, fino a sentire tutta la difficoltà di mettere insieme i pezzi; non deve farci cadere in un divisionismo pastorale per cui gli operatori nei diversi ambiti pastorali si sentano soli e avvertano il peso del disinteresse di tutti gli altri.

La parrocchia nel suo interno, le parrocchie tra di loro, la Chiesa particolare negli uffici di curia... hanno bisogno di una terapia intensiva di unità. Diversamente è in pericolo la credibilità dell'annuncio e della testimonianza; è molto incerta l'efficacia dell'azione pastorale.

Dove non c'è unità c'è un organismo spirituale malato; dove c'è divisione, anche solo sul piano operativo pastorale c'è una Comunità morta che non può annunciare né salute né vita.

La Sapienza Divina del Figlio di Dio, ha affrontato la passione invocando la piena comunione col Padre e il dono dell'unità per coloro che aveva mandato a guarire i malati.

Se questo è l'anelito profondo del cuore di Cristo, e se la Sua Chiesa lo ascolta e lo accoglie, si può pensare che al prossimo Convegno di pastorale della Salute parteciperanno operatori di tutti gli ambiti pastorali, per poi incamminarsi verso un'animazione corale di comunità di salute a servizio della vita piena.

PARTE III

14^A GIORNATA MONDIALE
DEL MALATO

Adelaide (Australia), 11 febbraio 2006

Presentazione

Il tema “Alla scuola del malato”, scelto per la preparazione e la celebrazione della 14^a Giornata Mondiale del Malato, per essere meglio compreso e valorizzato, deve essere collocato all’interno di una visione e attuazione globale della nostra azione pastorale nel mondo della salute, in continuità e collegamento con le altre riflessioni da noi sviluppate in questi anni e in riferimento alle finalità che la stessa celebrazione della GMM si propone.

Questa collocazione, più ampia e più attenta, permetterà di non pensare o interpretare il tema in modo isolato o semplicemente come indicazioni, per quanto importanti, per promuovere una spiritualità del malato. Anzi, proprio a partire da questo ascolto e da un nostro metterci “alla scuola del malato”, tutti come comunità cristiana e come società e istituzioni civili, possiamo essere provocati a ripensare e a migliorare oggi la cura della salute e a riscoprire che la salute non è innanzitutto o esclusivamente un problema medico, ma è strettamente collegata a condizioni di natura culturale, sociale, politica, economica ed esistenziale.

In particolare, nella utilizzazione del presente sussidio, siamo invitati a non pensare “un malato” in astratto, ma a tutte le persone che vivono e soffrono situazioni sempre singolari con malattie diverse, alle loro famiglie, alle numerose associazioni di malati, a quei malati, spesso nascosti, quali sono i malati mentali e le tante persone che soffrono uno stato di depressione.

Fra l’altro, ad Adelaide (Australia), luogo simbolico dove dal Pontificio Consiglio per la pastorale della salute si celebrerà, l’11 febbraio 2006, la GMM, l’accento verrà messo proprio su questo tema.

Questo metterci in ascolto e “alla scuola del malato” dovrà significare, soprattutto, metterci alla scuola di Colui che, assumendo su di sé ogni nostro limite umano, la nostra sofferenza e la nostra stessa morte, ci apre l’orizzonte e la certezza di una guarigione definitiva e di una salute – salvezza piena.

Al centro, infatti, del cammino formativo e promozionale nella cura della salute, dei malati e dei sofferenti, che il presente sussidio intende sostenere, c’è ancora una volta la necessità di fissare i nostri occhi sulla persona e il mistero di Gesù Cristo, in cui solo trova piena luce il mistero dell’uomo e in cui si trova la sorgente dell’amore che cura e risana.

Con un grazie fraterno alle persone che hanno collaborato per preparare e redigere questo sussidio, auspico che esso venga utiliz-

zato creativamente per diversi incontri formativi (gli stessi titoli interni possono essere di aiuto) nelle comunità parrocchiali, nelle strutture sanitarie, nei gruppi di operatori sanitari e pastorali, nelle associazioni dei malati e per i malati.

Con l'augurio che la preparazione e la celebrazione di questa 14ª Giornata Mondiale del Malato ci aiuti tutti a crescere nell'impegno di seminare e di testimoniare quei valori ispirati dalla giustizia, dalla solidarietà e dall'amore, che possono favorire una nuova qualità nella cura della vita e della salute, a partire dal riconoscimento e dal rispetto della uguale dignità di ogni persona.

Mons. Sergio Pintor
*Direttore dell'Ufficio Nazionale CEI
per la pastorale della salute*

Finalità e obiettivi della GMM:

- la sensibilizzazione della comunità cristiana e della società civile per una cura più attenta e più adeguata delle persone malate;
- lo sviluppo e l'animazione della pastorale della salute nelle nostre diocesi, parrocchie e strutture sanitarie, coinvolgendo i diversi soggetti;
- richiamare la necessità della formazione degli operatori sanitari;
- promuovere l'impegno di un volontariato sanitario nel territorio;
- aiutare le persone malate a sentirsi soggetto attivo nella comunità cristiana.

Per descrivere la nostra epoca la parola magica sembra essere “transizione”. Si presenta questo momento storico come momento di passaggio. Passaggio verso dove? Quali attese e speranze lo caratterizzano? E quali timori?

L'esperienza della malattia conosce trasformazioni assai profonde nella nostra epoca: gli sviluppi prodigiosi della medicina, le possibilità cresciute di diagnosi precoce, e poi anche di cura. Questi aspetti più appariscenti trascinano con sé altri mutamenti meno appariscenti e meno rilevati, che per essere individuati e valutati, esigono di porsi nell'ottica della coscienza della persona malata. La rapida evoluzione tecnologica, culturale e sociale, oltre agli innegabili vantaggi, genera anche preoccupazioni e paure sulla salute degli uomini e sul futuro del pianeta. Tale situazione fa emergere interrogativi sull'esistenza, sul senso del dolore e sofferenza e sul modo di affrontarli. Ai vissuti personali e alla sofferenza, la cultura pubblica del nostro tempo si rivolge assumendo un'ottica prevalentemente clinica: l'obiettivo privilegiato è quello del sollievo e del benessere, senza una visione olistica della persona. All'ottica della coscienza della persona è accordata attenzione soltanto sporadica e incerta. Gli apprezzamenti avanzati a tale riguardo sono per lo più di genere psicologico, e non colgono gli aspetti per i quali la malattia interpella la totalità della persona nella sua stessa libertà.

E se la condizione di malattia e sofferenza diventasse un'esperienza per rispondere a questi interrogativi? La convinzione è che proprio la considerazione della sofferenza e della malattia come ricerca del suo senso e significato costituisca il caso serio proposto dalle trasformazioni recenti. L'esperienza della malattia assume oggi nella vita di ciascuno un posto decisamente più grande rispetto a quello che aveva in passato. Proprio gli straordinari progressi della medicina rilevano che la malattia, suscettibile di cura ma non sempre di guarigione, accompagna la vita per tempi decisamente più lunghi. La malattia stessa assume un rilievo più insistente nella coscienza di ogni uomo, nelle sue immaginazioni e nelle sue paure. A tratti pare addirittura che la malattia, o in ogni caso la cura per la sempre incerta salute, sia diventata la questione seria della vita tutta.

In questa prospettiva, fondamentale è la testimonianza umana e cristiana dei malati, i quali possono diventare vangelo vivente e, nella fede, irradiare la luce di Cristo tra gli uomini.

Se la sofferenza è maestra di vita, il malato può diventare un buon insegnante. La sfida della vita come dono e condivisione si fa esigente. Il malato non può rinunciare a tale compito e non può delegare agli altri la responsabilità di comunicare un'immagine vera e “buona” della vita. E questo lo sente nella sua carne e nelle sue viscere, anche se questa certezza non la sa esprimere con le parole.

Da un più attento ascolto del disagio dei malati, soli, e tuttavia investiti del compito di farsi interpreti pubblici di ciò che dà senso – e senso cristiano – alla vita, nasce una efficace provocazione nel modo di promuovere e realizzare la prevenzione e la cura della salute globale della persona.

Prima Parte La vita "dono e mistero"

1. "...la vostra vita è nascosta con Cristo in Dio" (Col 3, 3)

Il dolore, la sofferenza e la morte sono parte essenziale del nostro vivere. Voler vivere, accettare di vivere è accettare di pellegrinare nel limite: il limite attestato dal nostro stesso essere psicofisico; sperimentato nei rapporti interpersonali, come limiti degli altri; vissuto talvolta drammaticamente nel contesto spazio-temporale del cosmo, della nostra terra.

Non è una condanna, non è un destino inevitabile; è il dono della vita, dell'essere nel tempo e nello spazio, con una missione d'amore, che può anche assumere l'aspetto di prova, fatica, delusione, sofferenza e dolore.

«Fissare lo sguardo su Gesù» (Eb 3, 1; 12, 1) e fare memoria della sua vita e storia mortale è scoprire una "chiave interpretativa" e una finalizzazione umanamente impensabile e imprevedibile del limite che causa sofferenza, dolore, morte.

È guardare Gesù e il suo agire davanti alla sofferenza e alle persone sofferenti: lotta contro la sofferenza ed il male⁷¹, promuove la salute risanando tutto l'uomo⁷², opera le guarigioni con gesti sensibili che diventano segni caratteristici del Regno⁷³, si riferisce a queste opere risananti per accreditare la sua missione⁷⁴. Gesù, in tutta la sua vita, non solo incontra, bensì combatte contro il male, restituendo le persone ad una relazione sociale piena ed integrata.

È guardare il soffrire di Gesù:

- per il rifiuto e l'incomprensione degli altri,
- per la perdita di una persona cara,
- per la derisione e noncuranza, per l'abbandono dei suoi,
- per la disorientante religiosità di quelli che dovrebbero essere guide,
- per le gravi sofferenze sperimentate nella sua passione e morte.

⁷¹ Cfr. Mc 6, 53-56; Mt 14, 34-36; 15, 29-31.

⁷² Cfr. Lc 5, 23-24; Mt 8, 16-17; Gv 5, 14.

⁷³ Cfr. Mc 1, 41; 2, 17; 7, 33; 8, 32-33; Gv, 1-18; Mt 8, 17.

⁷⁴ Cfr. Mt 11, 4-6.

Nel soffrire, Gesù è stato contemporaneamente: forte, fermo, lucido; dolce, mite, umile di cuore. E si è proposto fonte di dono, di forza, di senso per noi. Si è “consegnato” e donato per la nostra salvezza. L'esperienza umana, letta in profondità, ci conferma che solo comprendendo e percependo la dimensione misteriosa della vita, si può essere disponibili a ricercarne il senso e il valore e a riscoprir-la come dono “salvato”, di cui essere riconoscenti e responsabili. Il dolore nel mondo, oltre che problema, è mistero. Il problema è qualcosa che io incontro, che mi sbarrava la strada. Al contrario, il mistero è qualcosa in cui mi trovo coinvolto, la cui essenza è di non essere del tutto davanti a me. Interpretato in una prospettiva di fede, il legame tra *mistero* e *dignità* dell'uomo che soffre è la chiave di lettura della lettera apostolica *Salvifici doloris*⁷⁵.

È tutt'altro che visione doloristica della vita umana; è proposta, chiamata, dono per vivere nell'amore e per amore quel che soffriamo e quello che compiamo per curare ed alleviare la sofferenza delle persone. Non è evasione, non è indifferenza, né esaltazione o soppressione del dolore. È riconoscere di essere in un mistero.

Siamo in Cristo, in Cristo ci viene manifestato il mistero di Dio; e nel mistero di Dio, la vita, la salute, la sofferenza, la lotta contro il male, la morte, tutte le vicende umane trovano in Lui e nella sua Pasqua luce e compimento.

2. “Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza” (Gv 10, 10)

Gesù offre la sua vita gratuitamente in abbondanza. Si tratta di un dono pienamente appagante di ogni attesa e desiderio di vita. L'incontro con Gesù promuove la vita e guarisce i malati, come segno del Regno di Dio, dove la malattia, la sofferenza e la morte non sono ultima parola, ma vengono superate in una visione di una salute di vita piena e integrale. Riconsegna l'uomo ad una vita nuova, lo riconsegna ad una quotidianità, affinché continui la sua testimonianza, il suo annuncio, la sua partecipazione al mistero di salvezza.

L'offerta di noi stessi, soprattutto nel nostro soffrire e nella cura delle persone sofferenti, grazie alla presenza e al dono di Gesù ci pone a servizio e ci fa vivere una solidarietà costruttiva. Nel momento supremo della croce, il Figlio di Dio, Buon Pastore, dona la vita per le sue pecore e dona ad esse di vivere la sua stessa vita di relazione obbediente e filiale al Padre, per la salvezza del mondo. Anche la nostra sofferenza, nella croce di Cristo, si porta dentro una

⁷⁵ Lettera Apostolica di Giovanni Paolo II sul senso cristiano della sofferenza umana, 11 febbraio 1984.

certezza ed una promessa: la vittoria definitiva della vita sul male e sulla morte.

Gesù ha fatto questa scelta: lavare i piedi agli altri (Gv 13, 15), dare la propria vita (Gv 15, 13), essere servo e non farsi servire (Lc 22) proprio perché “come ha fatto Lui, facessimo anche noi” (Gv 13, 15).

Servire è il modo di vivere, mondanamente inedito, che propone ogni vero cristiano che dice in sé: «tocca a me»; «eccomi»; «devo io partire per primo...». E di fronte alle incomprendimenti e al rifiuto sa che il servire non può essere capito dall'arrivismo umano, dal primato del diritto o del piacere o del tornaconto. Solo illuminati e aiutati da Gesù si attuano le “opere dell'amore”, le “opere di misericordia” (Mt 25, 31 ss.), già in famiglia e poi in tutti i contesti di vita. Il “pane” e il “vino” Eucaristico, e i gesti e le parole della Cena e della Croce di Gesù sono l'esempio e il dono di vita permanente che costruiscono in ogni generazione “un mondo nuovo” e aiutano ad attuare il “comandamento nuovo”, pacatamente, silenziosamente, fedelmente, giorno dopo giorno.

Non si può non «desiderare la pienezza di vita» per chi con salute e forze fisiche si affianca, cura, accompagna chi è malato. E chi è malato non può non incoraggiare i fratelli e le sorelle, con una visione della storia che ci è donata dal Signore Gesù nella Sua esperienza e dono Pasquale (dalla morte alla vita) e vivere con amore e per amore il presente, certi di un futuro di comunione, di pace, di vita in pienezza.

3. *“Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per gli amici” (Gv 15, 13)*

Gesù non solo ha guarito i malati, ma ha vinto e ha dato senso alla sofferenza, assumendola su di sé per amore, e così, vincendo malattia e morte, ci ha fatto il dono della salute piena che è la salvezza.

Gesù è andato incontro alla morte con consapevolezza e libertà. Gesù non vuole il dolore, non inventa la croce. Come ogni uomo, egli vuole la vita, vuole la gioia. Incontra, però, il male, la sofferenza, la morte sul cammino che egli percorre insieme con gli uomini. Egli vuole eliminare il male, ma il modo di eliminazione ci sorprende. Dio elimina il male non ignorandolo, aggirandolo, scavalcandolo, ma aggredendolo e trasformandolo dal di dentro con la forza dell'amore. Stando insieme con gli uomini, accettandoli e perdonandoli anche quando gli preparano la croce e la morte, Gesù rivela fino a che punto si spinge l'amore del Padre, a cui egli aderisce con obbedienza filiale: neppure la croce e la morte, neppure il rifiuto peccaminoso inducono Dio a stancarsi di amare l'uomo, a riti-

rarsi dalla scena, da lui, ad abbandonarlo al proprio destino. Qui si dischiude, allo stupore dei nostri occhi e del nostro cuore, l'abissale profondità della sapienza e della potenza di Dio. Il dolore della croce diventa così un modo clamoroso, gridato di dire l'amore e la solidarietà; libera insospettite e prodigiose potenzialità umane; diventa segno e occasione di libertà, di coraggio, di amorosa obbedienza al Padre, di dedizione incondizionata all'uomo. La risurrezione altro non farà che rivelare la misteriosa e straripante vitalità che è nascosta nella croce di Cristo.

Il discepolo riceve dal suo Signore e Maestro lo stesso compito: trasformare ogni croce umana in croce di Cristo. La croce dell'uomo appare anonima, ambigua, senza speranza; la croce di Cristo ha il nome dell'amore, che mette ogni croce umana in comunione con la Sua: è luminosa, prepara nella speranza la vittoria della vita e della salvezza piena. Il malato porta nella sua sofferenza trasfigurata dal mistero pasquale di Cristo i segni della vittoria dell'amore sul dolore della croce e diventa profezia per trasformare la croce dell'uomo in croce di Cristo. E ci garantisce che Dio non rifiuta chi è nel dolore, non ha paura di chi soffre, ma lega in un modo misterioso dolore e amore. L'amare di Dio non significa necessariamente sottrarre al dolore, ma anzi c'è un momento di dolore che non nega l'amore di Dio. La vita così scopre che si può amare anche nel dolore; è soprattutto quando si è nella prova che si vede il segreto del nostro cuore.

Il dolore accettato apre l'uomo alla realtà che sta fuori di lui; finalmente il malato esce dalla sua autocoscienza limitata. Vivere con Gesù morto e risorto per noi significa puntare decisamente alla Risurrezione, ma ovviamente significa accettare anche la sofferenza e passarci in mezzo, senza considerarla come l'esperienza ultima, ma come qualcosa di costruttivo per l'esperienza umana.

Attenzione, però, il soffrire può divenire luogo di conformazione a Cristo crocifisso, può essere assunto dal malato come processo di purificazione, può divenire il luogo di una cosciente immolazione ed offerta di sé al Signore e il credente può arrivare a dare il nome di croce alla sua malattia, ma tutto questo è un evento di libertà, di fede, di amore, e non potrà mai essere la rigida applicazione di una certa visione del dolore, e soprattutto tali atteggiamenti non potranno mai essere pretesi al malato da altri.

La croce di Cristo non solo compendia il dolore del mondo, ma proprio sulla croce lo rinnova radicalmente. Offrendo al Padre la sua sofferenza mortale, Cristo redime e salva l'uomo e, nello stesso tempo, redime e salva il dolore dell'uomo: lo rende via e strumento di salvezza per chi soffre e per tutti. È questo il miracolo della croce: la morte di Gesù, sintesi della sofferenza umana, è fonte di perdono, di vita nuova, di guarigione, di consolazione e di speranza. È garanzia della salute piena che è la salvezza.

4. “Andate, annunciate e curate” (Lc 9, 1-2)

La presenza della persona malata prima di essere preoccupante è provocante, non solo perché richiama attenzione e rispetto, ma anche perché spinge ciascuno a mettersi in questione, realizzando un incontro vero, senza il velo del pietismo, ricordando che la vita si compie nella fiducia e nel reciproco sostegno. La comunità cristiana, interpellata dalla domanda di vita del malato, si espone ad un ripensamento fecondo di quello che la parrocchia è, a partire dalle sue radici evangeliche.

La comunità cristiana si caratterizza come comunità di vita nuova e liberata, inviata come segno e strumento del Cristo, datore di vita e di salute piena. Tuttavia non mancano situazioni in cui questo volto della comunità non sia ancora pienamente riconosciuto da alcuni pastori, fedeli e Associazioni e Movimenti. Il lavorare in modo individualistico, la sorta di “delega in bianco” a quanti, per carisma o doti personali, continuano con passione e tenacia a perseguire progetti e traguardi possibili, non sono garanzia di efficacia ecclesiale. Nell’attenzione della persona malata emerge con forza la necessità di dare maggiore visibilità a quanto dona senso alla vita relazionale e comune “nel Signore” e di fedeltà “al Signore” che è la comunità cristiana.

La missione di andare, annunciare e curare da parte della comunità fa riferimento al suo impegno:

- di vedere e riconoscere prima di tutto la presenza dei malati nella famiglia, nella parrocchia, nel territorio;
- di accoglienza, promuovendo rapporti umani significativi, favorendo gesti semplici e concreti di prossimità non isolando, trovando il coraggio di varcare la soglia di casa del malato;
- di valorizzazione del carisma di ciascuno per il bene di tutti, promuovendo la creatività e l’inserimento dei malati nei ministeri. Quante forme di servizio si dischiudono per chi ha incontrato Gesù, attraverso un itinerario di sofferenza vissuta nella fede e nell’amore: il ministero della consolazione; le opere di misericordia (corporale e spirituale); la presenza 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...;
- di integrazione per vincere le resistenze personali e culturali dell’individualismo e dell’isolamento. Essa si esprime già a partire dalla semplice attenzione a trovare tempi e modalità di proposta per le iniziative parrocchiali e comunitarie in modo da favorire la presenza dei malati;
- di creare un contesto in cui *l’agire per* tende sempre più ad essere integrato nella forma dell’*agire con*, superando, in questo come in altri segmenti della pastorale, la dicotomia tra le persone “ogget-

- to” di attenzione ecclesiale o assistenzialistica e “soggetto” d’azione ecclesiale. Il traguardo vero ed evangelicamente costruttivo, infatti, non si pone solo nell’esercizio dell’attenzione ai destinatari del messaggio di salvezza, ma nel pieno coinvolgimento di tutti, secondo le possibilità di ciascuno, da scoprire e da valorizzare, nella dinamica comunitaria della vita di fede e della sua testimonianza;
- di educare al servizio nei confronti dei malati. Non è sufficiente solo un generico, episodico ed emozionale interessamento alle situazioni umane di difficoltà; piuttosto diventa decisiva la maturazione di un diverso modo di comprendersi a partire dall’incontro con la persona malata, di valutare le proprie scelte, la gestione del proprio tempo e delle cose, il personale quadro valoriale che orienta e dà unità all’esistenza. Questo aspetto merita un supplemento di discernimento, soprattutto se riferito all’impegno dei giovani:
 - di maturare una lettura critico-prophetica anche in ambito socio-politico, disponibile a creare fecondi contatti ed integrazioni con chi nella comunità civile e politica si occupa delle persone malate o comunque in difficoltà. La razionalizzazione della spesa sociale, pur doverosa, potrebbe comportare un certo allentamento della solidarietà ed una tendenziale riconduzione delle problematiche dei malati unicamente alla sfera del personale e del privato-sociale.

5. “...perché si manifestassero in lui le opere di Dio” (Gv 9, 3)

L’esperienza e la vita del malato può trovare un’interpretazione esistenziale e profonda alla luce di una pagina del Vangelo: l’incontro di Gesù con il cieco nato.

Lo stile di vita del malato, attento e aperto alle sempre nuove indicazioni di Dio, lo rende molto simile al cieco che è stato illuminato da Gesù. L’evangelista Giovanni sottolinea proprio questa capacità che il cieco dalla nascita ha di camminare, di non fermarsi, di andare fino in fondo nel suo incontro con Gesù. Sullo sfondo stanno i giudei, i farisei: essi stanno fermi, non cambiano, sanno già tutto di Dio, non si lasciano provocare dai segni misteriosi in cui Dio si manifesta, giudicano Gesù un peccatore, perché non corrisponde all’idea che essi si sono fatti di Dio e del suo Messia. Ma proprio essi, che credono di vedere e di sapere tutto, finiscono per non vedere la gloria di Dio, presente nelle opere di Gesù.

Il cieco, invece, è pronto a rinnovarsi. La sua trasformazione fisica è assunta e superata nella più profonda trasformazione della fede. Mosso forse dalla sua indigenza corporea, egli avverte altre povertà, cerca qualcosa, cerca Qualcuno. È pronto a lasciare dietro di sé le concezioni passate per aprirsi a eventi nuovi. È pronto

anche a essere schernito e scacciato, pur di aderire a quella novità che Dio ha acceso dinanzi agli occhi del suo corpo, ma soprattutto del suo cuore.

La comunità è chiamata a “riconoscere” la presenza del malato e il suo essere soggetto attivo della comunità umana e cristiana, perché attraverso l’esperienza di malattia e sofferenza, vissuta e condivisa alla luce della Pasqua di Cristo, si possa manifestare oggi la potenza delle sue opere salvifiche.

La persona sofferente ci richiama ad una adeguata attenzione circa l’integrazione personale ed ecclesiale, a partire dalla specifica ricchezza evangelica e cristiana. Contro il mito dell’uomo perfetto e della società libera dalla sofferenza, la comunità cristiana, che non rinuncia a porsi la domanda sul perché della sofferenza, attinge una luce particolare dall’incontro con il mistero pasquale di Gesù. Continua a guardare alla croce di Cristo e alla sofferenza dell’umanità, a partire dalla Pasqua di Gesù che annuncia, celebra e vive nella speranza, come superamento definitivo di ogni limite che impedisce all’uomo la piena libertà e l’integrazione nell’amore di Dio.

L’inserimento ecclesiale della persona sofferente deve essere completo. La sofferenza non lo dispensa dall’impegno battesimale che ha di cooperare alla crescita del corpo del Cristo, impiegando tutti i doni di natura e di grazia. La sua funzione nella Chiesa non può essere quindi limitata all’essere destinatario dell’amore dei fratelli e sorelle sempre più attenti e solidali con chi soffre; in quanto egli ha un compito apostolico, deve sentirsi responsabile dei suoi fratelli in Cristo, in modo peculiare la sua responsabilità lo porta verso il mondo dei sofferenti, nei confronti dei quali ha una possibilità unica di accesso, che gli deriva dalla comunione delle sofferenze.

Nel cammino in cui il malato cerca di dotare di senso la malattia, di scoprirvi un senso anche per la sua fede, si colloca l’importante compito e la vocazione della Chiesa ad essere “comunità di guarigione”, nel senso che essa può esercitare una reale funzione terapeutica, nella misura in cui si configura come autentica comunità, come luogo di rapporti veramente fraterni, come spazio al cui interno far esperienza di aiuto fraterno e di perdono, in cui vivere relazioni improntate a gratuità. Dunque come ambito che dà senso – e senso cristiano – alla vita.

È vivendo questa dimensione di comunità che la Chiesa consente all’uomo la pienezza della vita e delle relazioni, e portandolo a ridisignificarle in Cristo, gli consente di sanare situazioni patologiche e si pone come segno della comunità escatologica nel Regno di Dio, ossia come segno della salvezza. E la restituzione della salute, già nella prassi messianica di Gesù, è segno anticipatore della salvezza.

La Chiesa ha dunque il compito di rendere sempre nuova e luminosa l’immagine di “Cristo medico”, e così di inculturarla nelle

nuove situazioni e nella complessità che avvolge oggi il mondo della malattia e della medicina, della terapia e della guarigione. Ed è chiamata a far questo anche come comunità, come corpo di Cristo nella storia, come primizia dell'azione di salvezza di Dio e come profezia del Regno.

“I malati e tutti i sofferenti possono diventare veramente soggetto attivo di comunicazione in vista di una società più degna.

Quanti valori, quante dimensioni umane, quanti reconditi significati della vita i ‘cosiddetti sani o normali’ sono tentati di trascurare!

Il malato, il sofferente, chiunque è debole e trascurato, invece, se viene cordialmente aiutato, può diventare per tutta la società un richiamo potentissimo, che riesce ad esprimere dal proprio cuore e dal cuore di chi è solidale con lui, sentimenti ignorati e disattesi, quali, il coraggio, la speranza, la non rassegnata sopportazione, la fraterna dipendenza reciproca, il senso del limite, l’attesa operosa di un mondo nuovo creato dall’amore di Dio” (Card. C. M. Martini 1980).

Seconda Parte

Alla scuola del malato

1. Per una nuova cultura della salute e dell’amore

Se l’ambito della cura della salute è chiamato a diventare il “laboratorio” di una nuova civiltà dell’amore, c’è da chiedersi se questo può avvenire senza che una società e una comunità cristiana si mettano in attento ascolto del magistero del malato.

Nella nostra epoca i successi della scienza e della tecnica permettono di raggiungere, in grado finora sconosciuto, un benessere materiale che, mentre favorisce alcuni, conduce altri all’emarginazione. In tal modo, questo progresso unilaterale può comportare anche una graduale scomparsa della sensibilità per l’uomo, per ciò che è essenzialmente umano. In questo senso, soprattutto i nostri giorni attendono la manifestazione di quel “genio” della persona sofferente che assicuri la sensibilità per l’uomo in ogni circostanza: per il fatto che è uomo!

Il Papa Giovanni Paolo II, padre e maestro anche nella sofferenza, ci richiama a volgere il nostro sguardo a Cristo. Dall’alto della sua croce, dice a ciascuno di coloro che soffrono fisicamente o moralmente: “la sofferenza è una vocazione ad amare di più; è una chiamata misteriosa a partecipare all’infinito amore di Dio per l’umanità, quell’amore che ha portato Dio a incarnarsi e a venire in-

chiodato sulla croce”⁷⁶. Sono parole di luce per tutti, perché il mistero della sofferenza ci afferra: o per portare la croce in noi o per dividerla negli altri. Il percorso è tracciato per tutti, fino ad indicare la strada per una civiltà dell’amore e della speranza: ricostruire la persona umana cominciando dal dolore e dalle sofferenze involontarie.

Le mani e il cuore dei sofferenti e dei malati non sono vuote agli occhi di Dio: racchiudono un tesoro prezioso che la Chiesa con cuore materno deve riconoscere ed evangelizzare e valorizzarlo come servizio apostolico e missionario, per la salvezza, per la promozione umana. Di fronte ad un mondo che corre sui binari dell’efficienza: produrre, produrre, produrre... che stiamo a far noi, gente lacerata da tanto dolore che ti immobilizza e ti inchioda sulla sedia a rotelle? Se dovessimo lasciare la croce su cui siamo confitti, ma non sconfitti, il mondo si scompenserebbe. È come se venisse a mancare l’ossigeno nell’aria, il sangue nelle vene, il sonno nella notte. La sofferenza tiene spiritualmente in piedi il mondo. Nella stessa misura in cui la passione di Gesù sorregge il cammino dell’universo verso il traguardo del Regno.

- 1) Come la comunità cristiana, anche per superare il rischio di una pastorale efficientista, può concretamente dar voce al malato? Con quale opera di sensibilizzazione, con quali iniziative...?
- 2) Come valorizzare la testimonianza del malato in relazione alla speranza cristiana e del futuro, promesso da Dio in un contesto che desidera riscoprire un orizzonte di speranza?

2. Il malato soggetto attivo di evangelizzazione

Va superata una visione riduttiva e perfino il rischio della presunzione che porta a pensare la persona, in condizione di malattia e sofferenza, solo come oggetto passivo di aiuto e non come soggetto attivo di comunicazione di valori che consentano di comprendere meglio il senso e la ricchezza inesauribile della vita e che cosa significhi ‘prendersi cura della salute’ a tutti i livelli.

Non si tratta di intervenire con un’opera educativa solo per favorire l’inserimento, l’integrazione e la promozione della persona sofferente nella società, nella comunità cristiana ed in ogni ambiente di vita. Si tratta, e questo diventa più difficile, di intervenire anche

⁷⁶ Discorso al Centro Volontari della Sofferenza, Città del Vaticano 17 maggio 1987.

sulla società e sulla comunità cristiana perché diventi capace e degna di accogliere i valori che la persona sofferente porta con sé.

Le persone sofferenti non siano solo accolte passivamente nelle nostre parrocchie, come se i malati fossero solo ricettori di una prestazione pastorale. Tenendo conto della loro condizione, siano riconosciuti non solo come *invitati da Dio a unire le loro sofferenze*, ma anche *inviati nella vigna del Signore* (cfr. ChL 53) a trasmettere agli altri la forza del rinnovamento e la gioia del Cristo Risorto.

Continua il Papa: “Contiamo su di voi per insegnare al mondo intero che cos’è l’amore (ChL 53). “Uno dei fondamentali obiettivi di questa rinnovata ed intensificata azione pastorale, che non può non coinvolgere e 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).

Che la malattia proponga un compito alla libertà – un dovere, o una serie di doveri – è affermazione che dovrebbe apparire subito convincente, al di sopra di ogni ragionevole dubbio. E invece tale riconoscimento è sempre apparso ‘inattuale’, addirittura urtante. La cultura corrente riconosce soltanto compiti di altri nei confronti del malato; considera di cattivo gusto, se non addirittura crudele, l’idea che si possa aggravare la condizione di chi già soffre parlando a lui di doveri. Sembra quasi che, a chi è malato, non si deve in alcun modo parlare di doveri; di lui occorrerebbe avere soltanto pietà, o a lui occorrerebbe riconoscere soltanto diritti. Non dipende dalla scelta di altri, dal loro buono o cattivo gusto, decidere se la malattia proponga doveri. Molto prima che possa decidere chicchessia, il malato stesso avverte la propria condizione come intimazione di un debito: “Anche voi dovete lavarvi i piedi gli uni gli altri” (Gv 13, 14). Il debito della reciprocità, dunque, è elemento qualificante dell’amore cristiano. Il dovere a cui qui pensiamo, infatti, anche nel caso del malato, è quello che egli ha nei confronti dei suoi fratelli. Da questo riconoscimento dipende la stessa possibilità da parte di chi è provvisoriamente ‘sano’ di stare accanto al fratello malato come chi è prossimo, come chi è personalmente riguardato dalla vicenda dell’altro, e non invece come chi si china sull’altro da una condizione privilegiata al di là del disagio.

La malattia propone alla persona stessa un compito. Quale esso sia, non è facile dirlo. Si tratta di tradurre, manifestare e attuare la chiamata dei sofferenti, riscoprendo il loro posto nella Chiesa, riconoscendo i loro carismi, rinnovando l’azione pastorale in modo che essa tenga veramente conto delle loro esigenze e ricchezze. Significa fare loro posto, anche fisicamente, nelle chiese e nei luoghi di riunione, facilitandone l’accesso anche con accorgimenti tecnici.

Si tratta di disegnare la forza progettuale della Chiesa, che deve mettersi in ascolto della coscienza della persona sofferente. Solo questo ascolto può individuare le vie “di salvezza”, può fare gesti sananti; ma anche riconoscere i propri ritardi e miopie circa il riconoscimento e la valorizzazione del ministero proprio delle persone sofferenti.

3. Una costruttiva visione della vita e della salute

La società e la cultura appaiono segnate – in modo ambivalente e secondo le situazioni – o da una resa passiva davanti al limite umano o dallo stesso rifiuto nell'accettarlo, oppure da atteggiamenti presuntuosi di onnipotenza umana. La crisi di verticalità che tenta di nascondere Dio e di velare l'uomo a se stesso, l'individualismo che porta a bilanciare tutto su se stessi, la fatica di vivere nel tempo e di avere un giusto senso del tempo, che indebolisce l'attesa, la perseveranza, svuota il silenzio, la produttività e l'approvazione esterna da parte degli altri sembrano determinanti nel processo di interpretazione del proprio soffrire e influiscono sulla portata di senso. Quando si identifica il benessere con la realizzazione di sé, la sofferenza assume la portata di umiliazione della qualità dell'esistenza. Più che vivere il disagio, c'è l'obbligo di liberarsene per giungere ad una esistenza sana e possibile. Non mancano atteggiamenti sociali e culturali di indifferenza e passività nei confronti dei malati. Nel mito terapeutico i rimedi proposti contro il soffrire convergono nell'obiettivo di incrementare, in chi è nel disagio, la forza del sapere, per cui “più sai, più superi”, oppure tentano di aumentare la forza dell'io: “più ti conosci, più ti possiedi”, dove a seconda dei modelli di riferimento, questo “più” riguarda l'inconscio, le tecniche specialistiche, la cultura della cura esasperata del proprio corpo. Il problema sta nel fatto che anche gli atteggiamenti presuntuosi di onnipotenza umana mettono fuori gioco il senso della sofferenza e del limite.

La domanda si fa seria quando ci mettiamo in ascolto del malato: il disagio è qualcosa da togliere con il balsamo della terapia o qualcosa da vivere con il balsamo dell'invocazione? Il balsamo non è soltanto quello che ci libera dal disagio, ma soprattutto quello che salva il disagio. Si tratta di salvare il dolore, assumendolo per dominarlo e vincerlo, non di salvarsi dal dolore. Dire che il disagio è sanato non vuol dire che è abolito.

Le domande di fondo, implicite in ogni uomo di ogni tempo, sono diventate le domande esplicite di ogni membro dell'umanità intera. Cosa mi dà, alla fine, la voglia di vivere? Perché ne vale la pena? Ed io, chi sono? Qualcuno mi ama, al punto da assicurarmi che questa voglia di vivere non si infrangerà di fronte a nulla, neppure di fronte alla sofferenza e alla morte?

Sono domande esplose nella vita personale e sociale con una forza del tutto inedita, che hanno messo in moto una ricerca spasmodica di felicità e destato energie di libertà prima impensate. Mai esse erano emerse in maniera così diretta ed esplicita dal terreno delle scienze bio-mediche, economiche, politiche.

In questo contesto, il mettersi alla scuola dell'esperienza del malato e del sofferente non potrebbe diventare un percorso di una più sapiente e costruttiva visione della vita e della cura di essa?

Certamente, chi vive la sofferenza e la malattia si imbatte continuamente sulla questione del significato della sua vita. Niente come la sofferenza e la morte è disarmante, svela il limite, la debolezza, la fragilità, l'indigenza strutturale dell'uomo, contribuendo così ad affinare le domande di vita. Ma, facendo un passo ulteriore, si può dire che niente come la sofferenza e la morte mette in gioco il significato dell'uomo, perché esse mettono in gioco ciò per cui l'uomo vive, accetta che valga la pena vivere, svelano dove l'uomo, ognuno di noi, pone il valore della sua vita. La sofferenza e la morte sono quindi in questo senso la prova più radicale della verità dell'uomo e ne provano la consistenza. L'esperienza dei propri limiti e il riconoscimento delle proprie forze e debolezze sono preziosi per la conoscenza di sé, aprono la strada a risposte sane a tutte le sfide della vita. Il malato ci può condurre ad una nuova ed inesplorata ricchezza della personalità e dell'opportunità di crescita per una identità integra e sana.

L'insegnamento del malato

La persona che vive esperienze di sofferenza si apre ad una scuola di vita, capace di tracciare la via verso una maggiore maturità personale ed una migliore comprensione delle persone.

1. *Il malato testimonia:*

- L'importanza e il valore della vita in ogni istante e situazione, in un contesto che talvolta o spesso non la considera nella sua totalità o la strumentalizza o addirittura la disprezza. L'esperienza del malato può favorire il recupero attento di un contributo concreto alla centralità del valore della vita, perché sia sempre più motivata dai valori evangelici e meno schiava dell'egoismo e della violenza, capace di onorare, rispettare e promuovere la dignità umana e la responsabilità. La testimonianza del malato consiste nel favorire una comunità che si adoperi per una cultura capace di promuo-

vere i valori della vita, di aiutare a riflettere sul dono della salute e sull'esperienza della vulnerabilità e della morte come realtà essenziali.

- La necessità di una personale e collettiva responsabilità nel prevenire le cause di malattia assumendo stili sani di vita. Dobbiamo impegnarci tutti, a tutti i livelli per cercare una via di speranza, di relazione e di crescita più umana. Anzitutto riconosciamo che tanti disagi, anche psichici, vengono provocati ed acuiti dalla nostra vita convulsa, aggressiva, tesa solo al benessere e alle rivendicazioni, incapace di certezze serene, di pacata sopportazione, di convivenza rispettosa e pacifica, di robuste tensioni spirituali. L'impegno a migliorare la qualità della vita sociale diventa un fattore importante per rasserenare la vita di tanti sofferenti e quasi un anticipo di quella pace gioiosa del Regno di Dio promessa.

- L'urgenza che la persona in condizione di malattia non sia lasciata sola e venga debitamente curata dalla società e dalla comunità cristiana. La pastorale della salute richiede "testimoni" – i sofferenti stessi, "soggetti responsabili e attivi dell'opera di evangelizzazione e di salvezza" – che non siano condizionati dalla frette, dall'individualismo, dall'approccio devozionale o dal facile richiamo alla rassegnazione, ma capaci di instaurare dialoghi aperti e sananti, sappiano individuare bisogni e risorse, e si sentano impegnati a lavorare in comunione con gli altri.

2. Il malato educa:

- A scoprire il valore delle realtà essenziali della vita: è strano, però capita di riconoscere, non senza sorpresa, quanto in realtà sono importanti e preziose le persone con le quali si vive insieme soltanto nel momento in cui sopraggiunge la sofferenza. Quando la sofferenza intralcia la strada ed impedisce i normali progetti ed attività di vita, allora capita che si affaccia e si impone una nuova consapevolezza e si aprono gli occhi su quanto è prezioso per la verità della propria vita. Colui che fa esperienza di malattia, di sofferenza psichica scopre talvolta, e aiuta a scoprire, quanto sia importante l'amore, l'amicizia, il sorriso.

- A scoprire il limite e la provvisorietà della vita umana: esprime la verità della persona di fronte al grande mistero dell'esistenza umana. Il vissuto di sofferenza nelle piccole e grandi imprese della vita obbliga a pensare più umilmente riguardo a se stessi. Tante false rappresentazioni e giudizi circa noi stessi vacillano o crollano e per forza maggiore vengono abbandonati. Anche tanti valori in

altre situazioni esaltati vengono demistificati, disincantati e ridotti a dimensioni più veritiere, aiutando a cogliere il valore di ogni istante del quotidiano e di ogni dono, aprendosi all'orizzonte della promessa e dell'amore di Dio.

- A comprendere alla luce della fede, che la sofferenza, pur conservando i tratti dell'assurdo, pur restando sorgente di una lacerazione interiore difficilmente risanabile, proiettata sullo sfondo della croce di Cristo, assume un significato che va oltre la semplice valorizzazione umana, in quanto dischiude la via della partecipazione alla salvezza. Se dal mistero pasquale di Cristo crocifisso e risorto impariamo a dare senso al dolore, allora questo diventa un evangelo, un annuncio per tutti.

3. *Il malato chiede:*

- Una professione sanitaria che abbia un'anima: è urgente l'impegno per una ripersonalizzazione delle professioni sanitarie, che favoriscano l'instaurarsi di un rapporto dalle dimensioni umane con il malato. Ciò che è in gioco è l'umanizzazione dell'intero sistema sanitario, che dalle parole deve passare ad atteggiamenti e scelte concrete. Umanizzazione sia dei rapporti degli operatori con i malati, sia delle diverse strutture sanitarie; ma ancora più profondamente, una umanizzazione della condizione del nascere, del soffrire e del morire. La cura della persona non deve ridursi solamente a terapia, ma deve aprirsi ad un più disteso ed ampio prendersi cura della persona.

- Un'economia che non sia prepotente: la salute ha dei costi, ma non deve avere prezzo. Il rapporto bisogno-risorse è riduttivo, e in ambito sanitario il criterio del calcolo minimo di risorse per il maggior numero di bisogni risulta di per sé solo inadeguato, se non addirittura nocivo. Per salvare il bisogno integrale di salute, di fronte ad una cultura che sembra spingere a considerare l'intero sistema sanitario come una qualsiasi azienda, la salute come un prodotto ed il malato come un cliente, è urgente e necessario riaffermare la centralità della persona umana. È proprio la persona malata che può aiutarci a usare correttamente le risorse economiche tuttora disponibili, senza inutili sprechi per altri interessi, soprattutto essa ci aiuta a capire che la sfida più grande è quella di rispettare, salvare e promuovere sempre ed in ogni condizione la dignità della persona.

- Una riorganizzazione sanitaria che abbia sempre come finalità la cura di ogni persona e la scienza a servizio della vita. La scoperta del senso più vero e dell'esigenza più impegnativa della

centralità della persona, ogni volta che si parla di salute e di sofferenza, sembra essere difficile, soprattutto nel contesto di una sanità che cambia. Anche in sanità, si può esaltare l'uomo nel suo valore più profondo, oppure lo può minacciare; può essere il risultato di condizionamenti, pressioni e interessi passivamente subiti, o può segnare il punto di partenza per un cambiamento a misura d'uomo. Perché la riorganizzazione sanitaria sia efficiente, occorre anche e inescandibilmente che tutta l'azione sanitaria sia svolta al massimo delle capacità umane. Ciò comporta l'impegno a promuovere le condizioni idonee per la salute, a migliorare strutture inadeguate, ad eliminare le cause di molte malattie, a favorire la giusta redistribuzione delle risorse sanitarie, a sostenere la ricerca scientifica, a dare vita ad un'azione amministrativa responsabile e coraggiosa nel definire sia gli standard di qualità sia i limiti dei servizi prestati, a realizzare modalità organizzative meno burocratiche e più orientate a rendere certe ed evidenti le responsabilità e i compiti di ciascuno.

• Una comunità cristiana che sia più attenta al mondo della salute e della malattia per riconoscerlo come terreno privilegiato di Vangelo e si impegni a crescere come comunità che educa alla cura della salute. La persona sofferente si affida ad una rivalutazione della missione della comunità cristiana che si prende cura dei sofferenti, quale contesto vitale che concorre a far uscire dall'isolamento e dalla condizione di inutilità il malato.

“L'amore, certo, non riesce su questa terra ad eliminare ogni handicap ed ogni sofferenza, ma questo non significa che esso diventi inutile ed inoperoso.

La riabilitazione, le cure mediche, gli interventi tecnici hanno un limite; l'amore no!

Quando le altre cose finiscono, l'amore continua la sua opera di promozione dell'uomo.

Anzi si può dire che comincia il tempo più vero dell'amore:

- è il tempo della condivisione, del 'portare gli uni i pesi degli altri' per renderli più sopportabili;
- è il tempo del coraggio e della speranza;
- è il tempo dell'umile e magnanima accettazione della propria condizione umana;
- è il tempo della fiducia in Dio e nella sua promessa di vita e di gioia;
- è il tempo della scoperta di nuove dimensioni della vita umana e di nuove forme di comunicazione” (Card. C. M. Martini 1981).

“Se tu conoscessi il dono di Dio”, dice Gesù alla Samaritana durante uno di quei mirabili colloqui che mostrano quanta stima egli abbia per la dignità di ogni uomo e per la vocazione che le consente di partecipare alla sua missione di Messia.

Le presenti riflessioni sono orientate a riconoscere all'interno del “dono di Dio” ciò che egli, creatore e redentore, affida all'uomo: all'uomo nella cura della salute e nella lotta contro il male, ma anche all'uomo segnato dalla sofferenza, chiamati a riconoscere, nell'orizzonte di una salute piena, l'amore di Dio che mai viene meno e l'amore dell'uomo donato e condiviso, come vie efficaci e di speranza per una nuova qualità di vita e di cura della salute.

La Vergine Maria, che fin dall'inizio ha compreso che la sua vocazione di donna e di madre era segnata dal mistero dell'amore e del servizio, ma anche della sofferenza e l'ha accettata con umiltà e abbandono, ci aiuti a leggere in questa luce la nostra vita e ci renda capaci di donarci in umiltà e serenità perché nessuna croce umana sia trascurata e dimenticata, e nessuna rimanga senza senso e senza ascolto.



Vota sulla Giornata Mondiale della Salute Mentale

10 ottobre 2005

† Cardinale JAVIER LOZANO BARRAGÁN - Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

1. In occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale che quest'anno ha come tema: "Salute mentale e fisica durante tutta la vita", come Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, desidero fare una riflessione per esprimere la viva attenzione con cui la Chiesa segue i problemi della sanità e della salute. La salute è un patrimonio inestimabile e la salute per tutti è fondamentale per garantire la pace e la giustizia tra i popoli.

2. La condizione sanitaria dei singoli individui, delle famiglie, delle comunità e delle nazioni è determinata da variabili ambientali, biologiche, psicosociali, socio-culturali, spirituali, economiche e politiche, in transazione tra di loro. Fattori economici colpiscono la pianificazione e l'attuazione sanitaria nonché l'accesso alle cure sanitarie, la responsabilità dei dispensatori sanitari, la qualità e i risultati dei trattamenti, l'intensità e l'ampiezza della ricerca e della formazione. La promozione della salute, la prevenzione delle malattie ed una condivisione di rischi connessi alla salute (ambientali, comportamenti ad alto rischio – compreso il fumo, le malattie sessualmente trasmissibili, l'abuso di sostanze stupefacenti e la dipendenza – violenza e malattie), nel senso più vasto, sono tutte responsabilità congiunte di piani nazionali sanitari, aziende, governi, dispensatori sanitari.

3. Nell'ambito della salute mentale, tali considerazioni assumono una rilevanza particolare. L'Organizzazione Mondiale della Salute riporta che 450 milioni di persone nel mondo sono affette da problemi mentali, neurologici o comportamentali e che 873 mila persone si suicidano ogni anno. Il disagio mentale costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria: il 25% dei Paesi non ha una legislazione in materia; il 41% non ha una politica definita per la salute mentale; in più del 25% dei centri sanitari, i malati non hanno accesso ai farmaci psichiatrici essenziali; il 70% della popolazione dispone di meno di un psichiatra per 100.000 persone. I disturbi mentali colpiscono con maggiore frequenza le popolazioni sfavorite dal punto di vista intellettuale, culturale ed economico. Milioni di creature sono costrette a portare nei loro corpi e nelle loro menti le conseguenze di una scarsa alimentazione, di conflitti armati nonché il succedersi di

catastrofi naturali gigantesche con il loro pesante carico di morbilità e di mortalità.

4. È urgenza di una forte azione preventiva delle malattie mentali. La diagnosi precoce, l'intervento ai primi segnali di disagio e di sofferenza, la realizzazione di specifiche misure di intervento, rappresentano lo strumento primario di tutela della salute mentale. È necessario garantire la diffusione di una reale educazione alla salute e promuovere stili di vita sani coerenti ad una cultura dei valori. La stessa scienza medica riconosce uno strettissimo rapporto tra il manifestarsi o l'aggravarsi di alcune patologie e turbe mentali e la odierna crisi di valori. Ne è conferma l'interdipendenza tra l'Aids, la tossicodipendenza e l'uso disordinato della sessualità. Non è possibile tacere di fronte alla continua aggressione alla serenità e all'equilibrio mentale, costituita da modelli sociali che portano alla strumentalizzazione dell'uomo e a pericolosi condizionamenti della sua libertà. La crisi di valori e l'affermazione di disvalori che accrescono la solitudine, fanno cadere le tradizionali forme di coesione sociale, sfaldano i gruppi di aggregazione, in particolare sul piano culturale e screditano il benemerito istituto della famiglia. Anche la mentalità dominante delle nostre società, sempre più chiuse ed egoistiche, porta a rimuovere la sofferenza e ad emarginarla, con gravi conseguenze sulla salute mentale dei cittadini.

5. La Chiesa cattolica ha sempre dato il suo contributo sia nel prevenire che nell'assistere i malati di mente e le loro famiglie sul piano medico-assistenziale, sociale, spirituale e pastorale. Noi siamo coscienti di trovare specialmente nei malati mentali la preziosa immagine di Dio che nel Cristo sofferente, come dice il Profeta Isaia "non ha apparenza né bellezza per attirare i nostri sguardi, non splendore per provare in lui diletto" (Is. 53, 2); è lì che si trova la forza redentrice di tutta l'umanità. Conseguentemente, sono tanti i progetti e i programmi di formazione, prevenzione e di assistenza, cura e accompagnamento pastorale dei malati, che le chiese locali, gli istituti religiosi e le associazioni laicali portano avanti con amore, senso di responsabilità e spirito di carità. Con il loro operato dimostrano che la malattia della mente non crea fossati invalicabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana con chi ne è vittima.

6. Rivolgo pertanto questa riflessione a tutti i responsabili della società incaricati di vegliare sulla salute pubblica affinché cerchino di trovare un urgente aiuto a questi malati, tanti dei quali si trovano per le strade o nello loro famiglie dove non possono ricevere l'aiuto tecnico scientifico del quale hanno bisogno; e dispongano di strumenti efficaci di intervento per difendere l'elementare diritto all'accesso alle cure e all'equità nella salute nel pieno rispetto dell'integrità e della dignità del malato.

Javier Cardinale Lozano Barragán

Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute

M

essaggio per la 53ª Giornata Mondiale dei malati di lebbra 29 gennaio 2006

† Cardinale JAVIER LOZANO BARRAGÁN - Presidente del Pontificio
Consiglio per la Pastorale della Salute

«Signore, se vuoi,
puoi guarirmi».
(Mt 8, 2)

Fedele al suo Maestro e Signore, Gesù Cristo, la Chiesa cattolica mantiene sempre viva e operante la consapevolezza di essere inviata nel mondo per annunciare il Vangelo del Regno di Dio e per curare gli infermi (cf Mt 10, 1; Mc 6, 3; Lc 9, 1-6; 10, 9).

Come Gesù che incontra il malato di lebbra, ne accoglie il grido “Signore, se vuoi, puoi risanarmi”, lo guarisce e lo restituisce alla vita sociale (cf Mt 8, 2-4), la Chiesa in questa “53ª Giornata Mondiale per i malati di lebbra” desidera mettersi in ascolto delle tante persone che ancora nel mondo sono colpite dal morbo di Hansen, cioè dalla lebbra, e, attraverso il Pontificio Consiglio per la pastorale della salute, vuole dare voce al loro grido di aiuto, perché tutti insieme ci sentiamo coinvolti con le diverse possibilità e responsabilità nell’impegno di offrire risposte concrete ai bisogni di cura dei malati di lebbra.

Se, infatti, il progresso scientifico, farmacologico e medico consentono oggi di poter disporre di medicinali e di cure terapeutiche efficaci per la guarigione dalla lebbra nei suoi primi stadi, tuttavia rimangono ampie fasce di persone malate e vaste zone nel mondo, che non usufruiscono ancora di queste possibilità di cura, per diverse cause che andrebbero analizzate e valutate. Alcuni dati riportati dalla “*World Health Organization*” ci fanno pensare: all’inizio del 2005, i casi dichiarati di lebbra erano in Africa 47.596, in America 36.877, nel Sud-Est Asia 186.182, nel Mediterraneo orientale 5.398, e nel Pacifico occidentale 10.010. Non mancano, fortunatamente, sempre secondo la WHO, anche alcuni dati che parlano di un regresso della malattia almeno stando ai dati dichiarati: dai 763.262 malati nel 2001 si è passati ai 407.791 nel 2004. La giusta e condivisa soddisfazione per i risultati raggiunti nella lotta contro il morbo di Hansen, non deve significare un minore impegno o una dimenticanza dei bisogni permanenti, delle cause endemiche del morbo, dei pregiudizi ancora esistenti, delle eventuali disfunzioni organizzative. Una caduta di attenzione al problema sarebbe particolarmente dannosa proprio nel momento in cui, se fortemente lo

volessimo, si potrebbe fare uno sforzo decisivo per tentare di debellare definitivamente e in ogni parte del mondo la malattia della lebbra.

Questo impegno richiede certamente una migliore e più costante collaborazione tra Organismi internazionali, Governi nazionali e regionali, Organizzazioni non governative impegnate in questo campo, Chiese locali e realtà operanti nel territorio, attorno a programmi mirati e tra loro collegati, per rispondere meglio alle attuali necessità di prevenzione e di cura delle persone a rischio o già malate di lebbra.

Tra le necessità a cui oggi si è chiamati a rispondere, oltre allo sviluppo dell'organizzazione e di canali più efficienti e garantiti per la distribuzione gratuita dei farmaci, e la cura attenta dell'igiene, c'è la necessità di preparare soprattutto nei diversi paesi e nelle zone dove è maggiormente presente la lebbra, gruppi di operatori socio-sanitari che siano in grado di agire nel territorio diagnosticando per tempo la presenza del morbo e di curarlo sia in fase iniziale che in fase di crescita.

Ne consegue da una parte la necessità di progetti formativi debitamente programmati, dall'altra la necessità di avere una conoscenza più precisa della realtà e delle zone non sufficientemente servite o non ancora raggiunte dai diversi programmi sociali e terapeutici.

Un pensiero particolare e affettuoso, in questa "53ª Giornata Mondiale dei malati di lebbra", il Pontificio Consiglio per la pastorale della salute desidera rivolgere a tutte le comunità cristiane sparse nel mondo, ai loro Pastori, a tutti i missionari e le missionarie, per esprimere nei loro confronti una profonda e fraterna riconoscenza per l'impegno profuso nella lotta contro la malattia della lebbra e nella cura amorevole delle persone che ne sono state colpite. Non si può, infatti, dimenticare come, da sempre, la Chiesa in tanti paesi del mondo si sia adoperata con totale dedizione per l'accoglienza, la cura e il reinserimento sociale dei malati di lebbra. La celebrazione di questa 53ª Giornata Mondiale deve diventare per tutte le nostre comunità invito per rinnovare il nostro comune impegno di solidarietà, di sensibilizzazione al problema, di sostegno alle nostre missioni particolarmente impegnate in questo campo e a coloro che operano, ai diversi livelli, nella lotta contro la malattia della lebbra.

Domenica 29 gennaio, particolarmente, invito le nostre comunità a "fare memoria", nella Celebrazione Eucaristica del Corpo Totale di Cristo presente in tante persone e in famiglie che ancora soffrono per la malattia della lebbra, con l'auspicio che l'Eucaristia, attualizzazione e manifestazione dell'amore e della solidarietà sal-

vante di Dio per noi e per tutti gli uomini, diventi la sorgente di un amore e di una solidarietà più grande da parte nostra verso le persone sofferenti e malate di lebbra, capace di edificare una umanità più giusta, fraterna e in pace. Sarà questo un modo concreto per manifestare che “Dio è Amore che salva, Padre amorevole che desidera vedere i suoi figli riconoscersi tra loro come fratelli, responsabilmente protesi a mettere i differenti talenti a servizio del bene comune della famiglia umana. Dio è inesauribile sorgente della speranza che dà senso alla vita personale e collettiva”. (*Benedetto XVI, Messaggio per la celebrazione della Giornata Mondiale della pace, 1 gennaio 2006*)

Cardinale Javier Lozano Barragán
*Presidente del Pontificio Consiglio per la Pastorale
della Salute*

INFORMAZIONI E DOCUMENTAZIONE

Nelle pagine seguenti, insieme a una scheda informativa nel “Camillianum” e il suo qualificato servizio formativo, si ritiene utile presentare in parte la documentazione su una significativa esperienza delle diocesi di Torino per una migliore integrazione della pastorale della salute nell’interno della pastorale generale. La diocesi ha dedicato, infatti, una sessione del Consiglio Pastorale Diocesano al tema della pastorale della salute. Di tale incontro riportiamo la relazione introduttiva di don Marco Brunetti, direttore dell’Ufficio diocesano.



a pastorale della sanità

Relazione a cura di d. M. BRUNETTI - Direttore Ufficio pastorale della salute della diocesi di Torino, tenuta nella nona sessione del X Consiglio pastorale diocesano

INTRODUZIONE

Ringrazio il Cardinale Arcivescovo e la Segreteria del Consiglio Pastorale Diocesano che hanno voluto mettere all'ordine del giorno di questo consiglio il tema della Pastorale della Sanità.

È questo un ulteriore segno dell'attenzione che il nostro Arcivescovo, e la nostra Chiesa, ha nei confronti di una pastorale d'ambiente importante come quella della Sanità e della Salute, che opera a favore degli ammalati e di quanti si prendono cura di essi.

Il mio intervento si svilupperà iniziando da una breve premessa sul significato della Pastorale della Salute, alla luce delle indicazioni del Magistero della Chiesa, presenterà poi una sintetica fotografia dei nodi e della realtà sanitaria in Piemonte ed infine illustrerà l'azione pastorale della Chiesa nelle strutture sanitarie e sul territorio attraverso le U.P., le Parrocchie e l'associazionismo cattolico in Sanità.

PREMESSA

La pastorale della salute si propone di promuovere la presenza e l'azione pastorale della Chiesa nel mondo della Sanità e di curare la formazione umana e cristiana degli operatori socio-sanitari.

Questa azione pastorale è compito di tutta la comunità cristiana, perché il tempo della malattia o lo sforzo di preservare e di curare la salute, sono ambiti privilegiati della testimonianza cristiana: infatti gli operatori sanitari e pastorali, *«promuovendo progetti intesi a rendere più umani gli ambienti di salute o cooperando a quelli già in atto, sono chiamati a offrirvi il contributo specifico della loro visione cristiana dell'uomo»* (C.E.I., Nota La pastorale della salute nella Chiesa italiana, 1989, n. 21).

Nella pratica quotidiana la pastorale della salute comprende azioni e gesti molteplici: dalla visita e accompagnamento religioso dei malati, familiari e personale sanitario, al loro coinvolgimento nella catechesi, nell'animazione liturgica e sacramentale ed in altre attività pastorali.

Questo impegnativo sforzo di evangelizzazione e di testimonianza non può essere considerato e vissuto come opera solitaria di alcuni incaricati, né può essere improvvisato. Solo un impegno, comune e progettuale, di persone motivate potrebbe portare risultati innovativi e soddisfacenti: *«L'assistenza amorevole agli ammalati raggiungerà più efficacemente il suo scopo se si eviteranno facili dele-*

ghe a pochi individui o gruppi e se si organizzeranno sapientemente gli interventi della comunità» (C.E.I., op. cit., n. 24).

La Chiesa, d'altra parte, più ancora che pratica di singoli, è testimonianza di uno spirito comunitario.

LUCI E OMBRE DELLA SANITÀ PIEMONTESE

Sullo sfondo delle considerazioni fatte finora bisogna segnalare luci ed ombre del Servizio Sanitario nella Regione Piemonte.

Pur in presenza di un servizio sanitario che ha in Piemonte alcune significative punte di eccellenza (trapianti, oncologia, emergenza, etc.), vi sono alcune ombre che si stendono sulla sanità piemontese.

Ad oggi non sappiamo a quale punto sia il Piano Sanitario Regionale, che ha come obiettivo quello di programmare ed organizzare la Sanità in Piemonte, di indicarne priorità e risorse, di progettare soluzioni.

Le risorse destinate alla Sanità vanno considerate come investimento, e ai servizi sanitari devono poter accedere tutti, a prescindere dal reddito e dalla condizione sociale, per ogni prestazione necessaria, dalla prevenzione alla riabilitazione. Il finanziamento del sistema sanitario va garantito in modo equo e la compartecipazione dei cittadini deve essere in ragione del reddito.

Un'attenta programmazione e controllo (che ha presentato in questi anni numerose carenze) può evitare, o ridurre, gli sprechi, la duplicazione inutile dei servizi, specie i più costosi, utilizzando al meglio le risorse disponibili.

Alcune azioni sono state poste in atto, ma forse era possibile fare di più.

La logica del profitto e del libero mercato porta ad una insostenibile lievitazione dei costi, ad un'offerta eccessiva delle cure più costose, ad una ridotta attenzione delle fasce più deboli della nostra società.

Le dimissioni a breve dagli ospedali, i livelli essenziali di assistenza (LEA), impongono un'assistenza sociale che integri quella sanitaria, attraverso le RSA, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che non sempre trova adeguata risposta ed equilibrio sul territorio, tale integrazione va comunque garantita per non lasciare i malati e le famiglie soli con i loro problemi.

I criteri economici non possono diventare l'unico parametro nell'erogare salute ai cittadini; si corre il rischio di creare una medicina per l'economia ed il "business" e non un'economia per la medicina a servizio dell'uomo.

I vistosi tagli effettuati dalle nostre Aziende Sanitarie soprattutto ai posti letto, portano a lunghi tempi di attesa per i ricoveri, favorendo indirettamente una sanità privata che non sempre dispone dei requisiti necessari a garantire la puntualità del servizio.

L'intervento di riordino della rete ospedaliera, pur rinnovata nelle strutture ed in corso di ammodernamento, appare improcrastinabile. Riteniamo però che occorra prudenza, operando, ove necessario, le opportune riconversioni, ma avendo come riferimento primario il bisogno di assistenza sanitaria espressa dalla popolazione più che la "redditività" economica del servizio.

Il mancato sostegno, anche economico, a strutture convenzionate ed in rete (benemerite dal punto di vista sanitario – vedi ad esempio il Mauriziano –), ha portato ad un impoverimento di strutture sul territorio.

Appare altresì emergente la necessità di potenziare la riflessione etica nella Sanità, a tutti i livelli.

Ci auguriamo che ogni azienda sanitaria ospedaliera, se ancora non l'avesse, costituisca il comitato etico, così come previsto dalle leggi vigenti.

Gli scandali, di cui la sanità piemontese è stata teatro in questi ultimi anni, costituiscono un segnale preoccupante, anche se numericamente ridotto rispetto alla grandissima maggioranza degli operatori che agiscono con correttezza e professionalità. Ma proprio la scoperta di casi di illegalità rende necessario un "risanamento morale" all'interno dell'organizzazione della sanità, che ha come scopo la tutela della salute dell'uomo "in toto".

In breve i nodi di una situazione non facile che non vede a breve una soluzione che possa veramente garantire quanto dice la nostra Costituzione in relazione al diritto alla salute che va garantito a tutti i cittadini.

L'AZIONE PASTORALE DELLA NOSTRA CHIESA

In questo scenario complesso e variegato del mondo della sanità, la nostra Chiesa ha svolto in questi decenni un'azione pastorale attenta, sia pure discreta, garantendo la sua presenza in tutti gli ambienti sanitari.

La preoccupazione dell'Arcidiocesi per una pastorale puntuale ed organizzata, fonda le sue radici nell'immediato dopo Concilio, quando il Cardinale Michele Pellegrino incaricò il compianto don Mario Veronese di occuparsi di questa pastorale, nominandolo Delegato Arcivescovile per il "tempo della malattia"; da allora la nostra Diocesi ha sempre avuto un ufficio pastorale operante in questo settore, con continui sviluppi, fino a i giorni nostri.

Vorrei dunque, in questa occasione, dare atto di un'autentica attenzione a questa pastorale da parte della nostra Chiesa ed degli Arcivescovi che si sono succeduti.

La priorità della Pastorale Sanitaria

La pastorale sanitaria si propone non tanto di fare quanto di essere: creare le condizioni umane spirituali per poter celebrare, nel-

l'incontro con il malato, una vera ed autentica relazione pastorale di aiuto.

È qui chiamata in causa la capacità di testimonianza dell'operatore pastorale. Innanzi tutto personale e umana: l'attitudine della compassione, cioè la capacità di entrare in empatia con il dolore umano, evitando la tentazione di confortare, consolare o incoraggiare in termini che più che alla condivisione rimandano alla rimozione dell'angoscia e del dolore. Il dolore va affrontato con la saggezza che nasce dalla riflessione e dall'attenzione profonda alle persone e alle situazioni e che rende l'operatore pastorale competente nel capire e nell'offrire indicazioni e risposte discrete alle persone che sono nel dolore o che pongono le grandi domande sul senso del vivere, del patire e del morire.

Un'altra attitudine umana fondamentale, che coinvolge direttamente il mandato della missione, riguarda la fedeltà dell'operatore: la sua capacità di ascoltare e di prestare attenzione alle persone e alle situazioni concrete, senza facili scappatoie consolatorie di fronte all'angoscia del dolore, testimoniando, in questo modo, nella sua essenza la fedeltà stessa di Dio, che in nessuna situazione abbandona i suoi figli, anche quando, come è avvenuto per il Figlio Gesù, permette il dramma e la sconfitta.

Il servizio agli ammalati è la strada maestra della spiritualità (della santità) dell'operatore pastorale; la sua testimonianza, infatti, è basata esclusivamente su un evento, su un fatto reale: l'incontro con il Cristo che lo ha coinvolto in tutta la sua persona. La sua vita di preghiera, l'attitudine al silenzio, l'esperienza di crescita all'interno della fraternità, ne fanno un contemplativo, profondamente motivato e capace di uscire da sé e di consegnarsi a quell'Amore che lo rende capace di darsi totalmente al suo servizio.

Sicuramente la pastorale sanitaria deve poi avere chiari anche i contenuti del cammino formativo: stabilendo le priorità, cioè le mete irrinunciabili sulle quali costantemente confrontarsi per realizzare un programma di catechesi sui temi più specifici della sofferenza, della malattia e della morte a partire dagli incontri personali, dalle celebrazioni sacramentali ordinarie e dagli eventi che riguardano, spesso in termini drammatici, la vita delle persone incontrate.

Quando la formazione catechistica e teologica si intreccia con la capacità umana di ascolto empatico delle persone, si creano le condizioni per l'integrazione profonda e dinamica tra la cura della salute e l'annuncio cristiano della salvezza e della grazia, in modo che la celebrazione dei Sacramenti esprima, nei termini più chiari, l'evento della benevolenza di Dio che si fa vicino all'uomo e diventi segno visibile di quella guarigione invisibile che libera l'uomo dal suo vero male e lo reintegra nella comunione con Dio.

Nel contesto della secolarizzazione avanzata di oggi, nel costante impatto con persone segnate da esperienze di Chiesa non sempre po-

sitive o portatrici di domande religiose non sempre chiare, la testimonianza personale, la cura delle celebrazioni liturgiche, la profondità e l'efficacia della catechesi, all'interno di un progetto unitario e coerente, costituiscono le priorità sulle quali verificare costantemente l'efficacia della pastorale della salute: se essa è evangelizzatrice, significativa, visibile, apprezzata, desiderata e accolta da tutti.

L'azione pastorale nelle strutture sanitarie

In questi ultimi anni, la nostra Chiesa ha fatto sua l'indicazione della C.E.I. riportata dalle note "La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana" del 1989 che ai nn. 79 e 80 dice: – *La Cappellania ospedaliera è espressione del servizio religioso portato dalla Comunità cristiana nelle Istituzioni Sanitarie. È composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici* –.

Il Sinodo Diocesano ha ribadito questa scelta pastorale, per cui nel Libro Sinodale al n. 70 si legge: – *Si provveda a istituire Cappellanie ospedaliere nelle quali diaconi, religiosi, religiose e laici specificatamente preparati affianchino il sacerdote nell'assistenza spirituale ai degenti ed al personale* –.

Indicazione questa realizzata dal nostro Cardinale Arcivescovo che ha costituito la Cappellania Ospedaliera ed ha approvato i relativi orientamenti programmatici con un decreto dell'11/02/2002.

Attualmente la nostra Chiesa torinese è presente nelle strutture sanitarie (ospedali, cliniche, R.S.A., case di riposo) attraverso l'impegno di 53 sacerdoti – di cui 42 a tempo pieno e 11 a tempo parziale –, di 10 diaconi permanenti e di 3 religiose, senza considerare quei Parroci che svolgono un servizio di assistenza religiosa in una qualche struttura appartenente alla propria parrocchia, pur non avendo per questo impegno una nomina specifica ed ufficiale da parte del Vescovo.

Come potete vedere le forze in campo non sono poche....

La metodologia del servizio Pastorale è passata da una concezione di tipo personalistico, e quasi esclusivamente sacramentale, ad un metodo che permette il servizio in équipe, chiamato appunto "Cappellania ospedaliera".

• La Cappellania

La Cappellania è fondamentalmente una nuova modalità di servizio pastorale basato sul lavoro in équipe e sulla continua ricerca delle sinergie a tutti i livelli, sia all'interno dell'ambiente ospedaliero che nella pastorale che si apre al territorio.

Questo obiettivo non potrà essere raggiunto senza acquisire una metodologia di programmazione e di verifica del servizio pastorale, attento alle dimensioni costitutive del lavoro in équipe.

Ad oggi le Cappellanie formalmente istituite con Decreto Arcivescovile sono due: A.S.O. 1 "San Giovanni Battista" (Molinette) e

A.S.L. 8 (ospedali di Chieri – Carmagnola e Moncalieri), altre sono in via di definizione.

Un nodo di questo ministero è la reperibilità di personale, ordinato e non, che si metta a disposizione per questo servizio, l'altro è la relativa formazione precedente e permanente all'incarico stesso.

A questo proposito, sempre il Sinodo Diocesano, ha stabilito che *"...in tutti i cammini di formazione deve essere favorito un accostamento sistematico alla pastorale sanitaria anche mediante l'attivazione di specifici corsi scolastici e la conseguente possibilità di espletare un tirocinio negli ospedali e nelle case di cura"* (Libro Sinodale n. 70).

Da questo punto di vista credo vi sia ancora molto da fare, in quanto dalle agenzie formative della nostra Diocesi, fatta eccezione per il Seminario Maggiore dove i seminaristi del 8° anno partecipano ad alcuni incontri con le cappellanie ospedaliere, non ho ancora percepito una particolare sensibilità alla formazione pastorale in sanità.

Credo che ciò sia urgente soprattutto nel cammino di studi dei Diaconi Permanenti, i quali sempre più sono chiamati a questo Servizio.

La formazione di questi Operatori (sacerdoti, diaconi, religiosi, religiose e laici) è lasciata al "Biennio di Pastorale Sanitaria" organizzato dai Camilliani in collaborazione con il Pontificium Camillianum di Roma ed il nostro Ufficio, agli incontri formativi dell'A.I.Pa.S. e ad alcuni corsi di base promossi dal nostro Ufficio.

L'azione pastorale sanitaria sul territorio

L'impegno pastorale non può limitarsi a quello ospedaliero. Molto bisogna fare all'interno delle nostre attività pastorali sul territorio, a livello di Parrocchia e di U.P.

La Parrocchia da sempre si occupa dei malati, ed è lodevole l'impegno di molti parroci e sacerdoti collaboratori che sistematicamente visitano i malati a domicilio.

Un tempo questa cura pastorale era quasi esclusivamente svolta dai sacerdoti, oggi, nonostante sia importante che essi continuino a far visita agli ammalati, è bene che si circondino di collaboratori debitamente preparati ad aiutarli in questo ministero.

La risorsa più importante presente sul territorio accanto ai sacerdoti, ai diaconi permanenti ed ai religiosi, sono i Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica incaricati appunto di portare l'Eucaristia ai malati a casa.

Recentemente, esattamente il 31/05/2002, l'Arcivescovo ha emanato un Decreto di "Orientamenti e Norme per i Ministri straordinari della Comunione Eucaristica" che riforma la formazione dei Ministri *"affidandone la responsabilità congiuntamente agli uffici diocesani Liturgico e per la Pastorale della Sanità"* (vedi Premessa del Decreto).

Questa riforma, che ha allungato l'iter formativo, punta a preparare dei veri e propri Operatori Pastorali nel campo della sanità.

Ricordo che attualmente i Ministri Straordinari della Comunione Eucaristica per i Malati sono 2749: un vero esercito!

Accanto a questi in molte Parrocchie sussistono volontari legati ad associazioni di volontariato in sanità, per non tralasciare gli operatori sanitari – medici ed infermieri – che abitano o collaborano nelle nostre Parrocchie.

Queste risorse possono diventare la base per costituire un gruppo di Pastorale Sanitaria Parrocchiale o di U.P., con il compito di censire i malati sul proprio territorio, di far loro visita a domicilio con intento pastorale di evangelizzazione ai Sacramenti, di animare la comunità tutta sulle tematiche relative a questo settore e di essere di collegamento con l'Ufficio Diocesano per le iniziative diocesane, in particolare l'annuale Giornata Mondiale del Malato – ormai celebrata in molte Parrocchie, anche se non tutte – e gli Esercizi Spirituali Radiofonici, che hanno riscosso grande interesse.

L'Ufficio si propone di sostenere con corsi di base in loco questi gruppi che nascono e già molti, in questi anni, ci hanno contattato.

Il Cardinale Saldarini in un suo intervento ad un Convegno Diocesano dal titolo "La Casa luogo di annuncio e di carità – comunità cristiana ed assistenza al domicilio" affermava: – *I Ministri Straordinari della Comunione, gli Operatori Sanitari della Sanità, i volontari delle diverse Associazioni ed i malati stessi sono, sul territorio, risorse per una "Pastorale d'insieme" a favore dei sofferenti obbligati al proprio domicilio.*

È da favorire la costituzione di veri e propri gruppi di pastorale sanitaria che, sotto la guida del Parroco, visitino i malati e rispondano al bisogno spirituale che essi manifestano.-

Anche il nostro attuale Arcivescovo, durante la conversazione avuta con gli assistenti religiosi della nostra Diocesi il 12 dicembre dello scorso anno, a riguardo delle U.P. e della Pastorale Sanitaria ha affermato: – *Considerando la Pastorale sanitaria, occorre quindi considerare come si svolge l'assistenza ai malati nelle Parrocchie e organizzarla a livello di U.P.. Per ogni settore si sceglie poi un coordinatore che deve occuparsi di tutto il suo specifico versante, sia per quanto riguarda la formazione degli operatori di quel ramo pastorale (ad esempio dei malati), sia per le celebrazioni, gli eventuali incontri o giornate dei malati –.*

È auspicabile quindi che le nascenti commissioni di U.P. contemplino anche un referente per la Pastorale Sanitaria, in modo tale da creare una rete fra il territorio e la nostra Diocesi.

È altresì importante che i gruppi di Pastorale Sanitaria, là dove è possibile, si distinguano dalle Caritas parrocchiali o di U.P. , in quanto il loro impegno non è tanto sul versante dell'assistenza ma

sull'accompagnamento spirituale dei sofferenti e la formazioni etica e spirituale degli operatori stessi.

Ciò non toglie che fra i gruppi distinti si instauri una sana collaborazione su alcuni progetti e situazioni, così come avviene fra il nostro Ufficio Diocesano e la Caritas Diocesana.

Le Associazioni in Sanità

Un'altra risorsa da considerare sono le molteplici Associazioni Cattoliche in Sanità, circa 30, da noi conosciute e contattate.

Queste Associazioni si dividono fundamentalmente in due gruppi: quelle di servizio agli ammalati in genere, o legate ad una particolare patologia, e quelle di categorie professionali (A.M.C.I., U.C.F.I., A.C.O.S., etc)

Tali Associazioni sono una ricchezza per la nostra Pastorale, ma quasi tutte in difficoltà in quanto poco radicate nelle nostre Comunità Parrocchiali.

Quasi tutte lamentano l'età avanzata dei loro soci e pochi volontari, specie giovani.

In particolare le Associazioni di professionisti – medici, infermieri, farmacisti – che hanno una tradizione e sono a carattere nazionale, contano pochi iscritti nelle loro file, nonostante i molti professionisti sanitari che professano la fede cattolica.

Credo si ponga una questione urgente di come rilanciare queste Associazioni di categoria, per non perdere preziosi collaboratori capaci di testimoniare con la loro vita e professione la fede negli ambienti in cui si fa sanità.

• I malati

L'inserimento della persona sofferente nella comunità deve essere completo.

Il malato non deve essere solo oggetto di cure pastorali ma diventare "soggetto di Pastorale".

La sua funzione nella Chiesa non può essere limitata all'offerta della sua sofferenza – pur se cosa importante –, egli deve sentirsi pure responsabile dei suoi fratelli e della stessa comunità.

Quale posto occupano i malati nella nostra comunità? nei nostri gruppi? o nei consigli di partecipazione?

Il Papa nell'esortazione post sinodale "Christifideles laici" al n. 53 dice: – *Anche i Malati sono mandati dal Signore come operai nella sua vigna*".

• Realtà parrocchiali e situazioni di frontiera

Vorrei ancora sottolineare nella Pastorale territoriale alcune realtà particolari e di frontiera che impegnano la Pastorale Sanitaria, in collaborazione con la Caritas diocesana, in quanto vi sono anche risvolti sociali e assistenziali.

Penso al problema delle “dipendenze”, che vede impegnate diverse realtà di ispirazione cristiana ed alcuni sacerdoti, diaconi, religiosi con i quali abbiamo in corso un tavolo di confronto e di lavoro, ed al problema dei malati psichici che stiamo affrontando in un tavolo di lavoro regionale. Realtà queste, presenti sul nostro territorio e che non possiamo ignorare perché portatrici di grandi sofferenze.

Spero che al più presto possiamo dare agli operatori pastorali delle nostre Comunità, come Ufficio, delle indicazioni e dei supporti che affrontino queste problematiche.

CONCLUSIONI

Il cambiamento della Pastorale Sanitaria sia nella mentalità delle persone sia nelle modalità di azione, si realizzerà non in un breve momento né attraverso gesti clamorosi né una volta per sempre, bensì mediante continui e significativi passi da compiere in comunione e solidarietà con tutti i membri della comunità.

La nostra azione pastorale non è chiamata a togliere o spiegare la sofferenza, ma a riempirla della presenza divina, amando i propri malati con la convinzione che sostenerli nel tempo della malattia – anche senza riuscire a cancellarla pienamente –, prendendosene cura: questo è continuare l’opera salvifica e risanatrice di Cristo ed è contribuire alla realizzazione del Regno di Dio.

BIBLIOGRAFIA minima

Giovanni Paolo II, *“Salvifici doloris - Lettera Apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana”* – Ed. Paoline, collana “Magistero” n. 101

Consulta Nazionale C.E.I. per la Pastorale della Sanità, *“La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana”* - Ed. Paoline, collana “Magistero” n. 144

1. UFFICIO PER PASTORALE DELLA SANITÀ

AREE DI COMPETENZA

- assistenza religiosa in strutture pubbliche e private;
- formazione dei Ministri straordinari della Comunione (1° e 2° livello);
- incontri di formazione gruppi parrocchiali e/o associazioni;
- attività pastorali per i cappellani, le associazioni a noi collegate, malati e anziani;
- adesione al tavolo regione ecclesiastica "La Comunità che guarisce" (malati psichici);
- adesione al gruppo diocesano per le dipendenze.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE

- 5 incontri per la preparazione di Nuovi Ministri straordinari che portano la Comunione a casa agli ammalati ed agli anziani (1° livello);
- incontri per la Formazione permanente dei Ministri Straordinari della Comunione (ogni tre anni, a rotazione con gli uffici Liturgico e Caritas diocesana);
- corso (7 + 1 incontri) per l'accompagnamento spirituale di anziani e malati in strutture residenziali, 2° livello – riservato a coloro che già portano l'Eucaristia ad anziani e malati a casa;
- incontri periodici per la formazione degli Assistenti Ecclesiastici, a cura dell' A.I.Pa.S. e preparati dal diacono Arsen Mihajlovi? – addetto all'Ufficio Pastorale della sanità.

ATTIVITÀ PASTORALI

- Giornate di Ritiro Spirituale in occasione dei periodi di Avvento e Quaresima, per tutte le associazioni che operano in ambito della Pastorale sanitaria.
- Esercizi Spirituali radiofonici in preparazione alla S. Pasqua, trasmessi da Radio nichelino Comunità per gli anziani e gli ammalati ospedalizzati e non.
- Organizzazione di un Convegno in occasione della Giornata Mondiale del Malato avente per tema quello proposto dalla C.E.I. per la Celebrazione della Giornata stessa.

VARIE

- incontri periodici di verifica con le Cappellanie operanti;
- supporto agli Assistenti Religiosi ed ai Volontari operanti a diverso titolo;
- interventi sul territorio in accordo con i Parroci interessati;
- partecipazione al Comitato Etico – A.S.L. 1 di Torino.

**ASSISTENZA RELIGIOSA PRESSO STRUTTURE
OSPEDALIERE - R.S.A. - CASE DI RIPOSO**
(situazione al 31/10/2004)

- 66 ASSISTENTI RELIGIOSI incaricati dall'Arcidiocesi (42 in Convenzione e 25 in Ruolo) di cui:
- 53 SACERDOTI
- 40 di provenienza Diocesana
- 13 Religiosi
- 10 DIACONI di provenienza diocesana
- 3 SUORE

A questi vanno aggiunti i 12 collaboratori pastorali fra Diaconi e Suore, che operano a titolo di Volontariato, per un totale di **78 assistenti religiosi**

Sono state istituite formalmente due CAPPELLANIE, come indicato dal Documento "Cappellania Ospedaliera – orientamenti programmatici" dell'11/02/2002, rispettivamente presso

A.S.O. 1 "San Giovanni Battista" – Molinette di Torino (dall'1/10/2002 – 4 sacerdoti in regime di ruolo, 1 diacono in regime di convenzione)

A.S.L. 8 di Chieri - TO - (dall'1/11/2003 – 2 sacerdoti in regime di ruolo, 1 sacerdote e 3 diaconi in regime di convenzione)

Va comunque sottolineato che ogni "gruppo" di Assistenti religiosi costituisce una "cappellania".



I Camillianum: Centro di Formazione Accademica per la Pastorale della Salute. Scheda informativa

Padre LUCIANO SANDRIN - Presidente dell'Istituto internazionale di Teologia pastorale sanitaria

C'è una forte domanda di salute e di guarigione nella società di oggi e ad essa, nella varietà delle sue espressioni e nella diversità dei problemi che solleva, la Chiesa è *chiamata* a rispondere, – sull'esempio di Colui che “percorreva città e villaggi, insegnava nelle sinagoghe, annunciava il regno di Dio, guariva tutte le malattie e tutte le sofferenze” (Mt 9,35), – continuando “nella forza dello Spirito santo, la sua opera di guarigione e di salvezza” (CCC 1421) non solo in strutture socio-sanitarie specifiche ma anche nei vari luoghi in cui si attua il suo agire salvifico.

La risposta pastorale, anche nel campo della salute, “non è soltanto un'arte” (*Pastores dabo vobis*, n. 57), ma è frutto di un'approfondita riflessione teologica e di una specifica formazione relazionale. È questo che il *Camillianum* – Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria, incorporato alla Pontificia Facoltà Teologica *Teresianum* – si propone di fare.

Questo Istituto trae le sue origini dall'opera caritativa e dalla creatività pastorale che animò quattro secoli fa il servizio al malato di S. Camillo de Lellis e di altri santi della carità, attenti alle persone che vivono esperienze di dolore, di malattia e di fragilità. Il suo “perché storico” è da ricercare nei profondi cambiamenti intervenuti nel mondo della salute, nel notevole sviluppo del progresso medico-scientifico e dei problemi (ma anche delle sfide) che tutto ciò solleva anche per la Chiesa, nell'annunciare la Parola che le è stata affidata, nel celebrare dignitosamente i sacramenti nei luoghi di cura e nell'offrire la diaconia di una relazione terapeutica e pastorale che risponda alla domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova, “di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno” (*Evangelium Vitae*, n. 67) che il malato le rivolge, specialmente nell'esperienza dolente del morire.

La fragilità della vita provoca la cura nelle sue varie espressioni e rende creativa anche la pastorale. Ed è nel dolore che le persone spesso cercano, nella nostra vicinanza, un ascolto e il segno della presenza amica di Dio. E nella nostra presenza Dio accetta di farsi trovare. “Quando nella sua vita entra la sofferenza” la persona umana diventa in modo speciale la via della Chiesa (*Salvifici Doloris*, n. 3) ed

è guardando al Gesù samaritano che possiamo capire “quale debba essere il rapporto di ciascuno verso il prossimo sofferente” (SD 28). La stessa condizione di sofferenza, redenta dal suo non-senso dall’opera di Cristo (cfr. SD, n. 19), anche con l’aiuto di un competente accompagnamento pastorale, può diventare un’opportunità per una crescita della propria libertà fino alla capacità di affidarsi al Signore che “guarisce tutte le malattie” (Sal 103/102, 3).

A quanti già operano nel mondo della salute e della sofferenza (professionisti e volontari) e vogliono approfondire una preparazione che li renda attenti all’interesse della persona che curano e della sua famiglia, alle loro necessità spirituali, ma specialmente a quanti avvertono la necessità di una preparazione specifica che li abiliti ad un competente servizio pastorale nelle strutture sanitarie (cappellani e collaboratori), ad animare pastoralmente il mondo della salute, a dirigere l’ufficio diocesano della salute, ad una docenza teologica ed etica sui temi legati alla vita e alla salute, il Camillianum offre l’opportunità della *Licenza* e del *Dottorato in teologia con specializzazione in teologia pastorale sanitaria* (al quale possono accedere anche studenti in possesso di Licenza in teologia con altre specializzazioni, previa integrazione di alcuni corsi al Camillianum). A coloro che non sono in possesso del Baccalaureato il Camillianum conferisce un *Diploma in teologia pastorale sanitaria*. In questi anni sono stati offerti anche altri tipi di corsi (master, biennio di formazione...) e di convegni.

L’approfondimento etico-teologico delle tematiche della vita, della salute e della sofferenza dell’uomo, viene fatto da una prospettiva teologico-pastorale in cui “dialogano” teologia, filosofia, medicina, bioetica, *counseling* e scienze umane. Di questo approccio ne sono frutto il *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, la *Rivista Camillianum* e le pubblicazioni dei suoi docenti.

Ciò che dà speranza e fiducia a proseguire il cammino è l’interesse che gli studenti dimostrano ed anche una sempre più estesa collaborazione con vari Organismi ecclesiali, con altre Università e Centri formativi in Italia e in varie parti del mondo che diffondono la cultura del Camillianum: una cultura cristiana della vita e della salute che ricollega la salute (*salus*) all’orizzonte della salvezza (come *pienezza di vita*, comunione con Dio e con i fratelli) e considera la presenza accanto a chi soffre, la cura della malattia e la promozione della salute come luoghi privilegiati di evangelizzazione.

Il Camillianum mette a disposizione anche alcune borse di studio.

Per informazioni:

Segreteria del Camillianum

Largo Ottorino Respighi, 6 - 00135 ROMA

Tel. 06-32.97.495 - Fax 06-32.96.352

Email: segreteria@camillianum.com

Informazioni più dettagliate sul sito: www.camillianum.com