

LA PASTORALE DELLA SALUTE: BREVI CENNI DI PRESENTAZIONE

Dr. Olmo Tarantino, 2009

Fondamenti biblici

Il nucleo costitutivo del programma di evangelizzazione fissato da Gesù, la sua essenzialità primaria, è *“Predicate il vangelo e curate i malati”*. *“Quando entrerete in una città e vi accoglieranno, curate i malati che vi si trovano e dite loro: Si è avvicinato a voi il regno di Dio”* (Lc 10,9).

Con questo mandato gli apostoli non dovevano pensare ad erigere nuove barriere ideologiche, ma piuttosto superare gli ostacoli alla comunicazione tra gli uomini, né a fornirsi di strumenti di aggressione anche solo ideologica, ma aiutare gli uomini a venirsi incontro, a intendersi, ad assistersi, considerare gli altri non nemici da combattere, ma “prossimo” da comprendere. La fraternità doveva trovare subito, in concomitanza con l’annuncio, un modo ineludibile di esprimersi nella *cura dei malati*

Nell’azione di Gesù, nei suoi tre anni di vita pubblica, ha singolare rilievo la cura dei malati. Una sua giornata tipo ci viene descritta a più riprese come segue: *“ Venuta la sera, dopo il tramonto del sole, gli portarono tutti i malati e gli indemoniati. Tutta la città era riunita davanti alla porta. Guarì molti che erano afflitti da varie malattie e scacciò molti demoni”* (Mc 1,32-34; Mt 8,16; Lc 4,40-41). I passi paralleli a questo di Marco ci presentano quasi in dettaglio il catalogo delle malattie e degli handicap che colpivano allora le genti di Palestina. E’ un catalogo che riproduce sostanzialmente le principali patologie dei nostri giorni, per le quali ci sono oggi strumenti di cura e strutture di accoglienza che non esistevano ai tempi di Gesù. Erano *“infermi colpiti da mali di ogni genere”* (Lc 4,40). Egli *“li guarì tutti”* (Mt 8,16). Erano epilettici e paralitici (neurologia) (Mt 4,24); zoppi e storpi (ortopedia); ciechi (oculistica); muti e sordi (otorino); molti altri (medicina e chirurgia generale, geriatria); posseduti da spiriti maligni (psichiatria) (Mt 15,29); lebbrosi (dermatopatia, malattie infettive) (Mt 8,2 e ss); disturbi ginecologici (Mc 5,25) e funzionali (Mt 12,9)

Questa attività sociale, di interessamento e di aiuto alla gente malata, non era marginale nel suo programma di evangelizzazione; era voluta e corrispondeva ad un piano mirato. Dei 666 versetti che compongono il Vangelo di Marco, 209, quasi un terzo, fanno riferimento all’azione di Gesù tra i malati, disabili, morenti.

Dall’insieme dei comportamenti e dei messaggi che volta a volta li accompagnavano, si delinea la figura di un evangelizzatore profondamente umano.

Un esempio così luminoso, e tanto benefico, rappresenta per noi un invito ad essere *umani*.

“L’umanità di Dio esige l’umanità dell’uomo. Il rapporto religioso con Dio passa attraverso l’umanità del nostro comportamento. Lo stesso nostro servizio del culto non è gradito a Dio se non passa attraverso il servizio umano del prossimo. Il servizio umano del malato è già servizio a Dio. L’amore di Dio deve farsi amore dell’uomo. L’amore dell’uomo è il criterio della nostra religiosità”

Questo raccomandava S. Camillo ai propri confratelli e nella predicazione.

Questa umanità del cristiano non può esaurirsi in parole generiche, per quanto stimolanti, e anche belle; deve tradursi in azione energica, coraggiosa, farsi ripudio dell’egoismo, volontà di dedizione.

Chi è il cristiano oggi ? Il Patriarca emerito di Venezia, card. Marco Cé, offre questa definizione: *“E’ una persona che, in forza del Battesimo ricevuto, percorre il cammino della propria vita coniugando il Vangelo con la propria attività professionale e sociale. Le due componenti non sono separate e neppure semplicemente giustapposte, bensì il Vangelo permea di sé, vivifica e trasforma l’agire professionale e sociale della persona”*.

Dedizione del cristiano a chi ?

La risposta ci viene da Lc 10,29 ss., dalla storia del *samaritano compassionevole*, più ancora dal comportamento di Gesù, il quale, con un esempio assolutamente unico e inedito nella storia dei fondatori di tutte le religioni, ha abbinato l'annuncio della salvezza alla cura dei malati.

Nei suoi 2000 anni di storia la Chiesa è sempre rimasta fedele a questo mandato, garantendo una presenza significativa nel mondo della sofferenza, con istituzioni religiose dedicate a questo scopo, con opere di assistenza nelle aree più difficili e delicate della sanità, con significativi apporti nella stessa promozione legislativa dello Stato.

Fondamenti storici

Già gli *Atti degli Apostoli* ci parlano di un abbozzo di organizzazione per il soccorso ai poveri, agli orfani e agli ammalati, e di una sensibilità per questi ultimi che ricalca l'esempio di Gesù.

Il culto cristiano trova il suo vertice nella celebrazione dell'Eucaristia, ma questa doveva avere il suo naturale completamento nel rapporto di amore per i fratelli bisognosi (Giustino). Ogni circoscrizione ecclesiastica divideva il suo territorio in zone, affidate ad un diacono, perché fosse "l'orecchio, l'occhio, il cuore, l'anima del vescovo" per i malati e per i poveri. Era dovere dei diaconi essere a servizio, in modo particolare "delle persone anziane che non hanno più forza, e dei fratelli e delle sorelle malati" (Didascalia apostolorum). Un'organizzazione capillare, dunque, che resisteva bene anche durante le persecuzioni, quando i cristiani vivevano alla macchia.

Un'altra constatazione storica non priva di significato è che il lessico, che anche ai nostri giorni indica case di accoglienza e di cura, è stato introdotto nel linguaggio in seguito alle prime iniziative della Chiesa: vocaboli come *hospitalia* (ospedali), *noscomeia* (nosocomi, quest'ultimo termine è di S. Gerolamo) indicano edifici per accogliere malati vari (*nosos* = malattia, *komein* = curare), gestiti dalla Chiesa.

Per secoli l'esercizio della medicina rimane appannaggio dei monaci e anche del clero secolare. Le prime scuole di medicina risalgono a loro iniziative e conservarono a lungo l'esclusiva delle pubblicazioni mediche. Le scuole laiche e le università che via via si formarono ad opera dei governi, si avvalsero dell'insegnamento di religiosi medici di fama europea.

Significativa la dislocazione dell'ospedale nel contesto urbano. E' storicamente accertato che, in Francia, in tutte le città episcopali, accanto alla cattedrale e alla residenza del vescovo e dei canonici c'era l'ospedale, che chiamavano l'Hotel Dieu, casa di Dio. Sul portale dell'Hotel Dieu di Parigi, che si trova accanto alla cattedrale Notre Dame, è scolpita la seguente frase: "*Vieni per essere guarito; se non puoi essere guarito almeno per essere curato; se non puoi essere curato almeno consolato*". La stessa frase troviamo tuttora sul portale di un antico ospedale di Roma, il S. Giacomo. Segno di un'attenzione alla persona del sofferente nella sua globalità: dimensione fisica (corpo), ma anche psicologica, relazionale, spirituale, trascendente.

Ma la pastorale della salute, in questi ultimi anni, ha fatto un significativo cammino di rinnovamento, dovuto a diversi fattori culturali e strutturali.

Processo evolutivo della Pastorale della salute odierna

1) Un primo fattore è stato la promulgazione nel 1978 della Riforma Sanitaria (legge n. 833/78)

Questa Riforma ha portato a compimento un processo di socializzazione che era già in atto, e nello stesso tempo ha comportato un notevole sviluppo dei concetti e servizi sociali, realizzando uno spostamento di punti di riferimento, anche culturali. Ha posto in risalto che non è più la malattia l'oggetto primario dell'assistenza sanitaria, ma la *salute*: questo fatto ha determinato uno spostamento di valori; ha messo in primo piano la medicina preventiva e ha promosso quella riabilitativa; ha allargato l'orizzonte dell'assistenza nella società nel suo insieme e nei suoi aspetti patogeni.

L'apertura al territorio ha avuto lo scopo di togliere l'ospedale dall'isolamento in cui era rimasto fino ad allora e a trasformarlo da "ente separato" a "servizio integrato". Per cui i servizi sanitari sono sempre meno concentrati entro le strutture di ricovero e cura e sempre più orientati al territorio, per incontrare e soddisfare i bisogni sanitari della popolazione lì dove essa vive, nel suo territorio, nei distretti sanitari, nei quartieri, in famiglia. Ciò ha comportato un ampliamento del cosiddetto "mondo della salute", fino alla Riforma Sanitaria del 1978 forse ristretto specificatamente agli ospedali, che con questa legge è venuto ad abbracciare l'intero tessuto sociale.

Così il concetto di *salute* si è venuto allargando. Essa è compresa non più come semplice assenza di malattie, ma come uno stato di equilibrio e di benessere globale, che coinvolge la dimensione corporea, psichica e spirituale della singola persona, le relazioni interpersonali, la salubrità dell'ambiente e così via. La salute così intesa non è più affidata a pochi responsabili e alle Autorità politiche o sanitarie, ai vari professionisti, ma viene concepita come compito e responsabilità dell'intera Comunità sociale (si veda l'art. 32 della Costituzione italiana). Tutti sono chiamati a creare le condizioni per il suo migliore mantenimento e per difenderla quando è minacciata. Ne consegue anche una visione più ampia della malattia come pure della cura. Questa per essere rispettosa della persona, deve tener conto dell'insieme delle sue componenti: fisica, psichica, familiare e sociale, ambientale. Si afferma sempre più il cosiddetto approccio olistico, che prende in considerazione tutte le componenti della persona nel tempo della malattia, e il malato stesso non è più considerato solo come oggetto delle cure e fruitore passivo di servizi sanitari offerti dalla comunità, ma soggetto protagonista e responsabile – se adeguatamente educato – della sua salute e del suo stato di malattia

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

E' del 1984 l'enciclica "**Salvifici doloris**" di Giovanni Paolo II, espressamente dedicata ai sofferenti e al problema della sofferenza. *" La famiglia, la scuola, le altre istituzioni educative, anche solo per motivi umanitari, devono lavorare con perseveranza per il risveglio e l'affinamento della sensibilità verso il prossimo e la sua sofferenza, di cui è diventata simbolo la figura del Samaritano evangelico. La Chiesa ovviamente deve fare lo stesso, addentrandosi ancora più profondamente – in quanto possibile – nelle motivazioni che Cristo ha racchiuso nella sua parabola ed in tutto il Vangelo. L'eloquenza della parabola del buon Samaritano, come anche di tutto il Vangelo, è in particolare questa: **l'uomo deve sentirsi come chiamato in prima persona a testimoniare l'amore nella sofferenza.** Le istituzioni sono molto importanti ed indispensabili, tuttavia, nessuna istituzione può da sola sostituire il cuore umano, l'iniziativa umana, quando si tratti di farsi incontro alla sofferenza dell'altro. Questo si riferisce alla sofferenze fisiche, ma vale ancora di più se si tratta delle molteplici sofferenze morali, e quando, prima di tutto, a soffrire è l'anima. "* (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, n. 29)

Nel 1989 la Conferenza Episcopale Italiana con l'emanazione della Nota "**La pastorale della salute nella Chiesa italiana**" rivede il modo di porsi pastoralmente in ambito sanitario

E' il primo documento della Chiesa italiana che tratta in modo breve, chiaro e organico l'argomento *salute*, costituendo così una sorta di testo-base, a cui riferirsi nella elaborazione di ogni iniziativa pastorale.

In un mondo secolarizzato il sostantivo "pastorale" non è di immediata comprensione. Ce ne offre un'ampia concezione il Concilio Vaticano II nella costituzione "Gaudium et Spes" : *" Le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri e soprattutto di coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo e nulla vi è di genuinamente umano che non trovi eco nel loro cuore.....".*

In sintesi **la pastorale della salute è presenza e azione della Chiesa finalizzata**

- **ad accompagnare quanti soffrono nel corpo e nello spirito, offrendo loro le risorse di una calda umanità, della Parola e della grazia (preghiera, sacramenti...);**

- **a sensibilizzare la gente ai problemi e bisogni di chi soffre;**
- **a promuovere e difendere la vita e la salute;**
- **ad aiutare gli uomini nella ricerca di risposte ai grandi interrogativi posti dal vivere, soffrire e morire**

La pastorale della salute si svolge non solo nelle istituzioni socio-sanitarie, ma anche nel “territorio” (distretti socio-sanitari, parrocchie)

Nella Nota della CEI il punto di partenza per il rinnovamento pastorale è la presa di coscienza che il soggetto primario, per non dire esclusivo, della pastorale della salute è la **comunità cristiana** nella sua globalità, indicando la necessità di superare l'isolamento dell'azione pastorale in ambito sanitario per inserirla nella pastorale ordinaria

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

E' la riscoperta della ecclesiologia di comunione del Concilio Vaticano II, con la relativa chiamata dei battezzati *“ad essere, ciascuno a modo suo, attivi e corresponsabili”* (*Christifideles laici*, 18 ss)

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

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

*“Soggetto primario della pastorale della salute è la **comunità cristiana**...nell'attenzione ai problemi della salute e nella cura amorevole verso i malati; **la comunità ecclesiale è coinvolta in tutte le sue componenti**...Pertanto è compito della comunità cristiana prendere coscienza dei problemi della sanità, della grazia e della responsabilità che riceve dal Signore nei riguardi dei malati e della loro assistenza, offrendo loro ogni aiuto e conforto, dalla parola di Dio, ai sacramenti e all'interessamento fraterno. “ (Nota pastorale CEI, “La pastorale della salute nella Chiesa italiana” nn. 23-24, 1989))*

3) A commento delle varie leggi introdotte in Italia dalla Riforma Sanitaria del '78 in poi, occorre dire che nel sistema sanitario attuale i malati sono e saranno sempre più sul territorio (e quindi nelle parrocchie) e non negli ospedali, almeno per quanto riguarda la loro assistenza e riabilitazione.

Questo in forza di due fattori:

- La filosofia che oggi sta sotto al concetto di sanità,
- La cosiddetta aziendalizzazione degli ospedali.

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

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

L'altro fattore . *l'aziendalizzazione* – conferma questa tendenza. Gli ammalati, appena si esaurisce la fase acuta della cura, vengono subito dimessi dall'ospedale; questo perché il pagamento riguarda la tipologia del malanno e non più i giorni di degenza. Perciò sono aumentati e aumenteranno sempre più i malati che avremo nelle nostre comunità: malati oncologici, malati in fase terminale, malati psichici, anziani della terza e quarta età, specialmente non autosufficienti.

4) Un altro fattore riguardante l'aumento dei malati a domicilio è l'allungamento della vita media.

Tale fenomeno ha consentito l'evidenziazione di malattie proprie dell'età adulta e presenile, malattie sempre esistite, ma mascherate nella loro evidenza, dalla presenza di una elevata mortalità in età relativamente giovane. L'invecchiamento della popolazione ha rappresentato il presupposto per una maggiore diffusione di quelle che vengono definite malattie "cronico-degenerative": le cardiopatie ischemiche, le vasculopatie cerebrali, le malattie dismetaboliche (ad es. il diabete), i tumori, le broncopatie croniche, la demenza senile, ecc.

Attualmente sono le malattie muscolo-scheletriche, come le artriti e le osteoartriti (termine quest'ultimo più corretto rispetto a quello di artrosi) che dopo i 75 anni colpiscono almeno il 75% della popolazione e che creano notevole disabilità.

Le malattie cronico- degenerative non sono malattie totalmente invalidanti, ma possono ridurre l'autosufficienza di una persona. Quest'ultima è la situazione che caratterizza una persona che, pur mantenendo naturalmente una propria parte di continuità nella condizione di vita, di azione e di relazione, necessita di aiuto e che quindi, in ultima istanza, dipende dagli altri.

5) Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana e veneziana ha aumentato i ricoveri ospedalieri di anziani affetti da più di una malattia contemporaneamente: *disabilità, fragilità e polipatologia*.

Per *disabilità* si intende la difficoltà o dipendenza dagli altri nel compiere attività essenziali della vita quotidiana: Per *fragilità* si intende uno stato di aumentata vulnerabilità ad eventi avversi. La *polipatologia* o *comorbidità* è la presenza contemporanea in una stessa persona di due o più malattie, che rende ancor più complessa la gestione medica ed infermieristica del paziente rispetto alla semplice somma di tutte le malattie per l'effetto moltiplicativo dell'interazione tra le diverse malattie nel peggiorare l'evoluzione e ridurre la probabilità di guarigione.

A fronte della complessità della cura dei pazienti anziani, che si sono fatti maggioritari nella pratica ospedaliera, poiché casi meno complessi per patologia e/o per età della persona vengono curati in regime ambulatoriale o di day hospital o di day surgery, vi è scarsità di risorse disponibili per il finanziamento della pubblica assistenza onde evitare un'insostenibile lievitazione dei costi per il personale sanitario. Allo stesso tempo, sono cresciute nel paziente ricoverato in ospedale le giuste aspettative di professionalità, umanità, rapidità, efficienza, alta specializzazione e di un ambiente di ricovero funzionalmente adatto e confortevole. In una parola il paziente oggi chiede una migliore "qualità" non solo della "cura", ma anche del "prendersi cura".

Tutto ciò mette a dura prova l'impegno degli operatori sanitari e la pazienza dei degenti. In un ospedale che diventa sempre più tecnologico ed attento alle procedure ed in cui la durata delle degenze è sempre più breve, si sente acuta la difficoltà del dialogo tra paziente ed operatore sanitario.

Il volontariato ospedaliero può rappresentare una **figura fondamentale di intermediazione**, di ascolto dei bisogni del malato e diviene il fiore all'occhiello di un **processo di umanizzazione** dell'ospedale.

L'ospedale è una macchina fragile e costosa, per cui tutti devono averne cura. Il volontario in ospedale, in quanto non è né paziente né operatore sanitario, è anche una testimonianza di impegno non solo cristiano, ma anche civico e, pertanto, di coinvolgimento diretto del cittadino nel processo di erogazione dell'assistenza. Egli a giusto titolo può essere considerato un intermediario, garante dell'umanizzazione dell'assistenza nei confronti dei malati. Con la collaborazione del volontariato, occorre dunque favorire il delicato processo di erogazione dell'assistenza sanitaria intraospedaliera, spesso lacerata tra le opposte esigenze di terapia migliore, efficienza dell'assistenza, aumento dei malati anziani affetti da disabilità, fragilità e polipatologia, aumento dei costi sanitari e ottimizzazione dell'impiego delle risorse.

6) Un aspetto da tenere presente nella cura e assistenza al malato è la sua globalità:

non si cura un pezzo anatomico malato, ma una persona malata. Per cui occorre attuare uno stile di servizio al malato che punti ad una assistenza integrale, che tenga conto di tutte le dimensioni della persona: fisica, psicologica, familiare e sociale, spirituale e trascendente.

Il che vuol dire che per una cura veramente olistica, ovvero che pone attenzione a tutte le dimensioni della persona, , si deve tener conto anche della dimensione spirituale e morale. Quindi anche i consacrati (sacerdoti, diaconi, accoliti), , gli operatori pastorali, con la loro opera umana e spirituale, sono *responsabili* della cura dei malati.

7) Dalla “pastorale della sanità” alla nuova “pastorale della salute”.

Riassumendo quanto dice la Nota CEI del 1989, il diverso modo di intendere la salute e la malattia interpella anche la Chiesa e, dunque, la Comunità cristiana e le offre nuove opportunità di azione. Consapevole del mandato di Cristo, e allo stesso tempo di fare la propria parte per contribuire al bene della società, anch'essa si fa carico dei suoi malati e collabora a risanare l'intero corpo sociale. Come la Sanità pubblica esce progressivamente, con i nuovi orientamenti legislativi, dagli ambiti ristretti dell'ospedale per radicarsi e allargarsi nel territorio, là dove la gente vive e lavora, anche la stessa azione e presenza della Chiesa accanto ai sofferenti perde la sua limitata connotazione di “pastorale ospedaliera” e si configura come “**pastorale della salute**”.

Non tutti, dentro la comunità, hanno lo stesso compito, ma tutti hanno un'uguale dignità, gli stessi diritti e doveri; e ciascuno è chiamato ad offrire agli altri il suo contributo specifico.

Oggi c'è già una premurosa attenzione ai sofferenti, ma talvolta si rischia di limitarsi solo agli aspetti sacramentali, trascurando quelli legati all'umanizzazione, all'evangelizzazione, all'accompagnamento spirituale, alla considerazione del bene comune.

Spesso la solidarietà e il servizio agli ammalati sono ancora delegati a gruppi o a singoli senza preoccuparsi del coinvolgimento di tutta la comunità sotto diverso e complementare profilo.

Si tratta allora di coordinare tutte le risorse presenti sul territorio per costruire una pastorale d'insieme a favore dei sofferenti presenti a domicilio.

Tali risorse non sono poche se si pensi **ai ministri straordinari dell'Eucaristia, agli operatori pastorali, ai volontari delle diverse associazioni, ai familiari dei malati, agli stessi malati.**

E' l'intera comunità nella varietà dei suoi componenti il soggetto protagonista della cura dei malati del proprio territorio: malati oncologici, malati in fase terminale, malati psichici, anziani non autosufficienti. Il progressivo diffondersi di questa consapevolezza favorisce il passaggio da un atteggiamento di passività e di delega ad un attivo coinvolgimento e corresponsabilità di tutti: la comunità parrocchiale, la famiglia, i gruppi spontanei di fedeli, le associazioni di volontariato.

Possono fiorire in tal modo iniziative di accompagnamento e di sostegno alle persone in difficoltà, rinnovando in forme moderne la millenaria attenzione della Comunità cristiana verso i poveri e i sofferenti.

A livello parrocchiale o interparrocchiale non si tratta di fare concorrenza o sostituzione all'opera medica o infermieristica, ma di saper integrare l'azione pastorale di aiuto, sostegno, conforto con quella sanitaria. La collaborazione va ancora più attuata se si pensa che strettamente connessa con i malati c'è la famiglia. Se i malati saranno più numerosi e più bisognosi di cure nel territorio, dato il processo di deospedalizzazione in atto nel nostro Paese – come in altre parti del mondo –, la famiglia sarà sempre più coinvolta. Si tratta allora di capire e di far capire che il calore dell'ambiente familiare è strumento terapeutico insostituibile e quindi bisogna educare la famiglia a tale compito preziosissimo, come pure si tratta, specie in particolari situazioni, di non lasciare sola la famiglia, ma sostenerla, aiutarla.... E' un lavoro delicato e proficuo, cui la comunità cristiana non può sottrarsi.

In questo servizio di sostegno non deve mancare anche il richiamo alla responsabilità dei parenti nell'accompagnamento spirituale dei malati.

L'assistenza a domicilio è la nuova sfida dell'era moderna in campo assistenziale da accogliere con coraggio e fiducia.

Le comunità cristiane devono, dunque, fare un percorso formativo ed operativo per aprirsi a queste nuove visioni della sanità, privilegiando la dimensione territoriale e domiciliare.

Naturalmente l'efficacia non va ritenuta fine a se stessa, ma una condizione da non trascurare nell'azione caritatevole. *“L'efficientismo – scrive il card. Giacomo Biffi, già arcivescovo di Bologna – non è una virtù evangelica, ma non sta scritto da nessuna parte che l'inefficienza sia un dono dello Spirito Santo. Senza dubbio le nostre opere non sono gradite al Signore a misura della loro perfezione esecutiva e del successo mondano; ma è difficile ritenere che Dio si compiaccia dell'impreparazione, del pressapochismo, della trascuratezza”.*

Le attuali condizioni della società in ambito sanitario obbligano tutti a rivedere i metodi pastorali, a cercare ogni mezzo adeguato, a studiare come essere veramente utili a chi è nel bisogno.

8) Una seconda Nota della CEI, pubblicata nel 2006 ***“Predicate il Vangelo e curate i malati”*** puntualizza questi concetti e dice chiaramente che nel mondo sanitario oggi c'è un bisogno urgente: **compiere il passaggio dal semplice curare all'impegno del prendersi cura**. Il che significa ***“umanizzazione dell'assistenza dei malati”***

Per la sua valenza evangelizzatrice, l'umanizzazione entra tra le funzioni specifiche della pastorale. *“La Chiesa ritiene che l'umanizzazione del mondo sanitario sia un compito urgente e perciò la include nell'ambito dell'azione pastorale, convinta della valenza evangelizzatrice di ogni iniziativa volta ad imprimere un volto umano all'assistenza e cura dei malati”* (Nota pastorale CEI: *“Predicate il Vangelo e curate i malati”*, n. 26, 2006)

Le ragioni di tale passaggio sono: la carenza di umanità, la poca considerazione della persona nella sua globalità, le cure frammentarie e fortemente specializzate, la non accoglienza del sofferente nella sua fragilità, l'impreparazione del personale ad accettare ed accompagnare le reazioni emotive del malato e dei suoi familiari.

Sono tutte ragioni che ci fanno intuire la grande differenza che c'è tra la cura e il prendersi cura, tra il guardare la malattia e avere un approccio olistico con chi vive la malattia

E' vero che bisogna sfruttare ogni strumento tecnico per togliere il male. Ma ciò non basta. Occorre anche saper guardare in faccia il malato, considerato nelle sue diverse dimensioni (fisica, psichica, familiare, sociale, spirituale) e lasciarsi coinvolgere dalla sua situazione di malato.

Una medicina che sa fare il salto dal curare al prendersi cura deve sapersi concentrare sugli aspetti relazionali, sui metodi psicologici, sull'empatia, sull'ascolto, sul contatto fisico, sulla diffusione della speranza.

Le relazioni col malato sono il punto di partenza e il punto di arrivo dell'attività diagnostica, curativa ed assistenziale sia del medico che dell'infermiere. Queste relazioni influenzano lo stato

d'animo del malato e quello delle persone che lo curano e lo assistono; possono provocare nei vari casi, e indipendentemente dalla natura della malattia, gioie o dolori, soddisfazioni o delusioni, collaborazione o dissenso, comprensione o incomprensioni

Umanizzazione nella Sanità significa “prendersi cura” in maniera esemplare del malato nella sua globalità in un contesto di sempre maggiore frazionamento e specializzazione. E' impensabile una struttura sanitaria senza umanità; sarebbe come una religione senza fede, un matrimonio senza amore, una civiltà senza “compassione”.

Le comunità parrocchiali

La Nota pastorale della CEI (2006) **“Predicate il Vangelo e curate i malati”** al n. 53 definisce la **comunità parrocchiale “una comunità che accoglie e celebra”**. E prosegue: *“La continua evoluzione della sanità, sempre più articolata sul territorio, interpella le comunità parrocchiali, chiamate a farsi carico della cura e dell’assistenza dei malati, dell’educazione dei fedeli ai valori cristiani della vita e della loro sensibilizzazione ai problemi della salute, della sofferenza, della morte. E’ compito soprattutto del parroco promuovere nel tessuto vitale della comunità lo spirito della diaconia evangelica verso i sofferenti e l’impegno per la promozione della salute”*

In particolare, con riferimento agli Accoliti, ai Ministri Straordinari della Comunione, ai Volontari che assistono malati sia in ospedale che a domicilio, la Nota precisa: *“Prezioso è il dono che si può offrire ai malati e ai loro familiari attraverso la **visita** sia a domicilio che nelle strutture ospedaliere presenti nell’ambito della parrocchia. La visita ai malati e ai loro familiari, fatta a nome della comunità, è sorgente di fraternità e di gioia, li fa sentire membri attivi della comunità ed è segno della vicinanza e dell’accoglienza di Dio. I visitatori possono farsi carico in maniera efficace delle sofferenze dei malati e dei loro congiunti, identificarne i bisogni più immediati, mediarne le esigenze. L’azione in favore dei malati trae grande giovamento dalla presenza di adeguati collegamenti tra la cappellania ospedaliera, il consiglio pastorale ospedaliero e la parrocchia. Un contributo efficace all’assistenza dei malati è offerta dal volontariato, che va promosso, sostenuto e formato”* (n. 65,)

Tali concetti erano già stati messi a fuoco dai Vescovi italiani in un precedente documento: *“La **visita** ai malati, il sostegno alle famiglie che si fanno carico di lunghe malattie è tradizione delle nostre parrocchie: ne va assicurata la continuità anche mediante nuove ministerialità, pur rimanendo un gesto tipico del servizio del sacerdote”* (CEI, *“Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia”*, n. 10, 2004)

Visitare significa andare a trovare qualcuno, significa aiuto fraterno. Il dono del servizio, **“più cuore nella mente e nelle mani”** come esortava S. Camillo De Lellis, significa mettere a disposizione le proprie risorse materiali, il tempo, le competenze per rispondere ai più svariati bisogni dei malati: *“Il mondo dell’umana sofferenza invoca, per così dire, senza sosta un altro mondo: quello dell’amore umano”* (Salvifici doloris, n. 29). Il Vangelo passa solo attraverso la strada della carità. Andare dal malato, visitarlo, aiutarlo a mangiare, fare una passeggiata con lui, occuparlo in qualche attività diversiva, svolgere dei piccoli servizi vuol dire amarlo con un servizio concreto che è più che amarlo soltanto con le intenzioni e il pensiero.

Linee operative per i referenti parrocchiali

In ottemperanza alla sollecitazione dei vescovi espressa nella Nota pastorale, **“Predicate il Vangelo e curate i malati”** al n. 65, citato poco sopra, ai referenti parrocchiali della pastorale della salute, collaboratori del parroco, ma non ancora presenti in tutte le parrocchie, vengono assegnate le seguenti linee operative:

- *Promuovere* l’istituzione di un gruppo di volontari nel territorio della parrocchia che vogliano occuparsi di assistenza a domicilio, e coordinarlo;
- *Conoscere* con l’aiuto dei collaboratori volontari e dei ministri straordinari della comunione, attraverso la stesura di una mappa, le necessità delle persone malate o che vivono sole, presenti in parrocchia o nelle strutture socio-sanitarie.
- *Orientare o accompagnare*, con l’aiuto dei volontari, le persone bisognose di assistenza verso i servizi socio-sanitari già esistenti nel territorio della parrocchia o limitrofi.
- *Assistere*, con la collaborazione dei volontari del gruppo, i malati dimessi dall’ospedale che hanno bisogno di aiuto.
- *Curare*, in collaborazione con i ministri straordinari della comunione, l’assistenza spirituale dei malati in famiglia.

- *Coordinare* la pastorale della salute in parrocchia, venendo in aiuto al parroco, sia nella preparazione culturale e culturale della Giornata Mondiale del Malato che per altre iniziative del settore.
- *Fungere* da raccordo tra la parrocchia e l'Ufficio per la pastorale della salute
- *Partecipare* al Convegno diocesano annuale della pastorale della salute, invitando anche altre persone sensibili alle problematiche socio-assistenziali e di educazione alla salute.
- *Propagandare* i corsi di aggiornamento indetti dalla commissione della pastorale della salute e da altri organismi simili, e partecipare con i propri collaboratori volontari.

L'educazione alla tutela della salute

Il raggio d'azione della "pastorale della salute" non si esaurisce nell'area delle strutture di ricovero e cura e al territorio nel quale si svolge la vita del cittadino, ma si estende anche all'**educazione alla tutela della salute**, intesa come corresponsabilità, contrastando coraggiosamente l'idolatria della salute come valore unico e supremo. E' questo un lavoro che si può svolgere adeguatamente solo sul territorio presso la famiglia, la scuola, gli ambiti educativi degli oratori, dei gruppi giovanili, delle associazioni ecclesiali, del mondo del lavoro.

Il **principio di responsabilità** ci dice che ognuno di noi è responsabile anzitutto della propria vita, che è un bene fondamentale prioritario e conseguentemente anche della salute che suppone la vita. Pertanto, la salute non è soltanto un diritto a ricevere cure e assistenza, ma è prima ancora un dono da custodire e rispettare. Per il credente la salute è dono di Dio inerente al dono sacro e inviolabile della vita.

Da una ricerca fatta in Italia recentemente è emerso che se noi potessimo evitare, basandoci su di uno spiccato senso di responsabilità personale e sociale, i danni alla salute che dipendono dalle scelte libere, per esempio quelli che provengono dalla tossicodipendenza, dall'alcolismo, dall'inquinamento doloso e colposo dell'ambiente, dagli infortuni sul lavoro, dagli sperperi e disordini nel campo del divertimento, del traffico e del libertinaggio sessuale, con le correlative cadute negative psicofisiche individuali e le conseguenze familiari, taglieremmo forse una spesa sanitaria tale da riequilibrare i bilanci dello Stato.

E' compito dunque della pastorale della salute richiamare tanti temi quali il dovere di seguire le norme del codice stradale, il falso agonismo sportivo che porta allo spreco di tante energie preziose, l'abuso degli alcolici e del fumo, la droga, il doping, la sicurezza negli ambienti di lavoro con una adeguata formazione e informazione che inducano a rispettarne norme e regole, l'inquinamento ecologico.

Quando si parla di ambiente ecologico non si deve intendere soltanto l'aria che respiriamo, le piante che sono necessarie e il verde che deve rimanere nelle città, i cibi che mangiamo e le acque che consumiamo e beviamo (legge di Riforma sanitaria n. 21), ma anche il clima psicologico, il clima culturale e il clima morale: l'inquinamento può ledere il bene della persona più profondamente sul piano dei mezzi di comunicazione che nell'eventuale scarico di un collettore di liquami.

"Educare alla salute, educare alla vita", tema dell'anno pastorale 2008-2009

L'11 febbraio di ogni anno, secondo il calendario liturgico, viene celebrata la "*Memoria delle apparizioni della Madonna di Lourdes*", dichiarata nel 1992 da Giovanni Paolo II anche Giornata Mondiale del Malato

Per la celebrazione della Giornata del 2009 la Conferenza Episcopale Italiana ha proposto il tema "**Educare alla vita, educare alla salute**" con l'intenzione di stimolare la riflessione sul concetto che educare alla salute è anche educare alla vita, attraverso l'impegno a promuoverla sempre.

Educare alla vita comporta riconoscere, proporre e promuovere il senso del dono della vita umana e di conseguenza promuovere, rispettare e valorizzare la vita dal concepimento alla morte naturale.

Educare alla salute significa promuovere il pieno e globale sviluppo della persona, la realizzazione delle sue potenzialità; significa educare al valore della relazione con se stessi, con gli altri e con Dio e promuovere la cultura dell'accoglienza, il senso del sacrificio e il valore del dono, come pure adottare stili di vita congrui, che rispettino tutte le dimensioni della persona: fisica, psichica, familiare e sociale, spirituale

Ma è anche educare alla ricerca del *bene comune*, in quanto la salute è un *bene comunitario*. Ed è perciò stretto dovere di tutta la *comunità cristiana* **educare alla difesa dei valori della salute e della vita ed impedire che i bisogni umani fondamentali rimangano insoddisfatti**

Lo sviluppo della tematica implica incontri di riflessione e di dialogo, per approfondirne gli aspetti pastorali, morali, civili, psicologici, e professionali a livello diocesano, parrocchiale, associativo, professionale

La celebrazione della GMM vuole essere nell'intenzione del Papa e dei Vescovi il momento di richiamo forte, la manifestazione, il punto di arrivo e di partenza con rinnovato slancio, di un lavoro pastorale che deve avere continuità ed impegno durante tutto l'anno. *“La celebrazione della giornata del malato – nella preparazione, nello svolgimento e negli obiettivi – non intende ridursi ad una mera manifestazione esteriore incentrata su pur encomiabili iniziative, ma vuole giungere alle coscienze per renderle consapevoli – ecco il richiamo alla dimensione etica della salute – del validissimo contributo che il servizio umano e cristiano verso chi soffre arreca alla migliore comprensione tra gli uomini e, conseguentemente, all'edificazione della vera pace”* (Giovanni Paolo II, Messaggio per la 1ª Giornata Mondiale del Malato, 1992)

Benedetto XVI nel Messaggio pontificio in occasione della XVI Giornata Mondiale del Malato (2008) si è così espresso: *“ E' importante non lasciare i malati nell'abbandono e nella solitudine mentre si trovano ad affrontare un momento tanto delicato della loro vita. Meritevoli sono pertanto coloro che con pazienza e amore mettono a loro servizio competenza professionale e calore umano. Penso ai medici, agli infermieri, agli operatori sanitari, ai volontari, ai religiosi e alle religiose, ai sacerdoti, ai diaconi, agli operatori pastorali che senza risparmiarsi si chinano su di essi, come il buon Samaritano, non guardando alla loro condizione sociale, al colore della pelle o all'appartenenza religiosa, ma solo a ciò di cui abbisognano ”.*

Il 28 aprile u.s. Benedetto XVI, visitando i luoghi distrutti dal terremoto in Abruzzo, ha affermato: *“La **solidarietà**, sebbene si manifesti particolarmente in momenti di crisi, è come un fuoco nascosto sotto la cenere. La solidarietà è un sentimento altamente civico e cristiano e misura la maturità di una società. Non ci si può fermare all'emergenza del momento, ma ci si deve impegnare tutti **sempre per il bene comune** ”*

Da questi brevi cenni si evince che compito della Pastorale della Salute non è soltanto **“prendersi cura”** dei sofferenti, dei loro famigliari, degli operatori sanitari, ma anche di mettere in chiaro il concetto che non basta impostare il concetto di salute e l'organizzazione della sanità sulla dimensione etica, ma occorre anche scegliere un'etica che sia fondata sui valori, attenta ai bisogni dell'uomo e commisurata alla dignità della persona umana e di ogni persona umana, come indica e sintetizza il concetto di **umanizzazione**.

Lettera pastorale del Patriarca di Venezia, card. Angelo Scola. Invito alla Seconda Assemblea Ecclesiale nel contesto della Visita Pastorale (domenica 11 ottobre 2009)

Nella lettera pastorale, pubblicata di recente, il Patriarca invita *“tutte le parrocchie e tutte le aggregazioni a incontrarsi in una assemblea (parrocchiale) e, mediante uno scambio fraterno, individuare insieme uno dei segni giudicato meritevole di essere proposto a tutti i fratelli e sorelle del Patriarcato.....”* (n. 3) alla Seconda Assemblea Ecclesiale dell'11 ottobre p.v.

Gli Accoliti, i Ministri Straordinari dell'Eucaristia, i Volontari che assistono a domicilio persone anziane sole, malati, diversamente abili, non potrebbero presentare una testimonianza nella propria assemblea parrocchiale di quanto ci si **“prende globalmente cura”** dei malati a domicilio,

descrivendo in cosa consiste la “**visita**” ? Potrebbe essere l’occasione per stilare una “**mappa dei bisogni**” di assistenza nel proprio territorio ? Di verificare se esiste e quanto sia efficiente una “**rete locale per l’umanizzazione**” dell’assistenza ? Il tutto per “**infondere energia di fede e sostanza di comunione alla nostra esistenza personale e comunitaria** “ (Lettera del Patriarca, n.3).