

La Chiesa di fronte alla domanda di salute del mondo contemporaneo

Luciano Sandrin m.i.

Camillianum*

Premessa

«Mi vien da chiedere: quelli che escono dai nostri ospedali, dalle case di cura, fortunati perché guariti dalla competenza e dalla generosità dei medici, degli infermieri, ecc., con quali sentimenti escono? glorificando Dio?». Questa domanda piuttosto provocatoria, ma non retorica, è del cardinal Tettamanzi, in una sua conferenza di qualche anno fa su “Chiesa e salute”, in cui proponeva l’episodio della guarigione dell’uomo paralizzato (Lc 5, 17-26) come modello di collaborazione terapeutica. Commentando la conclusione “essenzialmente liturgica” dell’episodio sia per colui che viene salvato e guarito (*si avviò verso casa glorificando Dio*), sia per gli uomini che partecipano all’evento (*tutti rimasero stupiti e levarono lode a Dio*), egli formulava la domanda che ho citato ed aggiungeva che «portare a glorificare il Signore» non è solo il vertice della pastorale sanitaria ma, esprimendosi in termini laici, anche il vertice della stessa medicina¹. La sua domanda vale, ed in maniera particolare, anche per coloro che gestiscono Istituzioni sanitarie che sulla parola di Cristo, e sulla sua testimonianza, fondano il loro impegno.

Qualche anno dopo il cardinal Tettamanzi così scriveva rivolgendosi al medico: «Il miracolo non è un’alternativa all’attività del medico. Piuttosto, esso indica al medico qual è il compito della sua professione e l’impegno della sua vita, se egli intende lavorare entro la prospettiva del Regno di Dio: essere custode e servitore della vita dell’uomo e della sua dignità, curandone e promuovendone la salute, ed essere strumento della salvezza che Dio solo dona all’uomo. A questo il medico cattolico è abilitato e impegnato in forza del suo essere fedele laico della Chiesa e nella Chiesa, con una propria vocazione e missione pertinente alla salvezza annunciata e realizzata da Gesù, la cui domanda egli spesso raccoglie dalle labbra, dagli occhi e dallo spirito dei malati che chiedono la salute mentre implorano la salvezza. La domanda di salute non può essere separata da quella della salvezza perché l’uomo fa esperienza di se stesso come di una unità e non come di una dualità di anima e di corpo. Così il protendersi del malato verso la guarigione del corpo è inscindibile dall’anelito del suo spirito verso la vita che non ha tramonto»². Le parole rivolte al medico valgono anche per i vari soggetti della cura.

Potrebbe essere, a questo punto, importante domandarsi se è “la gloria di Dio” ciò che oggi ci preoccupa, come professionisti cattolici che lavorano a vario titolo nel campo della salute e, in particolare, come responsabili di istituzioni sanitarie cattoliche, e se è questo il criterio cui ci riferiamo nelle scelte che pensiamo di fare.

La domanda di salute

* Docente di Psicologia della salute e della malattia e di Teologia pastorale sanitaria al Camillianum.

¹ TETTAMANZI D., *Chiesa e salute*, in AA. VV., *Progettualità ecclesiale nel mondo della salute*, Atti del 3° Convegno della Consulta Nazionale della Pastorale della Sanità della C.E.I. (a cura di I. Monticelli), 23-25 aprile 1995, Salcom, Brezzone di Bedero (VA) 1995, 93.

² TETTAMANZI Card. DIONIGI, 2004, *La dimensione del dono nell’attività del medico*, (XXIII Congresso Nazionale AMCI, Bari, 11-13 novembre 2004), www.dongnocchi.it/html/muomo/mu21/14.htm

È dovere della comunità ecclesiale leggere la situazione in cui vive, il *qui e ora*, per coglierne gli inviti e le direttive di una missione ricevuta (prima che scelta come *mission*) da parte di Dio. Nel documento su “*La Chiesa nel mondo contemporaneo*” del Concilio Vaticano II si legge: «È dovere permanente della Chiesa di scrutare i segni dei tempi e di interpretarli alla luce del Vangelo, così che, in un modo adatto a ogni generazione, possa rispondere ai perenni interrogativi degli uomini sul senso della vita presente e futura e sul loro reciproco rapporto» (*Gaudium et Spes* 4)³.

I cambiamenti, anche profondi nel mondo sanitario, un nuovo concetto di salute che coinvolge le dimensioni biologiche, psichiche, relazionali e spirituali della persona, estendendosi all’ambiente fisico e sociale in cui la persona vive e lavora, un corrispondente cambiamento del concetto di malattia non semplice patologia ma anche «malessere esistenziale, conseguenza di determinate scelte di vita, di spostamenti di valori e di errate gestioni dell’ambiente» sfidano la Chiesa, la sua presenza e la sua azione, per rispondere in maniera adeguata al comando di Colui che ha dato l’esempio e ha reso tangibile, nelle sue parole e nei suoi gesti, «la tenerezza di Dio verso l’umanità sofferente»⁴.

L’agire della Chiesa nel mondo della salute, la sua *pastorale della salute* (o pastorale sanitaria), descrive *l’azione multiforme della comunità cristiana* (attraverso le “mediazioni salvifiche” della parola, dei sacramenti e della preghiera, della testimonianza, del servizio e della cura, delle relazioni e delle varie esperienze di comunione) a favore della salute delle persone, nelle situazioni di vita e nei luoghi in cui si esprimono le azioni di cura, di riabilitazione, di prevenzione delle malattie e di promozione della salute, con particolare attenzione alle persone coinvolte, alle strutture che le ospitano e agli ambienti socio-culturali in cui vivono⁵.

Mentre sta allargando il suo ambito di interesse (dal curare il malato e prendersi cura di lui e di coloro che l’assistono alla prevenzione delle malattie e all’impegno per la promozione della salute) questa *pastorale specifica* è chiamata ad essere sempre più attenta alla “guarigione integrale” della persona, a rivalutare *i fattori sananti* (salvifico-salutari) *dentro alle varie forme del suo agire*, riscoprendo il rapporto “sacramentale” tra salute/salvezza: la salute (nelle varie modalità espressive della sua cura) come luogo “teo-logico” dell’annunciare Dio e sperimentare la sua presenza salvifica, “segno efficace” della salvezza come guarigione vera e trasformante della persona, *già* oggi presente anche se *non ancora* pienamente realizzata⁶.

Scrivo sinteticamente un biblista: «il progetto di Dio, che Gesù annuncia e rende presente parlando del regno di Dio, riguarda la salvezza di tutto l’essere umano reintegrato nei suoi rapporti con Dio e con se stesso e con gli altri. Nel linguaggio del quarto vangelo egli dona la vita piena e definitiva a partire dal bisogno umano di stare bene»⁷. Dona la salvezza a partire dalla ricerca di salute⁸.

³ Cfr. HUNTER R.J., *Ministry in depth: three critical questions*, in GREIDER K.J., van DEUSEN HUNSINGER D., KELCOURSE F.B., *Healing wisdom. Depth psychology and the pastoral ministry*, Eerdmans, Grand Rapids-Michigan 2010, 3-15.

⁴ Cfr. CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Roma 1989; COMMISSIONE EPISCOPALE della CEI per il servizio della Carità e la Salute, nota pastorale “*Predicate il vangelo e curate i malati*”. *La comunità cristiana e la pastorale della salute*, Roma 4 giugno 2006 e BRUSCO A., *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di teologia pastorale sanitaria*, EDB, Bologna 2008².

⁵ Sulla Pastorale come “mediazione salvifica” cfr. CARDAROPOLI G., *La pastorale come mediazione salvifica*, Cittadella, Assisi 1991².

⁶ Cfr. SANDRIN L., *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000; AA. VV., *Salute/Salvezza: perno della teologia pastorale sanitaria* (a cura di Luciano Sandrin), Camilliane, Torino 2009.

⁷ FABRIS R., *Bibbia e mondo della salute*, in CINÀ G., LOCCI E., ROCCHETTA C., SANDRIN L. (a cura di), *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, 127.

⁸ Cfr. MILANI M., *Vuoi guarire? Gesù guarisce e salva*, in AUTORI VARI, 2005, *Salute, guarigione e salvezza*, numero monografico di “CredereOggi” 1, gennaio-febbraio (2005), 43-62.

La domanda di salute, e la ricerca di guarigione variamente intesa e vissuta, è uno degli ambiti in cui si rivelano le “attese” di salvezza delle donne e degli uomini che vivono nell’oggi della storia⁹. La Chiesa è chiamata a rileggere la sua comprensione della salvezza, alla luce delle categorie legate al vissuto concreto delle persone, alla loro domanda di salute, ma anche a “confrontarsi criticamente” con la concezione antropologia sottesa, a “discernere” la domanda di salute alla luce del vangelo.

Non solo l’esperienza di malattia e di sofferenza, ma anche la ricerca di salute come progetto di vita e ricerca di un “ben-essere” e di una “qualità di vita”, che esprima un’armonia tra le diverse dimensioni della persona in cui la dimensione spirituale gioca un ruolo importante, deve essere accolta, vagliata e trovare risposta nell’impegno di tutta la comunità cristiana.

La salute è al centro della sensibilità contemporanea, oggetto di desiderio ma spesso “rischiata” ed esposta, definita secondo certi canoni di bellezza, per questo invidiata e spesso cercata a tutti i costi, “carta di credito” per rimanere nel circuito della stima sociale. All’interno di questa sensibilità sociale, la malattia, la disabilità, la fragilità, la vecchiaia diventano il nemico da combattere e da vincere, una parentesi da chiudere più in fretta possibile, pena l’uscita dal giro sociale.

C’è una forte domanda di salute nel mondo contemporaneo. Ma essa ha sottolineature diverse a seconda del luogo in cui viene espressa. Aumenta, a livello mondiale, la speranza di vita ma non sempre essa può essere pienamente espressa come speranza di salute e cioè come “speranza di vita in buona salute”. La salute delle persone è certamente collegata, anche se non solo, al fattore economico e, più ampiamente, al contesto sociale. Anche nei paesi più ricchi la ricerca della salute è tra le istanze più importanti.

Da una parte la salute tende a diventare sempre più progetto di vita, considerata in modo dinamico e relazionale, armonia (o meglio armonizzazione sempre dinamica) tra le diverse dimensioni in cui la vita di ogni uomo si realizza, equilibrio sempre da ricercare; dall’altra però la domanda di salute (e quindi l’essere sani) può essere intesa solo come essere in forma (*fitness*), ricercata quindi nella sua dimensione immediatamente sperimentabile e visibile (quella corporea) in una tensione spasmodica di identificazione con modelli socialmente vincenti. In questo tipo di società, che ha come ideale l’essere forti, sani, giovani e belli, la malattia è spesso una tragedia, realtà cui non si riesce a dare un significato e quindi non più sopportabile, la salute come un diritto, la guarigione come una “meta” che si può (o si potrà) sempre raggiungere. «Una cultura si identifica per i valori, i bisogni e i desideri attraverso cui gli individui che ne fanno parte possono definire un proprio progetto di vita e sentire di appartenere a una comunità in forza della condivisione di una comune visione del senso della vita»¹⁰. Nel contesto della nostra cultura possiamo dire che la salute si sta imponendo come un valore, un bisogno e un desiderio centrale, e probabilmente come il suo nucleo culturale più forte e denso di significati, un diritto che professionisti, istituzioni e organizzazione devono garantire ma anche un dovere di cui la persona si sente responsabile.

Accanto ad una “medicina dei bisogni” (che si attuava nella suddetta triade di *prevenzione-cura-riabilitazione*) si fa sempre più strada anche una “medicina dei desideri” il cui raggiungimento diventa tensione verso il ben-essere e *promozione* di una sempre migliore qualità della vita dalla quale non è esclusa la componente trascendente e spirituale. «Ben-essere e qualità della vita, infatti, non possono non rimandare verso quella pienezza esistenziale e quella absolutezza qualitativa che caratterizzano la vita nella sua dimensione escatologica. Tale positiva valutazione ha, tuttavia, in sé anche il senso del suo limite. La tensione verso il pieno benessere, infatti, non esclude l’incompletezza, la parzialità, l’insufficienza della sua realizzazione, proprio in quanto realtà che si colloca sempre “oltre”. Solo in questa luce una medicina dei desideri non sarà alternativa alla

⁹ Cfr. LANGELLA A., *Salvezza e guarigione*, in TERRACCIANO A. (a cura di), *Attese e figure di salvezza oggi*, Pontificia Facoltà Teologica dell’Italia Meridionale – Sezione S. Tommaso D’Aquino, Napoli 2009, 317-330; ZULEHNER P.M., *Guarigione* in ZULEHNER P.M., *Teologia Pastorale*. Vol. 1, Queriniana, Brescia 1992 (or. ted. 1989-1990), 90-94.

¹⁰ SIRI G., *Il ruolo emergente del valore “salute” nella nostra cultura*, in Fondazione Zoè (a cura di), *La comunicazione della salute. Un manuale*, Raffaello Cortina, Milano 2009, 62.

medicina dei bisogni ma si collocherà sulla sua scia nella continuità da attribuire a una salute che dalla semplice assenza di malattia si trasforma in equilibrata ricerca del pieno benessere»¹¹.

In tempi di crisi e di perdita di orizzonte di senso, la salute diventa sempre più il valore-simbolo, a volte l'unico, cui aggrapparsi e nel quale rifugiarsi. Nel desiderio di star bene si proiettano altri desideri, come quella della felicità, e nel risolvere il problema-salute si pensa di risolvere anche tutti gli altri problemi della vita. «Quando non ci sono valori, resta un unico mezzo valore, debole, senza slanci, senza illusioni, resta un ideale povero, ma sincero. Consiste nel poter vivere una vita senza lacrime, senza difficoltà materiali, senza malesseri e malanni fisici e senza disturbi psicologici»¹².

Salute come “benessere”

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito, qualche anno fa, la salute «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità» (OMS, 1948). È una definizione in cui la salute non è vista solo come assenza di malattia ma come uno stato di benessere che interessa non solo il corpo, ma anche la dimensione psichica, relazionale ed il contesto ecologico-ambientale in cui la persona vive.

È una definizione troppo limitata perché non prende in considerazione la spiritualità della persona nella definizione stessa di salute (e del suo significato) e perché la definisce come uno stato mentre la vita stessa è un cammino che cambia continuamente, e troppo ampia perché offre una visione utopica della vita¹³. È una definizione massimale, che è buona nella sua parte negativa (nel definire ciò che la salute non è) ma che nella sua parte positiva (nel come la salute può essere intesa) va al di là dell'umanamente possibile, può portare a pretese inappagabili verso se stessi e verso la società e il sistema sanitario che essa esprime, produrre ciò che vuole superare, cioè la paura della malattia, e a emarginare coloro che in vari modi la vivono e la rappresentano. Se si considera la malattia solo come un disturbo funzionale di determinati organi corporei, allora la salute è una condizione priva di disturbi nel proprio corpo. Ma le malattie – specialmente quelle gravi e croniche – riguardano tutta la persona. In questa prospettiva la salute non è semplicemente l'assenza di malattie ma la forza di affrontarle, cercandone una cura, ma anche la capacità convivere con esse non solo continuando ad essere uomini ma anche esprimendo ricchezze inesprese del nostro essere uomini. «La salute non è qui uno stato, una condizione, ma la “forza di essere uomini” in stati di salute e in stati di malattia. Questa forza psichica si manifesta, come si diceva una volta, nella capacità di godere e di soffrire, di gioire e di piangere, complessivamente nella forza di accettare la vita e di dare la vita. Essa è, teologicamente parlando, la vita e la morte nel grande sì di Dio, l'accettazione della vita e della morte nell'ampio spazio della presenza di Dio»¹⁴.

Le critiche che possono essere fatte – giustamente - per una visione “utopistica” della salute come “stato” di “completo benessere” non tolgono valore al fatto di aver superato un modello “medico” rigido e unilineare di causa-effetto e aver privilegiato un modello bio-psico-sociale, multifattoriale. Un modello che, man mano si è allargato introducendo la dimensione spirituale: modello biopsicosociale-spirituale¹⁵.

Del resto l'OMS, nell'aggiornamento del suo Glossario della promozione della salute nel 2006, definisce il benessere (termine con il quale definiva la salute) come «lo stato ottimale di salute di singoli individui e di gruppi di persone. Due sono gli aspetti fondamentali: la realizzazione delle

¹¹ LEONE S., *Salute. Approccio etico e pastorale*, in DTSP, 1093. Tra i settori che rientrano nell'accezione «medicina dei desideri» l'Autore ricorda: la medicina della riproduzione nei suoi due versanti, la regolazione della fertilità e la procreazione assistita; la medicina estetica; la medicina dello sport; l'ingegneria genetica, ecc.

¹² TERRIN A.N., *Il sacro off limits. L'esperienza religiosa e il suo travaglio*, EDB, Bologna 1995, 251.

¹³ Cfr. ATKINSON D., *The church healing ministry. Practical and pastoral reflection*, Canterbury Press, Norwich 2011.

¹⁴ MOLTSMANN J., *Etica della speranza*, Queriniana, Brescia 2011 (or. ted. 2010), 120.

¹⁵ Cfr. *A biopsychosocial-spiritual model of health care*, in SULMASY D.P., *The rebirth of the clinic. An introduction to spirituality in health care*, Georgetown University, Washington D.C., 2007, 121-146.

massime potenzialità di un individuo a livello fisico, psicologico, sociale, spirituale ed economico, e l'appagamento delle aspettative del proprio ruolo nella famiglia, nella comunità, nella comunità religiosa, nel luogo di lavoro e in altri contesti»¹⁶.

Il benessere, anche nel parlare della salute, non è solo il *benessere oggettivo* (la qualità di vita della persona misurata sulla base di parametri oggettivi), ma anche il *benessere soggettivo* (inteso come qualità di vita percepita, come esperienza emozionale positiva e soddisfazione nei confronti della propria vita), il *benessere psicologico* (qualità del funzionamento psicologico delle persona, da intendersi come il grado di salute mentale) e il *benessere sociale* (inteso qualità delle relazioni sociali dell'individuo nell'ambito della propria comunità e società, uno "star bene" nelle relazioni con gli altri)¹⁷. La ricerca di benessere è fortemente collegata alla ricerca della "felicità"¹⁸.

Benessere oggettivo, soggettivo, psicologico e sociale sono collegati tra loro: «L'esperienza soggettiva e psicologica dello "star bene" appare fondata non solo sull'esperienza di emozioni positive e di soddisfazione, sulle possibilità di autorealizzazione, sulla qualità del rapporto con se stessi (accettazione, senso di crescita), sul proprio futuro (scopo della vita), sulle altre persone (relazioni positive con altri, autonomia), sull'ambiente (padronanza), ma include anche la consapevolezza e il sentimento di essere parte di un'entità più ampia, nell'ambito della quale sia possibile sperimentare relazioni positive caratterizzate da fiducia (nonché ricevere sostegno in caso di bisogno) e in cui la propria appartenenza abbia un significato e un valore riconosciuto anche dagli altri, un'entità che ha potenzialità di sviluppo e che è pertanto fonte di scopi, garanzia della presenza di un significato anche nella vita personale e nelle azioni messe in atto dai singoli per raggiungere i propri obiettivi»¹⁹.

Nel benessere dell'individuo (e nella sua salute) influiscono un insieme di variabili legate alla *persona* e alla sua capacità di *fronteggiare* i problemi, alle *relazioni interpersonali e sociali* e al *contesto ecologico ambientale*. L'attenzione non è più legata solo al momento presente ma alla *dimensione temporale* ed al peso che hanno avuto i vari eventi della vita, alle *rappresentazioni sociali condivise* all'interno di una cultura e al loro influsso sulle interpretazioni personali degli eventi e sullo stile di vita, ai *valori* dei singoli individui e del gruppo di appartenenza, e alla loro forza nel motivare i comportamento dei singoli e nel creare un ambiente sociale in cui i singoli possano meglio esprimersi e crescere.

Ma, riguardo alla salute, fatica a farsi strada, sia in ambiti sanitari che nel più largo mondo sociale, un vero cambiamento culturale. Troppo spesso le varie dimensioni vengono viste ancora come separate, al massimo confinanti, e non tra loro interagenti in un gioco di reciproche influenze. Non sempre si traduce, nelle scelte politiche ma anche nella organizzazione sanitaria e nella pratica terapeutica, la convinzione che star bene con se stessi non è solo star bene con il proprio corpo, ma anche con i propri pensieri e con le proprie emozioni, all'interno di relazioni significative e soddisfacenti, in un ambiente sano, sostenuti da desideri, aspirazioni e valori che *trascendono* l'orizzonte quotidiano.

Particolare attenzione, per una cura migliore della salute, dovrebbe essere data anche alla salute dei professionisti sanitari, al loro benessere e alla loro soddisfazione "lavorativa", e alla salute

¹⁶ WHO, *Health promotion glossary update: new terms*, Geneve 2006, citato in TARTAROTTI L., *Psicologia della salute: un'introduzione*, Angeli, Milano 2010, 143.

¹⁷ Cfr. CICOGNANI E., *Linee di ricerca sul benessere*, in ZANI B., CICOGNANI E., *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*, Carocci, Roma 1999, 17-51; TARTAROTTI L., *Il contributo della psicologia allo studio e alla misurazione del benessere*, in TARTAROTTI L., *Psicologia della salute: un'introduzione*, Angeli, Milano 2010, 143-165.

¹⁸ Cfr. DELLE FAVE A., *Comprendere il benessere per potenziare l'intervento. Una visione d'insieme sulla psicologia positiva*, in: GOLDWURM G.F., COLOMBO F. (a cura di), *Psicologia positiva. Applicazioni per il benessere*, Erikson, Trento 2010, 11-32; BRÜMMER V., SAROT M. (eds), *Happiness, well-being and the meaning of life. A dialogue of social science and religion*, Pharos, Kampen 1996.

¹⁹ CICOGNANI E., *Linee di ricerca...*, op. cit., 48-49.

dell'organizzazione in cui lavorano²⁰. C'è una salute della persona che lavora in certi contesti e una salute organizzativa intesa come «l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la convivenza nei contesti di lavoro promuovendo, mantenendo e migliorando il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative»²¹.

Fondamentale è recuperare *il senso di comunità* e le modalità che lo fanno vivere ed esprimere. In questo recupero è importante *la condivisione di valori*. Se il credere ai valori è importante (ed essi danno un significato particolare al lavoro che si fa) è importante, però, che su questi ci sia *un impegno condiviso* da parte dei vari soggetti del gruppo di cura²².

Comunità sananti

La salute della persona è inserita dinamicamente in un progetto di vita in cui tutte le esperienze, le gioie come le ferite, fanno parte a pieno diritto della propria storia personale. La capacità di affrontare e gestire i momenti di malattia e di disagio, e la sofferenza che ne deriva, e saperci anche “convivere”, diventa in questo senso fondamentale anche nel definire la salute stessa della persona. La salute, secondo una visione “olistica” che guarda all'interezza della persona, può essere quindi presente anche in malati o disabili che, fisicamente, rimangono tali, ma hanno saputo integrare le loro fragilità dentro un cammino di vita significativo per loro e per gli altri. Malati che diventano sempre più “esperti” della loro malattia e della cura²³. La visione antropologica che il cristianesimo propone e difende è su questa linea. «L'antropologia cristiana, così attenta a sottolineare l'unità della persona nella sua multidimensionalità, privilegia una *nozione olistica* di salute e malattia, in cui concorrono e interagiscono elementi corporei, psichici e spirituali senza dimenticare le imprescindibili risonanze relazionali. Come la vita umana non può essere ridotta alle sue sole dimensioni biologiche, ma è vita della persona nella sua multidimensionalità, così la salute non può essere ridotta ad una o all'altra delle dimensioni dell'uomo, ma è armonia e integrazione di tutte le energie personali, fisiche, psichiche e spirituali»²⁴.

Alla domanda di salute, nella varietà delle sue espressioni e nella diversità dei problemi che solleva, la comunità ecclesiale è chiamata a rispondere come *comunità sanante*, segno efficace (sacramento) di una salvezza integrale. La Chiesa ha come fine di portare agli uomini la salvezza - donata dal Padre per mezzo di Cristo nello Spirito, - che consiste, in profondità, nella liberazione dal peccato e dalla morte e nella partecipazione alla vita eterna e alla gioia infinita della Trinità. È una salvezza personale e allo stesso tempo comunitaria, spirituale e allo stesso tempo temporale, storica ed escatologica insieme, una salvezza integrale che, nell'orizzonte della vita eterna, salva tutta la persona umana in tutte le sue dimensioni²⁵. E nella sua *pastorale* la chiesa è chiamata a riscoprire la forza salvifico-salutare (la grazia sanante) presente nell'evangelizzazione, nella testimonianza, nelle celebrazioni liturgiche, nelle opere di carità e di cura, nelle sue relazioni e nelle varie espressioni di accoglienza reciproca e di comunione.

Il nostro Dio è un Dio che cura e che salva. Il Cristo ha realizzato in pienezza l'azione del Padre nelle sue guarigioni e, in modo definitivo, nell'atto d'amore radicale nella croce. Anche noi *siamo chiamati ad essere la terapia di Dio* (la sua guarigione e la sua salvezza) gli uni gli altri, presenza e continuazione dell'agire del “Cristo medico” nella reciprocità della nostra cura. In questa prospettiva i gesti, amicali o professionali, compiuti dai discepoli di Cristo per donare la salute,

²⁰ Cfr. SANDRIN L., *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*, Paoline, Milano, 2007².

²¹ AVALLONE F., PAPLOMATAS A., *Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina, Milano 2005, 65.

²² Cfr. MASLACH C., LEITER M., *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Erikson, Trento 2000 (or. ingl. 1997).

²³ Cfr. MOJA E.A., VEGNI E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000, 47-49.

²⁴ SGRECCIA P., *La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute*, V&P, Milano, 2008, 258.

²⁵ Cfr. PANIZZOLO S., *Chiesa sacramento di salvezza*, in DTPS, 189 e ss.

segni della cura di Dio, si possono rivelare gesti capaci di aprire il cuore di chi chiede la salute verso la salvezza.

La salute potrebbe essere considerata come *sacramento di salvezza*. La logica del simbolo (sacramentale) permetterebbe di cogliere «ciò che ontologicamente sta in unità: la salute, pur nella complessità della pratica medica, sarebbe un luogo di efficace attuazione della salvezza e il soggetto che la domanda (paziente) così come colui che si prende cura di lui (operatore sanitario) rincontrerebbe la sua piena identità nella missione per la quale egli partecipa, con libertà, alla missione stessa di Cristo Signore»²⁶. Parlare di salute come sacramento di salvezza è parlare di un segno efficace che attua, misteriosamente anche se non definitivamente, ciò che significa e parlare di una comunità in cui questo avviene e che trova le strade più adeguate per una sua piena “esperienza”.

Come cristiani, siamo chiamati a incontrare le persone dove esse veramente si trovano. Esse vivono tante esperienze di gioia. Ma è nella sofferenza e nella malattia, e nei momenti in cui la fragilità della vita si fa particolarmente sentire, che esse cercano, nella nostra accogliente prossimità, il segno della presenza compassionevole di Dio, e nei nostri gesti di cura i segni della sua salvezza. E nella nostra presenza Dio accetta, misteriosamente, di farsi trovare²⁷.

Il Figlio di Dio ha dato “corpo” al *non ancora* della salvezza nel *già* della cura della salute delle persone. La missione salvifica che il Signore ha affidato alla Chiesa è realizzata nell’annunciare, nel battezzare ma prende corpo (si incarna) anche nel prendersi cura delle persone che cercano salute.

La guarigione penultima che “avviene” in noi (dono di Dio e frutto del nostro impegno) è come il seme di senape nel quale è *già* presente la pianta della guarigione ultima che, nella sua pienezza, esprimerà i suoi frutti solo nel *non ancora* eterno di Dio. «La malattia accende nell’uomo una nostalgia, un dolore per la patria non posseduta, costituita da quello stato di benessere, di pace, di armonia, di riposo, di creatività, di comunione con Dio, con gli altri uomini e con il mondo che ci circonda e che chiamiamo *salute e salvezza*. La teologia pastorale sanitaria ben conosce questa nostalgia e, a suo modo, deve alimentarla, in maniera consapevole»²⁸.

La *relazione di cura*, nelle sue varie forme e vari ambiti in cui si esprime, può essere un luogo privilegiato in cui la ricerca di salute apre cammini di salvezza e la chiesa “comunità sanante” ritrova nuove mediazioni salvifiche e linguaggi biblici dimenticati. Non è possibile sovrapporre salvezza e salute. Ma certamente, una modalità matura di accogliere la salvezza può avere positive ricadute anche sulla salute, fisica e psichica, delle persone.

La salute e la malattia dell’altro sono un appello all’alleanza ed esigono la “condivisione”. La prassi terapeutica è un’*alleanza*. La malattia come la salute interessano la persona nella sua interezza e perciò rimandano ad una *grande alleanza* di fattori. Anche la *terapia* è frutto di un riuscito mosaico di competenze professionali, di un patto fondato sulla relazione, di una grande alleanza tra persone e soprattutto tra un malato, la sua famiglia e una comunità (anche nella sua traduzione in professionisti, strutture e organizzazioni sanitarie) che lo prendono in cura.

Conclusione

L’annuncio del Vangelo della salvezza, come nell’agire sanante di Gesù, trova nell’amore verso chi soffre la sua forma privilegiata di manifestazione e di realizzazione. Gesù non separa mai la sua attività terapeutica dalla proclamazione del Regno. Le guarigioni che Lui compie sono a servizio dell’evangelizzazione. Sono il segno più evidente della salvezza che egli offre, l’esperienza che fa capire, o almeno intuire, il senso della sua azione evangelizzatrice. Sono esse stesse un “lieto annuncio”, un vangelo. Ciò significa che l’evangelizzazione del mondo della salute da parte della

²⁶ SCOLA A., “Se vuoi, puoi guarirmi”. *La salute tra speranza e utopia*, Cantagalli, Siena 2001, 114.

²⁷ Cfr. SANDRIN L., *Accanto a chi soffre. Il prete ministro di speranza*, Cittadella, Assisi 2011.

²⁸ SALVATI G.M., *Salute/salvezza: perno della teologia pastorale sanitaria*, in *Salute/Salvezza...*, op. cit. 30.

comunità ecclesiale non è qualcosa di aggiunto all'azione terapeutica dei suoi membri ma deve incarnarsi nei gesti di cura e di guarigione a tal punto che questi stessi gesti sono Vangelo, lieto annuncio che Dio è un Dio presente, che ama, che cura e che consola, e invito ad accogliere la sua salvezza.

«Segno di speranza». È questa un'espressione usata dal cardinal Bernardin nella sua lettera pastorale a proposito delle Istituzioni sanitarie cattoliche. La malattia è, com'egli si esprime, una specie di esilio umano, un non sentirsi a casa, un essere tagliati fuori dal precedente tipo di vita, un sentirsi immersi nel *caos*. La vocazione distintiva delle Istituzioni sanitarie cattoliche non sta nel guarire meglio o con più efficienza di altri ma nel dare a coloro che sono malati, attraverso le relazioni di cura, «una ragione di speranza»²⁹. E questo può avvenire nell'assumere la speranza del malato come speranza di guarigione, e nel saper rispondere con competenza ad essa, ma nel saperla anche “negoziare” e “ridefinire” nel cammino della malattia e della cura, anche nell'imminenza della morte. «Considerata come un evento nel rapporto tra il malato e il medico, la guarigione è a prima vista ciò che il malato si attende dal medico, anche se non sempre l'ottiene. Esiste dunque uno scarto tra la speranza del primo nel presunto potere – frutto di sapere – dell'altro, e la consapevolezza dei limiti della propria efficacia che il medico deve comunque ammettere»³⁰.

La Chiesa è chiamata a un discernimento della domanda di salute e delle modalità in cui viene espressa la cura, a una *vigilanza critica*. Ma questa vigilanza essa deve tenerla viva anche al suo interno. Scrive sinteticamente un documento vaticano: «Alcune scelte socio-assistenziali e le istituzioni che ne sono scaturite, comprensibili in un passato dal diverso contesto sociale e culturale, sono ormai superate e in contrasto con una nuova sensibilità umana»³¹.

La conversione non è solo un dovere “costante” della persona, ma anche un dovere comunitario e un impegno con ricadute “strutturali”. Il tipo di Vangelo che si respira nelle strutture cattoliche (e soprattutto il vangelo della vita, della cura di quella fragile, e della dignità della persona) definisce la loro identità cattolica e si trasforma in messaggio universale. La “camillianità” del nostro operare nel mondo sanitario e nelle nostre strutture non è un “logo” da esibire ma una leggibile traduzione del carisma di san Camillo, e della sua concreta testimonianza, nell'oggi di chi cerca salute e guarigione.

Siamo chiamati a *fare insieme la nostra professione di fede* (il nostro Credo) *attraverso l'espressione e la condivisione delle nostre diverse professioni*.

²⁹ Cfr. BERNARDIN J., *A Sign of Hope. A pastoral letter on Healthcare*, CHA of US, St.Louis (MO) 1995.

³⁰ CANGUILHEM G., *È possibile una pedagogia della guarigione?*, in CANGUILHEM G., *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Einaudi, Torino 2007 (or. fr. 2002). Cfr. anche SANDRIN L., *Vivere il dolore e la speranza*, EDB, Bologna 2009.

³¹ PONTIFICIO CONSIGLIO PER I LAICI, *La dignità dell'anziano e la sua missione nella Chiesa e nel mondo*, Città del Vaticano, 1998, 26.