

Tesina

NATURA E AMBITI DELLA PASTORALE SANITARIA

La Chiesa, sull'esempio di Cristo, "nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione"... Queste parole del Beato Giovanni Paolo II (motu proprio "Dolentium Hominum" n. 1), citate nella presentazione del documento della Consulta Nazionale della C.E.I. per la Pastorale della Sanità "La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana, Linee di pastorale sanitaria", del 30/3/1989, possono rappresentare un punto di partenza per comprendere e descrivere la natura e gli ambiti della Pastorale della Salute. Si parla infatti di MISSIONE della Chiesa, di SERVIZIO ai MALATI e ai SOFFERENTI, di SECOLI (e quindi di "storia"), di ESEMPIO di Cristo.

Vale la pena riportare per intero il primo paragrafo del Motu Proprio (che seguiva solo di un anno la Lettera Apostolica "Salvifici Doloris"):

E' noto il vivo interesse che la Chiesa ha sempre mostrato per il mondo dei sofferenti. In ciò non ha fatto, del resto, che seguire l'esempio molto eloquente del suo Fondatore e Maestro. Nella Lettera Apostolica «Salvifici Doloris» dell'11 febbraio 1984, ho rilevato che «nella sua attività messianica in mezzo a Israele, Cristo si è avvicinato incessantemente al mondo dell'umana sofferenza. Passò "facendo del bene", e questo suo operato riguardava, prima di tutto, i sofferenti e coloro che attendevano aiuto» (Salvifici Doloris, 16).

Di fatto, la Chiesa nel corso dei secoli ha fortemente avvertito il servizio ai malati e sofferenti come parte integrante della sua missione e non solo ha favorito fra i cristiani il fiorire delle varie opere di misericordia, ma ha pure espresso dal suo seno molte istituzioni religiose con la specifica finalità di promuovere, organizzare, migliorare ed estendere l'assistenza agli infermi. I missionari, per parte loro, nel condurre l'opera dell'evangelizzazione, hanno costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l'assistenza e la cura dei malati.

Possiamo pertanto affermare che la Pastorale della Salute deriva dall'esempio di Cristo, dalle sue parole e dai suoi gesti verso i sofferenti. Il Regno di Dio, portato e annunciato da Gesù Cristo, ha come primissimi "segni" della sua venuta proprio l'azione di guarigione dei malati: la lotta contro il male, per la piena redenzione dell'uomo, raggiunge l'uomo stesso nella sua concretezza quotidiana, fatta di piccole o grandi sofferenze e miserie, ed è così "concreta" da esplicarsi nella "guarigione" dalle malattie (il Regno non è un modo di dire, non è un'idea, un ideale, un sentimento, un'utopia). Tuttavia nei miracoli di Gesù il malato però non è soltanto "guarito", ma è anche (e soprattutto) "salvato". Inoltre, il contesto di partenza e insieme il frutto della guarigione è la fede. Anche il segno "finale" della venuta del Regno nell'esistenza terrena di Cristo (la Croce, alla luce della Risurrezione) entra nella Pastorale della Salute: la Chiesa nell'assistere e nel prendersi cura dei malati non sempre può procurare la guarigione, ma deve sempre offrire il suo aiuto perché il malato trovi un senso alla sua sofferenza e ne viva il suo aspetto di "redenzione", aprendosi alla speranza.

Il Papa, parlando della storia della Chiesa, ricorda le opere di misericordia “fiorite” tra i cristiani e le istituzioni religiose promosse dalla Chiesa per l’assistenza agli infermi e colloca il tutto sotto la sigla unificante e illuminante di “Missione”: la Chiesa è mandata da Cristo verso tutti gli uomini, incontro ad ogni uomo e donna, in tutto il mondo, per annunciare il Vangelo anche attraverso la cura dei malati. Anzi, potremmo dire che non soltanto l’accostamento ai malati è occasione o spazio per compiere l’annuncio, ma anche che il modo di accostarsi ai malati, di prendersi cura, di assistere è esso stesso Vangelo, opera di evangelizzazione. Infatti l’equivalenza tra servizio ai malati e “missione” viene poi dal Papa stesso rafforzata con l’esempio dei “missionari” che hanno *costantemente associato la predicazione della Buona Novella con l’assistenza e la cura dei malati*. Il grande Papa che ha ripetutamente spronato la Chiesa a “prendere il largo” nel nuovo millennio, indicando questo tempo come il tempo di una “nuova evangelizzazione”, getta così le basi di una Pastorale della Salute fortemente connotata in senso missionario ed ecclesiale: non più solo opera di “carità” di cristiani (tanti o pochi, organizzati o isolati) sensibili alla sofferenza dei malati o esperti di problemi sanitari, ma “MISSIONE”, modalità per la nuova evangelizzazione a cui tutta la comunità cristiana, con le sue varie componenti e vocazioni, è chiamata e mandata dal Suo Signore.

Con questo, il Papa raccoglieva e rilanciava prospettive maturate negli ultimi decenni del secolo scorso, a partire dal Concilio Vaticano II, anche grazie ad altri documenti del Magistero Pontificio ed Episcopale, riguardanti sia la vita cristiana ed ecclesiale in generale, sia lo specifico aspetto della Pastorale della Salute.

Dunque la Pastorale della Salute di oggi deriva, da una lunga storia, antica e recente, da un vissuto di Chiesa e di Cristiani, e insieme da documenti magisteriali e pastorali degli ultimi decenni.

Nella Chiesa Italiana due sono i documenti che hanno impostato e configurato la Pastorale della Salute:

- 1) il già menzionato documento della Consulta Nazionale della C.E.I. per la Pastorale della Sanità
“La Pastorale della Salute nella Chiesa Italiana, Linee di pastorale sanitaria”, del 1989;
- 2) la Nota Pastorale della Commissione Episcopale per il servizio della carità e della salute
“Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute”, del 2006.

Il documento del 1989 descrive la Pastorale della Salute come “*la presenza e l’azione della chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura*. (n.19). L’intero testo sarà esplicitazione e approfondimento di questa iniziale definizione, come pure il documento del 2006 ne sarà una continuazione aggiornata.

“LA PRESENZA E L’AZIONE DELLA CHIESA”

Alla luce degli insegnamenti del Concilio Vaticano II si indica come soggetto primario della pastorale della salute “la Chiesa”, intesa come “la comunità cristiana, popolo santo di Dio, adunato nell’unità del Padre, del Figlio e dello Spirito santo sotto la guida dei pastori (cf. LG 1)”, nelle sue varie componenti (vescovi, sacerdoti, religiosi, laici) ognuna secondo il proprio carisma, ma soprattutto “insieme”, nella corresponsabilità, evitando “facili deleghe a pochi individui o gruppi”.

Questa missione “comune” di tutta la comunità cristiana va compiuta in un’ottica di “pastorale d’insieme”. Alcuni passaggi dei citati documenti lo dicono chiaramente e indicano una precisa direzione. Il documento del 1989 tra gli obbiettivi generali della pastorale della sanità, pone:

“sensibilizzare le istituzioni e gli organismi pastorali presenti nel territorio (parrocchie, consigli pastorali) alle problematiche della salute e dell’assistenza agli infermi, indicando piste operative per un responsabile coinvolgimento nei progetti socio-sanitari” (n. 20)

Tra gli obbiettivi della cappellania ospedaliera pone:

“contribuire al coinvolgimento dei cristiani, presenti nel territorio, nella promozione della salute e nell’assistenza dei malati.” (n. 81)

Tra gli obbiettivi della consulta diocesana pone:

“animare e coordinare la pastorale sanitaria delle vicarie e delle parrocchie, favorendo un’azione comune e condivisa fra le varie associazioni, gruppi e organismi caritativi...” (n. 78).

Il documento del 2006 spinge ulteriormente in questa direzione, ove dice, tra i vari obbiettivi:

- *“sostenere l’integrazione della pastorale sanitaria nella pastorale d’insieme delle comunità cristiane;*
- *promuovere una maggiore integrazione tra l’assistenza spirituale assicurata nelle strutture sanitarie e la cura pastorale ordinaria nelle parrocchie, sviluppando forme di collaborazione tra le cappellanie ospedaliere e le comunità ecclesiali territoriali;*
- *fornire indicazioni per il coinvolgimento di tutte le componenti del popolo di Dio nella pastorale della salute, potenziando gli organismi di comunione e corresponsabilità;”* (n. 4)

Al n. 22 si parla di “comunità ospitale”, che si “prende cura”: *alla società che si impegna per garantire la tutela dei diritti dei cittadini alla salute, la Chiesa con la parola che viene da Dio e con la testimonianza propone l’ideale di una comunità che si prende cura, difendendo e promovendo la persona nella sua globalità e coinvolgendo la famiglia, gli operatori sanitari e pastorali.* Questa comunità “ospitale” che si prende cura non è la sola cappellania dell’ospedale, ma l’insieme di cappellania e parrocchie del territorio, che si coordinano, comunicano tra loro, collaborano e si sostengono a vicenda nel servire i malati e le loro famiglie, sia quelli ricoverati in ospedale, sia quelli a casa. Altrettanto si deve dire per gli altri soggetti ecclesiali della pastorale sanitaria: religiosi, istituzioni sanitarie cattoliche, associazioni professionali sanitarie cattoliche, volontariato. Queste realtà sono chiamate a rendere effettiva e visibile la comunione ecclesiale che le unisce tra loro e con le parrocchie del territorio. Coordinamento, comunicazione, collaborazione e sostegno reciproco saranno certamente fatti molto complessi e incontreranno difficoltà pratiche, ma possono essere anche forieri di grande vivacità e ricchezza nel loro servizio e in particolare nel raggiungere *“l’obiettivo comune a tutto il popolo di Dio, l’evangelizzazione”*. Il documento del 2006 ai nn. 55-56, citando Giovanni Paolo II nell’Esortazione Apostolica “Christifideles laici”, esplicita la derivazione delle suddette prospettive dalla ecclesiologia del Concilio Vaticano II. Lo stesso documento, poco prima, ai nn. 42-45, indicava quattro passi per raggiungere la meta di *“un influsso positivo sulla comunità ecclesiale e sulla società”*:

42. (...) Il primo porta le istituzioni a superare l’isolamento, rendendole sempre più visibili nella comunità ecclesiale. La popolazione del territorio deve poter riconoscere in esse un punto di riferimento, uno strumento di sensibilizzazione ai problemi della salute, della morte, della

vecchiaia e della disabilità. Ciò costituisce il compito carismatico dei religiosi che le gestiscono: la missione loro affidata di servire i malati e di promuovere la salute appartiene a tutta la Chiesa. A loro incombe il dovere di aiutare la comunità ecclesiale a diventarne maggiormente consapevole.

43. Vi è poi un passo che spetta alla comunità ecclesiale territoriale, chiamata a sentire come proprio l'ospedale, la residenza di anziani o la casa di accoglienza presenti nel proprio territorio(...).

44. Un terzo passo deve essere realizzato nel confronto tra le varie istituzioni sanitarie cattoliche(...).

45. Un ultimo passo, infine, consiste in un maggiore coinvolgimento dei laici all'interno delle istituzioni sanitarie cattoliche. A questo fine i religiosi devono offrire ai laici opportune possibilità di condividere la spiritualità dei fondatori degli istituti, rendendoli anche più partecipi della responsabilità dell'istituzione. Da parte loro i laici sono chiamati a superare le barriere costituite da una lunga tradizione di passività, assumendo il ruolo che loro compete nell'ambito della comunità ecclesiale.

Tutte le categorie del popolo di Dio sono coinvolte in questa vocazione ad esercitare la carità di Cristo verso i malati e a edificare la Chiesa come “comunità ospitale”, che si “prende cura”: i diaconi, i consacrati e le consacrate, i fedeli laici. In particolare, i fedeli laici, possono offrire un duplice contributo alla pastorale della salute: quello “professionale” (negli ospedali) e quello “battesimale” (*possono visitare i malati a nome della comunità, portare loro la Santa Comunione, guidare momenti di preghiera, partecipare attivamente alle celebrazioni liturgiche*). (n. 57)

Grande importanza riveste nella missione della chiesa anche verso i malati il ruolo della donna: la sua presenza è un dono e una risorsa importante, proprio per le caratteristiche tipiche della femminilità: *“la ricettività, la disponibilità, l'accoglienza, la capacità di ascolto, l'abilità nel cogliere le situazioni, l'attitudine a farsi carico dei problemi degli altri, l'inclinazione a offrire il proprio aiuto”*. (n.58)

“RECARE LA LUCE E LA GRAZIA DEL SIGNORE”

In questa espressione si concentrano in modo sintetico e denso una pluralità di obbiettivi, di interventi, di doni e di ambiti di azione e presenza della Chiesa nei confronti dei sofferenti. La “luce” da recare è la luce della fede che offre un senso alla sofferenza e mostra una speranza nel buio della malattia. Questa luce è offerta al malato e ai suoi familiari attraverso la visita, il dialogo, il gesto anche silenzioso di vicinanza da parte dell'operatore pastorale, la preghiera, l'offerta dei Sacramenti. “Recare luce” significa anche analizzare e interpretare quanto avviene nella società, nella cultura, nella mentalità diffusa, nelle istituzioni, in riferimento ai problemi della sanità, della salute e della malattia, della vita e della morte, per ispirare una cultura più sensibile e più attenta all'uomo che soffre. Significa anche affrontare i temi etici più discussi in campo medico e sanitario. La luce da recare è la luce “del Signore”: dalla visione di uomo che emerge dal Vangelo nasce una cultura e una conseguente attività di “formazione”, che plasma non solo figure pastorali o di volontariato ma anche figure “scientifiche” e “professionali” (ricercatori, medici, infermieri) capaci di umanizzare il mondo sanitario, le strutture sanitarie e le procedure di approccio al malato.

In tema di “luce e grazia del Signore”, una particolare rilevanza ha l’aspetto liturgico e sacramentale. Non solo la liturgia celebrata per i malati nelle cappelle degli ospedali, ma, prima ancora, la liturgia celebrata nella vita ordinaria delle parrocchie, offre a tutti i fedeli, sani o malati, quella luce di cui tutti hanno bisogno, con l’annuncio evangelico (che poi si farà anche catechesi e formazione per tutte le età e le condizioni di vita), con il frequente invito alla preghiera per i malati, i loro familiari e per coloro che si dedicano ad essi nel volontariato e nella professione. La preghiera in se stessa è incontro con la luce e la grazia del Signore. Ma è necessaria anche una grande attenzione al “contenuto” e allo “stile” della preghiera. A seconda di cosa si dice e cosa si chiede al Signore, il malato presente alla celebrazione, o il familiare che ha in casa o in ospedale il proprio caro ammalato, ne riceveranno luce e conforto. A seconda di cosa si dice e cosa si chiede al Signore, si può “veicolare” una sensibilità che plasmerà gli animi dei fedeli, predisponendoli ad affrontare con amore e speranza l’eventuale esperienza della malattia quando questa lambirà la loro vita o la loro famiglia. A seconda di cosa si dice e cosa si chiede al Signore, l’operatore sanitario presente alla celebrazione ne riceverà motivazione per la sua attività professionale e potrà avvertire una migliore sintonia con il paziente. A maggior ragione la liturgia celebrata nei luoghi di cura ha una potenzialità di trasmissione e di esperienza di “luce e grazia del Signore”: partendo dalla specificità dei tempi liturgici, dalla Parola di Dio del giorno, dai Santi celebrati, dai vari testi (orazioni, preghiere, acclamazioni, canti), dai vari segni e monizioni, il celebrante e le altre figure ministeriali possono illuminare l’Assemblea formata da malati, familiari e operatori.

La “grazia del Signore” è significata e donata efficacemente ai malati con i Sacramenti, in particolare quelli tipici della malattia: la Riconciliazione, l’Eucaristia, l’Unzione degli Infermi. Per molte persone, l’esperienza della malattia e l’incontro con il Sacerdote in ospedale rappresenta l’occasione per riavvicinarsi alla preghiera e ai Sacramenti, ma questi non possono essere ridotti ad una generica “buona pratica religiosa”. Nel tempo della malattia i Sacramenti sono il dono di Cristo e della Chiesa al malato, offerto come specifica risposta e cura amorevole. Il documento della C.E.I. del 1989 ricorda che “il nuovo rituale romano *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi* e il documento della Conferenza episcopale italiana: *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi* hanno sapientemente illustrato l’importanza dell’incontro dei malati con Cristo nei sacramenti e nella preghiera, offrendo preziose indicazioni pastorali.”

Il sacramento della riconciliazione libera il malato dai peccati e lo rende disponibile ad unire le sue pene alla passione di Cristo (Cf. CEI, *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi*, 107).

Memoriale della passione del Signore, l’eucaristia è il centro del ministero pastorale e della vita spirituale del sofferente. Partecipando alla celebrazione eucaristica o nutrendosi del corpo di Cristo portato dal sacerdote, dal diacono o dai ministri straordinari dell’eucaristia nelle corsie delle istituzioni sanitarie o nelle abitazioni domestiche o ricevendo la comunione sotto forma di *viatico*, il malato è fortificato e munito del pegno della risurrezione (cf. *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi* 26).

L'unzione degli infermi è la «forma propria e più tipica dell’attenzione del Cristo totale (di Cristo e della chiesa)» verso la difficile e fondamentale esperienza umana della sofferenza. Dalla riscoperta di questo sacramento - attraverso un’opportuna catechesi e significative celebrazioni individuali e comunitarie, atte a creare una nuova mentalità - conseguiranno grandi vantaggi spirituali, consolazione e conforto per coloro il

cui stato di salute è gravemente compromesso dalla malattia o dalla vecchiaia (cf. CEI, *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi* 137-140).

È attraverso un'illuminata celebrazione che i segni sacramentali possono essere compresi e vissuti in tutto il loro senso profondo. Molti sono i fattori che contribuiscono a rendere significativa la celebrazione dei sacramenti nelle famiglie e nelle istituzioni sanitarie: le condizioni ambientali favorevoli, il sereno rapporto tra malati e quanti li assistono, la partecipazione dei familiari, degli operatori sanitari e dei volontari, la scelta di testi liturgici appropriati e di riflessioni adatte alla situazione vissuta dal malato.

“A COLORO CHE SOFFRONO E A QUANTI NE PRENDONO CURA”

Con la pastorale della salute la Chiesa volge la sua attenzione ai malati. Anzi all'uomo e alla donna nella condizione di malattia e sofferenza. Sia occupandosi di problematiche sanitarie e dei loro risvolti etici, sia organizzando il funzionamento e la gestione di istituzioni e strutture sanitarie, sia promuovendo la formazione al volontariato o alla professionalità sanitaria, sia organizzando iniziative spirituali e pastorali di sensibilizzazione e di preghiera, sia incontrando e prendendosi cura del singolo malato, la Chiesa pone al centro della sua opera “sanitaria” l'uomo, tutto l'uomo, essere unico, unità di corpo e spirito, che mantiene la sua piena dignità anche nella condizione di malattia. La Chiesa guarda così l'uomo malato e cerca di educare coloro che se ne occupano (dai familiari agli operatori sanitari) a guardarlo così: non limitando lo sguardo alla “parte” malata, in modo “materialistico”, come se ci si occupasse di un semplice “corpo”. Da parte dei sanitari come dei familiari va certamente offerta la massima “specializzazione”, per mirare la diagnosi e la cura, ma insieme va offerta la massima “relazionalità”, la massima amorevolezza, il massimo ascolto. La Chiesa guarda al malato con uno sguardo “soprannaturale”: nell'uomo che soffre vede e serve il Cristo che soffre, vede l'uomo sofferente inserito nella vicenda della Passione e della Croce di Cristo, lo riconosce partecipe della sofferenza redentiva di Cristo e gli offre la speranza di partecipare alla vita e alla gioia del Risorto.

Tra gli obbiettivi della pastorale della salute il documento C.E.I. del 1989 indica: *sollevare moralmente il malato, aiutandolo ad accettare e valorizzare la situazione di sofferenza in cui versa e accompagnandolo con la forza della preghiera e la grazia dei sacramenti; aiutare coloro che si trovano in una situazione di disabilità e di handicap a recuperare il senso della vita anche in condizioni di minorazione, scoprendo il superiore valore dell'«essere» rispetto a quello del «fare».* (n.20). Queste espressioni chiedono certamente di mettersi accanto al malato per dare aiuto, consolazione, speranza, perché non si senta solo, inutile, di peso agli altri, ma insieme, nello stesso tempo, aprono a prospettive di protagonismo e di partecipazione del malato stesso al suo personale percorso di guarigione e al cammino della Chiesa, della società, della sua famiglia e del mondo della sofferenza e della sanità in cui è inserito. Infatti al n. 26, citando l'Esortazione Apostolica di Giovanni Paolo II “Christifideles Laici” si presenta il malato tra i “soggetti” della Pastorale Sanitaria: il malato non è “oggetto passivo” di attenzione, ma può essere soggetto protagonista.

L'uomo sofferente è «soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza» (CfL 54). Questa affermazione del santo padre indica il riconoscimento del carisma dei sofferenti, del loro apporto creativo nella chiesa e nel mondo. «Anche i malati sono mandati (dal Signore) come operai nella sua vigna» (CfL 53). Il cristiano, infatti, attraverso la viva partecipazione al mistero pasquale di Cristo, può trasformare

la sua condizione di sofferente in un momento di grazia per sé e per gli altri, trovando nel dolore e nella malattia «una vocazione ad amare di più, una chiamata a partecipare all'infinito amore di Dio per l'umanità».

(...) Spetta alla comunità cristiana valorizzare la presenza dei malati, la loro testimonianza nella chiesa e il contributo specifico che essi possono dare alla salvezza del mondo. Il concilio raccomanda ai vescovi di «suscitare tra gli infermi... la coscienza di offrire a Dio preghiere e opere di penitenza con cuore generoso per l'evangelizzazione del mondo»

Anche il documento C.E.I. del 2006 riprende e rafforza questa prospettiva, intitolando così il n. 52: *“Il malato, lavoratore nella vigna del Signore”*

È, poi, compito importante della comunità ecclesiale la promozione della persona sofferente. Si tratta di rendere operativa l'affermazione di Giovanni Paolo II, secondo cui l'uomo sofferente è «soggetto attivo e responsabile dell'opera di evangelizzazione e di salvezza». Tale affermazione implica il riconoscimento del carisma dei sofferenti, dei valori che essi richiamano, del loro apporto creativo alla Chiesa e al mondo: «anche gli infermi sono inviati [dal Signore] come lavoratori nella sua vigna»

A nessuno sfugge quanto sia importante passare da una concezione che intende il malato come oggetto di cura a una che lo rende soggetto responsabile della promozione del regno. Tale cambiamento di prospettiva è realizzata anche dalla nuova sensibilità sociale e civile che ha trovato un'espressione significativa nelle diverse «carte dei diritti dei malati». Uno degli aspetti maggiormente considerati in tali documenti è costituito dal diritto del malato a essere coinvolto nella propria terapia, assumendo così un ruolo di responsabilità nel processo di cura che concerne la sua persona.

Visitando il malato, la comunità cristiana vuole anzitutto offrirgli ciò di cui il malato stesso ha bisogno.

Difficilmente però l'ammalato potrà svolgere il suo ruolo di soggetto attivo nella comunità ecclesiale se non sarà prima «termine dell'amore e del servizio della chiesa» (CfL 54), trovando in essa sostegno umano, spirituale e morale. La malattia, infatti, è un'esperienza traumatica che attenta l'integrità fisica e psichica dell'uomo; comporta un brusco arresto d'interessi; fa percepire esistenzialmente la fragilità della natura umana; determina una diversa immagine di se stessi e del mondo circostante. Chi soffre è facilmente soggetto a sentimenti di timore, di dipendenza e di scoraggiamento. «A causa della malattia e della sofferenza sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre» (CfL 54). Primo impegno della comunità sociale e cristiana è quello di lottare con il malato contro la malattia «senza tralasciare nulla di quanto può essere fatto, tentato, sperimentato per recare sollievo al corpo e allo spirito di chi soffre» (*Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi*, Premesse 4). Sia nelle situazioni in cui è possibile il ricupero come in quelle in cui non si è in grado di arrestare il male, è di vitale importanza che il malato non si senta emarginato dalla famiglia e dalla comunità. Malgrado la devastazione del male fisico e psichico, l'handicap e le minorazioni, il malato in quanto «icona di Dio» resta un essere umano nella pienezza della sua dignità e dei suoi diritti, degno di ogni rispetto e considerazione. (nn. 27 e 28 del documento C.E.I. del 1989)

Tuttavia con la visita e il dialogo la comunità cristiana deve anche stimolare il malato a dare e fare ciò che può per la comunità e per la propria famiglia, perché il malato, pur nella limitazione o nell'infermità temporanea o permanente, mantiene delle risorse e delle capacità preziose. Anzi, proprio la malattia, mentre costringe a fare a meno di certe facoltà abituali, può far emergere altre facoltà latenti, inesprese o non abbastanza valorizzate.

Senza pretesa di esaustività, si possono fare alcuni esempi: l'ascolto, il consiglio, un dialogo più vero e sincero, la memoria familiare ed ecclesiale, la lettura, la preghiera.

Il dialogo con il malato dovrebbe spaziare su vari argomenti della vita della sua famiglia, della comunità, della società, senza necessariamente rinchiudersi negli angusti confini delle questioni della propria salute e delle cure. Il cappellano o l'assistente religioso che incontra il malato in ospedale, potrebbe, dove possibile, far percepire o risvegliare il senso di appartenenza alla comunità cristiana orientando il dialogo, attraverso domande o cenni, sulla parrocchia del malato o su qualche esperienze religiosa vissuta anche in

passato. Per molti, il dialogo su argomenti religiosi potrà portare al risveglio della fede: in questo caso si tratterebbe da parte dell'operatore di vivere un atteggiamento "missionario" (pre-evangelizzazione o rievangelizzazione), partendo da un contatto "umano", fatto di attenzione alla persona, un saluto, un augurio, un ascolto, un interessamento alla situazione, una relazione di aiuto. Da qui poi potrebbe nascere anche dialogo di carattere religioso, una proposta di preghiera, un annuncio esplicito. Ma quand'anche si incontrasse un malato che abitualmente riceve la Santa Comunione l'operatore dovrà preoccuparsi che la ricezione del Sacramento sia non solo un gesto di buona pratica religiosa ma un gesto "ecclesiale" e quindi incoraggerà il malato, una volta dimesso dall'ospedale, a contattare il proprio Parroco per ricevere la visita e la Santa Comunione anche a casa, mantenendo così il contatto con la propria comunità o riallacciandolo qualora si fosse interrotto. In questo modo il rientro a casa non sarà un ritorno nell'isolamento e nella solitudine. Fermo restando che sarebbero opportuni contatti, segnalazioni e scambi di notizie sul malato tra cappellano e sacerdote della parrocchia, un modo molto semplice per coinvolgere attivamente il malato nella relazione ecclesiale, potrebbe essere quello di incaricarlo di portare saluti o messaggi del cappellano al parroco e viceversa.

Da parte del sacerdote della parrocchia o del ministro straordinario dell'Eucaristia o di chiunque si rechi in visita al malato in casa o in ospedale, l'incontro col malato dovrebbe rappresentare non solo il doveroso e ineludibile interesse alle condizioni di salute e allo stato d'animo del malato, ma insieme anche un portare notizie sulla vita della parrocchia, un chiedere pareri al malato, un invito alla preghiera, cosicché il malato prega non solo per sé, ma anche per altri, e per la propria comunità. Il malato può così dare il suo contributo, sia in quanto malato (con tutto il carico di sensibilità che la sofferenza fa emergere) sia in quanto battezzato e portatore del dono dello Spirito per l'edificazione della comunità.

Anche la famiglia, nel suo insieme e in ogni suo componente, è destinataria della cura pastorale e nello stesso tempo soggetto attivo della cura nei confronti del malato. I famigliari hanno bisogno della luce e della grazia del Signore, perché la malattia è una prova anche per loro. Anche loro soffrono insieme al malato, anche loro sono provocati e si pongono quegli interrogativi di senso che si pone il malato, anche loro hanno bisogno di speranza. La vita di una famiglia molto spesso rimane sconvolta dalla malattia grave, da un ricovero ospedaliero. Il futuro, i progetti, i tempi e le attività di ciascuno sono messi in discussione. Come pure le possibilità di relazione e di partecipazione alla vita comunitaria e sociale: il rischio è che la famiglia si isoli e perda i contatti abituali, perché totalmente assorbita dall'impegno di assistenza al congiunto. Per non parlare dei risvolti economici e lavorativi che segnano la famiglia visitata dalla malattia. Portare la luce e grazia del Signore alla famiglia che si prende cura del malato significherà certamente portare conforto morale, spirituale, la preghiera, i Sacramenti, la Parola di Dio, ma comporterà anche una attenzione e un sostegno "pratico". In questo senso sarà importante suscitare iniziative di volontariato che offrano vari tipi di servizi: trasporto, commissioni, faccende domestiche, assistenza nelle pratiche burocratiche, compagnia, ecc...

La luce e la grazia del Signore che la Chiesa, la comunità cristiana, offre alla famiglia è contemporaneamente aiuto nella prova e promozione di una soggettività familiare nella cura integrale del malato. A ciò mirava l'Arcivescovo Dionigi Tettamanzi nel 2° capitolo della sua lettera per l'anno pastorale 2008-2009 "L'amore di Dio è in mezzo a noi – Famiglia diventa anima del mondo", ai numeri 16-17 (La cura della salute e la prova della sofferenza).

Da questo testo raccogliamo sinteticamente alcuni spunti.

La famiglia si prende cura del malato chiedendo la preghiera. La comunità cristiana illumina e aiuta la famiglia annunciando la presenza di Gesù, invocata nella preghiera:

Quanta gente chiede, con fede, una preghiera per le persone care che sono malate! Mi viene così alla memoria una situazione di vita familiare che Marco ci racconta nel suo vangelo: *«E, usciti dalla sinagoga, si recarono subito in casa di Simone e di Andrea, in compagnia di Giacomo e di Giovanni. La suocera di Simone era a letto con la febbre e subito gli parlarono di lei. Egli, accostatosi, la sollevò prendendola per mano; la febbre la lasciò ed essa si mise a servirli»* (Marco 1,29-31).

Dalla sinagoga si passa alla casa, dal luogo del culto alla famiglia, luogo vivo e intenso di affetti in cui ci si preoccupa della salute e si affrontano le malattie, le diverse forme di fragilità, il peso della sofferenza. Ogni casa può essere illuminata da una *Presenza*, quella di Gesù che, insieme ai suoi discepoli, si affretta verso questa casa dove c'è una donna che sta male, e – scrive l'evangelista – «subito gli parlarono di lei». (...)

Il *parlare a Gesù* della malattia da parte dei discepoli ha già il sapore di un affidamento, di una preghiera: ci si dispone a vivere *insieme*, come famiglia, e *davanti a Dio* la *prova* della malattia e la *speranza* della salute. Solo nella fede è possibile scorgere fino in fondo l'intervento guaritore di Gesù, che *risolve* la donna ammalata, restituendole non soltanto la salute, ma anche la fiducia in se stessa e una nuova speranza: la mette in grado di riprendere la vita di ogni giorno e di ritrovare un nuovo slancio di carità (cfr Luca 4,39).

Perché la famiglia possa davvero prendersi cura del malato è necessario che nella società si promuovano politiche sanitarie e professionalità adeguate al contesto familiare e alla dignità della persona.

La comunità cristiana e i singoli cristiani illuminano e aiutano la famiglia sostenendo e diffondendo nella società la richiesta di politiche adeguate, formando professionalità capaci di gratuità, di dedizione e di rispetto della dignità sia del malato che della sua famiglia.

Quando è raggiunta dalla fragilità e dalla sofferenza, la famiglia in forza della sua soggettività sociale ha il diritto e il dovere, certo di portare il proprio necessario contributo, ma insieme anche di esigere dalla società delle *autentiche politiche della salute*, che pongano al primo posto il benessere della persona nel suo contesto familiare, non dunque politiche prigioniere di una prospettiva individualistica e con la preoccupazione prima del profitto.

Ancora più radicale poi è l'esigenza da parte della famiglia che le responsabilità gestionali e professionali siano vissute con competenza, onestà e seria coscienza morale, e dunque nel *rispetto pieno della dignità personale del malato e del sofferente*, una dignità che proprio in questa situazione si fa più splendida ed esigente. Dove il lavoro, come quello in ambito sanitario, chiede più fortemente i tratti del servizio nella carità, i *cristiani*, a qualsiasi livello si trovino ad operare per la salute delle persone, siano sempre *testimoni esemplari di gratuità e dedizione*. E questo "secondo la misura del cuore di Cristo": è il cuore del "buon samaritano" che vede, ha compassione, si fa vicino, fascia le ferite, porta alla locanda e si prende cura (cfr Luca 10,33-34).

La famiglia non deve sentirsi sola nella prova e nella cura del malato. La comunità cristiana illumina e aiuta la famiglia facendosi presente e offrendo vicinanza, consolazione, disponibilità, tempo, energie, nuove possibilità di relazione:

L'esperienza ci insegna che la famiglia quando incontra la realtà dolorosa della malattia viene messa duramente alla *prova*. È costretta a cambiare ritmi di vita e ad assumere nuove e gravi responsabilità. Muta la qualità delle relazioni, al suo interno anzitutto, e verso l'esterno. (...)

Egli stesso, però, proprio assumendola su di sé, più che rendercene ragione in astratto, ci ha mostrato che è possibile affrontarla e superarla: mai da soli, ma con Lui. «Il Cristo – ha scritto Paolo VI – non ha soppresso la sofferenza; non ha neppure voluto svelarne interamente il mistero: l’ha presa su di Lui e questo è abbastanza perché noi ne comprendiamo tutto il valore» (*Messaggio del Concilio ai poveri, agli ammalati, a tutti coloro che soffrono*). Mai da soli, dunque, ma con il Signore Gesù; e – aggiungiamo – con quanti, facendosi suoi strumenti di amore e di “compassione”, si prestano a mettersi con disponibilità e continuità a servizio di chi soffre. È affidandoci a Cristo che possiamo trovare luce anche là dove tutto sembra parlare il linguaggio duro e oscuro della sofferenza e della morte.

Di fronte al dolore *il cristiano ha risorse nuove e più grandi che gli derivano dalla fede per interpretare e soccorrere la sofferenza umana*, sia nell’ambito puramente professionale e sociale, che in quello familiare ed ecclesiale. (...) Ma le famiglie e le istituzioni non vanno lasciate sole: ciascuno è chiamato a compiere bene il proprio lavoro, con attenzione, onestà, rispetto e generosità, sia nelle strutture sanitarie come negli spazi raccolti delle pareti domestiche, tra vicini di casa, parenti, amici, affinché *nessuno si senta abbandonato e imprigionato nella solitudine*. (...) «Accettare l’altro che soffre significa assumere in qualche modo la sua sofferenza, cosicché essa diventa anche la mia. Ma proprio perché ora è divenuta sofferenza condivisa, nella quale c’è la presenza di un altro, questa sofferenza è penetrata dalla luce dell’amore. La parola latina *consolatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine» (*Spe salvi*, n. 38).

Vorrei insistere nel porre in luce l’esempio che ci viene e la gratitudine che dobbiamo nutrire per il contributo di quanti – singolarmente, come famiglie, e nelle più diverse forme associate –, mettono a disposizione tempo, risorse e soprattutto amore per *prendersi cura degli ammalati*. Sappiamo anche che in prima fila nella cura della sofferenza vi sono medici, infermieri ed altri operatori sanitari, che – credenti e non credenti – meritano stima, apprezzamento e riconoscenza per la professionalità, la dedizione, l’impegno con cui affrontano situazioni molto delicate. Tuttavia *la famiglia rimane sempre il luogo primario in cui la sofferenza viene ospitata e accompagnata con amore delicato e forte*.

Le *comunità cristiane*, chiamate a condividere la missione di Gesù di «annunciare il regno di Dio e guarire gli infermi» (*Luca* 9,2), ricevono la grazia e hanno la responsabilità di essere concretamente vicine alle famiglie che vivono la dura prova della sofferenza. È necessario allora che in ogni comunità vengano formate persone perché in forza del sacerdozio comune dei fedeli siano disponibili e capaci di “prossimità” con queste famiglie e portino loro la speranza e l’amore che nascono dalla fede in Gesù crocifisso e risorto.

La famiglia si prende cura del malato richiedendo per lui i Sacramenti della Chiesa. La comunità cristiana illumina e aiuta la famiglia offrendo i Sacramenti per i malati, aiutando con delicatezza i famigliari a riconoscere nei Sacramenti un dono e un conforto, una forza e una speranza:

Non manchi mai, per i malati e i sofferenti che lo desiderano, il grande dono della *Comunione eucaristica*, specie nel Giorno del Signore. E a tale riguardo, come già richiamato in altre occasioni, chiedo di fare in modo che in ogni parrocchia o comunità pastorale ci sia un numero sufficiente di ministri straordinari della Comunione. I sacerdoti poi siano attenti a valorizzare, con la dovuta catechesi e la delicatezza evangelica, la celebrazione del *sacramento dell’Unzione degli infermi*.

Attenzione e sostegno alla famiglia andranno dati non solo da parte della comunità parrocchiale ma anche da parte degli operatori (cappellano, religiosi e altri) in ospedale e negli altri luoghi di cura.

Le opportunità di incontro con i famigliari non mancano. Ad esempio: quando i famigliari richiedono l’intervento del cappellano al capezzale del malato, per una preghiera e per l’Unzione degli Infermi. In tal caso il cappellano non si limiterà ad eseguire la richiesta nei confronti del malato, ma coglierà l’inespressa domanda di aiuto, conforto, accompagnamento dei famigliari stessi. Oppure: talvolta succede che i famigliari si recano in chiesa per una preghiera personale (una preghiera di supplica) senza nemmeno l’intenzione di rivolgersi al sacerdote. Ma se in chiesa vedono il sacerdote (o la religiosa) facilmente si avvicinano per confidare la loro pena! Altre volte deve essere il sacerdote stesso a intuire la pena, a riconoscere le lacrime, a prendere l’iniziativa, avvicinandosi con delicatezza e discrezione,

facendo qualche domanda che apra un dialogo. Senza indebite enfaticizzazioni, si potrebbe dire che, in qualche modo, la “pastorale sanitaria” verso la famiglia del malato la si fa anche con la semplice presenza nella Chiesa di un ospedale. Un’altra opportunità di incontro con i famigliari è offerta dal passaggio presso ciascun malato nell’orario di visita dei parenti. Occorrerà certamente differenziare i momenti del passaggio: da una parte è bene incontrare il malato quando questi è solo, per avere un dialogo “personale”, dall’altra si dovrà anche approfittare degli orari di visita dei parenti per incontrare il malato alla presenza dei famigliari in modo da poter offrire anche a loro il sostegno e la preghiera.

“LA VISITA della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore”.

La Nota Pastorale del 2006 contiene al n. 49 una espressione evocatrice di una grande varietà di significati e di azioni, in particolare in riferimento alla natura “evangelizzatrice” e “missionaria” della Pastorale della Salute.

La nota parla infatti di VISITA al mondo della salute e si dice che essa è LA PRIMA ATTENZIONE che le comunità cristiane debbono avere verso le “situazioni di sofferenza presenti nel territorio”.

La prima attenzione della cura pastorale nelle comunità cristiane è la *visita* al mondo della salute.

Si tratta in primo luogo di conoscere la reale situazione della sanità del proprio ambito territoriale, consolidando e intensificando le attività che già si attuano mediante la visita ai malati nelle strutture sanitarie o a domicilio da parte dei sacerdoti e dei religiosi, l’attività dei ministri straordinari della Comunione, l’azione dei volontari delle associazioni, il conforto e il sostegno ai familiari dei malati.

Nel suo significato globale, la visita implica anche la presa di coscienza di tutti i problemi connessi con la salute e la malattia, come la prevenzione, il valore della vita, l’educazione sanitaria, la partecipazione alle iniziative promosse dalle istituzioni civili.

Il termine “visita” è particolarmente adeguato: è anzitutto un termine biblico, ma è anche un termine legato alla professione medica. La visita è il primo atto del medico, è la prima fase della “cura”, del percorso sanitario verso la guarigione. Essere “visitato” è la prima attesa del paziente: un’attesa carica di timori e di speranze. Non solo all’inizio ma in ogni fase della cura, il paziente sente il bisogno (fisico, psicologico, relazionale) di essere “visto”, guardato con attenzione dal medico (e non solo da una macchina strumento di indagine), ha bisogno di “vedere” chi lo sta curando, ha bisogno di un incontro, di un contatto rassicurante, di un dialogo, di sentirsi “in buone mani” (mani che lo tastano per “ascoltare” il suo corpo), di essere ascoltato e accolto nella sua unicità, non solo di ottime medicine, terapie, interventi chirurgici. Anche in un’epoca ad elevata tecnologia, in cui la diagnostica avviene mediante esami e apparecchiature sempre più approfondite e sofisticate, nell’attività sanitaria non dovrebbe mai mancare, in ogni sua fase, il contatto umano, l’incontro, l’aspetto relazionale. “Visitare” dice che la “vocazione” del medico è quella di appassionarsi della persona ammalata. E per questa sua “passione” potrà e dovrà “specializzarsi” su una parte del corpo, su un organo, su un tessuto, su cellule, in un settore della medicina o della chirurgia, ma non potrà accontentarsi di questo: il più grande “luminare” come l’ultimo arrivato degli infermieri sarà davvero “grande” se saprà “visitare”, cioè incontrare, vedere, accogliere, guardare davvero negli occhi, nel volto e nel “cuore”, se saprà davvero avvicinarsi alla persona del malato, entrare almeno un poco nel suo mondo.

Se ciò è detto del medico, quanto più dovrebbe valere per la comunità cristiana? Per i Sacerdoti? Per i religiosi, le religiose, gli operatori impegnati nella pastorale della salute? Tanto più perché il “visitare”, nella Bibbia, sta ad indicare la PRESENZA e l’AZIONE di DIO verso l’uomo e verso il suo popolo. Nell’Antico Testamento Dio visita il suo popolo nel momento dell’afflizione e della difficoltà. Visita per benedire, ma anche per correggere, per ammonire e per consolare, per assegnare una missione e per giudicare l’impegno assunto nel compimento di essa (cfr. Italo Monticelli, *Accendere la speranza nel mondo della salute*, Edizioni CVS). Il patriarca Giuseppe preannuncia l’intervento di Dio con queste parole: «Io sto per morire, ma Dio verrà certo a visitarvi e vi farà uscire da questo paese verso il paese ch’egli ha promesso con giuramento ad Abramo, a Isacco e a Giacobbe (...) e allora voi porterete via di qui le mie ossa» (Gen. 50,24-25). Questa stessa promessa viene ricordata per interpretare la liberazione avvenuta (Es. 13,19). Già il ritorno stesso di Mosè in Egitto, per eseguire la missione ricevuta da Dio di liberare il suo popolo, era stato riconosciuto come segno che Dio “aveva visitato il suo popolo”. Alla nascita di Giovanni il Battista, suo padre, il sacerdote Zaccaria proclama: «Benedetto il Signore Dio d’Israele, perché ha visitato e redento il suo popolo» (Lc 1,68) e profetizza che «grazie alla bontà misericordiosa del nostro Dio, (...) verrà a visitarci dall’alto un sole che sorge» (Lc 1,78). Infatti la piena e definitiva “visita” di Dio avviene “nella carne” di Gesù Cristo: «E il Verbo si fece carne e venne ad abitare in mezzo a noi» (Gv 1,14). Si tratta di una visita non “di passaggio” o “di cortesia” ma un immergersi nella nostra umanità, uomo tra gli uomini, un condividere fino in fondo, un prendere su di sé “i nostri dolori” per risanare e ridare vita. Le guarigioni e le risurrezioni compiute da Gesù vengono salutate così dalla gente: «Un grande profeta è sorto tra noi e Dio ha visitato il suo popolo». (Lc 7,16). E’ la visita divina che porta conforto, consolazione, salute ai sofferenti e che prelude la prosecuzione del suo impegno di beneficiare l’umanità attraverso la Chiesa (cfr. Monticelli, op. cit.). Negli Atti degli Apostoli il passaggio dell’apostolo Pietro tra le prime comunità della Palestina, anch’esso accompagnato da guarigioni è raccontato con lo stesso termine di “visita” (At 9,32-35). Nella prassi della Chiesa la “visita pastorale” è l’atto del Vescovo, il quale, ad immagine e a nome di Gesù Buon Pastore, va ad incontrare le sue comunità per conoscerle e prendersene cura, confermarle, confortarle, incoraggiarle, correggerle e risanarle, se necessario. Ma “visitare” è anche l’atto di soccorso e solidarietà rivolto ai malati da chiunque (e a maggior ragione dai credenti in Cristo) e che “il Figlio dell’Uomo” al suo ritorno per il giudizio finale riconoscerà come fatto a sé e quindi meritevole del Regno Eterno (Mt 25).

Tutti questi significati entrano in gioco nell’atteggiamento della comunità cristiana verso i malati. Ciò comporta, come chiede il n. 49 della nota CEI, l’impegno di “conoscere” la situazione della sanità e le relative strutture del territorio, la necessaria “presa di coscienza” dei problemi connessi con la salute e la malattia e l’intensificazione della “visita ai malati strutture sanitarie o a domicilio da parte dei sacerdoti e dei religiosi”. Soffermandoci su quest’ultimo aspetto della “visita” potremmo dire che esso apre risvolti pastorali, educativi, caritativi e missionari. Il visitare i malati è una delle attenzioni con cui il Parroco si prende cura del suo gregge: dovrà pertanto inserire questa attività nelle sue giornate, e dovrà farlo non

solo per rispondere ad una richiesta di Sacramenti, ma per un accostamento più ampio al malato e alla sua famiglia, per tenere viva una relazione, per coltivare una vicinanza, per un accompagnamento spirituale, per cogliere necessità pratiche che dovranno essere affrontate coinvolgendo il volontariato o i servizi sociali. Nello stesso tempo il Parroco, proprio in quanto Pastore deve educare la comunità stessa alla “visita” ai malati. Le occasioni e gli strumenti possono essere i tempi liturgici, la Giornata del Malato, apposite discussioni nel Consiglio Pastorale, la catechesi, le attività di oratorio, la formazione di gruppi o commissioni di “pastorale sanitaria”, la preparazione di “visitatori” e di ministri straordinari della Comunione ai malati. Non solo gli adulti ma anche i bambini, gli adolescenti e i giovani vanno coinvolti e incoraggiati, secondo le loro capacità, a visitare i malati: i bambini e i ragazzi potrebbero visitare i malati nelle case, come piccolo impegno “caritativo” di gruppo, magari “adottando” uno più malati da visitare regolarmente o almeno in alcune circostanze o ricorrenze particolari; gli adolescenti e i giovani, in gruppo o individualmente potrebbero visitare gli anziani in qualche struttura di ricovero o i malati in ospedale in modo più regolare e costante; oppure potrebbero prendersi cura di qualche malato o disabile, aiutandolo a partecipare alla vita dell’oratorio e della parrocchia, trasportandolo o accompagnandolo e coinvolgendolo nelle iniziative. Così il malato non avrebbe un rapporto “isolato” con il Parroco o con la Suora o con un volontario visitatore, ma si sentirebbe “visitato” dalla comunità cristiana. Il malato e la sua famiglia dovrebbero sentire non solo che “il nostro Parroco ci è vicino, è venuto a visitarmi”, ma che “la nostra comunità ci è vicina, si interessa di noi, ci ha visitato!”

Quanto detto per il Parroco e per la comunità cristiana parrocchiale, vale in modo specifico e a maggior ragione per il Cappellano e gli operatori pastorali o assistenti spirituali della Cappellania in Ospedale.

La visita ai malati occupa gran parte dell’impegno dei membri di una Cappellania (o del singolo Sacerdote o singola Religiosa). In taluni casi la “visita” avviene su segnalazione o su richiesta. Talvolta invece, dove è possibile, la visita consiste nel passaggio in tutti i reparti dell’ospedale e nell’accostamento a ciascun malato. In questo modo l’operatore incontra persone nelle più svariate situazioni: credenti e non credenti, cristiani o appartenenti ad altre religioni, praticanti, indifferenti, ostili, tiepidi, dubbiosi, critici, persone che si erano allontanate dalla fede o dalla pratica ma desiderose di “tornare”, ecc. Fermo restando quanto abbiamo già esposto nei paragrafi precedenti sull’accostamento al malato e alla sua famiglia, il visitare tutti i malati, ad uno ad uno, rappresenta una preziosa opportunità missionaria: è il realizzarsi all’interno dell’Ospedale di quanto Gesù aveva detto agli apostoli: «Andate in tutto il mondo e predicate il vangelo ad ogni creatura» (Mc 16,15). Senza la pretesa di “convertire” immediatamente al primo incontro, la visita a ciascun malato offre attenzione e vicinanza a livello umano, porta una parola di solidarietà, un saluto, un sorriso, un po’ di luce in un momento buio, la possibilità di uno sfogo, di un dialogo, di domande di senso su cui si potrà anche innestare un discorso più specificatamente religioso, un annuncio. Si tratta di aprire spazi di contatto umano: dove c’è attenzione e umanizzazione potrà arrivare anche l’evangelizzazione. Dove c’è una comunità cristiana che si fa vicina e attenta, che sa “visitare”, lì potrà avvenire un benefico contagio evangelico, lì l’uomo che soffre potrà aprirsi anche alla

Luce e alla Grazia. Dove uno scopre di non essere lasciato solo nella prova della sofferenza, lì può nascere il desiderio di partecipare a questa “compagnia”.

Questa visita ad uno ad uno, “letto per letto”, trova un parallelo nel tradizionale atto della “visita” alle famiglie per la benedizione natalizia che avviene nella Diocesi di Milano: una visita “casa per casa”, a ciascuna famiglia, che da qualche anno nella prassi e negli scritti dei Parroci e, autorevolmente nel 47° Sinodo Diocesano e nei piani pastorali degli Arcivescovi Tettamanzi e Scola, ha assunto una connotazione marcatamente missionaria.

Così stabilisce la Cost. n. 68, § 2 del Sinodo Diocesano:

La visita e la benedizione natalizia delle famiglie è momento prezioso di presenza cordiale e discreta della comunità parrocchiale nel luogo dove si svolge la vita della famiglia e può diventare un gesto significativo di evangelizzazione (cf cost. 46). A tale scopo:

a) anche i laici, le religiose e i religiosi, quali rappresentanti della comunità parrocchiale, potranno coadiuvare i presbiteri e i diaconi in questa visita alle famiglie, (...)

Notiamo come si parli anzitutto di “visita”: il soggetto che la compie è la Comunità Parrocchiale, che si rende presente (una presenza “cordiale e discreta”) attraverso i presbiteri e i diaconi coadiuvati da laici, religiosi e religiose. La “visita” è un atto di attenzione e vicinanza che può diventare “evangelizzazione”.

L’Arcivescovo Tettamanzi nel 2° capitolo della sua lettera per l’anno pastorale 2006-2007 “L’amore di Dio è in mezzo a noi - Famiglia ascolta la Parola di Dio”, al numero 59 cita esplicitamente la Costituzione Sinodale n. 68, § 2 per esortare a valorizzare l’antica tradizione della visita alle famiglie in prospettiva “missionaria”:

La prospettiva missionaria del nostro Percorso pastorale non può perdere questa intuizione dell’“andare incontro”, anzi deve valorizzarla studiando le modalità più opportune perché, nel nuovo contesto sociale, ritorni ad essere un’occasione propizia di conoscenza umana e di annuncio evangelico.

Notiamo che si chiede di rendere la visita alle famiglie un’occasione di “conoscenza umana e annuncio evangelico”, proprio come nella visita ai malati e al mondo della sanità da parte della Pastorale Sanitaria. Inoltre l’Arcivescovo sottolinea che si tratta di un ministero dell’“andare a tutti” (casa per casa, famiglia per famiglia, senza trascurare nessuno) come anche la visita ai malati nei reparti dell’ospedale deve essere un “andare a tutti” (letto per letto, malato per malato):

La comunità cristiana - sacerdoti, diaconi, persone consacrate, coppie di sposi e laici -, in ascolto delle famiglie, ricerchi i linguaggi, i metodi, le persone e i tempi più adatti per svolgere in forma efficace questo ministero dell’“andare a tutti”.

L’aggiunta dell’Arcivescovo rispetto al testo Sinodale delle “coppie di sposi” tra i soggetti che come “comunità cristiana” sono coinvolti non solo nel compiere la visita ma anche nel ricercare le modalità per svolgerla in modo efficace, è particolarmente illuminante nel parallelo con la pastorale sanitaria: le coppie di sposi che diventano protagoniste, insieme agli altri soggetti, della pastorale familiare e della visita alle famiglie possono suggerire, analogamente, il coinvolgimento dei malati stessi (o ex malati) nella visita ad altri malati, nelle varie iniziative e nei vari organismi della pastorale Sanitaria (Consiglio Pastorale Ospedaliero, Consulte, Commissioni Parrocchiali, ecc), come peraltro già accennava il documento C.E.I. del 1989.

Infine, merita attenzione il fatto che poche righe dopo, al n. 61 l'Arcivescovo passa a trattare dell'attenzione alla famiglia e della presenza della comunità cristiana nei momenti della malattia, del dolore e della morte. Si torna a parlare di "visita ai malati" come di "autentico servizio di carità", per il quale si chiede che "ogni comunità cristiana formi persone che sappiano farsi carico di questo accompagnamento". Vari e complementari sono i doni, i servizi e le modalità concrete in cui avviene la visita: i ministri straordinari della Comunione eucaristica "a nome della comunità offrono un aiuto indispensabile per il nutrimento della vita spirituale dei fedeli ammalati e assicurano un momento di autentica vicinanza umana", mentre altre persone potrebbero dedicarsi al "ministero" dell'assistenza, "vera opera di misericordia". Il Presbitero, invece, avrà l'attenzione non solo di impartire il Sacramento dell'Unzione degli infermi, ma di introdurlo "con opportune catechesi" e celebrarlo "con fede, coinvolgendo, laddove è opportuno, tutta la famiglia."

Qualche anno dopo il Card. Tettamanzi tornerà a trattare della "visita" nella lettera per l'anno pastorale 2010-2011 "In Cammino con San Carlo" (scheda operativa n. 5 "La visita alle famiglie: momento popolare e missionario"). Rispetto al 2006 troviamo alcune annotazioni che dicono un cammino di approfondimento e ulteriori agganci, anzi un intreccio, con la Pastorale della Salute. L'Arcivescovo, mentre ribadisce che la visita alle famiglie "è un'esperienza missionaria di grande significato", afferma che il coinvolgimento dei laici "va compreso nel suo autentico significato: non è una semplice funzione di supplenza dei sacerdoti ma il farsi presente presso le famiglie della comunità cristiana in tutte le sue articolazioni; (...) i laici sono veramente protagonisti dell'impegno missionario della Chiesa." Ancora una volta abbiamo una provocazione anche per la Pastorale Sanitaria: la visita ai malati e al mondo della sanità come azione missionaria laicale, dentro e in comunione con la missione della Chiesa in quanto tale. Inoltre l'Arcivescovo specifica che "i laici da coinvolgere sono anzitutto i ministri straordinari della Comunione Eucaristica che già si recano nelle case portando il conforto della presenza del Signore".

Il testo prosegue con l'indicazione di altri soggetti laicali, tuttavia appare particolarmente felice l'utilizzo dell'espressione "anzitutto" in riferimento a coloro che portano la Comunione ai malati, a dire, quanto meno, due interessanti verità:

- 1) il riconoscimento e l'apprezzamento per l'opera dei ministri straordinari della Comunione, veri "visitatori", operatori pastorali non marginali ma protagonisti dell'evangelizzazione, sia quando si recano dai malati, sia quanto partecipano insieme ad altre figure laicali alla visita alle famiglie;
- 2) la stretta continuità tra la visita ai malati e la visita a tutte le famiglie: l'una illumina l'altra quanto a modalità e stile di incontro, di relazione, del farsi carico delle sofferenze, quanto a significato missionario. Non è di poco conto il fatto che chi si reca in visita alle famiglie lo faccia con particolare attenzione alle sofferenze (per malattia o per altri motivi), come pure non è di poco conto il fatto che chi si reca in visita al malato si avvicini a tutta la famiglia. Ma questa continuità è positiva anche a livello pratico: il visitatore è già conosciuto dalla famiglia (abituato da tempo memorabile a ricevere la visita del solo sacerdote per la benedizione natalizia, per le famiglie

non è facile accettare la visita di figure diverse, magari sconosciute) e, a sua volta, conoscendo già la famiglia sarà meglio preparato all'incontro; è già conosciuto nel caseggiato o nel cortile e a sua volta conosce l'ambiente oppure può migliorare la conoscenza dell'ambiente di vita più ampio del malato e della sua famiglia. Abituato ad accostare i malati, il visitatore sarà facilitato anche nell'incontro con quei malati e relative famiglie che non conosceva e che vede per la prima volta nella visita natalizia. Così, la visita natalizia può essere fonte di conoscenza di nuove situazioni di malattia da seguire e visitare in seguito.

Anche il nuovo Arcivescovo, Cardinale Angelo Scola, nella sua lettera / agenda pastorale 2011-12 "Il bene della famiglia", citando il predecessore chiede di rilanciare la visita alle famiglie con lo stesso stile.

L'attuazione concreta di queste linee è in atto, sia pure in forma iniziale, almeno in alcune Parrocchie che sono già riuscite a individuare e formare i visitatori. Tuttavia anche dove ciò non è ancora possibile, non di rado la visita del Parroco è presentata sui bollettini parrocchiali e concretamente attuata con spirito missionario. Sia consentito all'estensore di questa "tesina" citare se stesso:

"Vieni Signore Gesù: Vieni a VISITARE il tuo popolo. Carissimi Parrocchiani, sta per iniziare un periodo in cui si assommeranno nel giro di poco tempo una serie di avvenimenti e di circostanze diverse tra loro ma legate da un comune valore ideale, e che si possono riassumere con una sola parola: LA VISITA.

Inizia quell'attività che tradizionalmente siamo abituati a indicare con un termine poco appropriato: la cosiddetta "Benedizione delle case". In realtà la Benedizione è data alle persone e alle famiglie che abitano nelle case. Ma la Benedizione è solo una parte di un momento più ampio e più intenso: LA VISITA DEL PARROCO ALLE FAMIGLIE. Il Parroco passa in ciascuna casa ad incontrare ogni famiglia: per conoscere, dialogare, ascoltare, pregare insieme; con la sua presenza e la Benedizione che offre vuole far sentire a tutti che Dio è vicino a ciascuna famiglia e a ciascuna persona, vuole annunciare a tutti che Dio stesso viene a visitare quella casa e quella famiglia.

La visita del Parroco alle famiglie nella tradizione ambrosiana avviene nel TEMPO DI AVVENTO.

E' il tempo in cui si celebra e si attende una triplice "venuta" di Dio: la prima venuta, nell'umiltà della carne, con la nascita a Betlemme e la vita terrena di Gesù (è il Mistero del Santo Natale). La "seconda" venuta: ogni giorno, nella vita di ciascuno Dio si rende presente, si fa vicino in modo discreto ma pur sempre riconoscibile da chi è attento e ha il cuore aperto e desideroso di incontrarlo. La "terza venuta": la venuta finale alla fine dei tempi.

Le tre venute di Dio a cui il tempo di Avvento ci dispone, sono una visita: LA VISITA DI DIO AL SUO POPOLO. Dio che non lascia solo l'uomo, non si dimentica di nessuno, non ha abbandonato il suo popolo, ma interviene nella storia a liberare e risanare. Dio visita per consolare, illuminare, accompagnare, guidare, orientare, e anche per correggere e giudicare, ma con un fine di vita e non di morte, di misericordia e non di condanna.

La stessa FESTA DEL SANTO NATALE è la festa della VISITA DI DIO: Dio che si è fatto uomo, Dio che visita l'umanità immergendosi nella nostra carne, il grande mistero dell'incarnazione. "Carne" nel linguaggio biblico indica insieme la concretezza, la debolezza/fragilità della realtà umana, l'egoismo dell'uomo che porta al peccato. Dio "visita" e assume, prende su di sé tutto questo per risanare l'uomo riportarlo alla sua vera origine: essere "come Dio", figlio di Dio. (...)

Il Parroco intende fare il possibile per riuscire a visitare TUTTE LE FAMIGLIE. (...)

Il Parroco desidera andare da tutti: anche da chi non è credente o è di altra Religione: in tal caso potrà essere comunque una visita di cortesia, di dialogo e di conoscenza reciproca. Anche se non ci si riconosce nella stessa fede, e anche senza la preghiera e la benedizione, il Sacerdote offre un augurio di pace e di serenità sia personalmente, sia a nome dei Cattolici del nostro paese, che egli rappresenta."

(don Giampiero Crippa, Bollettino Parrocchiale "Lievito", Casale Litta, Ottobre 2009, La Parola del Parroco)

Lo stesso anelito e dovere di andare “a tutti”, da parte di “tutta” la comunità cristiana è così espresso, nel campo della Pastorale Sanitaria, da Suor Adriana Nardin, assistente spirituale dell’Istituto Neurologico C. Besta di Milano:

L’impegno di carità, di cura e di assistenza, verso i poveri e gli infermi, è il contrassegno della Chiesa, e quindi della comunità cristiana, e della fedeltà al Signore Gesù e ai suoi insegnamenti. Pertanto alla luce della Parola di Dio e delle linee del Magistero della Chiesa, non può esserci vera azione pastorale nel mondo della salute e accoglienza della sofferenza dell’altro, se non è coinvolta *tutta* la comunità cristiana. Con la sua opera caritativa, solidale, accogliente e compassionevole, essa non deve limitarsi “ai suoi fedeli”, ma deve aprirsi a ogni sofferente, indipendentemente dalla religiosità, dall’ideologia, dalla razza, dal ceto sociale e dalla cultura... Chiunque è colpito dal dolore e dalla sofferenza deve far muovere verso di lui le attenzioni della Chiesa e della comunità cristiana, poiché *“la Chiesa che nasce dal mistero della redenzione nella Croce, è tenuta a cercare l’incontro con l’uomo, in modo particolare sulla via della sofferenza...”* (Salvifici Doloris, 4). (La Comunità Cristiana accoglie il dolore, in Sofferenza e salvezza. C’è un perché al dolore dell’uomo?, Arcidiocesi di Milano, Centro Ambrosiano, 2010)

In conclusione: la natura della Pastorale Sanitaria sta nell’essere azione missionaria della Comunità Cristiana che, a immagine e su mandato di Cristo Buon Pastore, “cerca” e “visita” l’uomo sofferente, recandogli *la luce e la grazia del Signore*, umanizzando i luoghi di cura, coinvolgendo il malato nella lotta per la guarigione e accompagnandolo verso la meta della piena salute e della salvezza.

Don Giampiero Crippa

Milano, 14 maggio 2012