

XI Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici diocesani per la pastorale della sanità
Silvi Marina (TE), 15/17 giugno 2009

“La Pastorale della Salute oggi: questioni aperte, sfide culturali e nuove prospettive”

Schema dell'intervento di S. E. Mons. Riccardo FONTANA,
Arcivescovo di Spoleto – Norcia

17 giugno 2009

Introduzione

1. La Pastorale della Salute come nuova frontiera per evangelizzare
 - a. La Nota CEI del 2006 è una pregevole sintesi sul mondo della salute oggi.
 - b. La pastorale della salute è un ministero urgente e di frontiera.
 - c. La malattia come tempo dello “stare e comprendere”.

2. Alcune questioni aperte che rivestono carattere di urgenza
 - a. La difficoltà a lavorare in rete tra tutte le realtà associative che operano nel settore della sanità.
 - b. La questione della sanità cattolica.
 - c. La necessità di un nuovo impulso alla riflessione teologica.

3. Sfide culturali che attengono al rapporto tra Chiesa e mondo della salute
 - a. Umanizzare la medicina.
 - b. Avvalersi della progettualità.

4. Alcune prospettive
 - a. La sanità come contributo al bene comune.
 - b. L'accoglienza dell'altro a partire dalla fragilità: la sfida educativa.
 - c. Ripensare l'ospitalità come profezia cristiana.
 - d. Salute e comunità sananti.
 - e. La formazione per gli addetti agli uffici diocesani per la Pastorale della Salute.

XI Convegno Nazionale dei Direttori
degli Uffici diocesani per la pastorale della sanità
Silvi Marina (TE), 15/17 giugno 2009

“La Pastorale della Salute oggi: questioni aperte, sfide culturali e nuove prospettive”

Relazione di S. E. Mons. Riccardo FONTANA,
Arcivescovo di Spoleto – Norcia

17 giugno 2009

Introduzione

Ringrazio per l'occasione che mi è data di interloquire con una così scelta assemblea. Mi prefiggo di limitarmi a segnalare quattro possibili ambiti, su cui mi sembra necessario attirare la riflessione dei presenti: La pastorale della salute come nuova frontiera per evangelizzare, le questioni aperte, le sfide culturali e alcune prospettive che è opportuno valutare. Si tratta di simbolici “crocivia”, nei quali i responsabili della pastorale della salute potrebbero incontrarsi, per ragionare insieme e per proporre il servizio che oggi la Chiesa può dare alla società civile, quale contributo al bene comune.

1. La Pastorale della Salute come nuova frontiera per evangelizzare

- a. La nostra Nota Pastorale del 2006 offre una pregevole sintesi sul tema de “ Il mondo della salute oggi”: “Crocevia dell'umanità, il mondo della salute è anche terra del Vangelo. In questo luogo, dove s'intersecano cammini diversi, dove convivono generosità ed egoismo, richiami materialistici e desiderio di spiritualità, proclamazione di diritti e ingiustizie di fatto, la Chiesa è chiamata a offrire la luce e l'orientamento del Vangelo.”¹

Gli indici di cui disponiamo ci inducono alla convinzione che la Nota della CEI abbia avuto una ricezione sinora insufficiente a livello ecclesiale. Assegnare un basso profilo alla Nota – documento di commissione - non ha giovato alla attenzione globale che il testo avrebbe meritato: è stato poco compreso nella immediatezza delle questioni che poneva. Si ha l'impressione che alcuni si siano soffermati più sugli aspetti tecnico-organizzativi, che sul contenuto estremamente attuale della problematica che rappresenta.

La stessa scelta del termine salute, piuttosto che quello di “sanità”, più in uso nel linguaggio istituzionale in Italia, recupera le valenze antropologiche della questione e ne fa un luogo teologico, rimandando facilmente al binomio salute-salvezza. Il nostro tempo, in Occidente, è alla ricerca del senso della vita, delle ragioni della incredibile accelerazione che è imposta all'esistenza, del fine del nostro comportamento, ecc..

La Pastorale della Salute si misura spesso con una difficoltà ad essere compresa nello stesso ambito ministeriale. Vi sono discrepanze oggettive tra il ruolo che alla pastorale della salute viene assegnato dalla tradizione e la complessità con cui deve misurarsi. Gli studiosi di teologia morale aprono vari

¹ C.E.I., Commissione Episcopale per il servizio della carità e della salute, Nota Pastorale “*Predicate il Vangelo e curate i malati*”, 4 giugno 2006, n. 18 (d'ora in poi detta “Nota”).

fronti sui comportamenti che riguardano la salute fino a farne diventare un oggetto immediato di cronaca: le questioni della bioetica, le questioni riguardanti il fine vita, il testamento biologico, ecc. Gli operatori della pastorale sanitaria sono chiamati a misurarsi con la concretezza delle persone provate dalle tematiche inquietanti. Una parte dei fedeli pare ancora appagato da un'idea asfittica della pastorale degli ammalati, che tende alla sola sacramentalizzazione, specie nelle comunità parrocchiali. La santità pubblica rimanda non di rado l'ammalato al territorio. Le ragioni dell'economia fanno prevedere ospedalizzazioni le più brevi possibili, ma i servizi sul territorio non sempre sono pienamente adeguati e spesso è necessario che la comunità cristiana offra la propria collaborazione.

- b. Vogliamo riaffermare in questa importante assise che la Pastorale della Salute è un ministero urgente e di frontiera, dove si giocano orizzonti e temi importanti per l'evangelizzazione del nostro tempo. Due considerazioni stimo utile partecipare.

La presenza accanto ai malati assai spesso ci fa rendere conto che la gente talvolta è lontana da noi -ministri della Chiesa, operatori pastorali, assidui frequentatori delle proposte organizzative della Chiesa italiana - ma non sempre da Dio. Mi capita talvolta di rammentarmi, di fronte ai meno vicini, la parola che Matteo dedica ai Re Magi: *“per un'altra strada fecero ritorno al loro Paese”*², che alcuni dei Padri identificano con la Gerusalemme del Cielo. Occorre assicurare ogni delicatezza e ogni cura pastorale, perché si favorisca il riavvicinamento alla Chiesa dei malati e delle loro famiglie.

Soprattutto di fronte ad alcune patologie, la cura pastorale dei malati non potrà più essere lasciata ad operatori occasionali, pur dotati di buona volontà. La splendida tradizione della Chiesa in Italia ha visto nel passato i cristiani in prima fila per sovvenire chi fosse malato e infermo nel corpo. Oggi, forse, dobbiamo attivare un'analogia attenzione per la dimensione spirituale e psicologica che alcune patologie comportano. E' chiesta soprattutto la nostra vicinanza laddove il supporto della famiglia si è fatto fragile, dove le solitudini sono già in sé causa di mali talmente gravi, da chiederci adeguate risposte di carità. La comunità cristiana *qua talis* deve misurarsi almeno con i problemi più gravi che avvengono sempre più frequentemente nel suo seno: la malattia mentale, l'accompagnamento del cristiano affetto da neoplasie, i danni irreversibili che affliggono molte persone a seguito di incidenti stradali e non, ecc.

- c. Tutti sappiamo che non di rado il male fisico è un pur doloroso arresto delle attività consuete. Può anche manifestarsi come il “tempo opportuno” per quello che Joseph Ratzinger chiamava nel 1969 “stare e comprendere”³, cioè l'occasione propizia della riflessione, dove i semi dell'evangelizzazione trovano un terreno fecondo. Nella tradizione agiografica della Chiesa, tra i molti esempi possibili, credo che sia doveroso ricordarne tre illustri: la conversione di S. Francesco nel sogno di Spoleto; la conversione di S. Ignazio di Loyola nella malattia che lo rese a lungo immobile; la conversione di S. Camillo de Lellis che, costretto in ospedale, decise di mettere la sua vita al servizio degli infermi.

² Mt 2,12

³ Ratzinger, J., Introduzione al Cristianesimo, Brescia 1969, pag. 37

2. **Ci sono alcune questioni aperte che rivestono carattere di urgenza.**

Mi permetto di accennarne tre, che mi sembrano di più forte rilevanza nel momento presente.

- a. **La difficoltà a lavorare in rete** tra tutte le realtà associative che operano nel settore della sanità. Essere e sentirsi Chiesa nel mondo della fragilità è principio irrinunciabile per la missionarietà e l'evangelizzazione, attraverso il servizio ai sofferenti. Il rapporto con gli operatori sanitari, non solo medici, e quello con coloro che amministrano la sanità, rivela spesso dei significativi deficit di linguaggio e di approccio da parte del mondo ecclesiale. Sarebbe auspicabile che si potesse superare il muro che spesso esiste nei confronti delle strutture sanitarie. Come cristiani sappiamo che tutto quello che riguarda la persona ci coinvolge. L'atteggiamento di rifiuto, che talvolta nel passato ha reso difficile il dialogo con i sanitari, non sempre permane e quasi mai è insuperabile, soprattutto se si assicura il rispetto per la professionalità e si chiede solo di poter favorire la prossimità ai malati. Certamente la Chiesa, pur articolata in tante aggregazioni e movimenti, ha il dovere di presentarsi all'interlocutore pubblico come un soggetto unitario. La comunione vicendevole, la conoscenza, il dialogo e la collaborazione tra quanti, pur a doveroso titolo, desiderano offrire al malato un servizio ecclesiale, sono parti integranti della sua stessa struttura.
- b. **La questione della sanità "cattolica"**, e più in generale il problema delle opere e del rapporto delle diocesi con il mondo dei religiosi, richiede estrema delicatezza e grande sensibilità. Almeno in gran parte dei casi in Italia gli organismi ecclesiali che operano nella sanità sono di buon esempio. I problemi certamente non mancano. Accanto a quelli sempre ripetuti – ma non per questo meno gravi – della mancanza di vocazioni e delle difficoltà economiche, ve ne sono altri di natura prettamente ecclesiale che possono e debbono essere avviati a soluzione. Le opere di carità sono spesso espressione del carisma dei singoli istituti, ma sempre sono fatte a nome e per conto della Chiesa. E' affare interno della Chiesa fare in modo che cresca la comunicazione tra la componente religiosa e quella diocesana, che si attui un'efficace cooperazione anche sul piano operativo e, dove fosse necessario, anche su quello economico. Le opere furono fatte con la carità dei fedeli e il lavoro benemerito, silenzioso, sacrificato di centinaia di religiosi, vero patrimonio della Chiesa. I provvedimenti relativi alle medesime opere è ovvio che vengano presi da chi ne ha facoltà secondo il diritto, ma niente impedisce agli organismi ecclesiali di agire *collatis consilis*. Non si tratta di una ragione di cortesia o di opportunità, ma di evangelizzazione, di segno e di ecclesialità.
- c. **La necessità di un nuovo impulso alla riflessione teologica** sul mistero del dolore e della sofferenza si fa sempre più urgente. Nel 2010 ricorrerà il XXV° anniversario della *Salvifici Doloris*. Sarà l'occasione propizia per aprire nuovi orizzonti pastorali. Nell'espone la dottrina della Chiesa dobbiamo evitare due eccessi: il dolorismo, che vanificherebbe la dimensione pasquale del cristianesimo; la banalizzazione dell'esperienza della sofferenza, che farebbe sottacere la dimensione soprannaturale e umana di vicende e situazioni che meritano tutto il rispetto di ogni buon samaritano.

Certamente occorre trovare le categorie giuste e il linguaggio opportuno per parlare anche all'uomo contemporaneo del *mysterium crucis*. E' questa una difficoltà più culturale che pastorale; ai teologi compete di offrire alla Chiesa il

supporto delle loro scienze, agli operatori pastorali di liberarsi da approcci inconciliabili con l'annuncio del Vangelo che la Chiesa fa all'uomo del nostro tempo. Vorrei fare solo un accenno alla questione relativa alla salute. Come è stato opportunamente presentato nel Sussidio alla XVII Giornata Mondiale del Malato, non possiamo appiattirci sulla definizione di salute dell'OMS, perché utopistica e ingannevole per la stessa pratica medica. Come già scritto da Elio Sgreccia, la salute, come anche la malattia, non può interessare semplicemente l'organismo fisico, né può definirsi, in termine puramente organicistico, come un fatto statico o una misura perfetta. L'uomo è ben più che la sua sola dimensione fisica e psicologica. Alla Chiesa compete la profezia e il coraggio di prendere le distanze dalla mentalità materialista e dalla conseguente antropologia edonista-nichilista.

3. **Sfide culturali che attengono al rapporto tra Chiesa e mondo della salute.** Scienza, Salute e Persona nella questione sanitaria fanno emergere varie aree di confronto tra la Chiesa e il mondo contemporaneo. Ho scelto di proporle due come capofila di molte altre, che la comune discussione farà emergere: umanizzare la medicina e avvalersi della progettualità. La ricerca scientifica e tecnologica ha portato alla medicina mezzi diagnostici e terapeutici impensabili anche solo 50 anni or sono. Si è venuta maturando, almeno nel mondo occidentale, la cultura del "diritto alla salute". I politici e gli amministratori sono impegnati a promuovere e salvaguardare la tutela della salute dei cittadini e ad assicurare al mondo sanitario il più alto livello scientifico e tecnico.

a. **Umanizzare la medicina.** Il progresso della scienza e della tecnica non manca di ingenerare nell'uomo l'illusione di potersi impadronire della vita e della morte⁴. Alcuni settori della scienza e della tecnica, anche nel nostro tempo pur così garantista, tengono poco conto dei limiti della persona umana, facendo risorgere i miti di Icaro e di Prometeo. "Cogliere il senso della sofferenza, della malattia e della morte è reso difficile anche dal fatto che la sanità è spesso irretita nella logica dei mezzi tecnologici e finanziari, dimenticando l'orizzonte dei fini"⁵. Meno pare praticata una riflessione sui fini stessi della medicina: la sanità è per l'uomo e non è solo un'operazione tecnica e meno che mai finanziaria, anche se è avvantaggiata dalle strumentazioni e delle disponibilità economiche. Anche nel tempo presente si ripropone l'interrogativo su come armonizzare la cura integrale della persona e la promozione della salute; le esigenze della tecnologia e la questione etica: altra cosa sono i mezzi, altra ancora sono i fini che ci si prefigge di raggiungere. Vanno certamente apprezzati i contributi offerti dalla ricerca scientifica per migliorare l'assistenza sanitaria; va incoraggiato ogni progresso rispettoso della persona umana.

E' però doveroso porre l'attenzione sul rischio di privilegiare il risultato economico, rispetto al benessere della persona, che non può ignorare i limiti insiti nella natura dell'uomo, senza trasformare l'intervento medicale in mera, effimera illusione. Il rifiuto della condizione finita dell'uomo è la porta per la manipolazione della vita: procreazione assistita con sperimentazione sull'embrione, uso di una vita (cellule staminali embrionali) con l'intento di salvarne un'altra, aborto, eutanasia. Sono i nomi più ricorrenti nella cronaca odierna su questioni ben delicate, ma non sono certo gli unici scogli su cui il senso etico collettivo, ma anche la qualità della scienza, devono misurarsi con

⁴ Cfr. Nota Pastorale CEI "Predicate il Vangelo e curate i malati", parte prima n° 9

⁵ Ibidem, n° 12

ragionevolezza e attenzione. Sono anzi quest'ultimi i presupposti perché la questione etica sia sottratta alle strumentalizzazioni di parte o alle ideologizzazioni.

Molti ritengono opportuno che, specialmente nell'Occidente Europeo, si torni a promuovere un mondo della salute più a misura d'uomo. Di fronte alla cultura del nostro tempo, che non riesce a cogliere il senso della sofferenza e della morte, vi è il dovere di impegnarsi nel rispetto della vita di ogni essere umano, dal concepimento fino al suo naturale tramonto, ma anche di dare la propria opera per assicurare la qualità dell'esistenza umana e per rendere meno duro il dolore. Già Ippocrate insegnava "*divinum est sedare dolorem*".

L'individualismo e la massificazione che i sociologi ci denunciano come mali incombenti nella società italiana contemporanea hanno i loro negativi effetti anche nell'ambito della sanità. Siamo davvero così sicuri che la società italiana, così pronta a mettere sotto accusa la 'mala sanità', non sia anch'essa da richiamare a modelli più rispettosi della persona, specialmente quando è malata?

- b. **Avvalersi della progettualità** Programmare, contando su un futuro potenzialmente migliore, fa parte della mia esperienza di vescovo e della consapevolezza dei cristiani, quanto meno perché testimoni della speranza che per noi cristiani promana dalla Resurrezione del Signore. La prossimità ai malati e ai sofferenti genera cultura, anima la politica, determina l'economia, sostiene la famiglia.

Sarebbe ingenuo, ma anche presuntuoso, non collaborare con lo Stato e, in particolare, con le istituzioni alle quali la società ha demandato la promozione alla salute. Almeno ci incombe il dovere di esercitare la profezia verso le realtà che ci circondano: il compito di richiamare alle ragioni dell'etica non è esclusivamente nostro, ma certamente appartiene anche a noi. Occorre organizzare e progettare, sensibilizzare il volontariato e trovare il proprio posto, perché l'esigenza etica della prossimità a chi soffre si traduca in gesti concreti e utili, nei modi più opportuni. E' dovere morale per tutti creare le condizioni perché il pubblico assicuri ciò che gli è proprio.

I LEA (livelli essenziali assistenziali), oltre che essere una disposizione dell'autorità amministrativa, sono un fatto rilevante anche per la questione etica. Devono essere garantiti a tutti, ma, nel contempo, il fatto stesso che sono stati fissati, afferma che vi sono livelli "non essenziali" dove la persona malata e che soffre, può essere assistita oltre il livello assicurato dalla struttura pubblica. E' come dire che si può fare di più e meglio. Indirettamente è affermato il principio e il dovere della sussidiarietà. Dove lo Stato non arriva, o non è ancora potuto arrivare, è dovere di tutti fare la propria parte.

I rapporti tra costi in sanità e professione medica richiedono armonizzazioni che non possono essere ignorate. Il recente Patto per la Salute e l'individuazione dei livelli essenziali assistenziali, sono un obiettivo che merita ogni rispetto, ma denunciano anche un limite. Noi siamo convinti che la persona umana non è mai 'abbastanza' rispettata, occorre sempre far di più e meglio con la collaborazione di tutti.

4. **Alcune prospettive.**

Tra le tante possibili mi interessa tratteggiarne qua di seguito cinque con cui concludere la mia riflessione: la sanità come contributo al bene comune, l'accoglienza dell'altro a partire

dalla fragilità, ripensare l'ospitalità come profezia cristiana; salute e comunità sananti, la formazione degli addetti agli Uffici diocesani per la Pastorale della Salute.

- a. **La sanità come contributo al bene comune.** Ragionare della persona umana è un affascinante crocevia dove la scienza medica si incontra con chi ama riflettere per capire, discutere per trovare il meglio, umilmente cercare la verità che nessuno di noi possiede, ma che sola dà pace a tutti. 'Professione' è un'antica parola cristiana che si cominciò ad usare come termine tecnico nell'Europa del Nord, in coincidenza con la nascita del Protestantismo.

Come tutti sanno in questa assise, ben più antica è la medicina: ma il passaggio dalla "arte" medica alla "professione" del medico presuppone una trasformazione culturale, che interpella il sistema etico e l'antropologia che ciascuno sceglie per sé.

Professarsi come medico nell'Europa cristiana equivale ad esprimere un sistema di valori attorno all'uomo, la malattia, la salute e la persona.

Viene da chiedersi se non sia il caso di recuperare l'altissima dignità culturale del medico nella società contemporanea. La tecnologia e la scienza presuppongono il medico come soggetto, portatore di valori e capace di scelte. Ancor prima che il sistema pubblico detti i livelli dell'assistenza è questione etica restituire al rapporto medico-paziente quella qualità irripetibile che non è mai indifferente alla promozione della salute.

L'effetto più immediato della riscoperta del medico come 'professionista' è che il paziente, in ogni circostanza, sia considerato come 'persona' e il rapporto vicendevole sia dunque interpersonale.

Questa opzione di fondo era nota e praticata già dalla medicina medievale. Mi piace qua citare, da un'antica edizione dell'Almansur che si conserva a Spoleto, una nota non indifferente, che il celebre medico arabo raccomandava ai suoi giovani colleghi. Chi volesse curare il malato di mente, non si limiti ai fenomeni che riscontra e neppure alla patologia; ma consideri sempre l'uomo che ha di fronte: «*De Melancholia. Cui ergo hae malae cogitationes et tristitia et tribulatio accidunt, antequam praevalere incipiant, succurrendus est quia, si praevaluerint, cura est difficilis*».⁶

Ancora una volta, si ripropone il dovere di rileggere l'intervento del medico come un rapporto qualificato da persona a persona. Gran parte del risultato dell'applicazione della scienza medica al caso specifico, cioè la cura, è esso stesso un rapporto qualificante. Il tempo presente subisce una fortissima tentazione nell'Occidente europeo, di ridurre notevolmente questo elemento personalistico, che ha una irrinunciabile valenza etica.

Credo doveroso su questo argomento fare almeno un accenno all'altissimo ruolo che la medicina positivista, tra la fine dell'800 e l'inizio del '900, ha avuto configurando nel medico e nella sua coscienza professionale il primo e naturale soccorso per il malato.

Il passaggio dal paternalismo di un tempo al "consenso informato", che è esigito dalla cultura contemporanea, pone al medico nuove e non trascurabili sfide. E' una vera questione morale per il medico saper dire al paziente la verità. Direi che dobbiamo considerare tutt'altro che scontato questo processo, che non è solo cognitivo.

Nell'ambito della comunicazione al professionista è chiesto, non solo di dire, ma di saper dire. Nello stesso processo della comunicazione si giuoca un ruolo

⁶ Almansoris, liber nonus cum expositione Gerald de Solo, doctoris Montis Pesulani, cart 35 v., Lugduni, 1504

certamente rilevante per la cura del paziente, ma anche molto qualificante per il medico, che esprime in questa mediazione la sua cultura, le sue scelte, la sua stessa visione antropologica.

b. L'accoglienza dell'altro a partire dalla fragilità: la sfida educativa.

Fin dall'antichità greco-romana è dato per acquisito il "*primum non nocere*"⁷. Si tratta di una scelta che determina il delicatissimo ambito del rapporto tra la scienza conosciuta e acquisita nello studio, continuamente perfezionato, e la persona umana, che il medico ha di fronte a sé.

Anche la terminologia del linguaggio burocratico talvolta sembra fuorviante, laddove si riduce eccessivamente il ruolo del medico, sottacendo il dovere etico di essere innanzitutto persona di cultura, intenta a quel rapporto dinamico con la scienza, che diventa acquisizione, solo se è elaborazione personalizzata.

Il rapporto del medico con lo studio non è solo strumentale, finalizzato all'agire, ma è ad un tempo una scelta di dedizione alla cultura e un dovere morale orientato prima all'essere che all'agire.

Il non nocere è una scelta di campo, che sarà tanto più profonda e tanto meglio compresa quanto migliore sarà la opzione di dedicarsi alla cultura del servizio, ossia all'applicare la scienza acquisita alla persona bisognosa d'aiuto, malata e inferma.

Credo che sia necessario fare un passo indietro rispetto alla tentazione di parlare sempre e comunque della materialità delle scelte del medico, aprendo il dibattito sulla loro qualifica etica. Mi parrebbe invece necessario tornare a parlare alla persona del medico: esprimere l'altissima attesa che si ha per il suo essere responsabile, soggetto attivo nella società, con la sua cultura e la sua capacità di elaborazioni del conoscere.

"*Primum non nocere*" diventa allora un atto di ammirazione e di fiducia; una scelta della società degli uomini e delle donne, che non chiedono solo la materialità di gesti curativi, ma si affidano ad una persona che sa, anzi che si presume che sappia di più. Il medico che non aiutasse, o che comunque non difendesse con tutta la sua scienza la vita, verrebbe meno a quell'atto di fiducia collettiva, che lo designa per il ruolo che esercita.

La vita che nasce non è una patologia, non richiede l'intervento del medico se non per essere protetta e difesa. La vita che muore sfugge al potere dell'uomo e coinvolge il medico per essere protetta e difesa, non solo dei sintomi dell'esistenza in vita, ma nella qualità intrinseca, umana, la cui tutela, tra tutti gli uomini di scienza, è affidata particolarmente al medico.

L'opzione morale che soggiace a queste considerazioni non è ideologica. La caduta di responsabilità, l'oblio possibile per la questione etica rischia di trasformare nel rovescio di sé, chi ha scelto di dedicare la vita alla difesa della persona umana.

c. Ripensare l'ospitalità come profezia cristiana

Il concetto di prestazione sanitaria è diverso da quello di presa in carico della persona, sull'esempio del samaritano, come attualizzazione storica del mandato del Signore "*infirmos curate*"⁸.

⁷ Giuramento di Ippocrate, testo antico: "Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa".

⁸ Mt 10, 8

L'alto valore etico di una comunità che si prende cura di un fratello, suscita tuttora grande fascino. "Si può individuare nell'ospitalità la dimensione antropologica che riassume e collega le diverse forme della prevenzione, della cura e della riabilitazione. Celebrando la prossimità dell'atto curativo, l'ospitalità evoca i significati antichi, per cui al luogo della cura è stato dato il nome di ospedale"⁹. E' un modo per essere presente ed accogliente, promuovere e tutelare la vita sempre e in tutte le sue dimensioni, accompagnare nelle malattie croniche e inguaribili, rispondere ai bisogni del malato e sostenerne la famiglia.

Le radici cristiane della nostra civiltà hanno fatto diventare sensibilità comune il tema della solidarietà, ignoto ad altri modelli societari, lontani dal nostro sentire.

Mi è caro ricordare a questa scelta assemblea che la comunità cristiana, insieme alla luce della Parola di Dio, offre il conforto della solidarietà, alleandosi con quanti, nella società civile, sono ugualmente impegnati nella lotta alla sofferenza, per evidenziare il valore della solidarietà, della prossimità e del servizio.

Credo utile ricordare che l'ospitalità è virtù biblica¹⁰, prima che pratica sociale e sintesi di quanto si dovrebbe aspettarsi nell'Ospedale, che appunto dalla omonima virtù trae il nome fin dall'alto Medio Evo¹¹. Si esprime attraverso gesti e parole capaci di generare cura e insieme di prendersi cura, soprattutto quando la malattia si annuncia come degenerativa, cronica, irreversibile, terminale. L'ospitalità si rende evidente quando accogliere il malato significa scegliere la promozione della vita in tutti i suoi momenti e in tutte le sue dimensioni. E' ospitalità la tutela della vita di ciascuno, con modalità di ascolto e accoglienza. Ospitalità è anche farsi carico di accompagnare le malattie inguaribili nelle scansioni di un tempo, che per quanto faticoso o doloroso, può restituire significato all'esistenza intera. Ospitalità, infine, è saper accogliere il malato nella sua unicità e irripetibilità. Come successore in Spoleto del vescovo Bartolomeo Accoramboni, fondatore in Roma dell'ospedale di S. Spirito e nella mia città di quello della Stella, ho il dovere di ricordare che l'Europa medievale volle che tre fossero le case di cristiani: la chiesa dove pregare, la scuola dove imparare la fede, l'ospedale dove praticare la carità.

d. **Salute e comunità sananti**

Credo che a tutti noi interessi capire come dovrebbe essere la comunità cristiana per "guarire" i mali della società contemporanea.

Anche la Chiesa per prendersi cura dell'uomo nella sofferenza ha bisogno di organizzarsi e progettare, al pari della sanità pubblica.

L'organizzazione della Pastorale della Salute, si articola a livello nazionale (ufficio e consulta), regionale (consulta) e diocesano (ufficio e consulta).

Il compito dell'Ufficio diocesano e della sua consulta è quello della sensibilizzazione delle parrocchie e delle comunità ecclesiali, della formazione degli operatori sanitari (cappellani, medici, infermieri, volontari), della promozione di iniziative atte a migliorare l'assistenza ai malati, soprattutto le persone sole, emarginate, malati oncologici terminali, malati psichiatrici, ecc...

⁹ Nota CEI "Predicate il Vangelo e curate i malati", parte seconda n° 23

¹⁰ Cfr Rom 12, 13

¹¹ San Benedetto detta i principi dell'assistenza ai malati: "L'assistenza agli infermi deve avere la precedenza e la superiorità su tutto, in modo che essi siano serviti veramente come Cristo in persona", RB 36

L'organizzazione del sistema sanitario nazionale si sta spostando gradualmente dallo Stato alle Regioni, dagli ospedali al territorio: la competenza dell'ospedale sarà sempre più per le condizioni gravi di emergenza e per interventi di alta specializzazione. Il trattamento dei malati cronici, dei terminali, dei pazienti da riabilitare sarà nel territorio; una parvenza di ospedale senza mura, perché ogni malato sarà nella sua abitazione. Ecco dunque la necessità che le comunità ecclesiali conoscano i loro malati e contribuiscano, per quanto possibile, all'assistenza e all'accompagnamento spirituale.

La parrocchia diventa il fulcro della pastorale della salute. La comunità cristiana, oltre la presenza attiva, qualificata e l'aiuto materiale, dovrà dare la possibilità al malato di vivere in Cristo questo momento particolare della vita, in comunione di preghiera e con il sostegno dei sacramenti.

Si rende necessario attivare tutte le componenti della comunità ecclesiale. Ai diaconi e laici, in particolare le donne, è affidata la missione di testimoniare la misericordia del Signore, con gesti di solidarietà e di speranza.

e. La formazione per gli addetti agli uffici diocesani per la Pastorale della Salute.

La Nota Pastorale della CEI "Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la Pastorale della Salute" descrive la formazione degli operatori, motivandone il loro impegno personale.

"L'impegno deve essere costantemente accompagnato dallo sforzo di far comprendere le motivazioni che lo sorreggono: si tratta di argomenti mai ideologici, ma d'intensa umanità, di amore e vicinanza a ogni persona nella sua concreta situazione esistenziale, di difesa nei valori fondamentali iscritti nella natura della persona umana e della relazione sociale¹²".

Ciò che è detto espressamente nel documento dei Vescovi per le Istituzioni Sanitarie cattoliche va adottato come programma della formazione degli operatori e cioè:

- i. occorre favorire un clima di dialogo e collaborazione con le istituzioni pubbliche preposte;
- ii. va promosso un significativo contributo al mondo della sanità per una cura più umana della persona;
- iii. gli operatori vanno formati alla visione soprannaturale del compito loro affidato da Gesù: andate, predicate, curate;
- iv. si impegnino a rispondere con iniziative concrete alle sfide della bioetica;
- v. pongano in risalto il primato dell'ammalato e la cura integrale della persona;
- vi. siano operatori di comunione e aiutino l'ammalato ad aprirsi alla speranza;
- vii. si impegnino in attività di solidarietà in favore di categorie di malati trascurati dal settore pubblico (n°40-41);
- viii. la carità vissuta e testimoniata nel servizio dei malati e dei sofferenti diventerà necessariamente servizio alla cultura, alla politica, all'economia, alla famiglia (n°37). Ogni Chiesa particolare trarrà giovamento da questo Convegno nazionale se saprà ripresentare alle comunità cristiane la Pastorale della Salute come una opportunità che ci è data nel nostro tempo e come un servizio che talvolta fa eco ai miracoli

¹² Nota CEI n° 37

di Gesù nel Vangelo e quanti seguita a farne tra i suoi Discepoli oggi, suscitando attenzione e carità per i malati.

La comunità cristiana guarda alla Vergine Maria, salute degli infermi, come icona da imitare. Alla sua intercessione affidiamo l'impegno delle nostre Chiese nel testimoniare quella speranza che, sola, può confortare ogni uomo e ogni donna provati dalla sofferenza e dalla malattia¹³.

¹³ Nota CEI n° 69