

Indice

Notiziario - Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità
n. 1 - 2002

Presentazione

Don Sergio Pintor pag. 3

PRIMA PARTE

ATTI DEL 4° CONVEGNO NAZIONALE DEI DIRETTORI E RESPONSABILI DEGLI UFFICI DIOCESANI

“Comunicare il Vangelo oggi nel mondo della salute. Alcuni percorsi da attuare insieme”

Chianciano, 24-26 giugno 2002

Introduzione ai lavori

S. E. Mons. Benito Cocchi pag. 7

Comunicare il Vangelo oggi nel mondo della salute

Relazione di S. E. Mons. Cosmo Francesco Ruppi pag. 9

Dal Convegno Nazionale di Fiuggi: alcuni percorsi pastorali attuativi per le nostre comunità

Relazione di P. Angelo Brusco pag. 20

Alcuni spunti di riflessione sulla realtà sanitaria oggi in Italia

Comunicazione del Dott. Francesco Silvano pag. 36

Coordinamento Nazionale di Salute Mentale

Comunicazione di Don Roberto Vesentini pag. 42

Conclusioni dei lavori nei Gruppi

Gruppo di lavoro n. 1 - *Comunità sanante* pag. 45

Gruppo di lavoro n. 2 - *Promozione della salute* pag. 46

Gruppo di lavoro n. 3 - *Ecclesiologia di comunione* pag. 49

Gruppo di lavoro n. 4 - *Progettualità* pag. 51

Gruppo di lavoro n. 5 - *Formazione* pag. 53

Conclusioni

Don Sergio Pintor pag. 55

Esperienze di diocesi

I. Agrigento	pag. 58
II. Albano	pag. 66
III. Cremona	pag. 68
IV. Taranto	pag. 69
V. Udine	pag. 75

**SECONDA PARTE
DOCUMENTAZIONE**

***Protocollo d'intesa tra la Regione Puglia
e la Conferenza Episcopale Pugliese*** pag. 83

***Regolamento della Consulta Regionale Pugliese
per la Pastorale della Salute*** pag. 90

***Protocollo d'intesa tra la Regione Sicilia
e la Conferenza Episcopale Siciliana*** pag. 95

***Protocollo d'intesa tra la Regione Umbria
e la Conferenza Episcopale Umbra*** pag. 100



resentazione

Don SERGIO PINTOR

Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Sanità

Il presente “Notiziario” giunge nel momento in cui si stanno riavviando i programmi pastorali e le diverse attività, dopo il periodo estivo. Si tratta di un “momento opportuno” per riprendere in mano e utilizzare i contributi che abbiamo condiviso nel recente Convegno Nazionale dei direttori degli Uffici diocesani per la pastorale della salute (Chianciano, 24-26 giugno 2002): contributi riportati nelle pagine seguenti.

Il “Notiziario”, infatti, è articolato in due parti: nella prima parte possiamo trovare gli “Atti del Convegno”; nella seconda parte, una utile e richiesta documentazione su alcune “Convenzioni” stipulate in diverse regioni in riferimento all’assistenza spirituale in Ospedali e Centri di cura.

Per meglio comprendere e valorizzare il materiale offerto negli “Atti del Convegno” sottolineo l’opportunità di collocarlo in continuità con i Convegni precedenti e, in particolare con il Convegno generale di Fiuggi.

Non dimentichiamo, infatti, che il Convegno di questo anno a Chianciano è il quarto Convegno Nazionale come direttori ed équipe diocesane (anche se in realtà sarebbe il sesto, se teniamo conto dei Convegni interregionali del novembre 2000 e del Convegno generale di Fiuggi dello scorso anno).

I primi due Convegni – Loreto 98 e Rocca di Papa 99 – ci hanno aiutato a riflettere sulla identità della pastorale della salute e sulla identità del nostro servizio come Uffici.

I successivi, in una forte prospettiva di Chiesa “sanata”, “sanante”, ci hanno condotto a interrogarci, con attenzione al contesto attuale in forte cambiamento, sulle priorità e sulle vie per attuare la pastorale sanitaria delle nostre Chiese, in fedeltà all’agire risanante di Gesù Cristo.

Gli “Atti” dell’ultimo Convegno vanno, quindi, letti in questa linea con particolare collegamento e in continuità con il Convegno di Fiuggi del maggio 2001, e in fondamentale sintonia con le indicazioni pastorali dei vescovi italiani per i prossimi dieci anni “Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia”.

La relazione introduttiva di S. E. Mons. Cosmo Francesco Ruppi richiama, con preciso riferimento al mondo della salute in cui operiamo, le prospettive pastorali date dai Vescovi italiani per comunicare il Vangelo in questi anni; la relazione del P. Angelo Brusco e le sintesi dei lavori in gruppo, ci aiutano a concretizzare precisi percorsi di crescita nella pastorale sanitaria.

L'intervento del Dott. Francesco Silvano, Presidente dell'Ospedale "Bambino Gesù" di Roma, ci offre spunti per riflettere insieme sui cambiamenti in atto nell'ambito sanitario del nostro paese.

La comunicazione, infine, di Don Roberto Vesentini, sui malati psichici, ricorda una attenzione e un nostro impegno concreto che siamo chiamati a sviluppare in seno alle nostre comunità.

Al di là dei testi scritti, ancora una volta, tutto ci rimanda alla fraternità viva di fede e di servizio che ci accomuna nel testimoniare ogni giorno il Vangelo di speranza che viene dall'amore risanante di Dio. Anche la preparazione della prossima Giornata Mondiale del Malato - di cui quanto prima speriamo di farvi avere i sussidi - incentrata sul dono di sé per amore ci inviterà a "ripartire da Cristo", dalla contemplazione viva del Suo volto "dolente" e "risorto", da Colui che per primo di ha amato e si è donato per noi, come per ogni uomo e donna che incontriamo ogni giorno nel nostro servizio.

PRIMA PARTE

**ATTI DEL 4^o CONVEGNO NAZIONALE
DEI DIRETTORI
E RESPONSABILI DEGLI UFFICI DIOCESANI**

**”Comunicare il Vangelo oggi
nel mondo della salute.
Alcuni percorsi da attuare insieme”**

Chianciano, 24-26 giugno 2002



Introduzione ai lavori

S. E. Mons. BENITO COCCHI - Arcivescovo di Modena-Nonantola
Presidente della Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e della Salute

Rivolgo un saluto a tutti voi presenti, che, in qualche modo, rendete presente la realtà della Chiesa che è vicina ai malati in tutta Italia, in tutte le nostre diocesi. E anche un sincero ringraziamento per la vostra presenza a questo convegno. In particolare saluto Mons. Cosmo Francesco Ruppi. Lo ringraziamo per la sua disponibilità a farci da maestro all'inizio del Convegno.

Se non erro è la prima o fra le prime iniziative promosse da un Ufficio o Organismo della CEI direttamente orientata dal tema del decennio prossimo, tema "Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia", ovviamente con il giusto adattamento nel mondo della salute. Questo può essere il segno di una risposta sollecita ai Vescovi, ma anche può essere l'esigenza di accogliere quasi un appello di questo mondo delicato sempre, ma particolarmente di un mondo, proprio quello della salute, che cambia da tanti punti di vista.

Voi siete i protagonisti di questo mondo: protagonisti nel senso non come si intende normalmente quelli che appaiono sul palco, ma quelli che sono vicini ad una realtà della sofferenza, della malattia, della ricerca.

Certamente, in questi anni si è notata una certa accentuazione di interesse della Chiesa nei confronti del problema della salute inteso nella sua complessità. Per questo, per curiosità, ho guardato l'indice analitico dei sei volumi dell'Enchiridion CEI, che sono stati pubblicati presentando i documenti dal 1954 al 2000, e ho cercato la voce salute, sanità, medicina. Nel primo volume c'è un unico accenno alla liturgia dei malati quando c'è l'introduzione al direttorio per il rituale dei sacramentali.

Nel secondo volume che va dagli anni 1975 al 1979 c'è un cenno per la catechesi sulla malattia, sul senso cristiano della malattia rivolto ai medici. Poi rimanda sotto la voce malattia all'unzione degli infermi. Nel terzo volume 1980-1985 non c'è la voce malattia salute, sanità. Nel quarto volume che va dal 1986 al 1990 c'è una larga parte dedicata finalmente alla pastorale della sanità e agli aspetti istituzionali. Forse fu istituita allora o ordinata in qualche modo la Consulta. E è in quegli anni che, come si può notare, cominciano a svilupparsi, nel complesso, alcuni documenti dei Vescovi italiani.

In realtà l'attenzione alla pastorale sanitaria da parte della Chiesa italiana sembra ancora limitata. Direi che c'è molto di più

nell'Enchiridion Vaticano che presenta tutto il magistero della Santa Sede.

Poi, dal quinto volume, da quando è stata istituita la Giornata Mondiale del Malato, si può notare una maggiore attenzione: ogni anno c'è un comunicato della CEI e cominciano ad essere elaborati dei principi o delle indicazioni. E anche nel sesto volume, che va fino al 2000, oltre agli interventi per la Giornata Mondiale, c'è quel sussidio pubblicato dall'Ufficio Nazionale CEI per la pastorale della salute, sulle istituzioni sanitarie cattoliche in Italia, che costituisce un punto di riferimento importante.

Da questo punto di vista, diciamo, che come responsabili degli Uffici diocesani per la pastorale sanitaria, siete chiamati ad essere protagonisti di una realtà che è viva e vivace, in qualche misura perfino preoccupante per tutto ciò che avviene nel mondo della sanità.

Ecco, questi convegni non ammettono spettatori ma tutti devono diventare protagonisti. C'è un'alternanza di lezioni magistrali, di preghiera, di dialogo in assemblea o nei gruppi, e ognuno di questi momenti deve vederci coinvolti. Anche la preghiera liturgica fa parte di un Convegno ecclesiale, anzi è parte integrante, come ne sono parte le lezioni e i momenti di incontro e di dialogo nei gruppi.

L'augurio è che, numerosi come siamo, possiamo rispondere alle esigenze che voi portate in questa sala, dunque alle esigenze delle persone che vivono nel mondo del settore della malattia, a tutti i livelli e con compiti diversi; e anche all'esigenza di rendere sempre più sensibili, in modo esteso, tutte le nostre comunità diocesane e parrocchiali perché, come ormai noi sperimentiamo da secoli, passa nella Chiesa ciò che passa per le parrocchie, perché la realtà di base è quella. Altrimenti si rischia di dare una delega ad alcuni, ad un ufficio, a qualcuno che ha questo gusto. Se vogliamo che diventi pastorale bisogna che si passi attraverso la parrocchia: una struttura che credo tutti ci invidiano e che arriva potenzialmente ogni settimana a tutte le persone.

Questa è la speranza e l'augurio che ci facciamo a vicenda. Grazie a tutti.



Comunicare il Vangelo oggi nel mondo della salute

S. E. Mons. COSMO FRANCESCO RUPPI - Arcivescovo di Lecce
Presidente della Conferenza Episcopale Pugliese

“Non è in nostro potere apportarvi la salute corporale, né la diminuzione dei vostri dolori fisici, che medici, infermieri e quanti si consacrano agli ammalati, si sforzano di consolare al loro meglio.

“Ma abbiamo qualche cosa di più profondo e di più prezioso da dare: la sola verità capace di rispondere al mistero della sofferenza e di recarci un sollievo senza illusioni: la fede e l'unione all'Uomo dei dolori, al Cristo, Figlio di Dio, posto in croce per i nostri peccati e per la nostra salvezza...

“A voi tutti che sentite più pesantemente il gravame della Croce, voi che siete poveri e abbandonati, voi che piangete... voi attornati dal silenzio, voi gli sconosciuti del dolore, riprendete coraggio: voi siete i preferiti del regno di Dio, il regno della speranza, della felicità e della vita; voi siete i fratelli del Cristo sofferente; e con Lui, se volete, potete salvare il mondo!

“Sappiate che non siete soli, né separati, né abbandonati, né inutili: voi siete chiamati da Cristo, la sua vivente e trasparente immagine. In suo onore, il Concilio vi saluta con amore, vi ringrazia, vi assicura amicizia e l'assistenza della Chiesa e vi benedice”.

*(Messaggio del Concilio ai poveri e agli ammalati,
a tutti coloro che soffrono, 8 dicembre 1965)*

Il *Messaggio del Concilio* ai malati e a coloro che soffrono fa da sfondo a questo convegno nazionale, promosso dall'Ufficio nazionale per la pastorale della sanità, che vuole aiutarci ad inserire il nostro lavoro nel programma decennale della CEI: *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia - Orientamenti pastorali dell'Episcopato italiano per il primo decennio del duemila.*

La scelta del tema risponde alla esigenza di inserire il lavoro dei singoli settori nella prospettiva generale, indicata dai Vescovi nella nuova evangelizzazione. Facendo, infatti, proprio l'orizzonte indicato dal Papa nella NMI, intendiamo anche noi “ripartire da Cristo”, riconoscendolo Risorto, sempre presente in mezzo a noi.

Per gli operatori della pastorale della salute, Giovanni Paolo II, nella citata Lettera apostolica post-giubileo, offre specifiche indi-

cazioni, invitandoci a contemplare l'aspetto più paradossale del volto di Cristo, quello che egli chiama *il mistero nel mistero*, ossia *il Cristo dolente*.

1. Volto dolente

“Prima ancora, e ben più che nel corpo – dice il Papa – la sua passione è sofferenza atroce dell'anima” e mette subito a confronto il mistero del dolore di Cristo con la teologia vissuta dei santi, osservando che nella vita dei santi, come in quella di Gesù, c'è un *intreccio* costante di beatitudine e di *dolore*: il dolore, cioè, se vissuto con fede, diventa *fonte di beatitudine*. Santa Caterina nel *Dialogo della Divina Provvidenza*, esalta la gioia, insieme alla sofferenza; e S. Teresa di Lisieux vive la sua agonia in comunione con quella di Cristo, verificando in se stessa il paradosso di Gesù *beato e angosciato*: “Nostro Signore – scrive – nell'orto degli Ulivi godeva di tutte le gioie della Trinità, eppure la sua agonia non era meno crudele... È un mistero, ma da ciò che io provo, ne capisco qualcosa...”.

Bisogna, dunque, ripartire da Cristo, per comunicare il Vangelo in un mondo che cambia e, soprattutto, per annunciarlo oggi nel mondo della salute, perché solo nell'incontro con Cristo, c'è la purificazione della memoria e si sprigionano quei dinamismi nuovi di cui la NMI parla incisivamente nel n. 15:

“Dobbiamo guardare avanti, dobbiamo prendere il largo, fiduciosi nella parola di Cristo: *Duc in altum!*” (l.c.).

Partiamo, dunque, dalla necessità di contemplare e far contemplare il volto di Cristo dolente non solo da coloro che portano nel proprio corpo le stimmate di Cristo, ma anche da parte di tutti coloro, parenti, medici, paramedici, volontari... che vivono ed operano accanto ai dolenti e fanno parte di quel grande mondo che chiamiamo, un po' eufemisticamente, *mondo della salute*.

Mi sono chiesto più volte, mentre riflettevo sul tema assegnatomi, sulla validità di questo termine: *mondo della salute* e, se da un lato lo trovo un po' equivoco, perché mette insieme il mondo della sofferenza, quello dei sani e quello di coloro che, in tanti modi, lavorano per la salute della gente... dall'altro, intravedo in questa parola *salute* la traduzione moderna di quella *salus* latina, che comprende tutto: il bene dell'anima e quello del corpo, quello individuale e quello collettivo, il bene da raggiungere, quello da restituire e quello da ricercare...

Dalla contemplazione del Volto dolente di Cristo, scaturirà una grande forza per annunciarlo all'uomo d'oggi, soprattutto ai sofferenti, ai dolenti, a tutti coloro che si sentono carichi, più degli altri, del peso della croce.

Accolto come un valore – secondo l'insegnamento della Lettera apostolica “*Salvifici doloris*”, *il libro della sofferenza*, Cristo,

e Cristo Crocifisso, diventa un libro aperto sotto gli occhi di tutti e diventa anche una scala di speranza, alla quale ci si può dirigere, per dare un senso alla vita e aprire orizzonti nuovi agli occhi di coloro che soffrono.

Mi piace ricordare in questo Convegno, i punti essenziali della lettera papale sulla sofferenza, scritta, non a caso, nell'anno della redenzione, forse, già dimenticata o archiviata tra la moltitudine dei documenti della Chiesa.

“Il terreno della sofferenza umana è molto più vasto e pluridimensionale – dice il Papa nella S.D. – e spiega che “la sofferenza è qualcosa di ancora più ampio della malattia, di più complesso e insieme ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa”. Il Papa parla di sofferenza fisica e sofferenza morale e dice che “la vastità e multiformità della sofferenza morale non sono certamente minori di quella fisica” e ci invita ad aprire il *libro della sofferenza* che è la Sacra Scrittura, perché dalla Parola di Dio possiamo ricevere illuminazioni, spiegazioni e, ancor più, sostegno, per accogliere e vivere la sofferenza con il soffio della speranza:

“Per ritrovare il senso profondo della sofferenza, seguendo la parola rivelata da Dio, bisogna aprirsi largamente verso il soggetto umano nella sua molteplice potenzialità. Bisogna, soprattutto, accogliere la luce della Rivelazione, non soltanto in quanto essa esprime l'ordine trascendente della giustizia, ma in quanto illumina quest'ordine con l'amore, quale sorgente definitiva di tutto ciò che esiste. L'amore è anche la sorgente più piena della risposta all'interrogativo sul senso della sofferenza.

E questa risposta è stata data da Dio all'uomo nella croce di Gesù Cristo” (Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, 13).

Ripartiamo, dunque, anche noi da Cristo!

Consideriamo e facciamo conoscere Cristo che soffre volontariamente e innocentemente. Nelle parole del Getsemani: “*Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice! Però non come voglio io, ma come vuoi tu!*” (Mt 26,39) troveremo la soluzione del problema del dolore, scoprendo la verità dell'amore nel mare della sofferenza.

Giovanni Paolo II insegna: “Nella croce di Cristo non solo si è compiuta la redenzione mediante la sofferenza, ma anche la stessa sofferenza umana è stata redenta.. Cristo – senza nessuna colpa propria – si è addossato il male totale del peccato... Il Redentore ha sofferto al posto dell'uomo e per l'uomo. Ogni uomo ha una sua partecipazione alla redenzione. Ognuno è chiamato a partecipare a

quella sofferenza, mediante la quale si è compiuta la redenzione... Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può divenire partecipe della sofferenza redentiva di Cristo” (SD 19).

Annunciare Cristo al mondo della salute e a quello della sofferenza, dunque, vuol dire rendere consapevoli i protagonisti, i portatori di sofferenza del valore del loro stato, della capacità redentiva, che possiedono, e dare a coloro che operano nel mondo della salute, orizzonti apostolici immensi, che vanno al di là, molto al di là, della funzione del Cireneo, perché attingono direttamente a quella del buon Samaritano.

Gli Apostoli erano consapevoli di tutto questo. La prima evangelizzazione metteva al centro della propria funzione il problema del dolore e il suo valore redentivo.

Ricordo tra tutti Paolo che ai Galati scrive: *“Sono stato crocifisso con Cristo, e non sono più io che vivo, ma Cristo che vive in me. Questa vita che vivo nella carne, io la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha dato se stesso per me”* (Gal 2,19-20).

San Paolo, però, non solo riconosce di essere crocifisso con Cristo, ma giunge, con la grazia dello Spirito, fino a vantarsi della sua debolezza e della sua croce: *“Quanto a me, non ci sia altro vanto che nella croce del Signore Gesù Cristo, per mezzo della quale il mondo è per me stato crocifisso come io per il mondo”* (Gal 6,14). La Croce di Cristo, così, getta in modo penetrante la luce salvifica sulla vita dell'uomo e soprattutto sul problema del dolore umano, unendo insieme sofferenza a redenzione, morte a resurrezione: *“Il mistero della passione – dice il Papa – è racchiuso nel mistero pasquale. I testimoni della passione di Cristo sono contemporaneamente testimoni della sua resurrezione...”* (SD 21).

L'esperienza della passione e quella della resurrezione non sono subordinate l'una all'altra, ma sono, l'una conseguenza ed effetto dell'altra.

È Paolo, per primo, che sperimenta sulla via di Damasco l'incontro con Cristo vivo: i suoi occhi sono accecati, folgorati, ma subito dopo si riaprono quando fa la scelta radicale della conversione totale e della donazione a Cristo attraverso l'esperienza del Risorto.

Mi pare questo un punto significativo da tenere presente nel nostro lavoro di operatori della salute, perché solo la esperienza personale di Cristo *Dolente e Risorto*, potrà darci la carica di lavorare accanto ai sofferenti e ai malati, per accompagnarli gradualmente alla scoperta di Cristo morto e Risorto.

Non si può, infatti, annunciare Cristo, se non abbiamo noi, per primi, fatta l'esperienza di Paolo sulla via di Damasco.

Né possiamo far scivolare parole consolatorie, quando nel nostro cuore non ha avuto profonda risonanza la Parola di Dio e quando noi stessi non abbiamo fatto il percorso di Paolo: “attraversare molte tribolazioni, per entrare nel regno di Dio” (At 14,22).

3. Il Vangelo della sofferenza

Con lo sguardo fisso su Gesù, l’inviato del Padre, Gesù che è sempre in mezzo a noi, che è Risorto e che viene, la Chiesa si mette a servizio per attuare la missione di Cristo: portare il vangelo ad ogni creatura; radunare il popolo per farlo Popolo di Dio; mettere mano ad una nuova evangelizzazione, seguendo l’esempio e l’insegnamento di Gesù, “il primo e più grande evangelizzatore” (EN 7).

“Se comunicare il Vangelo è, e resta, il compito primario della Chiesa, guardando al prossimo decennio, alla luce del contesto socio-culturale odierno – si legge nel documento della CEI *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia* – dobbiamo assumere alcune decisioni di fondo, capaci di qualificare il nostro cammino ecclesiale” (l. c. 44).

Occorre, cioè, fare delle scelte ben chiare e nette, che interessano tutti gli operatori pastorali, di qualunque settore, compreso quello della salute e quello più generale della *Caritas*, di cui questo settore è parte significativa.

I Vescovi italiani ci invitano ad una scelta netta e precisa, rimarcando con vigore l’urgenza di riscoprire la centralità della fede e la nostra capacità di comunicarla.

“Abbiamo bisogno - dicono i Vescovi italiani - di cristiani con una fede adulta, costantemente impegnati nella conversione, infiammati dalla chiamata alla santità, capaci di testimoniare con assoluta dedizione, con piena adesione e con grande umiltà e mitezza il Vangelo...”

Ciò è possibile se nella Chiesa rimane centrale la docilità allo Spirito e... se si prende sul serio il Vangelo, lasciando che sia esso a portarci dove noi forse non sapremmo neppure immaginare e a costituirci testimoni” (CEI, *Comunicare il Vangelo*, n. 45).

Quale Vangelo comunicare al mondo della salute?

Una prima risposta ce la dà Giovanni Paolo II con la SD, laddove parla esplicitamente del *vangelo della sofferenza*, riconoscendo che “i testimoni della croce e della resurrezione di Cristo hanno trasmesso alla Chiesa e all’umanità uno specifico vangelo della sofferenza”, un vangelo che “il Redentore stesso ha scritto dapprima con la sua sofferenza, assunta per amore, affinché l’uomo non muoia, ma abbia la vita eterna, e poi trasmessa a noi con la sua parola e col suo insegnamento.

Il vangelo della sofferenza, la Chiesa lo annuncia con la vita e la passione di Cristo, ma anche con la sua stessa lunga storia di sofferenze e di persecuzioni.

La sofferenza di Cristo, quella degli Apostoli e quella dei discepoli di tutti i tempi (l'ultimo san Pio da Pietrelcina!) sono tanti capitoli del vangelo della sofferenza: per Cristo e a causa di Cristo.

“Se il primo grande capitolo del Vangelo della sofferenza – insegna il Papa – viene scritto, lungo le generazioni, da coloro che soffrono persecuzioni per Cristo, di pari passo si svolge lungo la storia un altro grande capitolo di questo Vangelo. Lo scrivono tutti coloro che soffrono insieme con Cristo, unendo le proprie sofferenze umane alla sua sofferenza salvifica...

In essi si compie il Vangelo della sofferenza e, al tempo stesso, ognuno di essi continua in certo modo a scriverlo: lo scrive e lo proclama al mondo, lo annuncia al proprio ambiente e agli uomini contemporanei” (SD 27).

Il vangelo della sofferenza, però, contiene uno specifico capitolo, che lo qualifica e lo rende efficace, ed è il capitolo della carità, ribadendo ancora una volta l'intima connessione esistente tra evangelizzazione e testimonianza della carità.

4. Farsi prossimi

“I cristiani, in forza del battesimo che li unisce al Verbo diventato uomo per noi e per la nostra salvezza – scrivono i Vescovi italiani nel documento per il decennio – sono chiamati a farsi prossimi agli uomini e alle donne, che vivono situazioni di frontiera: i malati e i sofferenti, i poveri, gli immigrati, le tante persone che faticano a trovare ragioni per vivere e sono sull'orlo della disperazione, le famiglie in crisi e in difficoltà materiale e spirituale” (CEI, *Comunicare il Vangelo*, n. 62).

È significativo, come vedete, che al primo posto di questo elenco di sofferenti vengono messi i *malati*, perché i malati sono i primi a sperimentare e vivere il *Vangelo della sofferenza*, facendolo divenire *Vangelo della speranza* e, nei casi più alti, anche apostolato, vero e proprio.

Mi sia consentito, di passaggio, accennare al valore di questo duplice apostolato: l'*apostolato della preghiera* e l'*apostolato della sofferenza*, due forme nobilissime ed efficacissime di apostolato, di cui la Chiesa ha immenso bisogno!

“Il secolo e il millennio che si avviano – ha detto profeticamente Giovanni Paolo II nella NMI – dovranno ancora vedere, ed anzi è auspicabile che lo vedano con forza maggiore, a quale grado di dedizione sappia arrivare la carità verso i più poveri. Se siamo ripartiti davvero dalla contemplazione di Cristo, dovremo saperlo scorgere soprattutto nel volto di coloro con i quali egli stesso ha

voluto identificarsi: “Ho avuto fame e mi avete dato da mangiare... ero malato e mi avete visitato” (Mt 25,35-6). Questa pagina non è un semplice invito alla carità: è una pagina di cristologia, che proietta un fascio di luce sul mistero di Cristo. Su questa pagina, non meno che sul versante dell’ortodossia, la Chiesa misura la sua fedeltà di Sposa di Cristo” (NMI, n. 49).

La fantasia della carità

Nella NMI il Papa parla della fantasia della carità: “È l’ora – dice – di una nuova fantasia della carità, che si dispieghi non tanto e non solo nell’efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione”.

Nel mondo della salute questo approccio fraterno e silenzioso è quanto mai opportuno e necessario, come insegna il Fondatore degli *Operai silenziosi della croce*.

“Lo scenario della povertà – profetizza Giovanni Paolo II – può allargarsi indefinitivamente, se aggiungiamo alle vecchie le nuove povertà, che investono spesso anche gli ambienti e le categorie non prive di risorse economiche, ma esposte alla disperazione del non senso, all’insidia della droga, all’abbandono nell’età avanzata o nella malattia, all’emarginazione o alla discriminazione sociale.

Il cristiano, che si affaccia su questo scenario, deve imparare a fare il suo atto di fede in Cristo, decifrandone l’appello che egli manda da questo mondo della povertà...

Senza questa forma di evangelizzazione, compiuta attraverso la carità e la testimonianza della povertà cristiana, l’annuncio del Vangelo, che pure è la prima carità, rischia di essere incompreso o di affogare in quel mare di parole a cui l’odierna società della comunicazione quotidianamente ci espone.

La carità delle opere assicura una forza inequivocabile alla carità delle parole!” (NMI, n. 50).

Il nostro grande impegno dev’essere quello di far sentire i malati a casa propria, facendoli partecipi del cammino della Chiesa, offrendo loro sostegni nel cammino della sofferenza, coinvolgendoli direttamente nelle opere apostoliche. Annunciare il Vangelo della sofferenza, vuol dire rendere i malati e i sofferenti protagonisti della nuova evangelizzazione, ossia portarli nel cuore della Chiesa, per essere, come sono, *cuore della Chiesa*.

Lo sanno bene coloro che vivono accanto ai malati e per i malati, come lo sanno anche coloro che operano per l'accoglienza degli immigrati, per l'assistenza ai minori e agli anziani, per il recupero dei tossicodipendenti, in una parola, i poveri, i vecchi e i nuovi poveri.

Nel documento CEI *Evangelizzazione e testimonianza della carità - Orientamenti pastorali per gli anni 90*, si affermava l'esigenza di "rifare con l'amore il tessuto cristiano della comunità ecclesiale" e si invitavano le comunità ecclesiali a mettere al centro della nuova evangelizzazione il vangelo della carità.

Facendo proprio l'invito del Papa nella CFL: "La Chiesa deve fare oggi un grande passo in avanti nella sua evangelizzazione; deve entrare in una nuova tappa storica del suo dinamismo missionario" (CFL, n. 35), i Vescovi italiani auspicavano una nuova stagione della Chiesa italiana, tutta fondata sulla testimonianza della carità: "L'evangelizzazione e la testimonianza della carità esigono oggi, come primo passo da compiere, la crescita di una comunità cristiana che manifesti in se stessa, con la vita e con le opere, il vangelo di carità..." giacché "la carità, prima di definire l'agire della Chiesa, ne definisce l'essere profondo" (*Evangelizzazione e testimonianza della carità*, n. 26).

In questo documento c'è un passaggio significativo che riguarda la pastorale della salute, che mi piace rievocare:

"Negli ospedali e nelle case di cura, dove la carità si misura con il mistero della sofferenza e dove più grave è il costo di ogni mancanza di attenzione alla dignità della persona occorre assicurare sempre l'assistenza religiosa dei degenti, promuovere capillarmente la formazione morale e spirituale degli operatori sanitari, sviluppare una presenza costante del volontariato e ancor più salvaguardare lo spazio dei famigliari, poiché la famiglia resta in ogni situazione la più originaria espressione dell'amore e della condivisione" (*Evangelizzazione e testimonianza della carità*, n. 48).

Nella *Carta pastorale* della Caritas italiana, firmata dal compianto mons Franco, si invitano le comunità a convertirsi ai poveri, affermando che "i poveri sono sacramento di Dio".

Faccio nostra l'espressione, per affermare che *i malati sono sacramento di Dio*. Ad essi dobbiamo portare l'annuncio della salvezza; insieme ad essi dobbiamo sviluppare la nuova evangelizzazione, perché i poveri e i malati costituiscono un segno visibile di Dio, un sacramento di Cristo.

Questo documento, frutto della Consulta nazionale della CEI per la pastorale della sanità, va riletto attentamente, perché parte dalla constatazione dei grandi cambiamenti in atto nel mondo sanitario italiano, oggi ancora più vasti e profondi di come erano dieci, quindici anni fa.

Siamo, infatti, in un tornante che non esito a definire difficile e delicato, reso ancora più difficile dalla regionalizzazione della sanità e dall'urgenza di contenere la spesa pubblica che, proprio nel settore sanitario, è esplosa in maniera impressionante e, per molti versi, incresciosa.

Gli ospedali si vanno riorganizzando e concentrando; la necessità di contenere la spesa sanitaria va creando problemi immensi, che le Regioni stanno affrontando coi nuovi piani sanitari, con una drastica riduzione dei posti letto, dei primariati, del personale medico e paramedico. Non v'è Regione ove questo problema non sia esploso e ove non vi siano in atto moltissime tensioni sociali, che potrebbero degenerare in un'ulteriore degrado della sanità, sia pubblica che privata.

La politica della salute è in crisi, ma, speriamo tutti che si tratti di una *crisi di crescita*, dovuta all'urgenza del contenimento della spesa, ma anche ad un più organico assetto di tutto il comparto sociale.

Non mi addentro nell'analisi di una situazione che ciascuno di noi conosce direttamente, ma mi limito ad affermare che in questo difficile momento storico della sanità italiana, la nostra presenza diventa ancor più necessaria di quanto non era ieri, perché il concetto di salute va rapportandosi solo a parametri economici, ai famosi D.R.G., e non già, come dev'essere, a istanze sociali, psicologiche, etiche e spirituali.

L'impegno dello Stato e più direttamente delle Regioni in ordine alla salute, è enormemente cresciuto in questi ultimi anni, ma è anche cresciuta la consapevolezza dei diritti del malato e la consapevolezza dei cittadini a vedere difesa, tutelata e promossa la salute.

In molte regioni, negli ultimi tempi, sono stati firmati *Accordi* e *Intese* per quanto riguarda i Cappellani ospedalieri. Non altrettanto si è riusciti a fare per le Suore che lavorano negli ospedali e per il Volontariato cattolico che, in molti posti, diventa un supporto prezioso per la pastorale della salute.

Vent'anni fa, ricevendo gli operatori sanitari, Giovanni Paolo II affermava la necessità di "delineare un progetto unitario di pastorale della salute, disponendo l'intera comunità cristiana a tale tipo di apostolato" (O.R., 29 novembre 1981).

È in questa prospettiva che va collocato tutto il lavoro degli operatori pastorali della salute, ricordando che tutta la moderna concezione nosocomiale ha portato lo stesso ospedale a divenire luogo e centro della salute, della speranza e della vita.

L'impegno costante dello Stato e delle Regioni, del resto, mira coi numerosi interventi legislativi a fare delle ASL e degli istituti di ricovero e cura, non solo luoghi di prevenzione, ma anche di ricerca, diffusione e tutela della salute, di educazione e promozione della salute.

C'è, però, un rischio sul quale conviene rapidamente soffermarsi, ed è quello che la sanità pubblica, col miraggio della pianificazione e del risparmio, abbia a trascurare i ceti più deboli e più poveri, non solo perché scarica su tutti i contribuenti i pesi specifici per la sanità, ma perché mette al centro non più l'interesse del malato, ma quello del risparmio e dell'efficienza economica.

C'è poi una categoria di malati, come i malati psichici, i terminali, gli incurabili, ecc., a volte trascurati e negletti, verso i quali deve dirigersi una speciale attenzione della comunità cristiana.

“È a questo mondo della sanità che la Chiesa, in forza della sua missione, è chiamata ad aprirsi, animata da speranza, da spirito di collaborazione e dalla volontà di rendere un contributo essenziale alla salvezza dell'uomo, ricordando che l'attività svolta dalla Chiesa nel settore della sanità è espressione specifica della sua missione e manifesta la tenerezza di Dio verso l'umanità sofferente” (*La pastorale della salute*, nn. 12-13)

Giovanni Paolo II, che ha sempre dimostrato particolare attenzione e amore per i malati, soffermandosi pacatamente con essi in tutti i suoi viaggi apostolici, nelle udienze generali, nelle visite agli ospedali e case di sofferenza, insegna che “l'assistenza agli infermi fa parte della missione della Chiesa... La Chiesa, come Gesù suo redentore, vuole essere sempre vicina a coloro che soffrono. Essa li eleva al Signore con la preghiera. Offre loro consolazione e speranza. Li aiuta a trovare in senso nelle apprensioni e nel dolore...” (O.R., 9 maggio 1984).

Intervenendo al Convegno di Loreto, Giovanni Paolo II mise in guardia sulle nuove visioni della vita, del dolore e della solidarietà, ammonendo che “occorre porre mano ad un'opera di inculturazione che raggiunga e trasformi, mediante la forza del Vangelo, i criteri di giudizio, i valori determinanti, le linee di pensiero, i modelli di vita, in modo che il cristianesimo continui ad offrire, anche all'uomo della società industriale, il senso e l'orientamento dell'esistenza” (*Allocuzione al convegno di Loreto* - 11 novembre 1985, 4).

Conclusione

Soggetto primario di tutto questo lavoro, prima che gli operatori della pastorale della salute, è la comunità cristiana, perché è la comunità ecclesiale, nella sua interezza, quale popolo di Dio adunato nell'unità del Padre, del Figlio e dello Spirito Santo, sotto la

guida dei pastori, che ha la responsabilità di tutta l'azione pastorale (cfr. LG 1).

Concludendo il documento per il primo decennio *Comunicare il Vangelo in un mondo che cambia*, i Vescovi italiani hanno indicato come via maestra per la nuova evangelizzazione la via del servizio, quello di una diaconia umile e generosa “che scende accanto agli uomini, soffrendo con loro in ogni loro debolezza” per trasmettere oggi la speranza e la gioia che viene da Cristo, che è Cristo stesso.

Nel mondo che cambia, va posto oggi anche il mondo della sanità, il mondo della salute, non solo per i rapidi cambiamenti di cui è soggetto, ma per il cambiamento stesso dell'uomo dolente che ha bisogno, più di ieri, del messaggio della speranza e della gioia.

“Il cristiano, sull'esempio di Gesù, buon samaritano, non si domanda chi è il suo prossimo, ma si fa egli stesso prossimo all'altro, entrando in un rapporto realmente fraterno con lui, riconoscendo e amando in lui il volto di Cristo, che ha voluto identificarsi con i fratelli più piccoli” (CEI, *Comunicare il Vangelo*, n. 62)

La via del Samaritano è l'unica via da percorrere!

L'esempio di questo uomo ci indica la strada maestra, attraverso la quale passa il Vangelo: il vangelo della carità diventa annuncio efficace, via certa per la nuova evangelizzazione.



al Convegno Nazionale di Fiuggi: alcuni percorsi pastorali attuativi per le nostre comunità

P. ANGELO BRUSCO - già Superiore Generale dei Camilliani
Membro della Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità

Un re fece venire alla sua presenza un famoso saggio per metterlo alla prova. Tenendo un uccellino nelle sue mani, egli chiese al saggio: “Secondo te, l’uccellino è vivo o morto”? Fintando la trappola, il saggio rispose, “Sire, la risposta è nelle sue mani”.

Questo aneddoto serve a introdurci alla nostra riflessione, che ha come scopo di identificare alcuni percorsi attuativi per le nostre comunità, partendo dal Convegno celebrato a Fiuggi nel maggio del 2002.

“Il Convegno di Fiuggi è ancora vivo o è già morto?”. La risposta è nelle nostre mani, come si espresse il saggio dell’aneddoto. È, infatti, in nostro potere mantenere vivo il messaggio che ci è pervenuto da quell’assemblea della comunità ecclesiale italiana, come pure di relegarlo nell’oblio.

Non mancano, purtroppo, elementi che spingono ad adottare la seconda soluzione. Uno di essi è costituito dall’impressione che i documenti prodotti dalla Chiesa, attraverso le sue varie strutture, siano troppi e ripetano sempre le stesse cose. Si tratta di una reazione che non manca di fondamento, se si tiene conto che i contenuti trasmessi partono tutti da un medesimo nucleo, costituito dal Vangelo e dalla Tradizione. Sbaglieremmo però se non riuscissimo a superare questa immediata impressione, mancando l’opportunità di cogliere gli elementi di novità presenti in un testo. Tale novità non è sempre eclatante, spesso si manifesta attraverso la selezione di alcuni temi invece che di altri, la sottolineatura di aspetti che prima potevano passare come inosservati, l’affermazione dell’attualità di scelte e decisioni cadute nella dimenticanza, l’indicazione di nuove linee operative... Viene da pensare a certa poesia biblica, caratterizzata da quel fenomeno letterario chiamato *parallelismo*, consistente nella scomposizione di un versetto in due membri, chiamati *stichi*, di cui il secondo ripete, però completandolo, il primo.

Il secondo elemento è frutto di quella tendenza naturale a cadere nella routine, a perdere il gusto della crescita, ad adattarsi, a non distinguere più l’acqua della *buona sorgente*.

Dopo i primi entusiasmi suscitati da un convegno vi è il rischio di terminare nella fase abitudinaria, spegnendo la visione e la creatività fino a quando non giunge un altro impulso a far riemergere il gusto della novità.

Lo scopo dell'incontro che stiamo vivendo è quindi di mantenere fresca la sorgente dell'acqua viva, sgorgata nel convegno di Fiuggi, e in quelli che l'hanno preceduto, impedendo che essa si raffermi e cada nella stagnazione.

Nel Convegno di Fiuggi, la comunità ecclesiale italiana ha voluto lasciarsi interpellare da una importante domanda, formulata nei termini seguenti: negli ultimi anni, il mondo della salute e della malattia in Italia è cambiato; la Chiesa sta rispondendo efficacemente alle nuove domande e alle sfide che questo cambiamento pone?

La risposta che è stata data è consistita essenzialmente in un ripetuto invito rivolto alla Chiesa di stabilire un'alleanza significativa con il mondo della salute, specchio della società attuale, in cui si riflettono gli orientamenti – positivi e negativi – e le problematiche che guidano e agitano gli uomini e le donne del nostro tempo.

Tale alleanza implica in primo luogo una conoscenza della realtà del mondo della salute, delle luci e delle ombre che lo attraversano.

Molte sono gli aspetti positivi che caratterizzano tale mondo:

- Come non riconoscere le grandi conquiste della scienza e della tecnologia medica e il loro benefico influsso sulla qualità della vita umana?
- Anche dal punto di vista socioculturale non sono mancati progressi significativi, quali il nuovo concetto di salute – inglobante tutte le dimensioni della persona – e l'applicazione alle varie categorie di malati della *Carta dei diritti dell'uomo*.
- Il livello dell'assistenza ha conosciuto un'evoluzione significativa grazie al maggior coinvolgimento dei responsabili della cosa pubblica, al sorgere delle professioni sanitarie e del fenomeno del volontariato che, in forme diversificate, ha sempre accompagnato la pratica sanitaria.
- Di notevole importanza sono i progetti – anche se realizzati imperfettamente – di garantire la *salute a tutti* e di promuovere programmi di salute comunitaria a vasto raggio.
- Va rilevata l'attenzione specializzata a certe categorie di pazienti: anziani, malati cronici e in fase terminale. Le Cure palliative stanno affermandosi in tutto il mondo, soprattutto in quello occidentale.
- Grande rilievo sta assumendo il movimento dell'*umanizzazione* del servizio all'ammalato, in congiunzione con lo sviluppo dell'e-

tica medica e della *bioetica* e dell'elaborazione di forme di accompagnamento dei malati sempre più efficaci.

- Nel mondo della salute, dentro e fuori le istituzioni sanitarie, si realizzano vocazioni consacrate alla solidarietà e all'altruismo, attratte da valori cristiani o anche semplicemente umanitari.

Unitamente alle luci, nel mondo della salute vi sono anche molte *ombre*:

- La disuguaglianza nell'accesso alle risorse sanitarie, sempre presente nella storia millenaria, è tuttora visibile in maniera spesso drammatica quando si pensi alle differenze tra il Sud e il Nord non solo del mondo ma anche della nostra penisola. In tutto il mondo, anche nei paesi meno industrializzati, si nota un grande investimento in un tipo di medicina che fa affidamento sui grandi mezzi della tecnologia moderna, ai quali tante fasce delle popolazioni, non solo del Terzo Mondo, non possono accedere. Vengono spesso lasciati in secondo piano i programmi basati sulla prevenzione ed educazione.
- Dal punto di vista culturale, non è difficile identificare punti di vista e prese di posizione che spesso prescindono dai valori evangelici. Le enormi possibilità della medicina hanno ingenerato la tentazione di risolvere tecnicamente problemi che sono propri della sfera metafisica, morale e religiosa, quali il problema del dolore e la domanda sul senso posta dall'intelligenza e dal cuore.
- La mancata armonizzazione tra logica tecnica e logica etica ha come conseguenza una notevole sproporzione tra le conquiste scientifico-tecniche e l'attenzione all'ordine dei fini e dei valori, tra lo sviluppo delle specialità e l'attenzione all'uomo come totalità; tra l'attenzione ai problemi fisici, materiali, corporali e le domande trascendenti e la formazione della spiritualità. Ne conseguono l'affievolirsi del rispetto della vita sia nel suo nascere che nel suo termine e un atteggiamento ambiguo nei confronti della salute, della sofferenza e della morte.
- La tendenza a rimuovere la *dimensione notturna del vivere* – cioè la sofferenza, la malattia e la morte – non manca, poi, di porre al margine handicappati, anziani, malati terminali e vittime delle nuove malattie sociali.
- Il deterioramento della scala dei valori incide negativamente sulla considerazione dell'ammalato come persona, causando quel fenomeno che va sotto il nome di *disumanizzazione*.
- In un contesto più ampio, ma ugualmente legato al mondo della salute, vi è tutta la problematica legata alla *ecologia*. Esagerati interessi economici portano troppo spesso all'inquinamento della natura, compromettono la qualità umana del paesaggio, causano superficialità e povertà di valori.
- Le ombre si infittiscono se pensiamo alle ricadute negative di tutte le riforme sanitarie compiute durante questi ultimi decenni.

In secondo luogo, perché l'alleanza con il mondo della salute possa riuscire efficace occorre che vengano messi in pratica e armonizzati due atteggiamenti, quello della *mediazione* e quello dell'*alterità*¹.

La *via della mediazione* privilegia il dialogo e sa studiare strade di collaborazione, offrendo la propria ricchezza alla soluzione dei problemi umani. Adottando questo atteggiamento si è facilitati a valorizzare maggiormente il positivo insito nel mondo della salute, a scorgere il Dio già operante nel tessuto della cultura in esse presente. Infatti, nei contesti socio-sanitari in cui si vive ed opera c'è già una *buona novella* o, comunque, le "orme del passaggio di Dio". Tale consapevolezza può aiutare a correggere un certo modo di esprimersi nei confronti della sanità statale, centrato solo sugli aspetti negativi delle riforme sanitarie, in alcuni casi considerati con un certo compiacimento, vedendo in essi un appoggio alle proprie istituzioni...

L'altra via, quella dell'*alterità*, opta per il confronto o, in termini biblici, della *profezia*. Questa seconda via può essere praticata sia con l'esempio che con le parole, cioè attraverso la qualità dei servizi, la competenza degli operatori, la giustizia verso il personale, il rispetto delle leggi e il grado d'umanità nei rapporti...

Per evitare l'irrilevanza nel mondo sanitario, bisogna esercitare equilibratamente ambedue gli atteggiamenti. Infatti, cogliere come il messaggio cristiano risponda agli interrogativi esistenziali dell'umanità di oggi è opera di mediazione necessaria che, però, proprio per essere esercitata efficacemente, richiede a volte il ricorso al criterio dell'*alterità*, del confronto, della *profezia*.

Quando viene meno la mediazione, la Chiesa rischia di trasformarsi in una presenza giustapposta, intervenendo quando il mondo della salute ha già realizzato i propri progetti senza di essa². Se viene trascurata l'*alterità*, si corre il pericolo di rinunciare ai valori evangelici, optando per un orizzontalismo che snatura la missione evangelizzatrice. L'armonizzazione dei due atteggiamenti porta la Chiesa a progettare con gli uomini.

Armonizzando la mediazione e il confronto, è possibile allearsi con parte sana del mondo sanitario, cooperando al suo potenziamento. Infatti, come si legge nella *Nota* della CEI sulla pastorale della salute, "il cristianesimo ha un messaggio di vita da annunciare

¹ Cfr. P. TILICH, *L'irrilevanza e la rilevanza del messaggio cristiano per l'umanità d'oggi*, Queriniana, Brescia 1998. Cfr. Anche: A. BRUSCO, S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico. Manuale di teologia pastorale sanitaria*, EDB, Bologna, pp. 67-68.

² B. LAMBERT illustra bene questo concetto quando afferma che in questo caso la Chiesa interverrebbe come una quinta ruota. Una ruota di scorta. Rimarrebbe un corpo estraneo. Più ancora, questa Chiesa rischierebbe d'intervenire essenzialmente ad uno scopo di ricupero (*Eglise et monde ouvrier*, in "Pastorale-Québec" 16/1976, p. 364).

non solo a coloro che soffrono, ma anche a quanti scelgono di assistere e di accompagnare i malati”³.

Tra i settori in cui l'alleanza tra la comunità ecclesiale e il mondo della salute può trovare una efficace realizzazione, tre meritano una particolare attenzione.

1. La lotta contro il dolore.

La comunità ecclesiale non può non allearsi con gli sforzi compiuti dalla società per combattere la sofferenza in tutte le sue espressioni. Nell'introduzione al rito dell'Unzione degli infermi si legge: “La chiesa incoraggia e benedice ogni ricerca e ogni iniziativa intrapresa per vincere le infermità, perché vede in questo una collaborazione degli uomini all'azione divina di lotta e di vittoria sul male” (n. 134). Rivolgendosi ai medici, Giovanni Paolo II così si esprimeva: “Vi incoraggio a continuare arditamente la ricerca, a curare con la massima competenza, a combattere la malattia in tutte le sue forme, e anche le cause naturali ed umane che ad essa portano. Tutto ciò fa parte del piano di Dio che ha dato all'uomo l'intelligenza e l'abilità per progredire nella scoperta dell'organismo umano, e a metterne i frutti a servizio dell'uomo”⁴. La storia della Chiesa non è anche la storia di un costante combattimento contro la sofferenza?

Nello stesso tempo, però, la comunità ecclesiale non può esimersi dal rilevare e denunciare certi aspetti devianti della pratica sanitaria e della mentalità comune.

In primo luogo l'emergere di una tendenza *prometeica*, che porta larghi settori della scienza e dell'arte medica a ignorare i limiti inerenti alla condizione umana⁵. Lo sviluppo di mezzi sempre più potenti, infatti, contribuisce a coltivare e a rendere più esplicito il desiderio che dorme nell'inconscio dell'uomo, il desiderio cioè di essere invulnerabile ed eterno. La clonazione, ad esempio, può essere vista come una delle espressioni di tale desiderio mitico d'immortalità. Se è possibile essere clonati quando si diventa vecchi, non è questo un mezzo per sfuggire alla morte, per rinascere eternamente⁶?

In secondo luogo, uno spostamento dei temi della salute, della sofferenza e della morte dal terreno del senso e del valore a quello della tecnica⁷. Con molta precisione Buytendick afferma che

³ *La pastorale della salute nella Chiesa Italiana*, n. 18.

⁴ JEAN PAUL II, *En étant les défenseurs de la vie vous êtes les coopérateurs de Dieu*, in “*Dolentium Hominum*”, 3 (1986), 20.

⁵ Cfr. *Evangelium Vitae*, n. 15: “Ma nell'orizzonte culturale complessivo non manca di incidere anche una sorta di atteggiamento prometeico dell'uomo che, in tal modo, si illude di potersi impadronire della vita e della morte”.

⁶ Cfr. A. KAHN, *Et l'homme dans tout ça?*, NiL, Paris, 2000, p. 233.

⁷ Cfr. J. M. VELASCO, *Mundo de la salud y evangelización*, in AA.VV. *Congreso Iglesia y salud*, Madrid, 1994, 218-19.

“le enormi possibilità della medicina hanno tolto il problema del dolore (...) dalla sfera metafisica, morale e religiosa, trasferendolo nella sfera pratica”⁸. Sul piano esistenziale, questo distacco della medicina dalla sua missione di collaboratrice della creazione e della redenzione porta a rafforzare la tendenza a voler realizzare il destino umano prescindendo dal progetto di Dio sull’umanità⁹. Non solo, ma apre la strada ad una “*algofobia generalizzata*, cioè ad un orrore della sofferenza, ad una preoccupazione ossessiva, quasi patologica, per la salute e un atteggiamento narcisista derivante dalla cura eccessiva verso il proprio corpo”¹⁰.

Il rifiuto della condizione finita dell’uomo non è senza ripercussioni sul piano psicologico e spirituale. Infatti, il dramma costituito dallo scontro tra il progresso tecnico senza fine e l’ineluttabilità della morte influisce negativamente sulla ricerca del senso della vita, sull’elaborazione di una scala di valori rispettosa della persona umana e della natura, non mancando di causare drammi esistenziali e nevrosi *noogeniche* che sono all’origine di tanti disagi¹¹.

All’appoggio dato alla medicina perché difenda l’integrità dell’essere umano, riconosciuto nella sua grandezza, deve quindi unirsi l’invito a ricuperare, accettare e rispettare la sua “debolezza creaturale che non mortifica la dignità ontologica ma carica di misterioso significato l’impedimento corporeo spingendo oltre il nostro sguardo”¹². Infatti, come afferma Pio XII, “il medico cattolico sa che il suo paziente e lui stesso sono sottomessi alla legge della coscienza e alla volontà di Dio; ma egli sa anche che tute le risorse della natura sono state messe a sua disposizione per proteggere e difendere gli uomini dalla malattia e dall’infermità. Egli non divinizza né la natura né la medicina, non le considera come degli assoluti, ma egli vede in esse un riflesso della grandezza e della bontà di Dio e subordinate interamente al suo servizio”¹³.

⁸ F. J. J. BUYTENDICK, *El dolor*, in “Revista de Occidente”, Madrid, 1958, pp. 23-24.

⁹ Esempio tipico di questo orientamento è ancora la clonazione umana, argomento paradigmatico di questo passaggio da un millennio all’altro, che mette in questione il profondo significato antropologico della maniera attraverso cui un uomo e una donna cooperano alla nascita di una nuova creatura.

¹⁰ J. M. VELASCO, o.c., p. 218.

¹¹ “Nel mondo della medicina, più che in altri settori, scoppia la contraddizione tra il sogno del progresso assoluto e la realtà. Il reale della morte penetra nell’immaginario dell’umanesimo tecnologico, rivelando il suo carattere illusorio. Si tratta del *tragico moderno*, nel quale il progresso della scienza e della tecnologia urta contro l’impotenza della persona umana di fronte alla finitudine” (A. BRUSCO, *Umanità per gli ospedali*, Salcom, Varese, 1983, p. 23)

¹² L. SALVINO, o.c., p.1097.

¹³ Pio XII, *Radiomessaggio al VII Congresso internazionale dei medici cattolici*, in Pio XII, *Discorsi ai medici*, a cura di F. Angelini, Ed. Orizzonti medici, Roma, 1966, p. 504. Cfr. L. BUCCI, *Cristo medico, Implicazioni etiche di un motivo di antropologia teologica nel contesto del dibattito bioetico recente*, Camilliane, Torino, 1998.

2. La promozione della salute

Il progresso scientifico-tecnico e l'evoluzione socioculturale hanno aperto nuove strade alla medicina. "Se, infatti, fino a ieri vi era solo una *medicina dei bisogni* (che si attuava nella triade di prevenzione-cura-riabilitazione) oggi esiste anche una *medicina dei desideri* la cui incidenza sociale non è meno forte. Inoltre se la medicina di ieri poteva al massimo ripristinare nella sua precedente integrità l'organismo oggi è in grado di perfezionarlo, di alterarlo, di manipolarlo perfino nel suo assetto genetico. E poi ancora, se fino a ieri l'obiettivo prioritario della medicina era quello di *far vivere* oggi si pone anche quello di *far vivere bene*, quindi non solo la quantità ma anche la qualità della vita"¹⁴. Siamo davanti ad un nuovo concetto di salute secondo il quale non è più sufficiente non ammalarsi e guarire, bensì occorre tendere verso "una pienezza in cui siano soddisfatti non solo i bisogni primari, ma anche quelli che per la loro subordinazione, potremmo definire secondari sconfinando impercettibilmente nel dominio del desiderio"¹⁵.

Il panorama dei nuovi orientamenti della medicina è molto vasto; basti pensare alla medicina della riproduzione, alla medicina estetica, alla medicina dello sport, all'ingegneria genetica di tipo migliorativo, alle terapie centrate sul corpo...

L'ampliarsi delle applicazioni della medicina e i risultati cui esso dà luogo producono indubbi risultati positivi. Infatti, come giustamente scrive Leone Salvino, "benessere e qualità della vita non possono non rimandare verso quella pienezza esistenziale e quella assolutezza qualitativa che caratterizzano l'esistenza nella sua dimensione escatologica"¹⁶. Essi, tuttavia, aprono anche a conseguenze negative, come l'affievolirsi del rispetto della vita e il concetto riduttivo di salute. Infatti, mentre si fanno sforzi ingenti e accaniti per prolungare la vita e per produrla artificialmente, non si permette di nascere a chi è già concepito e si tende ad emarginare chi non è più ritenuto utile: handicappati, morenti, anziani... Inoltre, se da una parte, giustamente si valorizza la salute, moltiplicando le iniziative per promuoverla, dall'altra si giunge a fare di essa un valore assoluto di consumo, riducendola alla sola dimensione biologica o a pura vitalità, associandola prevalentemente alla bellezza e alla giovinezza¹⁷.

Di fronte a questi risvolti sia positivi che negativi, la comunità ecclesiale è chiamata a evidenziare in maniera coraggiosa ed effi-

¹⁴ S. LEONE, *Salute: approccio etico-pastorale*, in "Dizionario di teologia pastorale sanitaria", Camillianum, Torino, 1997, p. 1095.

¹⁵ Id., o.c., p. 1093.

¹⁶ Id., o.c., p. 1093.

¹⁷ L'Enciclica *Evangelium Vitae* di Giovanni Paolo II illustra in modo esaustivo gli attentati alla vita presenti nella cultura del nostro tempo e visibili in modo particolare nel mondo della salute.

cace l'apporto del messaggio cristiano alla crescita della persona. Anche Gesù, infatti, nello svolgimento della sua missione ha di mira la pienezza di vita dell'uomo: "Sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza" (Gv 10,10). È vero, la salvezza da lui apportata ha come scopo di elevare l'uomo alla partecipazione alla vita divina in un cammino d'alleanza, attraverso una relazione che spinge a uscire da se stessi e a prendere la propria responsabilità nel mondo. Ciò, tuttavia, non significa che essa sia una salvezza disincarnata, non sollecita dell'esperienza gioiosa del vivere e del vivere in pienezza. "L'esperienza di fede, infatti, coinvolge la globalità della persona umana, nella sua unità di corpo e di spirito. Tutta la rivelazione biblica testimonia che ogni esperienza di Dio è esperienza di vita, di liberazione da ogni forma di schiavitù del male e di promozione ed elevamento della vita fino alla partecipazione in pienezza della vita divina"¹⁸. Afferma Maggioni: "La salvezza di Gesù scende sempre nel profondo e tocca l'uomo nel suo centro. Per riorientare l'uomo nel suo rapporto con Dio, Gesù è passato attraverso il corpo, ha guarito. Ma non si è limitato ad aiutare i corpi: ha liberato l'uomo dal peccato e non solo dalla malattia, dalla solitudine e dal non senso e non soltanto dal bisogno"¹⁹. Nella prospettiva evangelica, quindi, la promozione della salute psicofisica e del benessere possono diventare segni del Regno instaurato da Cristo, apertura all'accoglienza della salvezza, indicatori di una condizione che troverà la sua piena realizzazione nell'era escatologica.

Fa quindi parte del progetto divino il mettere in atto tutto ciò che è legittimo per assicurare delle condizioni sempre migliori di vita per tutti gli esseri umani. Questo impegno, che incombe alla responsabilità dell'uomo, deve in primo luogo mirare alla crescita della persona umana a livello di tutte le sue dimensioni, aprendosi anche a quell'appello alla trascendenza che è insito in ogni essere umano. In questa prospettiva la salute suppone "la migliore armonia possibile tra le forze e le energie dell'uomo, la spiritualizzazione più avanzata possibile dell'aspetto corporale e l'espressione corporale più bella possibile dello spirituale. La vera salute si manifesta come autorealizzazione della persona pervenuta a quella libertà, che mobilita tutte le energie per compiere la sua vocazione umana integrale"²⁰.

Le indicazioni che vengono dal messaggio cristiano per l'accompagnamento della persona verso il benessere vanno ancor più lontano. Esse, infatti, sono guidate dalla consapevolezza che lo scopo della vita umana si situa ben oltre l'immediatezza del benes-

¹⁸ G. CINA (a cura di), *Medicina e spiritualità*, Camilliane, Torino, 1998, p. 9.

¹⁹ B. MAGGIONI, *Sofferenza, approccio biblico*, (NT), in "Dizionario di teologia pastorale sanitaria", p. 1174.

²⁰ B. HAERING, *Perspectives chrétiennes pour une médecine humaine*, Fayard, 1975, p. 157.

sere perfetto, anche se l'essere umano è destinato a conoscere la felicità fin d'ora. Si tratta soprattutto di entrare nell'amicizia di Dio, di riceversi dalla sua tenerezza nella fiducia, anche quando si è confrontati con il limite inerente alla condizione umana, ben visibile nei momenti in cui il *corpo cade in rovina*.

Pur nei limiti della malattia o dell'handicap la persona umana può realizzarsi e acquisire quella bellezza che resta tale anche quando non corrisponde ai parametri culturali. È in questo senso che Agostino parla della bellezza del Cristo, risplendente non solo nei momenti felici ed esaltanti della sua vita ma anche in quelli della croce²¹. Se, infatti, la salvezza operata da Cristo è fonte di salute, essa lo è nella dinamica del mistero pasquale, di morte e di risurrezione.

Ciò implica una necessaria moderazione dei desideri, un superamento dell'egoismo per attuare una migliore distribuzione delle risorse, un consenso alla realtà, condizione indispensabile per una crescita autentica. "Questo atteggiamento di consenso alla realtà non è un'esclusività cristiana, essendo già presente nella maggior parte dei sistemi della saggezza del mondo. La differenza consiste nel fatto che per il cristiano questo cammino raggiunge un punto culminante nell'adesione profonda a un atteggiamento filiale" nei confronti del Signore. "Allora, la grazia divina – l'amore gratuito di Dio – può collaborare pienamente con una libertà umana profondamente rispettata, in una relazione di alterità...È allora che la salvezza è accolta in pienezza, anche se non vi è guarigione percettibile dal punto di vista medico"²².

Fuori da quest'ottica si rischia di trasformare la fede in un *servizio medico*, o in un ingrediente solo capace di dotare la persona di una maggiore serenità, o di un buon rapporto con se stessi. In questo caso si correrebbe il rischio di strumentalizzare la fede ai fini del benessere psicofisico della persona umana, cullando quest'ultima nel suo desiderio di invulnerabilità e immortalità.

Per indicare la salvezza da lui operata il Cristo ha compiuto delle guarigioni miracolose, segni della trasformazione avvenuta nel profondo dell'essere umano. Anche oggi sono necessari dei segni, probabilmente non nella linea dei miracoli compiuti da Gesù ma nello spirito che li animava, che era l'amore. "La fede e l'amore possono veramente guarire, nella misura in cui essi restaurano l'unità della persona, senza che ciò implichi necessariamente una guarigione fisica o psichica. È la comunità il sacramento per eccellenza della guarigione"²³.

²¹ Cfr. Exposition on the book of Psalms, 44,3: PL 36, 495-496.

²² B. UGUEUX, *Guérir à tout prix?*, o.c. 192-193.

²³ Cfr. B. UGUEUX, o.c., p. 203.

3. Umanizzazione

Il terzo settore in cui la comunità ecclesiale è chiamata ad allearsi con il mondo della salute è costituito dall'umanizzazione del servizio reso al malato sia nelle strutture sanitarie come pure nel territorio.

Affinché tale alleanza possa realizzarsi efficacemente, è necessario che l'umanizzazione sia inclusa nell'ambito della pastorale, in maniera che tutti i gesti e le iniziative intesi a imprimere un volto più umano all'assistenza dei malati rivestano un'autentica valenza evangelizzatrice. Infatti, nell'offrire il proprio contributo all'umanizzazione del mondo della salute, il credente non solo apre la porta all'evangelizzazione di tale mondo, ma già compie attività evangelizzatrice. I gesti che egli compie per contribuire al miglioramento umano dell'atmosfera delle istituzioni sanitarie e del rapporto con i pazienti fanno parte integrante della sua missione apostolica, e non azioni che soltanto in modo marginale toccano il suo ministero. Essi infatti proclamano che l'uomo, anche nella condizione di degrado fisico e mentale, mantiene il suo valore di figlio di Dio, e merita di essere trattato come persona e aiutato a riacquistare la *salute* nel senso integrale del termine.

Ne deriva allora che nell'offrire il proprio contributo all'umanizzazione del mondo della salute, il credente non solo apre la porta all'evangelizzazione di tale mondo, ma già compie attività evangelizzatrice. I gesti che egli compie per contribuire al miglioramento umano dell'atmosfera delle istituzioni sanitarie e del rapporto con i pazienti fanno parte integrante della sua missione apostolica, e non azioni che soltanto in modo marginale toccano il suo ministero. Essi infatti proclamano che l'uomo, anche nella condizione di degrado fisico e mentale, mantiene il suo valore di figlio di Dio, e merita di essere trattato come persona e aiutato a riacquistare la *salute* nel senso integrale del termine.

Considerata in questa prospettiva, l'umanizzazione del mondo della salute si inserisce, quindi, nel processo della salvezza poiché ogni autentica liberazione umana parziale o settoriale, è un momento, un segno annunciatore, una dimostrazione di questa liberazione profonda che il Cristo ha attuato nel suo mistero pasquale. Lavorare per la causa dell'umanizzazione significa allora impegnarsi per la promozione del Regno di Dio, che si realizza nella pienezza solo in cielo, ma che è già vissuto nel corso della storia, nella misura in cui il processo di umanizzazione progredisce²⁴.

²⁴ "Umanizzazione per il Popolo di Dio significa dunque pietas, ma anche misericordia, promozione dell'umanità dell'uomo in tutte le strutture del sociale e nella vita civile organizzata, trasformazione continua delle strutture anche scientifiche al servizio della dignità dell'uomo soprattutto ammalato e perciò intrinsecamente bisognoso. E questo come servizio a Dio" (P. L. MARCHESI, *Umanizzazione sanitaria*, in "Dizionario di teologia pastorale sanitaria", cit. p. 1340).

Nel leggere e nello spiegare il fenomeno inquietante del degrado d'umanità presente nel servizio al malato, il credente non si affiderà solo alle categorie socio-psicologiche. Limitato sarebbe il suo apporto se oltre che alle molteplici cause invocate – quali gli interessi politici ed economici, l'eccessiva burocratizzazione del sistema assistenziale, l'inadeguata efficienza amministrativa, i conflitti contrattuali, il deterioramento della scala dei valori che rende più ardua la considerazione del malato come persona... – egli non facesse appello anche al peccato, derivandone la conclusione che alla radice di ogni riforma umanizzante è esigita la conversione del cuore, prima che delle strutture. Infatti, in una visione credente delle cose, il primo obiettivo dell'umanizzazione del mondo sanitario è costituito dalla promozione di quei valori – come la giustizia, il rispetto della persona, la fraternità, la solidarietà – necessari alla costituzione di un ordine nuovo. Tali valori non vanno necessariamente di pari passo con il progresso materiale e tecnico, e possono realizzarsi anche in condizione di povertà e d'oppressione.

Passi da compiere

Quali percorsi seguire per poter realizzare efficacemente l'alleanza con il mondo sanitario? Ne indichiamo alcuni.

Progetto creativo: comunità sana e sanante

È innanzitutto indispensabile che la comunità ecclesiale sia guidata da un progetto significativo, risultato di una *visione* ispirata dalla Parola di Dio e dalla attenta considerazione della realtà. L'assenza di tale progetto è ben illustrata dal seguente aneddoto: Due ragazzi stavano giocando con dei sassi al bordo di un torrente. Passa un signore e chiede loro: "Cosa state facendo?". Il primo ragazzo risponde: "Sto ammucciando dei sassi", mentre l'altro esclama: "Sto costruendo una cattedrale!".

Per giungere a configurare chiaramente tale progetto, occorre saper coniugare armoniosamente tradizione e progettualità. Si tratta, come ha bene affermato un relatore al convegno di Fiuggi, di "riunire le radici con le ali". Le radici simbolizzano la tradizione, mentre le ali parlano di innovazione, di progettualità. "Se è vero il fatto che, da una parte, le radici senza le ali ci portano al conservatorismo e al mantenimento dello *status quo*, è altrettanto vero che, dall'altra parte, le ali senza le radici conducono all'utopia, per definizione conducono esattamente in nessun luogo".

La letteratura pastorale recente identifica tale progetto nella creazione di una *comunità ecclesiale sana e sanante*. Una comunità, cioè che sia fonte di salute, capace di arricchire tutte le sue attività (catechesi, liturgia, promozione umana, gesti di solidarietà...) con la

forza sanante che è racchiusa nella salvezza offerta da Gesù. Infatti, un'azione evangelizzatrice che non facesse presente l'irruzione di Dio in gesti liberatori e sananti non potrebbe costituire una risposta alla domanda che gli uomini di oggi come quelli di ieri dirigono a Cristo, presente nella sua Chiesa: "Sei tu colui che deve venire o dobbiamo attenderne un altro?"

Ciò può essere attuato seguendo varie modalità.

– Innanzitutto presentando Gesù come modello di persona sana e sanante.

Dal Vangelo egli è presentato come una persona ricca di maturità e equilibrio straordinari. Investe nel progetto, alla cui realizzazione è stato chiamato dal Padre, le sue energie di mente e di cuore, saggiamente armonizzate. Il suo amore per l'uomo si traduce in un rapporto con la gente caratterizzato da grande competenza relazionale. Sa comprendere, mostra compassione, è capace di confrontare, unisce armonicamente tenerezza e forza. Vibra alla bellezza della natura, è sensibile alla sofferenza degli uomini, combatte contro il male e l'ingiustizia. Accoglie gli aspetti negativi dell'esperienza con coraggio, senza ignorarne il peso. Sa comunicare la certezza di un mondo nuovo. In lui, la condizione umana mostra il volto redento e le aspirazioni umane più profonde trovano realizzazione.

Questa pienezza di vita sana e salutare, Gesù la comunica anche agli uomini. "Le esperienze sane e salutari di cui egli è sorgente e che preparano l'accoglienza della salvezza, sono molteplici...: dona consistenza alla vita e la centra, dinamizza l'esistenza potenziando il meglio di ognuno, restituisce la dignità persa, aiuta ognuno a vivere con il proprio corpo e ad esserne signori, lotta contro i comportamenti patologici di matrice religiosa, sana i rapporti interpersonali cercando di creare una convivenza più solidale e fraterna, offre una visione positiva della vita e indica, nella solidarietà e nell'amore, la via per la pienezza umana"²⁵.

– Favorendo, poi, che il ministero orientato alla cura dei malati e alla promozione della salute non si svolga solo negli ospedali, ma anche nel territorio (parrocchie...); che non si esprima unicamente attraverso la celebrazione dei sacramenti, ma anche attraverso un accompagnamento che prenda in considerazione la totalità della persona ammalata, compresa la sua famiglia; che sia compito non solo di alcuni membri del Popolo di Dio, bensì di tutta la comunità ecclesiale. Infatti, una comunità che celebra l'eucaristia è chiamata a esprimere la sua adesione al Cristo anche attraverso la lavanda dei piedi dei poveri, dei malati, degli ultimi.

²⁵ F. ALVAREZ, *Salvezza, approccio teologico*, in "Dizionario di Teologia Pastorale della Salute", cit., p. 1084.

4. *Comunione*

Un secondo passo è costituito dalla progressiva messa in atto dell'*ecclesiologia di comunione*, uno dei frutti più belli della riflessione teologica, che ha avuto luogo negli ultimi cinquant'anni. In tale visione di Chiesa viene superata la struttura piramidale della comunità ecclesiale – in cui la gerarchia (vescovi e sacerdoti) è al vertice e i religiosi, e soprattutto i laici, sono tenuti in uno stato di sudditanza – e si impone l'immagine della Chiesa come Popolo di Dio, in cui ogni cristiano si sente coinvolto e corresponsabilizzato nella promozione del regno di Dio.

In tale nuova ecclesiologia, la comunione viene presentata come organica, cioè nella diversità e complementarietà, come è chiaramente enunciato nella *Christifideles Laici*: “La comunione ecclesiale si configura, più precisamente, come comunione organica, analoga a quella di un corpo vivo e operante: essa, infatti, è caratterizzata dalla copresenza dalla diversità e dalla complementarietà delle vocazioni e condizioni di vita, dei ministeri, dei carismi e delle responsabilità (n. 20). Grazie a questa diversità e complementarietà ogni membro si trova in relazione con tutto il corpo e ad esso offre il suo proprio contributo.

Il fine della comunione è l'evangelizzazione, come afferma ancora la *Christifideles Laici*: “Operai della vigna sono tutti i membri del Popolo di Dio: i sacerdoti, i religiosi e le religiose, i fedeli laici, tutti a un tempo oggetto e soggetto della missione di salvezza. Tutti e ciascuno lavoriamo nell'unica vigna del Signore con carismi e con ministeri diversi e complementari” (n. 55).

San Carlo Borromeo aveva già espresso simpaticamente questo stesso concetto, commentando la parabola del Buona Samaritano. Secondo il santo arcivescovo di Milano, il Samaritano rappresenta Cristo, il quale raccoglie il ferito, disteso ai margini della strada, lo medica e, dopo averlo caricato sulla sua cavalcatura, lo porta in un albergo, simbolo della Chiesa. All'albergatore che simboleggia i vescovi, il Cristo consegna il ferito perché ne abbiano cura, dando loro due denari, immagini dell'Antico e Nuovo Testamento, chiavi interpretative del mistero dell'umano soffrire. I vescovi sono visti come i promotori della carità della comunità ecclesiale verso coloro che vivono la difficile stagione della sofferenza, animando e coordinando tutte le forze in essa presenti, i sacerdoti, i religiosi e i laici.

Alcuni anni fa ho partecipato ad una riunione di gruppi di diversa appartenenza. C'erano, sacerdoti, religiosi/e, laici. All'inizio dell'incontro è stato presentato una simpatica scenetta nella quale era rappresentata una sfida tra i vari colori dell'iride, ognuno dei quali voleva affermare la propria supremazia sugli altri: il verde faceva appello allo spettacolo dei prati e dei

boschi, il giallo sottolineava lo splendore del sole, il rosso insisteva sulla forza del proprio simbolismo, l'azzurro invitava a guardare la volta del cielo nei giorni più belli... Ad un certo momento si udì una voce dall'alto che invitava i colori a interrompere quell'inutile lotta finalizzata a imporsi sugli altri e a trovare una forma di collaborazione creativa e pacifica. E nacque, così, l'arcobaleno....

Perché questo arcobaleno della carità si formi e persista nel tempo occorre che la comunione sfoci nella collaborazione da estendere anche ai fratelli e alle sorelle delle altre Chiese e agli uomini di buona volontà.

Leggiamo nell'Esortazione Apostolica *Vita Consecrata*: “Le sfide della missione sono tali da non poter essere efficacemente affrontate senza la collaborazione, sia nel discernimento che nell'azione, di tutti i membri della Chiesa. Difficilmente i singoli possiedono la risposta risolutiva: questa invece può scaturire dal confronto e dal dialogo. In particolare, la comunione operativa tra i vari carismi non mancherà di assicurare, oltre che un arricchimento reciproco, una più incisiva efficacia nella missione...” (n. 74a).

La comunione e la collaborazione non possono crescere se non sono coltivate con intelligenza ed amore attraverso specifiche strutture, a livello sia diocesano che parrocchiale.

Mi permetto di indicare alcuni obiettivi che dovrebbero essere presi in considerazione per avanzare nella comunione:

- Prestare un'attenzione particolare alle istituzioni sanitarie e socio-sanitarie presenti in diocesi: ospedali, case di cura, residenze per anziani, case di accoglienza per differenti categorie di persone in situazione di bisogno... Esse sono *opere di Chiesa*, e quindi parte integrante della comunità ecclesiale, chiamate a collaborare alla sua missione evangelizzatrice attraverso l'esercizio della carità misericordiosa verso gli ammalati e la promozione della salute, ponendosi come modelli di servizio ispirato al vangelo.
- Continuare e potenziare l'esperienza delle cappellanie ospedaliere miste, cioè costituite da sacerdoti, diaconi, religiosi/e, laici.
- Coordinare e animare efficacemente le associazioni e i gruppi operanti nel mondo della sofferenza e della salute, in ambito sia diocesano che parrocchiale.
- Valorizzare maggiormente il ruolo del malato e della donna nel mondo sanitario.
- Mostrare una predilezione particolare alle categorie di malati più emarginate: infermi psichiatrici, morenti...

Il terzo passo è costituito dalla promozione di programmi formativi efficaci²⁶.

È doveroso riconoscere che durante le ultime decadi sono sorte svariate iniziative formative, sia a livello accademico che di aggiornamento. Si sono moltiplicati i Centri di formazione e la letteratura sulla pastorale della salute è cresciuta notevolmente a livello quantitativo, conoscendo anche un salto di qualità.

Ad un'attenta osservazione, però, appare che l'accento sia stato posto più sull'informazione che sulla formazione. L'informazione mira alla riduzione dell'ignoranza cognitiva, mentre la formazione è finalizzata a far maturare atteggiamenti e comportamenti. La prevalenza data all'informazione viene confermata dallo scarso cambiamento verificatosi nella pratica pastorale di molti operatori pastorali. Il persistere di pratiche e stili pastorali obsoleti avviene anche quando si usa un linguaggio mutuato dai testi conciliari...

La formazione è valida solo quando ciò che si impara ci aiuta a cambiare e il cambiamento accresce il nostro sapere incidendo negli ambienti in cui ci si trova. Se la formazione non giunge a trasformare noi e l'ambiente in cui ci troviamo, il suo valore va messo in dubbio.

Per ridurre la distanza tra l'essere e il dover essere della pratica pastorale nel mondo della salute, occorre una formazione specializzata, dove teoria e pratica – sotto supervisione – si integrino armoniosamente in maniera che il sapere illumini il fare e l'operare vitalizzi e renda contestualizzato il nostro sapere. Tale formazione deve rivolgersi a tutte le dimensioni della personalità, orientandole alla pratica di quella carità pastorale che costituisce l'anima del ministero nel mondo della salute.

Il discorso sulla formazione specializzata rischia però di essere poco efficace se non vengono stabiliti dei parametri cui i vari operatori devono conformarsi. È quanto è già stato compiuto in molti paesi d'Europa e dell'America del Nord.

In una ricerca compiuta negli anni 80, è risultata una correlazione significativa tra il disagio del cappellano ospedaliero e la quantità e qualità della formazione specializzata ricevuta.

La realizzazione dei passi indicati sopra dipenderà molto dalla programmazione pastorale compiuta a vari livelli: nazionale, regionale, diocesano, parrocchiale. Nel processo della programmazione il progetto viene tradotto in obiettivi concreti, tenendo conto

²⁶ Per il tema della formazione degli operatori pastorali nel mondo della salute, cfr. A. BRUSCO, S. PINTOR, *Sulle orme di Cristo medico...*, cit., pp. 227-234.

delle risorse disponibili e stabilendo i tempi di realizzazione. Quando manchi una valida programmazione si corre facilmente il rischio di un'azione pastorale, disgregata, improvvisata, ripetitiva.

Conclusione

Termino con l'augurio che la Chiesa italiana, la nostra Chiesa in unione con la Chiesa universale, possa costruire con generosità e creatività, entusiasmo e metodo, attraverso la sinergia di tutte le forze in essa presenti e operanti, una dimora dove ungere i piedi di Gesù presente nei sofferenti con una libbra di unguento prezioso, la carità misericordiosa, in maniera che tutta la casa, cioè la chiesa e la società, si riempiano del suo profumo.

A

Alcuni spunti di riflessione sulla realtà sanitaria oggi in Italia

Dott. FRANCESCO SILVANO

Presidente Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" di Roma

Membro della Consulta Nazionale per la Pastorale della Sanità

Ringrazio Don Sergio. Dopo le relazioni che sono state tenute questo pomeriggio, il mio intervento non può che far scendere il livello delle comunicazioni; ma devo confessare che prima di tutto mi sento tra amici e in secondo luogo partecipare a questi convegni è sempre una grossa lezione.

Sono stato molto colpito da quanto è stato detto questo pomeriggio, perché l'ho sentito nella carne dell'esperienza che facciamo tutti i giorni nell'Ospedale. Prima di venire qua ho avuto una riunione con un Dipartimento di Medicina pediatrica che ha redatto una Carta dei diritti del bambino, e che ha preparato tutta una serie di strumenti e di documenti per poter sviluppare il concetto dell'umanizzazione; alla fine – molto deluso di tutto il lavoro che era stato fatto – sono dovuto intervenire per dire che non era mai stato detto il nome Cristo. Allora tutto diventa un'accademia formale che non ha molto significato.

Quando oggi ho sentito parlare dei cappellani, mi è tornato alla memoria l'episodio che mi ha colpito quando, ricoverato in O., incontrai un cappellano a cui chiesi di poter avere l'Eucarestia tutti i giorni, e mi disse: ma vuole proprio l'Eucarestia tutti i giorni?

Quella è stata per me la misura di una presenza di Pastorale sanitaria in un O. che non era tra gli ultimi. Ma gli interventi fatti oggi mi hanno favorito molto, perché hanno introdotto tutta una serie di concetti e visioni che non si possono ignorare.

Siamo in una situazione veramente grave. È stato detto che abbiamo il dovere di essere protagonisti ed è quello che tutti si aspettano da chi vuole fare presenza cristiana nel mondo della Sanità. È stato detto anche che bisogna essere consapevoli della fatica da fare: la fatica è certamente grande, ma questo lavoro è stato illuminato da continue citazioni di quanto il Santo Padre e il documento della CEI hanno detto; per cui non possiamo sottrarci a determinati obblighi, e lo dico sottolineando il termine, quando è così chiara la visione di quanto la Chiesa vuole fare.

Il Papa nel suo messaggio post giubilare ha detto: *Duc in altum*. Era un invito molto forte a non fermarsi a esaltare l'espe-

rienza del Giubileo, perché la Chiesa eserciti la sua missione nel mondo senza paura.

Poi, se mi permettete di comunicarvi una cosa che mi ha colpito molto in questi ultimi tempi, è quel passaggio del Vangelo in cui si narra di Gesù che sta camminando nei campi e che a un certo momento, seguito dai suoi discepoli, sente il pianto di una donna lontano. Interrompe il suo cammino e si porta verso questa donna e le dice: donna, non piangere. Ecco, io credo che questa sia – accanto all'immagine del Buon Samaritano – un'immagine che dovrebbe essere un riferimento preciso: uomo non piangere, donna non piangere. Ma perché è possibile dire una frase così drammatica a una donna che sta accompagnando al cimitero l'unico figlio? Solo per lo sguardo di Cristo che ha visto e si è piegato su quella sofferenza con la tenerezza di un fratello, di un Dio che ama l'uomo.

Ecco, io credo che se avessimo sempre di fronte quest'immagine della “donna non piangere” diventerebbe molto più facile il nostro lavoro.

Scusate se mi sono soffermato su queste riflessioni, ma sono la sintesi di quanto oggi mi ha toccato e mi ha dato spunti per meditare.

E vengo alla conversazione tra amici, partendo da un episodio: un tassista italiano che lavora in Svizzera, a cui viene chiesto – dato che è al limite dell'età di lavoro, e ha una bella casa in Italia fatta con i risparmi – perché non rientri in Italia. La risposta fu: non rientro in Italia perché non mi fido della Sanità e temo di non essere tutelato come vorrei.

È un giudizio icastico molto forte, ma nasce da un modo di sentire la Sanità ed è un punto di partenza per la nostra riflessione. È un giudizio che evidenzia un bisogno crescente di tutela che è congiunto ad una sofisticazione della domanda. Dobbiamo renderci conto che il mondo sta cambiando, e così come cambia il concetto della domanda, cambia anche la modalità di stare vicino al paziente.

Lo si vede anche nell'esperienza pediatrica: quando avete un bambino sofferente e una famiglia sfasciata e si ritrovano al letto del bambino e si accusano a vicenda per il fatto che non è stato curato come dovrebbe, capite che la sensibilità dell'intervento sulla famiglia ha cambiato radicalmente la sua proiezione rispetto al passato.

Guai a non essere attenti a tutti questi segnali. Invero la società evolve a volte in maniera non positiva e chiede a noi un'estensione del concetto della carità molto più ampia che in passato.

E poi in tutta questa complessa dimensione, entra in gioco anche il concetto di equità, perché bisogna trovare un equilibrio tra le richieste (molte volte anche non sempre giustificate) e l'offerta di servizi. E c'è il problema già accennato di gestire risorse limitate all'interno di sperequazioni territoriali a livello locale, nazionale e mondiale.

Parlerò dopo di quello che si deve pensare in relazione a questo processo di regionalizzazione della Sanità.

Noi abbiamo un sistema sanitario che sostanzialmente è connotato dal vizio di non essere affidabile, perché molte strutture sono inadeguate, perché le tecnologie che avanzano non sempre sono utilmente impiegate e perché l'organizzazione della Sanità risente di molte lacune e problemi. Ma se ci poniamo la domanda su cosa è stato fatto per migliorare l'organizzazione del sistema, ci troveremo di fronte a desolanti risposte.

Perché sostanzialmente in Italia – che è la patria del diritto, come usiamo dire anche se molte volte è stato calpestato brutalmente – noi abbiamo un orientamento politico normativo che dà molta prevalenza agli aspetti giuridici, ma legiferare non è organizzare.

È stato citato quello che è stato il percorso legislativo della sanità italiana, molti di voi lo conoscono molto bene: da 30 anni continuiamo a produrre leggi che non vengono mai attuate, a partire dalla grande riforma della legge 502 del '92, della 517 del '93, che non ha mai visto un esito operativo. Però – e lo dico con una punta di grande amarezza – legiferando e non organizzando i problemi restano e, anzi, si aggravano.

Allora la domanda di fondo è: dobbiamo sperare che si produca uno spirito di servizio nella Sanità, oppure prevarrà – come è stato ventilato questo pomeriggio – il concetto della libera intrapresa e del libero guadagno, perché la Sanità viene ridotta a un fatto economicistico con tutte le conseguenze del caso? E noi – come già ha detto S. E. Mons. Rutti – sappiamo imitare le cose sbagliate che fanno gli altri, vedi i DRGs, che avrebbero dovuto costituire un punto di svolta nel processo di aziendalizzazione della Sanità e che di fatto sono diventati un sistema punitivo in molti casi e non applicabile nella Sanità pubblica dove si ripianano le spese a piè di lista. Il che vuol dire che il DRGs non è servito assolutamente a nulla, se non per le strutture private, in particolare per le strutture della Sanità ospedaliera religiosa.

Però, al termine di una giornata così densa di messaggi, forse vi potrà far sorridere il fatto che l'8 maggio del 2002, quindi 45 giorni fa, è stata istituita una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia del SSN nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi il 15 e 16 dicembre nel Comune di S. Gregorio Magno. Questa è il cappello di testa della legge che è stata emanata.

La Commissione tra 30 mesi presenterà le risultanze dell'inchiesta dopo aver verificato lo stato di attuazione delle politiche sanitarie nell'intero territorio nazionale, controllando la qualità dell'offerta dei servizi. Se voi andate nel Min. della Sanità a chiedere dati sulle strutture territoriali non li avrete. Però la Commissione in

30 mesi si occuperà e dell'incendio e dello stato di attuazione delle politiche sanitarie. Siamo in questa situazione. Io non ho nessuna remora nel comunicarvi queste cose, non per spirito critico per dire che va tutto male, ma perché viviamo in questo contesto in cui ci si mette a posto la coscienza emanando una legge senza neanche avere lontanamente la disponibilità di strumenti che permettano di stabilire quale è il livello qualitativo delle prestazioni. Oppure correndo il rischio, che abbiamo corso qualche anno fa, di avere una normativa che diceva che gli ospedali venivano giudicati in funzione della mortalità che si produceva nell'ospedale; che, in altri termini, vuol dire che ove si curava il raffreddore veniva giudicato un ottimo ospedale, mentre chi curava una malformazione cardiaca era da condannare. Questi erano i criteri, per fortuna non applicati, ma qualcuno ha avuto la fantasia di immaginarli.

Abbiamo dunque un sistema complesso articolato in tante strutture territoriali, ma in assenza di sorveglianza e controllo circa la loro efficienza e sull'effettiva capacità a rispondere ai bisogni. Sapete tutti che abbiamo medici di base, medici specialisti, ASL, distretti, ospedali pubblici classificati, IRCCS, cliniche private, RSA, agenzie regionali. È un mondo strutturato molte volte secondo la modalità del non colloquio o comunque della separazione dei poteri e delle competenze senza punti di unificazione.

Basti pensare poi al grave problema dell'epilessia che coinvolge oggi più di mezzo milione di pazienti; di questi solo una piccola aliquota viene diagnosticata in loco dal medico territoriale, ma se questo non avviene, il paziente è abbandonato a se stesso con tutte le conseguenze del caso. Di questo problema non si occupa praticamente nessuno. O meglio: il 5 maggio è stata programmata la giornata dell'epilessia, che si unisce alle tante altre giornate di sensibilizzazione. Che questo poi produca qualcosa nell'organizzazione sanitaria e si possa poi prevedere un intervento costruttivo, è tutto da dimostrare. Ultimamente poi in questa grande confusione che si è prodotta nelle alternanze ministeriali, chi sognava di avere ospedali come cliniche svizzere, chi sognava di poter ricondurre la serietà medica a una dedizione assoluta al paziente, si sta manifestando il fenomeno – che fa tornare indietro la Sanità di almeno 30 anni – del professionista ospedaliero che può fare tutto quello che vuole con la motivazione di ridurre le liste d'attesa. Io credo di non avere mai udito una menzogna più palese di questa: è evidente che il medico ospedaliero tende ad alzare le liste d'attesa per portare i pazienti nel proprio studio in modo da avere vantaggi economici. Se tutto questo è il quadro di riferimento, vale la pena soffermarsi un momento sul nuovo quadro sanitario nazionale.

Il piano sanitario nazionale ha definito tutta una serie di obiettivi che sono stati ampiamente enunciati e pubblicizzati, dove però aldilà delle parole non c'era nulla di concreto. Intanto questo

abbattimento drastico delle liste d'attesa attraverso l'aumento delle prestazioni dei medici negli ospedali: una tesi astratta che induce a pensare che la razionalità non si sposi mai con i programmi. Poiché quando vi sono delle disponibilità tecnologiche illimitate e si può lavorare 18 ore al giorno ma ciò non è sufficiente, o si investe in altre attrezzature e si preparano altri specialisti, oppure ci si ritrova al punto di partenza.

Voi sapete che in Italia ad esempio, se c'è una carenza in campo medico è quella degli anestesisti e rianimatori; cosa si faccia per realmente coprire queste esigenze è da dimostrare, però non si può fare una RMN a un bambino se non c'è l'anestesista. Si dice anche nel piano nazionale che bisogna dare sostegno ai non auto-sufficienti; dichiarazione che ci colpisce per l'attenzione sociale che viene data a questo problema, ma anche qui tutto rimane pura enunciazione di principio.

Si parla molto di ospedalizzazione domiciliare: sappiamo tutti che l'ospedalizzazione domiciliare deve essere la via del futuro, in quanto l'ospedale deve concentrare la sua attività sulle acuzie, mentre molte terapie anche complesse possono essere svolte a domicilio con beneficio del paziente e della famiglia. Però occorre fare investimenti, cambiare l'organizzazione territoriale, introdurre una serie di misure che non vengono neppure ventilate.

Un altro grande progetto è quello della formazione permanente medica: in un mondo che cambia con la velocità che conosciamo, la scienza medica (che è sostanzialmente sperimentale), attraverso la sperimentazione e la ricerca, continua a fare dei progressi a volte molto distorti a volte corretti, e i medici – soprattutto i medici di base, che presidiano il territorio – devono essere messi nella condizione di conoscere cosa accade e non apprendere dalle rubriche del Corriere Salute piuttosto che del Sole 24 Ore.

Allora è stato lanciato il grande programma della formazione permanente medica, che impone ai medici di acquisire determinati punteggi graduati nel tempo anno per anno, con il risultato che un medico che si occupa di Cardiologia si iscrive a un corso per l'alimentazione al seno del bambino, conquista i suoi punti per l'anno e risolve il problema, senza che nessuno gli possa contestare le scelte operate, perché i crediti li ha ottenuti. Che poi lui si sia formato o no, è tutto da dimostrare.

E questo è diventato un settore di speculazione incredibile e un settore di preoccupazione forte, perché è come se si dicesse a un bambino di I elementare: da domani impari il greco. È la stessa logica, come se i programmi scolastici fossero orientati in questo modo.

Si parla anche nel programma di trasformazione dei piccoli ospedali in centri di riabilitazione, convalescenza e prima diagnosi. È certo una misura importante che dovrebbe consentire agli ospe-

dali maggiori di far trascorrere un periodo di sorveglianza medica intermedia prima della dimissione finale, riducendo i costi; perché in una struttura protetta il costo è dell'ordine di £ 300.000 ed in ospedale di 1 milione per giorno.

Però anche qua non esiste nessun programma attuativo. Nel Lazio si parla di riduzione dei posti letto da 27.000 a 24.000 a partire dal 1994; e non ne è stato ridotto neppure uno, anzi i posti letto sono aumentati.

Si parla di potenziamento dei servizi d'emergenza, che sappiamo essere uno dei punti di grande carenza in molte Regioni, perché servizio di emergenza vuol dire servizio di salvezza della vita in molti casi. Ma anche in questo settore non vi sono correlazioni con gli stanziamenti che dovrebbero essere previsti. Si parla di promozione della ricerca e contemporaneamente si riducono i fondi per la ricerca; si parla di prevenzione che è fondamentale per la tutela della salute, ma non si è mai fatto nulla di serio se non campagne sporadiche casuali e niente di più.

Allora se questo è il quadro di riferimento, credo che abbiate tutto il diritto di porre la domanda: ma noi in questo contesto cosa dobbiamo fare? Io credo che bisogna seguire la regola del trovare il positivo anche nelle situazioni più negative, che certamente la devolution e la regionalizzazione della Sanità non darà effetti positivi, aumenterà le sperequazioni da Regione a Regione, non innesterà circuiti virtuosi di solidarietà interregionale, ma i forti avranno più ragione dei deboli.

Però v'è anche un'altra faccia della medaglia, poiché le realtà locali a differenza del passato possono diventare più incidenti nei confronti delle autorità regionali locali. Questa è la sfida che dobbiamo accettare e portare avanti, perché credo sia fondamentale poter fare sentire la nostra voce nelle sedi giuste e deputate per accogliere questa voce, e perché le programmazioni regionali non si limitino a volumi di 150 o 300 pagine ma invece si trasformino in strumenti di progresso della Sanità.

Abbiamo avuto obiettivi e indirizzi chiari, abbiamo la Parola che ci sostiene, il Verbo che ci sostiene, tanti documenti su cui vale la pena ritornare per il fatto che devono diventare una dimensione della nostra vita e della nostra presenza nel mondo della salute. Occorre vigilare, non avere paura a sviluppare una cultura di attenzione verso chi ha bisogno di sostegno e di assistenza.

Grazie per la vostra pazienza.



Coordinamento Nazionale Salute Mentale

Don ROBERTO VESENTINI - Direttore per la Pastorale della Sanità
della Diocesi di Verona - Membro della Consulta Nazionale

Da circa due anni c'è un gruppo stabile, denominato **Coordinamento Nazionale Salute Mentale** formato da delegati di Caritas Italiana e di Pastorale Sanitaria, rappresentativi delle tre zone geografiche (Nord Italia, Centro e Sud).

Svolge un lavoro sistematico e accurato in modo da proporsi alle comunità parrocchiali e alle Diocesi, mettendosi a loro servizio per aiutarle con percorsi di sensibilizzazione e di formazione a

- riconoscere la sofferenza mentale al pari delle altre povertà, accogliendone i segni anche quando sembrano non facilmente identificabili
- riconoscere anche nelle persone malate risorse e potenzialità
- sostenere le persone malate nel percorso di ricostruzione della propria dignità umana
- impegnarsi nella lotta allo stigma e al pregiudizio del “matto” incurabile ed inguaribile, una scelta chiara ed indispensabile per fondare una comunità volta alla costruzione di rapporti paritari, significativi ed autenticamente rispettosi della soggettività del singolo, dell'altro da noi
- impegnarsi in risposte concrete che incidano sulla qualità della vita delle persone con sofferenza mentale
- sostenere il lavoro di rete con istituzioni, terzo settore e familiari
- promuovere una corretta informazione sul tema, per operare una trasformazione culturale
- sostenere i malati mentali e le loro famiglie accompagnandoli in un percorso di cura e di riabilitazione che preveda la “presa in carico” da parte delle strutture pubbliche
- riscoprire il valore della testimonianza di fede nel servizio agli “ultimi”.

Il coordinamento intende, inoltre, offrire un supporto di informazione legislativa specifica in un contesto in cui il problema appare esplodere su tutti i mass media, che mettono in evidenza delle correlazioni tra violenza e malattia mentale totalmente infondate.

È necessario conoscere la cornice legislativa entro cui i diritti dei malati di mente possono trovare riconoscimento e accoglienza (Legge 180, Legge 833, Progetto Obiettivo Nazionale [PON], Progetto Obiettivo Regionale [POR] ove esistenti) e avere il monitoraggio della sua corretta applicazione.

È altresì necessario, avere dati certi per cogliere quanto le informazioni e/o le proposte di soluzioni alternative siano spesso illusorie e fuorvianti.

Il coordinamento si propone di aiutare le comunità locali ad acquisire consapevolezza dei diritti degli ultimi e ad attivarsi.

Per dirlo con le parole del Santo Padre: *“occorre dimostrare coi fatti che la malattia della mente non crea fossati invalicabili né impedisce rapporti di autentica carità cristiana con chi ne è vittima. Essa anzi deve suscitare un atteggiamento di particolare attenzione verso queste persone che appartengono a pieno diritto alla categoria dei poveri a cui spetta il regno dei cieli”*.

(Joannes Paulus II

Il disagio della mente umana, novembre 1996)

È bene qui ricordare quanto espresso nella lettera apostolica *Novo Millennio Ineunte*: *“... carità...che oggi forse richiede ancora maggiore inventiva. È l'ora di una nuova 'fantasia della carità', che si dispieghi non tanto e non solo nell'efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre, così che il gesto di aiuto sia sentito non come obolo umiliante, ma come fraterna condivisione”* (n. 50).

Alcune criticità relative al tema della malattia mentale:

relativamente ai servizi preposti alla cura

- spesso sono ignoti a quanti ne necessitano
- spesso sono carenti per numero o mal distribuiti sul territorio
- difficilmente gli operatori in organico sono in numero sufficiente per garantire i livelli minimi di assistenza previsti dalla legislazione vigente
- possono esserci operatori demotivati o carenti di formazione e/o di aggiornamento professionale
- difficilmente avviene una presa in carico precoce.

relativamente alle famiglie

- spesso sono lasciate sole ad affrontare la grave sofferenza del congiunto
- spesso sono “bloccate” dal pregiudizio legato alla malattia mentale tanto da risultare incapaci di chiedere aiuto
- spesso sono troppo coinvolte emotivamente tanto da non riuscire ad essere “risorsa”

relativamente alla comunità cristiana

- spesso non si accorge di una richiesta di aiuto per un problema di malattia mentale, nascosto totalmente o coperto da una richiesta di aiuto materiale
- quando riconosce una situazione di sofferenza mentale non la ritiene di sua competenza o non è predisposta o in grado di farsi carico della situazione
- non sempre vive l'essere comunità in modo tale da essere inclusiva per tutti.

Impegni del Gruppo Nazionale per l'Anno Pastorale 2002-'03:

- organizzazione di un seminario nazionale sulla salute mentale rivolto a quanti sono già impegnati nell'ambito della stessa, dove si presenterà uno strumento per la riflessione e la sensibilizzazione sulla sofferenza mentale rivolto alla comunità ecclesiale
- avviare tavoli di coordinamento per Regioni di realtà (Caritas - Pastorale Sanitaria) impegnate nell'ambito
- essere disponibili a sostenere ed accompagnare realtà (Caritas - Pastorale Sanitaria) che intendano iniziare ad occuparsi di malati di mente
- avviare una riflessione ed elaborare progetti relativi alle realtà degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Il gruppo è a disposizione di quanti vogliono condividere e confrontarsi sul loro operato, di quanti chiedono suggerimenti per avviare percorsi di sensibilizzazione.

Per contattarci potete rivolgervi:

Caritas Italiana Area Nazionale, Ufficio Servizi sociali e promozione umana

Cinzia Neglia 333 6384084 cinzianeglia@tiscali.it

Pastorale Sanitaria

Don Roberto Vesentini 3479578845 robertovesentini@libero.it



Conclusioni dei lavori nei Gruppi

GRUPPO DI LAVORO N. 1 - COMUNITÀ SANANTE

Moderatori: Dott.ssa Claudia Gainotti e P. Mariano Steffan

Traccia per i lavori:

- *Secondo te, quando si può dire che una comunità ecclesiale è una comunità sanante?*
- *Tenendo conto della risposta alla domanda precedente, puoi dire che la tua Chiesa locale (regione, diocesi, vicaria, parrocchia...) è una comunità sanante? Se sì, puoi indicare alcune motivazioni che giustifichino la tua risposta?*
- *Cosa proponi di fare per contribuire a rendere la Chiesa locale, cui appartieni, una comunità sanante?*
- *Altro...*

Sintesi del lavoro

Un gruppo eterogeneo, ben rappresentativo di n° 22 Diocesi delle Regioni comprese dal Nord al Sud.

Un gruppo di n° 26 persone che si è interrogato sul tema *Comunità sanante... quando?*

Con quali caratteristiche? Con quali percorsi progettuali di crescita?

Una variegata rappresentanza di diaconi, ministri di comunione, rappresentanti di Consulte, volontari d'associazione, cappellani, religiose, responsabili d'Ufficio, familiari di malati, medici, farmacisti ecc. Filtrati dai diversi ruoli caratterizzanti un modo diverso di rapportarsi con il mondo della sanità e con la Pastorale Sanitaria hanno preso corpo i molteplici interessanti interventi.

I vari contributi, coordinati da Claudia Gainotti e Padre Mariano Steffan, verbalizzati da Carla Bortone, si sono succeduti con buona partecipazione e tanto coinvolgimento di tutti sulle linee della traccia offerta.

La riflessione si è approfondita su questo interrogativo: come può la comunità cristiana sentirsi impotente quando ha in sé la ricchezza del Cristo Risorto celebrato ogni giorno nell'Eucarestia?

È emersa l'urgenza di una crescita personale e comunitaria, con necessari accenti *sull'essere* più che *sul fare* e sul farsi testimoni

espressivi dell'amore di Cristo per l'uomo, amore gratuitamente ricevuto che, gratuitamente, deve essere donato.

Di qui l'impegno di *coordinarsi nell'amore*, per costruire comunità non solo sananti, ma *risananti* sullo stile di Gesù che risanava donando la pienezza della vita.

È qui che la comunità cristiana avverte il bisogno di:

formarsi ad una carità dinamica, anche tenendo conto della diffusione di certe forme di immagine;

individuare cammini da percorrere in sintonia ecclesiale;

aprirsi alla missionarietà come impegno irrinunciabile di ogni battezzato.

Le comunità del domani, superando particolarismi e divisioni, dovrebbero essere capaci di esprimere l'unione con Cristo, in un cammino di perfezione collettivo, perché tutta la comunità cristiana è chiamata alla santità.

Alla luce di questi orientamenti si è iniziato ad esaminare come, in concreto, sia possibile portare avanti un'azione pastorale per comunicare il Vangelo nel mondo della Salute, oggi.

Si sono individuati alcuni percorsi:

- un agire pastorale impegnato a cercare alleanza con il mondo sanitario, senza disconoscerne i valori ed apportandovi un contributo specifico per favorire il processo di umanizzazione con l'obiettivo, sempre, di miglioramento della qualità della vita;
- l'individuazione di idonei percorsi e metodologie formative per le comunità cristiane, capaci di coinvolgere le varie componenti della realtà ecclesiale (parroci, diaconi, ministri ecc.) altri percorsi di formazione specifica saranno necessari per gli operatori pastorali, i volontari, gli operatori sanitari (medici e infermieri);
- tutta la catechesi (di bambini, giovani e adulti) deve essere attraversata da una adeguata capacità di saper rispondere positivamente alle problematiche poste dalla sofferenza, dalla malattia e dalla morte.

I percorsi indicati diventeranno possibili solo nella misura in cui le persone impegnate sapranno sposare con passione e convinzione la causa di Cristo per i malati e proporla in sintonia con tutti gli organismi diocesani e in comunione con i propri Pastori.

GRUPPO DI LAVORO N. 2 - PROMOZIONE DELLA SALUTE

Moderatori: Don Elvio Damoli e Suor Rosa Alba Martino

Traccia per i lavori:

- *La convinzione che la pastorale della salute non debba limitarsi all'assistenza dei malati e loro famigliari, ma debba estendersi*

anche alla promozione della salute è accolta dalla tua Chiesa locale (regione, diocesi, vicaria, parrocchia...)?

- *Se sì, puoi indicare alcuni segni di questa accoglienza?*
- *In quali espressioni di evangelizzazione (catechesi, servizio...), dovrebbe trovare la sua collocazione la promozione della salute?*
- *Cosa proponi per una crescita della pastorale della salute in questo settore?*
- *Altro...*

Sintesi del lavoro

Al Gruppo “Promozione della salute” hanno partecipato ventisette convegnisti, in rappresentanza di diciotto diocesi.

I numerosi interventi, che si sono susseguiti, hanno concordemente evidenziato la esigenza di una Pastorale della salute non più limitata all’assistenza dei malati e loro familiari, ma in grado di essere promotrice della salute fisica, psichica e spirituale della persona nelle diverse realtà della vita.

Questa azione di promozione, allo stato, non è presente, tranne eccezioni, né nelle diocesi, né nelle parrocchie, né nel territorio. Le cause di questa assenza sono state individuate nella mancanza di sensibilizzazione della maggioranza dei parroci. A queste nuove problematiche anche per una delega delle stesse ai cappellani ospedalieri, nella frammentazione degli interventi delle pur numerose associazioni di volontariato, nella scarsa disponibilità da parte delle parrocchie a collaborare, in questo campo, con le Associazioni.

Oggi si vive la triste condizione che alle accresciute necessità del malato, soprattutto nei momenti di vita fuori dell’ospedale, corrisponde la mancanza di figure adeguatamente formato per un servizio sul territorio.

Questa carenza ha posto l’interrogativo di come far maturare la comunità cristiana ad essere soggetto della pastorale della salute ed ha fatto comprendere che è ormai necessario che essa rientri naturalmente in tutte le espressioni di evangelizzazione (catechesi, carità, scuola, famiglia, fidanzati, liturgia, comunicazioni sociali, ecc.).

È necessario quindi che la Pastorale della salute trovi accoglienza piena nelle comunità diocesane con la presenza di operatori di pastorale della salute nella Consulta diocesana e conseguentemente nelle parrocchie e il Direttore dell’Ufficio Diocesano sia membro del Consiglio Pastorale e con la presenza degli operatori nel consiglio pastorale parrocchiale. Perché ciò si realizzi il gruppo individua le seguenti aree di intervento:

1. Area formazione: formazione iniziale e permanente di nuove figure di operatori di pastorale della salute sul territorio e

come tali riconosciute. La proposta formativa va rivolta ai parroci, ai diaconi, alle religiose e religiosi, ai ministri straordinari dell'Eucaristia, ai laici ed alle associazioni di volontariato.

Va rilanciata l'idea di cappellania, già realizzata in alcuni posti, con l'inserimento del servizio diaconale e della donna come assistente spirituale. Ancora, alle associazioni di volontariato va chiesto di essere in grado di passare da un'azione prevalentemente di assistenza, ad un'azione dinamica di animazione della comunità nella quale opera e ad una azione di stimolo per provocare il cambiamento.

2. Area di promozione di una cultura della salute, con l'utilizzo ottimale dei mezzi di comunicazione sociale sia a livello nazionale (Internet) sia a livello diocesano (giornali, pubblicazioni, incontri formativi nelle scuole superiori di scienze religiose, nei seminari ed in altre istituzioni). Nelle scuole la Chiesa può sensibilizzare i giovani alla scelta consapevole di professioni sanitarie (mediche ed infermieristiche e tecniche, amministrative) come vocazione di servizio alla vita ed al malato.

3. Area di azione profetica-politica: la promozione della pastorale della salute richiede oggi la capacità di dialogare in modo efficace con gli Enti istituzionali (Regione, Comune) per proporre il recepimento di norme ed iniziative in linea con i nostri obiettivi, a tutela dei diritti e dei reali bisogni del malato.

4. Area di promozione di una cultura di umanizzazione in una sanità che ha esasperato il tecnicismo a scapito del rapporto umano con il malato. A tal fine sono necessarie iniziative culturali di umanizzazione, che possano vedere coinvolte, come soggetto attivo di pastorale, anche le persone malate.

Il Gruppo di studio "Promozione della salute" propone ai convegnisti la seguente mozione per gli Eccellentissimi Vescovi, nell'ambito del 4° Convegno Nazionale dei Direttori e Responsabili degli Uffici Diocesani per la Pastorale della Sanità "Comunicare il Vangelo oggi nel mondo della salute".

Mozione agli Eccellentissimi Ordinari diocesani

Considerata la grande importanza che la pastorale della salute riveste oggi un una sanità che cambia e che rischia di penalizzare sempre di più le classi povere;

considerato che si avverte sempre più la responsabilità delle Chiese e la necessità di una sua presenza organizzata a livello

pastorale nel territorio, che coinvolga ed armonizzi le risorse offerte dalle Diocesi, dalle Parrocchie, dai religiosi e religiose, dai laici e dalle Associazioni di settore

per tutto ciò si chiede

1. Promuovere in tutte le diocesi l'istituzione dell'Ufficio di Pastorale della salute, come pastorale ordinaria della Chiesa locale
2. Promuovere la formazione della pastorale della salute nelle sedi adatte come Istituto superiore di Scienze religiose, Seminari, Formazione permanente del clero, religiosi e religiose, ecc.
3. Favorire il coordinamento diocesano dell'associazionismo cattolico di settore per favorire il lavoro in sede e la promozione della salute integrale dell'uomo.

GRUPPO DI LAVORO N. 3 - ECCLESIOLOGIA DI COMUNIONE

Moderatori: P. Leonardo Di Taranto e Don Armando Aufiero

Traccia per i lavori:

- *L'ecclesiologia di comunione ha positiva risonanza nella tua Chiesa locale (regione, diocesi, vicaria, parrocchia...)? Se sì, puoi indicare tre segni di tale risonanza?*
- *Come si rapportano, nella tua Chiesa locale: comunione-corresponsabilità-collaborazione?*
- *C'è stato un cammino per tradurre la comunione in termini di corresponsabilità e collaborazione nell'ambito delle relazioni tra vescovo, sacerdoti, religiosi e laici?*
- *Quali strutture di comunione sono presenti nella tua Chiesa locale? Come funzionano?*
- *Hai delle proposte da offrire per quanto riguarda il settore della comunione?*
- *Altro...*

Sintesi del lavoro

Il terzo gruppo che aveva come tema l'ecclesiologia di comunione è stato formato da 23 persone con un bagaglio di esperienze diversificate, con la presenza di sacerdoti diocesani e religiosi, diaconi, laici, uomini e donne, mancando solo la presenza degli istituti religiosi femminili. Quindi già nella costituzione, il gruppo ha tentato di vivere l'esperienza di Chiesa nella comunionalità.

La 1^a domanda chiedeva di indicare tre segni di ecclesiologia di comunione presenti nella Chiesa locale a vari livelli. Le risposte hanno permesso di conoscere una varietà di esperienze: unità pastorale; una cooperativa di mutuo soccorso a favore dei sacerdoti malati e anziani e non autosufficienti; l'elaborazione e l'approvazione delle Intese regionali per l'assistenza religiosa cattolica nelle istituzioni sanitarie; le opportunità formative (scuole di pastorale sanitaria, corsi e convegni); il volontariato ospedaliero; le esperienze delle Cappellanie ospedaliere con diversificate configurazioni, mancando ancora un modello di riferimento; lo sviluppo dei diversi organismi di comunione a livello regionale e diocesano (Consulte e Consigli Pastorali).

Si è riscontrato da alcuni interventi lo sforzo di collaborazione tra i vari uffici e organismi diocesani per progetti comuni: ufficio liturgico, catechistico, pastorale giovanile, familiare, scuola, ecumenismo...; mentre si è avvertita difficoltà di comunione tra le varie Associazioni ecclesiali operanti nel mondo della Pastorale della Salute.

È emersa anche l'esperienza di comunione nella celebrazione del Sinodo, che si va moltiplicando in molte Diocesi e dove trova posto, talvolta con molta fatica, anche la proposta della Pastorale della Salute. È stato fatto anche notare che l'ecclesiologia di comunione prima che diventi un impegno, deve essere dono da accogliere dall'alto, dalla vita trinitaria di cui la Chiesa è icona.

Con la 2^a domanda, che chiedeva quale cammino è stato realizzato nella propria Chiesa locale per tradurre la comunione in termini di corresponsabilità e di collaborazione, il gruppo ha subito puntualizzato due elementi:

- la necessità della presenza del malato come soggetto attivo nella pastorale della salute (dimenticato nell'elencazione dei soggetti della corresponsabilità e della collaborazione operanti nella Chiesa);
- la dimensione della reciprocità vista come valore di scambio di doni tra i vari operatori pastorali.

Inoltre, si è ricordato che prima di suddividere o di fare l'elenco dei vari soggetti di Pastorale della Salute, è necessario riconoscere che la comunità cristiana è il primo soggetto dentro il quale sono inclusi tutti gli altri soggetti (famiglia, malati, operatori, giovani...).

Nonostante il Documento "*Mutuae Relations*", fa fatica a progredire la comunione tra religiosi e sacerdoti diocesani, che spesso si riduce a scambi di richieste di servizi pastorali. Negli interventi è stato ribadito anche che l'ecclesiologia di comunione e di corresponsabilità progredisce se avviene una conversione di una pasto-

rale che porta dal credere veramente nell'efficacia della Redenzione di Cristo, piuttosto che pensare unicamente all'efficacia dei mezzi. Più concretamente è stato ricordato che per arrivare all'azione è necessario partire dalla contemplazione: contemplando il volto del Cristo dolente si diventa attivi accanto al malato.

Una pedagogia continua ed efficace per crescere ed edificarci nella comunione, come è stato presentato dal Papa nella Novo Millennio Ineunte e come è stato ribadito negli Orientamenti pastorali dei Vescovi per il primo decennio del terzo millennio, è senz'altro la celebrazione eucaristica, fonte e culmine per l'autentico significato della sofferenza e del servizio.

Alla 3^a domanda, che chiedeva il funzionamento delle strutture di comunione nelle Chiese locali, abbiamo risposto che le Consulte Diocesane e Regionali, le Cappellanie e i Consigli Pastoralmente sono organismi di comunione istituiti, ma fanno fatica nelle modalità di funzionamento. È emersa in alcune diocesi la difficoltà di una collaborazione efficace tra la Caritas e la Pastorale della Salute: La Caritas talvolta tende a monopolizzare l'impegno delle comunità parrocchiali o a considerare la Pastorale della Salute ad un livello a lei sottoposto. Forse si dovrebbe riportare a livello diocesano e parrocchiale l'esperienza della Commissione della Carità della CEI presieduta da un Vescovo, a cui fa capo la Caritas e la Pastorale della Salute.

In conclusione, il nostro gruppo alla luce dei vari interventi e delle provocazioni dei relatori ha confermato che l'ecclesiologia di comunione, di collaborazione e di corresponsabilità si è concretizzata con l'istituzione dei vari organismi di partecipazione (Consulte, Cappellanie, Consigli Pastoralmente), ma questi fanno fatica a progredire in sviluppi di animazione concreta e di progettualità sinergica.

GRUPPO DI LAVORO N. 4 - PROGETTUALITÀ

Moderatori: Don Roberto Lunardi e Prof. Gabriella Angeletti

Traccia per i lavori:

- *Nella tua Chiesa locale (regione, diocesi, vicaria, parrocchia...), c'è una visione ben definita che guida l'attività svolta nell'ambito della pastorale della salute, spingendo alla promozione di progetti creativi?*
- *Esiste, nella tua Chiesa locale, una programmazione della pastorale della salute (annuale, triennale...)? Se sì, a che livello: regionale, diocesano, parrocchiale?*
- *Cosa suggerisci relativamente a questo settore?*
- *Altro...*

Sintesi del lavoro

Dopo la presentazione dei partecipanti con i rispettivi luoghi di provenienza, si è avvertita la limitazione del tempo a disposizione che non ha permesso a tutti di poter intervenire.

Forse si debbono ipotizzare gruppi numericamente più ridotti per una maggiore partecipazione allo scambio di esperienze.

Si presenta una sintesi del percorso compiuto che segue la traccia proposta.

1. Si avverte uno scollamento tra il lavoro della Consulta nazionale e il territorio.

Le consulte regionali – là dove sono operanti – pur avendo una loro fisionomia positiva per quanto concerne lo studio dei problemi del settore – sia sul piano tecnico sia sul piano pastorale – non sempre hanno incidenza sulla realtà dei progetti delle diocesi.

È stato messo in evidenza che – mentre una volta – la delega da parte del Vescovo agli “addetti ai lavori”, vedi cappellani ospedalieri, copriva in buona parte l’azione pastorale anche perché il cappellano aveva maggiori spazi per meritarla, oggi il contesto culturale diverso e in continua evoluzione esige un coinvolgimento di tutta la comunità che diventa quindi protagonista nei progetti e nella loro realizzazione. Ma quale è la comunità a cui ci si appella?

2. In molte regioni, in ambito socio sanitario assistenziale la comunità civile elabora progetti e indirizzi senza consultare gli organismi istituzionali della comunità cristiana.

Si auspica che in ogni regione si crei, da parte della Conferenza Episcopale Regionale, l’osservatorio giuridico legislativo. Questo dovrebbe consentire una maggiore conoscenza delle problematiche emergenti e favorire dei processi che tutelino la persona nelle sue varie espressioni di vita.

3. Le esperienze in atto nelle diocesi, nelle parrocchie, nel territorio, sono state interessanti e significative e vengono allegate alla presente relazione (Udine, Agrigento, Cremona).

Ci siamo chiesti come sia possibile una circolarità delle esperienze perché diventino patrimonio di tutti. Questo resta un P.A. che demandiamo alla Consulta Nazionale.

Resta, come P.A., il grosso nodo della formazione a tutti i livelli. Tutti siamo convinti della necessità di formazione da attuarsi nella comunità attraverso i percorsi della catechesi e di una formazione di base e permanente per gli operatori pastorali. No all’improvvisazione (esp. mutuo aiuto, esp. elaborazione del lutto) (seminari, Istituti scienze religiose).

Da questa relazione non emerge il cammino indubbiamente lento della pastorale sanitaria, cammino che però sta già emergente

dai progetti pastorali diocesani – chiaramente dove trova un Vescovo più sensibile alla problematica acquista maggiore incidenza e spessore. In alcuni luoghi è più facile ed evidente, in altri più difficile e faticoso, ma, comunque, portato avanti con molta tenacia e determinazione.

In questa relazione non si è parlato di evangelo e di Magistero, ma è chiaro che l'imput per il procedere trae da lì il suo fondamento, dal mettere al centro la contemplazione del volto dolente ma glorioso del Signore Gesù da cui la comunità trae risorse per divenire ed essere "sanante".

GRUPPO DI LAVORO N. 5 - FORMAZIONE

Moderatori: Don Filippo Urso e Dott.ssa Ornella Scaramuzzi

Traccia per i lavori

- *Nella tua Chiesa locale (regione, diocesi, vicaria, parrocchia...), c'è una sufficiente consapevolezza dell'importanza di formare gli operatori pastorali del mondo della salute?*
- *Nel territorio della tua Chiesa locale vi sono strutture di formazione?*
- *Se sì, sono soddisfacenti e accessibili?*
- *Se no, quali iniziative vengono promosse per rispondere ai bisogni formativi degli operatori pastorali nel mondo della salute?*
- *Quali suggerimenti proponi a tale riguardo?*
- *Altro...*

Sintesi del lavoro

È emersa una sufficiente consapevolezza – nelle Diocesi presenti nel Gruppo di studio sulla formazione – dell'importanza di formare gli operatori pastorali del mondo della salute.

L'approccio alla formazione è risultato molto diversificato, eterogeneo e mancante talvolta – in alcune Diocesi – di una programmazione e organizzazione pastorale a livello di Vicarie, di Uffici e/o Consulte per la pastorale della Salute, di Assistenza religiosa negli Ospedali.

D'altra parte si assiste a una formazione settoriale – di tipo associazionistico – in vari gruppi di volontariato. Anche la preparazione dei Ministri Straordinari dell'Eucarestia è proposta in modo diverso nelle varie Diocesi e quasi unanimemente manca la formazione pastorale psico-relazionale verso il sofferente.

Il personale sanitario medico-infermieristico – formato secondo canoni scientifici positivisti e riduzionisti – dimostra una scarsa formazione umanistico relazionale che non solo non permette l'accompagnamento al malato in tutte le sue dimensioni, ma neppure permette un sereno lavoro d'equipe che inglobi anche la dimensione spirituale.

Dopo un'attenta analisi delle realtà locali si auspica l'avvio di una formazione *a breve e lungo raggio* e *a breve e lunga durata*:

(*a breve e lungo raggio*) una formazione che da una parte prenda in considerazione i Ministri Straordinari dell'Eucarestia, i volontari, gli operatori socio-assistenziali e dall'altra si faccia carico della preparazione degli assistenti religiosi, dei parroci, dei diaconi, dei religiosi, degli operatori pastorali, degli operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.).

Tale formazione non sarà solo di tipo pastorale psico-relazionale – per saper colloquiare con l'ammalato e per evitare il rischio burn-out nell'operatore sanitario –, ma anche spirituale e specificamente scientifica alla luce del Magistero della Chiesa (cf. per es. Bioetica personalista, Etica dell'assistenza, ecc.);

(*a breve e lunga durata*) la formazione potrebbe essere realizzata secondo modalità che vanno da una breve serie di incontri fino a vere e proprie scuole: Bienni formativi di pastorale sanitaria come quelli del Piemonte, Campania, Puglia, Sicilia e corsi (di Perfezionamento: Puglia) o diplomi (di Laurea in Bioetica: Triveneto).

Si auspica infine che i Vescovi e i Superiori Maggiori dei Religiosi esortino alla formazione i sacerdoti e gli altri collaboratori (Diaconi, laici), così da qualificare quelli che saranno i responsabili della pastorale sanitaria.

Sarebbe opportuna la presenza nelle rete Internet di Siti di ciascun Ufficio – almeno Regionale – con links con l'Ufficio Nazionale CEI di Pastorale per la Sanità per una circolarità di conoscenza delle diverse esperienze pastorali.



Alcune indicazioni emerse dal Convegno per comunicare il Vangelo nel mondo della salute

1. - Che cosa fare?

È la domanda che ha attraversato questo nostro Convegno. “Che cosa fare?” per rispondere alle sfide e alle domande che da un mondo della salute in cambiamento, (con nuove possibilità e nuove difficoltà) vengono alla pastorale sanitaria delle nostre comunità?

È una domanda non di tipo efficientistico o iperattivistico (rischio di certa pastorale oggi), e neppure semplicemente una domanda formale o retorica.

È “domanda” – se guardiamo l’esperienza dell’annuncio cristiano nel Nuovo Testamento (cf. Atti degli Apostoli) – profondamente coinvolgente e di “conversione”: personale, comunitaria-ecclesiale, sociale...

Conversione al progetto di Dio, all’agire di Cristo, al suo volto dolente e risorto...

2. - Quali percorsi attuare insieme?

In realtà i percorsi sono di una molteplicità non elencabile: sono tanti quanti sono gli uomini e le donne che incontriamo nella nostra azione e vivono sulla terra. Sono sempre “questo” uomo e “questa” donna nella loro condizione singolare e concreta.

Ecco perché si può affermare che “l’uomo è la via della Chiesa”, tanto più “l’uomo dolente”.

Ma questo lo possiamo affermare perché inseparabilmente il percorso è unico: Gesù Cristo è l’unica via risanatrice dell’uomo, è l’unica via della Chiesa e del nostro agire pastorale...

Per questo: è necessario “ripartire dal Cristo”. Dal suo agire benefico e risanante: con la Parola, i segni, i gesti, il servizio, la relazione, il dono di sé. Dal suo “aver compassione”, dal suo “donna non piangere”, dal suo farsi “buon samaritano”, dal suo farsi carico delle nostre infermità, dal suo risanarci con l’amore fino al dono di sé...

Ripartire dal suo mistero di “uomo dolente” (mistero inquietante di amore e ombra sempre difficile da penetrare) e di “Signore risorto” (luce accecante per i nostri occhi, ma capace di riscaldare e cambiare il cuore).

Ripartire da Cristo, in concreto, significa ripartire da una visione di fede, per un agire nella speranza, che si traduca in gesti di servizio e di relazione, in vita di carità.

Una pastorale della salute o sarà teologale, vita e azione di Dio a cui prestiamo cuore e mani, o non sarà “azione risanante” e organica.

- a) *Cosa fare per edificare comunità “sananti”?*
- alla base ci sono i criteri e gli atteggiamenti emersi nei gruppi (vedi le sintesi dei lavori in gruppo);
 - chiamare per nome e convocare i diversi operatori di pastorale sanitaria superando il rischio della genericità e dell’anonimato;
 - individuare e costituire i referenti parrocchiali;
 - puntare sulla comunità parrocchiale, sensibilizzandola e formandola alla pastorale della salute e della sofferenza;
 - promuovere il significato del ministero dei ministri straordinari dell’Eucaristia e valorizzarne la presenza come servizio di compagnia con i malati nel territorio;
 - sensibilizzare vescovi, presbiteri e diaconi alla inseparabilità tra l’annuncio del vangelo e la cura degli infermi.
- b) *Cosa fare per promuovere una salute integrale?*
- dialogo con tutte le realtà, anche istituzionali, presenti nel mondo della salute, coniugando aspetti sanitari e aspetti sociali;
 - collaborare per alcune iniziative di studio o di promozione di servizi in riferimento a nuove esigenze sanitarie nel territorio;
 - promuovere iniziative culturali per una autentica umanizzazione.
- c) *Cosa fare per praticare una ecclesiologia di comunione?*
- una costante formazione al “noi per tutti” della Chiesa...;
 - animare e valorizzare strutture di comunione: Uffici e Consulte;
 - aiutare i diversi soggetti di pastorale sanitaria a riconoscersi e ritrovarsi in concreto nelle comunità fraterne, in cui il malato sia riconosciuto soggetto di questa comunione...
 - le strutture di comunione non siano considerate “luogo chiuso della comunione”, ma strumento e intreccio da intessere costantemente anche tra loro (USMI - CISM - Consulte varie...);
 - esperienze di collaborazioni reciproche tra Cappellanerie ospedaliere e parrocchie;
 - promuovere convegni diocesani e regionali.
- d) *Cosa fare per attuare una progettualità pastorale*
- progettare attorno a finalità e a obiettivi (attualizzando alcuni obiettivi già emersi a Fiuggi);

- monitorare i problemi e le esigenze, costituendo un gruppo giuridico-legislativo e un gruppo di “consulenza” costituito da esperti;
 - valorizzare la “Giornata mondiale” del malato.
- e) *Cosa fare per promuovere la formazione dei diversi operatori?*
- una preparazione previa a macchia d’olio: comunità, luoghi di cura, associazioni...;
 - percorsi brevi (ad es. attorno alla Giornata Mondiale);
 - veri e propri centri e scuole di formazione;
 - comunicare iniziative e strutture-centri di formazione attraverso la Consulta Nazionale e l’Ufficio Nazionale CEI.
- f) *Cosa fare per promuovere una cultura di solidarietà?*
- sviluppare un’attenzione alle persone più deboli e fragili, soprattutto in questo momento di cambiamenti nel servizio sanitario;
 - pensare luoghi di accoglienza per rispondere a nuove esigenze che nascono oggi, soprattutto in riferimento ai più poveri e a famiglie con basso reddito (ad es.: pensare a case o appartamenti vicino ai grandi ospedali per accogliere familiari di malati ricoverati. E perché non pensare nelle parrocchie a un luogo di accoglienza e di aiuto per la salute dei più poveri, come esistono già le aule per la catechesi?);
 - un Seminario o Convegno su “Sanità e povertà” a livello nazionale.

Conclusione

In conclusione, quale percorso? Come comunicare il Vangelo “in un mondo della salute che cambia” (forse, è meglio dire “in un mondo che Dio ama e in cui non è assente, neppure nelle zone d’ombra...”)?

La liturgia celebrata ci aiuta a riesprimere in modo unitario e sintetico il percorso cristologico, ecclesiologico, e antropologico.

Lo definirei il percorso della Visitazione: dall’annunciazione alla Visitazione, o, meglio, l’annuncio (che è portare il Cristo Salvatore che ci è donato) si traduce in “Visitazione”: segni e gesti concreti da portare in un mondo dove si “visita” poco e dove la “solitudine” diventa malattia diffusa.

Questo potrebbe aiutarci a fare della nostra pastorale una pastorale del “magnificat”: dove la gioia più grande sia data dalla consapevolezza della nostra “piccolezza” fatta grandezza da Dio (uguale e incomparabile dignità da condividere, al di là di qualsiasi ruolo o condizione esistenziale); e dove si cerchi e si manifesti Dio con il suo amore gratuito e di tenerezza, e non se stessi o altri interessi.



esperienze di Diocesi

Si ritiene utile, come integrazione al materiale degli "Atti", presentare alcune esperienze emerse durante i lavori di gruppo del Convegno.

I. DIOCESI DI AGRIGENTO

Arcidiocesi di Agrigento - Diac. Dott. Stefano Carlino

Un metodo pedagogico efficace per una pastorale della salute efficiente

Da più di 30 anni si insiste sul primato della evangelizzazione e si parla anche di Vangelo della Sofferenza e di Pastorale Sanitaria.

Deludenti, però, sono stati i risultati se osserviamo la situazione pastorale delle nostre parrocchie:

Carenza di formazione in quasi tutti i campi;

Incapacità di formazione personale;

Pastorale inadeguata al Vangelo ed all'uomo: prassi sclerotizzata ed individualista;

Pastorale della Salute quasi inesistente e comunque poco incisiva;

Crisi della spiritualità della sofferenza;

Presenza di pochi gruppi ecclesiali, e quelli che esistono si ritengono "il meglio in assoluto", "l'intoccabile che non sbaglia mai", spesso chiusi in se stessi, gelosi dei privilegi acquisiti.

Le cause di questa realtà sono molte e non è qui il luogo per esaminarle, ma a noi giova soffermarci su una causa che coinvolge la Pastorale Globale ed ha attinenza con la Pastorale della Salute: l'aver perduto di vista, noi Chiesa, l'esempio pastorale dato da Gesù nella sua vita terrena. *Lui ha unito l'annuncio del Vangelo con la cura degli ammalati come segno della presenza del Regno di Dio sulla terra.*

Gesù ha dato a noi Chiesa il *mandato* di continuare la sua missione e ci ha insegnato sia le *modalità operative* sia il *metodo pedagogico*.

Ecco il mandato: "Quando entrerete in una Città e vi accoglieranno, curate gli ammalati che vi si trovano e dite loro si è avvicinato a voi il Regno di Dio" (Lc.10,8-9);

Ecco le modalità operative: Attenzione a chi soffre, aver compassione, farsi vicino, fasciare le ferite, versare l'olio ed il vino, prendersi cura dell'ammalato con continuità e generosità (Lc. 10,29-37);

Ecco il metodo pedagogico: Vita comunitaria, vita di gruppo. Infatti, Gesù tra i suoi discepoli ne sceglie 12 come apostoli, forma un gruppo, (Lc. 6,13), vive con loro, li istruisce e li invia in missione (Lc. 9,1-6); Ed ancora, Gesù tra i suoi discepoli ne sceglie altri 72, forma un altro gruppo, e li istruisce e li invia in missione (Lc. 10,1-12). Ed infine, Gesù, tranne quando si ritira in preghiera, lo vediamo sempre in gruppo, e quando fa i miracoli lo vediamo che spesso si avvale della collaborazione di altri; persino sul Golgota condivide con altri la sua sofferenza e condividerà con altri la gloria della sua vittoria sulla morte.

L'insuccesso della attività Pastorale Globale e di conseguenza anche della Salute nelle parrocchie non è forse anche la conseguenza della poca attenzione, e spesso della totale carenza di formazione, alla vita di comunione e alla vita di gruppo?

Non si ritiene aver molto attenzionato la persona umana nella sua specificità, individualità, peculiarità trascurando la sua "relazionalità"?

Qualcuno può non essere d'accordo ma io ne sono convinto perché ritengo che la vita di gruppo:

fa uscire dall'isolamento;

educa alla relazionalità, quale dono di reciproca accoglienza che rende segno di ecclesialità;

è una palestra di comunione ove ciascuno utilizza i propri carismi a beneficio dell'altro. "I carismi propri non servono per chi li ha ma ci sono stati donati per gli altri" (1Pt. 4,10)

aiuta nel camminare insieme, aiuta a migliorarsi. I comportamenti sbagliati si migliorano modificando la propria mentalità con nuove acquisizioni e giustificazioni.

Ma il cambiamento non può essere frutto solo di studio e di riflessione personale, ma anche di un continuo confronto con l'altro sui valori della rivelazione.

Aiuta a porsi in ascolto anche dell'altro, del meno dotato, del sofferente.

Se il gruppo è guidato da un buon animatore, diventa luogo ove regna armonia interna, ove ciascuno può cercare e trovare l'armonia con se stesso, con l'altro e con Dio; diventa una realtà aperta all'accoglienza dell'altro proponendosi come riserva viva ed attiva all'interno della comunità parrocchiale.

Bisogna investire a livello Diocesano e Parrocchiale in formazione alla vita di comunione e di gruppo.

Sull'importanza educativa della vita di gruppo si è sviluppata, nel tempo, una vasta bibliografia ed esistono varie Scuole.

Mi permetto di segnalare un metodo pedagogico semplice ma efficace, che si riallaccia ai piccoli gruppi di San Vincenzo Dei Paoli, che è in sintonia con la metodologia statunitense del Pastoral Clinical Education ed attualizza criteri riconosciuti validi da molti psicologi e psicoterapeuti, mi riferisco al metodo pedagogico di Mons. Luigi Novarese ed ai suoi Gruppi di Avanguardia:

Sono gruppi formati da non più di 10 persone, tra sani ed ammalati, animati da un gran desiderio di apostolato, specie tra i sofferenti, secondo i messaggi di Maria a Lourdes ed a Fatima; tesi a valorizzare la vocazione ed i carismi di ciascuno, considerando l'ammalato "soggetto attivo di apostolato".

Tra le attività del gruppo, (oltre i ritiri spirituali mensili e gli esercizi spirituali annuali) sono molto formative le riunioni, a cadenza quindicinale, per un momento di preghiera e di ascolto della Parola di Dio. Vengono letti e commentati da tutti i componenti alcuni versetti del Vangelo.

Un Capo Gruppo anima la discussione secondo i suggerimenti contenuti in schede opportunamente predisposte dai Silenziosi Operai della Croce.

Si passa all'esame della situazione parrocchiale e dei bisogni più urgenti dei fratelli in situazione di bisogno e si decidono le iniziative da intraprendere.

Si verifica il lavoro svolto, il risultato ottenuto e le difficoltà incontrate e si programma il piano di visite da effettuare nei quindici giorni a venire ai fratelli ammalati e le iniziative da intraprendere tenendo conto del Piano Pastorale Diocesano e Parrocchiale.

Mi avvio alla conclusione. Le nostre Diocesi e le nostre Parrocchie, se vogliono vivere pienamente il Vangelo e promuovere forti esperienze di vita cristiana, ritengo debbano privilegiare, tra le attività pastorali, la formazione alla vita di comunione e di gruppo, e per riuscire in ciò debbano iniziare con la formazione degli Animatori di Gruppo secondo le direttive date al riguardo dal Concilio Vaticano II con la Apostolicam Actuositatem quando parla della formazione all'apostolato (Cap. VI, 28) e che possiamo sintetizzare in:

formazione umana integrale, cioè totale in se stessa, senza carenze psicologiche o tare da vizi che possono influire sul proprio temperamento durante l'attività apostolica, e completa circa le doti culturali e conoscitive, le doti soprannaturali, la vita vissuta nella Grazia di Dio, nella consapevolezza della propria finitudine, e nella fiducia in Dio e nella Vergine Santa;

formazione al sapersi relazionare, cioè conoscere metodologie in relazione di aiuto ed acquisire esperienze adeguate nel merito.

Gesù ci ha dato il mandato, ci ha indicato le modalità operative ed il metodo pedagogico, spetta a noi eseguire i suoi precetti.

CALENDARIO DELLE INIZIATIVE ANNO 2002

Il programma dell'anno 2002, in considerazione della imminente visita pastorale di S. E. Padre Arcivescovo, attenziona in modo particolare la formazione degli operatori nella Zona di Canicattì.

SCUOLA DI FORMAZIONE in collaborazione con
Gymnasium Charitatis: Sezione Sicilia (Camilliani)
C.V. S.(Centro Volontari della Sofferenza): Diocesi di Agrigento

Sezione di Canicattì

I° - Stage: Aprile 2002

“L'operatore pastorale e la sofferenza umana”

- g. 22 - L'operatore pastorale : identità e missione
- g. 23 - La sofferenza umana alla luce del mistero di Cristo
- g. 24 - Comunità cristiana e pastorale della salute

II° - Stage: Settembre 2002

“L'operatore pastorale in difesa della vita” (Ris. CAV)

- g. 18 - Concetto di persona umana, visione etico laica e cattolica
- g. 19- Aborto ed Eutanasia tra filosofia, etica e diritto
- g. 20 - Strategie e creatività pastorali

III° - Stage: Settembre 2002

“L'operatore pastorale e l'ammalato”

- g. 25 - L'ammalato ed il dolore
- g. 26 - Creatività dell'operatore pastorale al servizio dell'ammalato
- g. 27 - I soggetti nella pastorale della salute.

IV° - Stage: Novembre 2002

“La Relazione Pastorale di Aiuto”

- g. 12 - Relazione di aiuto psicologica e relazione di aiuto pastorale
- g. 13 - Le qualità del Consigliere Pastorale
- g. 14 - Il dialogo pastorale di aiuto.

PERCORSI DI STUDIO PER GRUPPI PARROCCHIALI

CORSI per “MINISTRI DELLA CONSOLAZIONE”

I SOFFERENTI: PROFEZIA PASTORALE NELLA COMUNITÀ PARROCCHIALE

San Biagio (Canicattì) - 20-21-22 Giugno

San Diego (Canicattì) - 07-08-09 Ottobre

1° - L'Ammalato - Profezia e non problema

2° - La Comunità Parrocchiale e l'Ammalato

3° - Un metodo Pedagogico efficace per una Pastorale Parrocchiale efficiente.

TU E L'AMMALATO

San Biagio (Canicattì) - 14-15-16 Ottobre

San Diego (Canicattì) - 22-23-24 Ottobre

1° - L'Ammalato cosa ti chiede...

2° - Cosa puoi dire e dare all'Ammalato...

3° - Tu e l'Ammalato...quale cammino potete fare insieme.

IL GRUPPO: DINAMISMO E POTENZIALITÀ

San Biagio (Canicattì) - 09-10-11-Dicembre

San Diego (Canicattì) - 12-13-14 Dicembre

1° - Bisogni interpersonali e la vita di gruppo

2° - Tecniche di animazione di gruppo

3° - Comunicazione e ruolo dell'Animatore

TIROCINIO (almeno cinque visite guidate presso disabili o ammalati gravi) nei mesi: Gennaio-Febbraio 2003.

TEMATICHE PER I RITIRI MENSILI A LIVELLO CITTADINO

Gesù si manifesta

Gesù ti cerca

La volontà di Dio ti fa libero

Ama e difendi la tua Fede

Vivi la tua fede

Sii missionario con Maria

Maria e l'Ammalato

Maria Madre e Maestra

Maria Donna del dolore

Sezione di Agrigento e Sezione di Sciacca

Il programma è in fase di elaborazione

Celebrazioni

Giornata Mondiale dell'ammalato (11 febbraio) - Preparazione

Giornata Mondiale del disabile (3 Dicembre) - Celebrazione

Gli ESERCIZI SPIRITUALI (fine agosto 2003) ed il PELLEGRINAGGIO A LOURDES CON SACERDOTI ANZIANI OD AMMALATI (24-31 luglio 2003) sono momenti forti di spiritualità che vanno debitamente e tempestivamente preparati.

NOTE: Nella domanda di iscrizione ai corsi deve essere sempre specificato: Parrocchia e gruppo ecclesiale di appartenenza, titolo di studio, dati anagrafici completi.

A tutti i partecipanti ai corsi verrà consegnato l'Attestato di Partecipazione.

A fine dicembre, sarà disponibile un libricino con tutti gli schemi delle lezioni tenute dai docenti.

Docenti dei Corsi

- P. Angelo ALBERTI, camilliano, esperto in Pastorale della Salute, direttore del Gymnasium Charitatis (Sezione Sicilia) - *Straordinario*.
- Don Enzo BUGEA NOBILE, guanelliano, esperto in Pastoral Counseling, Direttore Istituto S. Calogero di Naro- *Invitato*.
- P. Calogero CAPOBIANCO, Cappellano Ospedale S. Giovanni di Dio, Agrigento, esperto in Pastorale della Salute, Assistente della Consulta Diocesana Pastorale Sanitaria - *Straordinario*.
- P. Vincenzo GAPOZZA, camilliano, Con-Direttore del Gymnasium Charitatis (Sezione Sicilia), esperto in Pastorale della Salute - *Straordinario*.
- Dr. Stefano CARLINO, diacono, esperto in Pastorale della Salute ed in Pastoral Counseling con i disabili. Incaricato Diocesano per la Pastorale della Salute - *Ordinario*.
- Prof.ssa Maria FALDUZZI, docente di scienze religiose, Direttrice della Scuola Diocesana di Formazione per Operatori in Pastorale della Salute di Caltanissetta - *Invitata*.
- Dr. Calogero IACOLINO, PSICOLOGO, Direttore dell'Istituto mediterraneo per la formazione, ricerca, terapia e psicoterapia-Caltanissetta - *Invitato*.
- Mons. Vincenzo RESTIVO, teologo, laureato in Lettere, in Storia e Filosofia - *Straordinario*.
- Giovanni ALESSI, diacono, responsabile della Lega Sacerdotale Mariana.

PIANO PASTORALE DIOCESANO ANNO 2002-2003

SALUS - PASTORALE DELLA SALUTE

PREMESSA

La Chiesa continua la missione di Gesù e con l'annuncio del Vangelo e la cura dei malati è il segno della presenza del Regno di Dio sulla terra.

META

Da perseguire entro la conclusione della visita pastorale dell'Arcivescovo

“La Parrocchia soggetto di Pastorale della Salute”.

Ogni Comunità Parrocchiale, facendo memoria della azione svolta dalla Chiesa in direzione della salute ed approfondendo i misteri del dolore e della sofferenza, riconsidererà il malato da anonimo destinatario di attenzione a persona con la sua dignità (Volto del Cristo sofferente), soggettività (non oggetto ma soggetto attivo di pastorale), globalità (dimensione somatica, psichica, familiare, sociale, spirituale, trascendentale).

OBIETTIVO per l'anno pastorale 2002 - 2003

Definire la architettura organizzativo-funzionale del Servizio e formare validi operatori pastorali attraverso l'approfondimento di tematiche relative alla salute ed alla sofferenza, attraverso la conoscenza di tecniche relazionali e con l'incontro con l'uomo in stato di bisogno fisico, psichico e spirituale, cioè con l'ammalato nella sua totalità e con i suoi grossi problemi esistenziali.

Iniziative a livello diocesano

Istituzione di una **Scuola di Formazione Permanente** per la Pastorale della Salute, articolata in Sezioni: Canicattì, Agrigento, Sciacca.

In ogni Sezione gli itinerari di studio prevedono da 3 a 5 stage, di tre giorni ciascuno, all'anno.

Corsi di Formazione per Operatori Sanitari, in collaborazione con gli Uffici di Formazione delle AA. UU. SS. LL. e delle Aziende Ospedaliere.

(A richiesta) Corsi di Pastoral Counseling per seminaristi, operatori CAV, ecc.

Ritiri spirituali ed Esercizi spirituali per disabili e per operatori sanitari.

Inserimento dei disabili, quali soggetti attivi di pastorale, in tutti gli organismi pastorali.

Giornata mondiale dell'ammalato (11 febbraio) e giornata mondiale del disabile (3 dicembre).

Convegni su tematiche afferenti il settore.

Responsabili

In questa prima fase, tutte le attività saranno curate dall'Ufficio Diocesano e da uno staff formato da esperti in pastorale sanitaria ed in relazione di aiuto, da psicologi, da diaconi e da docenti del Gymnasium Charitatis affiliato al Camillianum di Roma.

Le giornate mondiali dell'ammalato e del disabile saranno curate dalla Consulta Diocesana di Pastorale Sanitaria collaborata dall'Ufficio Diocesano.

Iniziative a livello Parrocchiale ed Interparrocchiale

Formare, in ogni Parrocchia, un Gruppo di Ministri della Consolazione.

Costituire Gruppi di Volontari per la cura e l'attenzione ai Sacerdoti anziani od ammalati.

Avviare Corsi di Formazione per Animatori nel lutto. (Con l'auspicio che si costituiscano Gruppi di Mutuo Aiuto per la elaborazione del lutto).

Responsabili

L'Ufficio Diocesano collaborato dai Diaconi e dal Presbiterio locale.

L'Ufficio Diocesano, di concerto con la Consulta Diocesana di Pastorale Sanitaria, intraprenderà iniziative tese ad avviare una fattiva collaborazione con le AUSL e con le Associazioni Ecclesiali e di Volontariato operanti nel settore della sanità.

Contenuti

La pastorale degli ammalati e dei disabili non può essere affidata alla improvvisazione ed alla buona volontà dei singoli ma richiede specifica competenza e conoscenza di tecniche adeguate. Per questo motivo l'attività formativa degli operatori verrà curata direttamente dall'Ufficio e da uno Staff di esperti.

Sarà cura del Dipartimento far pervenire, in tempo utile, alle Parrocchie tutte le proposte pastorali nonché i sussidi utili ad un opportuno approccio alle problematiche che verranno trattate.

ARCHITETTURA ORGANIZZATIVO-FUNZIONALE
--

ARCIVESCOVO

Dipartimento Pastorale

Ufficio Diocesano

Consulta Diocesana - Cappellanerie Ospedaliere - Gruppi parrocchiali dei Ministri della Consolazione.

- *Consulta Diocesana*: Organismo di **Comunione, Confronto e Proposta**, composto dai rappresentanti di tutte le Associazioni Diocesane.

- *Ufficio Diocesano*: Organismo di **Formazione, Informazione, Coordinamento, Elaborazione progetti**, composto da **Direzione e Staff di esperti**.

- *Cappellanie Ospedaliere e Gruppi Parrocchiali dei Ministri della Consolazione*: "Espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle Istituzioni Sanitarie e nelle Comunità Parrocchiali.

II. DIOCESI DI ALBANO

Relazione sull'attività del Consiglio per la Pastorale della salute dell'Ospedale "Regina Apostolorum"

Il Consiglio per la Pastorale della Salute dell'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale (RM) opera da oltre 10 anni all'interno della struttura ospedaliera in collaborazione con la Consulta diocesana e secondo le linee operative indicate dall'Ufficio nazionale per la Pastorale Sanitaria della CEI.

Attualmente è costituito da due responsabili: il Cappellano e una religiosa Figlia di San Paolo, coadiuvati da tre religiose e da 10/12 laici (medici, infermieri professionali, ausiliari, amministrativi) tutti Operatori dell'Ospedale. Il Consiglio si incontra una o due volte al mese.

OBIETTIVI GENERALI

- Annunciare e testimoniare il Vangelo, perché sia accolto come vero messaggio di salvezza per orientare la vita dell'uomo: Operatore, Assistito, Familiare al mistero di Cristo e alla sequela del Signore.

- Porre al centro della Comunità Cristiana in Ospedale Cristo Medico e Salvatore, punto d'incontro per tutti: Operatori, Assistiti, Familiari attraverso l'annuncio del Vangelo e la presenza sacramentale.

Si utilizza una metodologia che evidenzia gli aspetti dell'accoglienza, dell'ascolto, dell'informazione e della comunicazione, della carità, della valorizzazione della sofferenza, della guarigione e della festa.

MODALITÀ OPERATIVE

Area liturgico-sacramentale:

- Celebrazione Eucaristica quotidiana per gli Ospiti in Cappella o nei reparti con breve commento della Parola di Dio della liturgia del giorno.
- Celebrazione Eucaristica domenicale per la Comunità Ospedaliera.
- Preghiera quotidiana del Santo Rosario in Cappella o nei reparti.
- Possibilità quotidiana della Celebrazione del Sacramento della Penitenza.
- Ogni giovedì pomeriggio esposizione del Santissimo Sacramento ed adorazione eucaristica personale prolungata.
- Ogni domenica pomeriggio Celebrazione dei Secondi Vesperi con esposizione del Santissimo Sacramento.
- Il primo venerdì del mese, dopo un'adeguata catechesi, celebrazione comunitaria del sacramento dell'Unzione degli Infermi per gli Ospiti che lo desiderano.
- Incontri di preghiera in Cappella o nei reparti nei momenti forti dell'anno liturgico (es. Via Crucis, novene, ecc.).
- Lettura, ascolto e condivisione della Parola di Dio per i membri del Consiglio per la Pastorale della Salute
- Diffusione del Vangelo, della Bibbia, di libri e riviste cattoliche tra gli Ospiti, i Familiari e gli Operatori.
- Momenti formativi per gli Operatori per l'acquisizione di una maggiore consapevolezza della dimensione pastorale della loro professione.
- Celebrazione Eucaristiche animate dal Consiglio per Pastorale della Salute in occasione della Festa di San Luca, Santo Natale, Giornata del Malato, S. Pasqua. Festa Patronale in onore di Maria Regina degli Apostoli.

Area informativa-formativa:

Iniziative finalizzate a rafforzare ed evidenziare la dimensione della comunione-condivisione-partecipazione tra laici e religiosi, e tra le varie professionalità sanitarie, nella prospettiva di una spiritualità di comunione (es. incontri con presentazione del Carisma della Famiglia Paolina nella Chiesa o degli altri istituti religiosi presenti in Ospedale, approfondimento insieme di alcuni documenti del Magistero della Chiesa, ecc.).

Redazione e diffusione tra gli Ospiti, Familiari ed Operatori di depliant con il commento della Parola di Dio della domenica successiva, di alcuni eventi particolari, ecc..

Redazione, pubblicazione e diffusione tra gli Ospiti, i Familiari e gli Operatori del Notiziario bimensile "Camminiamo insieme" edito a cura del Consiglio per la Pastorale della Salute. (I contenuti del notiziario sono: catechesi, spiritualità, etica professionale o bioetica, prevenzione, diagnosi e cura di alcune patologie trattate in ospedale, presentazione di novità librarie, testimonianze di alcuni Ospiti, eventi formativi in programma in Ospedale, ecc...).

Trasmissione delle Celebrazioni Eucaristiche, momenti di preghiera, di informazioni, messaggi agli Ospiti ricoverati attraverso l'impianto di amplificazione che dalla Cappella raggiunge tutte le camere di degenza.

Iniziativa culturali e ricreative: mostre del libro, films, concerti, rappresentazioni teatrali, coinvolgendo gli Operatori dell'Ospedale o i gruppi giovanili e le parrocchie della Diocesi di Albano o delle diocesi vicine.

*Per il Consiglio per la Pastorale della Salute
Sr. Rosa Alba Martino fsp*

III. DIOCESI DI CREMONA

"Esperienze significative della Diocesi di Cremona nel settore Pastorale della sanità"

L'ufficio della Pastorale della Sanità è stato istituito sei anni fa dal Vescovo Mons. Giulio Nicolini, in attuazione delle linee sinodali.

Contemporaneamente alla istituzione delle varie Commissioni Pastorali è sorta anche la Commissione Pastorale della Sanità, quale supporto e promotore delle varie attività dell'ufficio.

Tra le attività più significative realizzate nel corso di questi anni:

Corso Triennale di relazione ed aiuto per la formazione degli operatori sanitari.

Partecipazione di alcuni componenti della commissione al corso biennale di Pastorale Sanitaria dei Padri Camilliani a Verona.

Formazione dei membri della commissione, con relazioni effettuate da componenti stessi o da esperti.

Collegamento con le Associazioni di volontariato sanitario e partecipazione con lezioni ai loro corsi di formazione

Lezioni in Seminario ai diaconi, prossimi al sacerdozio

Lezioni al corso di preparazione per i ministri straordinari della Comunione

Rapporti istituzionali con le Autorità Sanitarie locali e partecipazione ai loro convegni e manifestazioni pubbliche.

Attuazione della Cappellania Ospedaliera, con la partecipazione di Diaconi permanenti e laici volontari professionalmente preparati.

Partecipazione attiva alla formazione dei Piani di Zona previsti dalla Legge quadro nazionale della assistenza n. 328 ed al Piano Socio-Sanitario triennale della Regione Lombardia.

Contributo alla attuazione della "Casa della Speranza" per l'assistenza ai malati di AIDS, realizzata nell'anno Centenario di S.Omobono, Patrono della Diocesi e sostegno con il volontariato della Sanità.

Preparazione con invio di materiale didattico-formativo e divulgativo a tutte le Parrocchie, Rettorie, Ospedali, Case di Cura e Case di Riposo per anziani e celebrazione della "Giornata mondiale del Malato" in tutta la Diocesi. In Cattedrale la celebrazione, in collaborazione con l'Unitalsi, l'A.V.U.L.S., Medici e Farmacisti Cattolici, ACOS e Croce Rossa, è presieduta dal Vescovo con solenne concelebrazione con tutti i Sacerdoti assistenti e consulenti delle Associazioni.

Celebrazione di "Giornate dell'Anziano" nelle Parrocchie e nelle R.S.A., durante tutto l'anno.

IV. DIOCESI DI TARANTO

Statuto dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute

Art. 1. Natura

L'Ufficio per la Pastorale della Salute è l'organismo che esprime la sollecitudine amorosa e la presenza operativa della Chiesa verso i malati, il mondo della sanità, la problematica della salute e della malattia, per portarvi la luce e la grazia del Signore con il Vangelo della vita, della sofferenza e della carità.

Art. 2. Fini²⁷

L'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute si propone di:

- Illuminare con la fede i problemi del mondo della sanità, sottesi alla ricerca, alle acquisizioni scientifiche ed alle tecniche di inter-

²⁷ Cf. CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, "La pastorale della salute nella chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria", n. 20, 1989.

vento, ed in cui sono implicate la natura e la dignità della persona umana.

- Studiare i problemi connessi con la pastorale della salute ai diversi livelli sotto il profilo teologico, pastorale e giuridico in ordine all'evangelizzazione, alla catechesi, all'attività pastorale, all'orientamento culturale e per favorire altresì la partecipazione dei cristiani alla gestione civica della salute;
- Incrementare nella comunità ecclesiale e nella società civile la formazione di una coscienza e di una visione cristiana riguardo ai problemi concernenti la vita e la morte, la salute e la sofferenza, svolgendo opera di educazione sanitaria e morale nella prospettiva del valore inestimabile e sacro della vita, come richiede la promozione e la costruzione nella società della "cultura della vita" dal concepimento alla morte.
- Sollevare moralmente il malato, aiutandolo ad accettare e valorizzare la situazione di sofferenza in cui versa ed accompagnandolo con la forza della preghiera e dei sacramenti.
- Aiutare coloro che si trovano in una situazione di 'disabilità' e di 'handicap' a recuperare il senso della vita anche nelle condizioni di minorazione, sino alla scoperta del valore dell' 'essere' rispetto a quello del 'fare'.
- Aiutare la famiglia ed i familiari a vivere senza traumi e con spirito di fede la prova della malattia dei propri cari.
- Favorire la conoscenza, la collaborazione e il coordinamento delle istituzioni e associazioni ecclesiali impegnate nel settore, comprese quelle di volontariato, nel rispetto dei fini e dell'autonomia di ciascuna.
- Collaborare, nell'ambito delle proprie finalità, alla formazione dei cappellani, degli assistenti religiosi e del personale, anche volontario, impegnato nei presidi della sanità pubblica, negli istituti privati e in altre strutture operanti nel territorio, fermi restando i compiti e i fini istituzionali delle singole associazioni professionali, dei seminari e degli Istituti di vita consacrata.

Art. 3. Compiti

I compiti dell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute possono così essere sintetizzati:

- Animare e coordinare la pastorale sanitaria delle Vicarie e delle Parrocchie, favorendo un'azione comune e condivisa fra le varie associazioni, gruppi ed organismi di malati e per i malati, portatori di handicap fisici e mentali, anziani malati, operanti nel territorio diocesano.
- Favorire la presenza di malati ed operatori sanitari negli organismi ecclesiali diocesani.

- Assumere iniziative di formazione e di aggiornamento nel settore, per ispirare una cultura più sensibile a una visione cristiana della sofferenza e ai valori fondamentali della vita e della salute, formando gli operatori sanitari ad un senso di professionalità basato sulla competenza e sulla moralità.

Art. 4. Organizzazione

L'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute opera in sintonia con gli Uffici e/o Consulte di Pastorale Sanitaria Regionale e Nazionale, attualizza il piano pastorale dell'Arcivescovo nel campo sanitario e collabora con gli altri Uffici diocesani.

Art. 5. Ruoli e Organi

I ruoli nell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute sono: il Direttore, l'Incaricato laico e il Segretario. Gli Organi dell'Ufficio sono la Consulta e il Gruppo di coordinamento.

Art. 6. Il Direttore

L'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute è guidato da un Direttore nominato dall'Arcivescovo. È responsabile della promozione e del coordinamento di tutte le attività che perseguono le finalità dell'Ufficio. Su mandato dell'Arcivescovo convoca le riunioni della Consulta, del Gruppo di Coordinamento e del Centro di Bioetica. È un sacerdote ed è affiancato dall'Incaricato Laico.

Art. 7. L'Incaricato laico

L'Incaricato laico è nominato dall'Arcivescovo, sentito il Direttore. Collabora con il Direttore dell'Ufficio e lo sostituisce nelle sue funzioni in caso di sua assenza o impedimento.

Art. 8. Il Segretario

L'Arcivescovo, sentito il Direttore, nomina un Segretario, responsabile dell'Ufficio di segreteria e dell'archivio che tiene diligentemente aggiornati; trasmette le convocazioni degli Organi dell'Ufficio e ne redige e custodisce i verbali; inoltre cura i comunicati stampa delle iniziative dell'Ufficio. È responsabile dell'archivio e della biblioteca dell'Ufficio.

Art. 9. Il Gruppo di coordinamento

Il gruppo di Coordinamento dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute è l'organismo che elabora le linee programmatiche delle attività dell'Ufficio. È composto:

- dal Direttore;
- dall'Incaricato Laico;
- dal Segretario;

- da un rappresentante delle Vicarie;
- da un cappellano ospedaliero;
- da *esperti e invitati* individuati per la loro competenza.

I membri Gruppo di Coordinamento rimangono in carica per la durata di cinque anni

Il gruppo di Coordinamento ha i seguenti compiti:

- coadiuva il Direttore nell'assolvimento dei compiti del presente Statuto;
- collabora all'attuazione dei programmi formulati all'inizio dell'anno pastorale.

Il gruppo di coordinamento predisporrà il lavoro della Consulta e redigerà la bozza del Programma e del Piano delle attività da sottoporre alla valutazione della Consulta.

Art. 10. Le riunioni del Gruppo di coordinamento

Le riunioni del gruppo di coordinamento sono convocate dall'Arcivescovo, che le presiede, ogni volta che lo ritenga opportuno per lo svolgimento dei compiti definiti da questo Statuto, nonché prima e/o dopo le riunioni della Consulta Diocesana.

Art. 11. La Consulta

Al fine di favorire *un'azione comune e condivisa* l'Ufficio si avvale dell'aiuto di una Consulta, che riunisce i rappresentanti di organismi di ispirazione cattolica impegnati nel campo della sanità, sia a livello professionale, sia a livello di volontariato, sia a livello pastorale. La Consulta per la Pastorale della Salute è presieduta dall'Arcivescovo ed è composta da:

- il Direttore;
- l'Incaricato Laico;
- i rappresentanti Vicariali per la Pastorale della Salute;
- i rappresentanti di organismi e gruppi impegnati nel settore (cappellani, associazioni, movimenti);
- alcuni esperti;
- un Rappresentante degli Istituti di vita consacrata operanti nel settore sanitario;
- il Segretario.

Art. 12. Le riunioni della Consulta

La Consulta diocesana è convocata in sessione ordinaria dall'Arcivescovo, o dal Direttore su mandato dell'Arcivescovo, di norma due volte l'anno; una sessione è dedicata all'approvazione del programma annuale.

La Consulta può essere convocata a giudizio dell'Arcivescovo in sessione straordinaria con le medesime modalità.

Art. 13. Commissioni di settore

Per lo studio di problemi, per la realizzazione di attività e per esigenze determinate che richiedono competenza specifica il Presidente può costituire commissioni di settore.

Art. 14. Relazione annuale dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute

Annualmente l'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute preparerà una relazione scritta delle attività svolte e la farà conoscere all'Arcivescovo ed alla Chiesa locale, nelle opportune sedi.

Art. 15. Mezzi economici

L'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute presenterà, all'Economato, un Programma Economico "*preventivo*" e "*consuntivo*" delle proprie attività. Il Direttore custodisce e gestisce le somme ricevute e ne rende conto all'Economo Diocesano.

Art. 16. Durata delle cariche

I membri dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute sono nominati dall'Arcivescovo per un quinquennio e possono essere confermati; tutti esercitano le loro funzioni a titolo gratuito.

Se un membro decade per qualsiasi motivo il sostituto viene designato e nominato con le medesime modalità fino al completamento del quinquennio.

Art. 17. Sede

La Consulta ha sede presso l'Arcivescovado. L'Arcivescovo può indicare in altro luogo, più idoneo ed opportuno, la sede operativa della Consulta.

Art. 18. Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente statuto, valgono le disposizioni del diritto canonico.

STATUTO DEL CENTRO DI BIOETICA

Art. 1

Il Centro di Bioetica assume finalità e compiti indicati negli articoli successivi e si configura come organismo complementare all'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute.

Art. 2

Le finalità del Centro sono:

- fornire suggerimenti e orientamenti all'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute sulle strategie di ricerca pastorale, filosofica, etica e sulla formazione;
- promuovere e organizzare le attività di formazione mediante accordi e convenzioni con Enti pubblici o privati sui temi della bioetica e dell'etica medica;
- stabilire e mantenere collegamenti e scambi culturali e collaborazioni in tema di formazione con centri di bioetica e analoghe istituzioni e con l'associazionismo cattolico.

Art. 3

Il Centro, in perfetta conformità al Magistero della Chiesa, si propone un costante riferimento ai criteri di scientificità, di fedeltà alla visione cattolica della vita e di attenzione ai problemi posti dal progresso scientifico e dall'evoluzione sociale.

Art. 4

Il Centro di Bioetica si avvale delle strutture presenti nell'ambito dell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute o comunque messe a disposizione dall'Arcidiocesi: sollecita e organizza la collaborazione di docenti presenti nelle Facoltà della Università Cattolica ed anche di studiosi e docenti di specialità varie che sviluppino presso altre Università tematiche di ordine bioetico.

Art. 5

Il Centro di Bioetica collabora strettamente con l'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute per eventuali pubblicazioni.

Art. 6

L'organo direttivo del Centro è costituito da un Comitato di Direzione composto da:

- l'Arcivescovo, il Direttore dell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute, il segretario del suddetto Ufficio quali membri di diritto;
- il Direttore del Centro di Bioetica, nominato dall'Arcivescovo, sentito il Direttore dell'Ufficio Diocesano per la Pastorale della Salute;
- membri designati dall'Arcivescovo tra esperti medici, biologi, filosofi, giuristi, moralisti, teologi.

Il Comitato di Direzione, di cui è Presidente l'Arcivescovo, stabilisce gli indirizzi delle attività del Centro ed approva annualmente i relativi piani e per quanto è possibile collabora alla loro realizzazione.

Art. 7

Il Direttore del Centro di Bioetica ha la responsabilità di coordinare e dirigere l'attività del Centro e riferisce all'Arcivescovo e al Comitato Direttivo del Centro. Per i compiti esecutivi si avvale degli uffici di Segreteria e documentazione dell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute, eventualmente integrati.

Art. 8

Per l'organizzazione delle attività di formazione il Direttore può avvalersi di "collaboratori esterni" forniti delle debite competenze, il cui elenco sarà approvato dal Comitato Direttivo.

Art. 9

Il finanziamento è assicurato da contributi a bilancio dell'Ufficio diocesano per la Pastorale della Salute; da contributi di Enti o privati; da eventuali contributi da richiedere al Ministero dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica e della Sanità ed al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

V. DIOCESI DI UDINE

Cappellania "S. Maria della Misericordia"

Azienda Ospedaliera e Policlinico Universitario - Udine

"Per vivere la fede in ospedale"

Calendario 2001/2002 per il personale ospedaliero

Vi presentiamo anche quest'anno, insieme con la consulta pastorale, un calendario di «proposte», per sentirci cristiani anche in questo ambiente. Si tratta di proposte culturali e spirituali, di momenti di riflessione e di preghiera. Questo è l'anno del 40° anniversario della Consacrazione della Chiesa dell'Ospedale: da 40 anni in questo luogo centrale ognuno può entrare, pregare, invocare l'aiuto del Signore. Vogliamo ricordare questo evento con alcune iniziative.

Ognuno accolga questo calendario di proposte come dono della Chiesa, che sta accanto ai malati ma anche a chi opera qui con tanta carità e professionalità. 2 un'opportunità che i Cappellani vi offrono per vivere da cristiani in ospedale.

Udine, 1 ottobre 2001

Don Dino Bressan, parroco dell'Ospedale

I GIOVEDÌ OSPEDALIERI

Approfondimenti culturali e spirituali per il personale ospedaliero

- **Giovedì 13 dicembre 2001**, ore 14.30-16.00, chiesa centrale
Incontro di preparazione al S. Natale
Relatore: mons. Rinaldo Fabris, Biblista
- **Giovedì 17 gennaio 2002**, ore 14.30-16.00, sala anfiteatro
(4° piano pad. ingresso)
“Mancanza di ascolto. Alle radici delle relazioni interpersonali”
Relatore: Dott. Fabia Dì Stasio, Psicopedagoga (¹)
- **Giovedì 21 febbraio 2002**, ore 14.30-16.00, sala anfiteatro
(4° piano pad. ingresso)
“Dare senso al lavoro ospedaliero. Chi me lo fa fare?”
Relatore: Dott. Tullio Zearo, Direttore Sanitario Casa di Cura
“Città di Udine” (¹)
- **Giovedì 21 marzo 2002**, ore 14.30-16.00, chiesa centrale
Incontro di preghiera alla presenza dell’Urna di San Luigi Scrosoppi.
Relatore: mons. Rinaldo Fabris, Biblista
- **Giovedì 18 aprile 2002**, ore 14.30-16.00, sala anfiteatro
(4° piano pad. Ingresso)
“Donna, lavoro, famiglia: armonia o schizofrenia?”
Relatore: dott. Silvana Cremaschi, Neuropsichiatra (¹)

(¹) Gli incontri rientrano nel programma di aggiornamento obbligatorio e, pertanto, la presenza è consentita in orario di servizio. Sarà rilasciato un attestato di partecipazione.

Convegni

CONVEGNO DIOCESANO DI BIOETICA

**Sabato 15 dicembre 2001, ore 9.00-13.00,
Sala L. Scrosoppi, v. Ellero, 3 - Udine**

“L’assistenza al malato comatoso e problemi etici dello stato vegetativo persistente”.

Prof. Rodolfo Proietti Direttore Istituto di Anestesiologia e Rianimazione Policlinico “A. Gemelli” Università Cattolica - Roma;
Prof. Gian Luigi Gigli, Direttore Dipartimento Neuroscienze A.O.-S.M.M. - Udine; Personale Infermieristico Servizio di Rianimazione A.O.S.M.M. - Udine.

CONVEGNO DIOCESANO DI BIOETICA

Sabato 9 marzo 2002, ore 9.00-13.00

Auditorium F. Tornaffini, v. Martignacco, 187 - Udine

“Manipolazioni degli embrioni umani e terapia con cellule staminali”.

Prof. mons. E. Sgreccia, Vice-Presidente Pontificia Accademia per la Vita; prof. R. Colombo, Teologo Moralista, Milano; prof. S. Mancuso, Ordinario clinica OstetricoGinecologica. Policlinico “A. Gemelli” - Roma.

MEETING OSPEDALIERO DI BIOETICA (²)

Giovedì 23 maggio 2002, ore 16.30-19.00,

Sala anfiteatro Ospedale (40 p. pad. ingresso)

“Il nuovo Ospedale 2000: un’occasione per umanizzare la medicina udinese”.

Dott. Adriano Marcolongo, Direttore Sanitario A.O.S.M.M. - Udine: *“Come organizzare l’Ospedale per umanizzare il lavoro e la cura”*; Prof. Arnaldo Pangrazzi, Docente di Bioetica, Camillianum - Roma: *“Il contributo olistico e pastorale all’umanizzazione del nuovo Ospedale”*; Dott. Paola Ponton. Psicologa - Udine: *“Dinamiche relazionali e umanizzazione”*; Ost. Rosa Rendorni, Docente D.U. Ost. - Udine: *“Il ruolo dell’I.P. nell’umanizzazione”*.

(²) È consentita la partecipazione a titolo di aggiornamento facoltativo, previa domanda. Sarà rilasciato un attestato di partecipazione.

CELEBRAZIONI

Giovedì 11 novembre 2001

Solennità di TUTTI I SANTI (S. Messe con orario festivo)

Venerdì 2 novembre 2001

Ricordiamo tutti i nostri defunti (S. Messe con orario feriale)

Domenica 4 novembre 2001

- Ore 10.30: *S. Messa in suffragio di tutti i sacerdoti, suore e dipendenti ospedalieri defunti.*

Venerdì 16 novembre 2001

FESTA DI SAN GIUSEPPE MOSCATI, Patrono dei Medici dell’Ospedale e del Policlinico Universitario.

- Ore 19.00: *S. Messa solenne cantata*, presieduta da Mons. Nicola Borgo della Rettoria Universitaria. Partecipa l’*Aquilejensis Chorus* della Cattedrale di Udine.

Domenica 18 novembre 2001

FESTA DEI DONATORI DI SANGUE OSPEDALIERI

- Ore 10.30: *S. Messa solenne*. Partecipa la Corale S. Cecilia di Cusignacco.

Mercoledì 21 novembre 2001

FESTA DI S. MARIA DELLA MISERICORDIA, Patrona dell'Ospedale e 40° ANNIVERSARIO DELLA CONSACRAZIONE della Chiesa centrale:

- Ore 7.30: S. Messa
- Ore 14.30: Recita dei S. Rosario
- Ore 15.00: *S. Messa solenne* per gli Infermieri e tutto il Personale dell'Azienda e dei Policlinico. Concelebrano tutti gli ex Cappellani dell'Ospedale. Partecipa il *Coro dei Pueri Cantores* di Cortale
- Ore 19.00: *S. Messa solenne per i Volontari ospedalieri*, presieduta dal Delegato Diocesano per la Pastorale della salute. Partecipa la Corale di Morsano di Strada.

Domenica 2 dicembre 2001

Inizia l'Avvento, tempo di preparazione al Natale.

Sabato 8 dicembre 2001

Solennità dell'IMMACOLATA CONCEZIONE (S. Messe con orario festivo)

Dal 17 al 22 dicembre 2001

Ogni sera alle ore 19.00, preghiera di preparazione al S. Natale

(Lunedì 24, ore 22.00: *S. Messa della Natività*)

Martedì 25 dicembre 2001

Solennità dei S. NATALE di Gesù Cristo (S. Messe con orario festivo)

Lunedì 31 dicembre 2001

Ultimo giorno dell'anno: ringraziamo il Signore. Ore 19.00: S. Messa e canto del "Te Deum"

Martedì 1° gennaio 2002. Solennità di Maria Madre di Dio.
(S. Messe con orario festivo)

Domenica 6 gennaio 2002 Solennità dell'Epifania (S. Messe con orario festivo); *benedizione dei bambini*. Partecipa il Coro dei Pueri Cantores di Trigesimo.

Domenica 10 febbraio 2002, Madonna di Lourdes

GIORNATA MONDIALE DEI MALATI

- ore 10.30: *S. Messa solenne* presieduta da mons. Giulio Gherbez-za, Vicario generale della Diocesi, e conferimento dell'unzione degli infermi ai malati degenti e anziani che lo desiderano. Partecipa la Corale Parrocchiale di Castions delle Mura.

Mercoledì 13 febbraio 2002

Inizia, con l'*imposizione delle ceneri*, la Quaresima, tempo di preparazione alla Pasqua (S. Messe con orario feriale).

Venerdì 1° marzo 2002

- ore 20.30: Via Crucis lungo i viali dell'Ospedale, presieduta dall'Arcivescovo Mons. Pietro Brollo. Partecipa la Corale di Adornano.

Da Domenica 17 a Giovedì 21 marzo: Venerazione dell'Urna di SAN LUIGI SCROSOPPI

- **Domenica 17** - ore 10.30: Accoglienza dell'Urna e S. Messa. Partecipa la Corale di Mortegliano.

Domenica 24 marzo 2002, Domenica delle Palme

Inizia la Settimana Santa. Consegna dell'ulivo benedetto ai degenti e al personale in servizio.

Giovedì Santo 28 marzo 2002

Ore 20.00: S. Messa dell'ultima cena. Adorazione notturna

Venerdì Santo 29 marzo 2002

Ore 15.00: *Liturgia della Passione e Morte di Gesù*, in Chiesa;

Ore 20.00: Via Crucis in Chiesa.

Sabato Santo 30 marzo 2002

Ore 21.00: Solenne veglia di *Pasqua*. Benedizione del fuoco, del Cero, dell'acqua.

Domenica di Pasqua 31 marzo 2002

Cristo è risorto! (S. Messe con orario festivo)

Domenica 12 maggio 2002

Florence Ngtingale day

Ore 10.30: S. Messa per tutti gli Infermieri

Sabato 18 maggio 2002

Ore 19.00: Solenne veglia & Pentecoste

Domenica 20 maggio 2002

Solennità di Pentecoste. (S. Messe con orario festivo)

S. MESSE IN OSPEDALE

Orario feriale (da lunedì a sabato)

in chiesa centrale: ore 7.30, 15.00, 19.00

Orario festivo (domeniche e solennità festive)

ore 19.00: Chiesa, S. Messa prefestiva

ore 7.30: Sala pranzo, 3a medica B

ore 7.30: Cappella 2a chirurgia

ore 9.00: Cappella 10 piano pensionanti

ore 10.30: Chiesa, S. Messa solenne

Si possono far celebrare per i propri defunti (parenti o colleghi) delle S. Messe di suffragio.

* * *

INCONTRI DI PREGHIERA

Recita del S. Rosario: ore 14.30 nei giorni feriali.

Adorazione eucaristica: il 1° giovedì del mese, dalle ore 16.00-17.00.

Gruppo di preghiera mariano: gli altri giovedì del mese, dalle ore 16.00-17.00.

Chi è interessato alla preparazione al Matrimonio cristiano può trovare le date dei corsi nella locandina in fondo alla chiesa.

Telefono: 0432/552281 (interno 2281).

SECONDA PARTE

Documentazione

Si ritiene opportuno presentare alcune tipologie di convenzione per l'assistenza religiosa negli Ospedali e centri di cura, stipulate da alcune Conferenze Episcopali Regionali con le Istituzioni regionali.

Si ricorda che nel nostro Notiziario n. 1 del 2000 sono state già presentate le Convenzioni stipulate con la Regione Toscana e la Regione Piemonte.



**Protocollo d'intesa
tra la Regione
Puglia e la
Conferenza
Episcopale Pugliese
per la disciplina
del servizio
di assistenza
religiosa cattolica
nelle strutture
di ricovero
delle aziende
sanitarie**

L'anno 2002, il giorno 30 del mese di gennaio nella sede della Conferenza Episcopale pugliese - Regione Ecclesiastica Puglia

tra

la Regione Puglia, con sede legale a Bari, al Lungomare Nazario Sauro, rappresentata dal Presidente della Giunta regionale, nella persona del dott. Raffaele Fitto

e

la Conferenza Episcopale Pugliese - Regione Ecclesiastica Puglia, con sede legale a Molfetta, rappresentata dal suo Presidente, nella persona di S. E. Mons. Cosmo Francesco Ruppi - Arcivescovo Metropolita di Lecce.

Premesso che

Il nuovo accordo tra la Santa Sede e la Repubblica Italiana in data 18 febbraio 1984, con modificazioni al Concordato Lateranense, all'art. 11 stabilisce che la Repubblica Italiana assicura che la degenza in ospedale non può dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici; al secondo comma dello stesso articolo stabilisce che l'assistenza spirituale ai cattolici è assicurata da ecclesiastici nominati dall'Autorità ecclesiastica e secondo lo stato giuridico, l'organico e le modalità stabiliti d'intesa fra tali Autorità;

l'art. 38 della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, sulla *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, prevede che presso le strutture di ricovero del S.S.N. è assicurata l'Assistenza Religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino e dispone anche che l'ordinamento del servizio di assistenza religiosa cattolica deve avvenire d'intesa tra l'Unità sanitaria locale e gli Ordinari diocesani competenti per territorio;

la Legge regionale n. 27 del 3 novembre 1982, sulla *disciplina del servizio di assistenza religiosa* nelle strutture di ricovero e cura delle UU.SS.LL., dispone che l'intesa di cui all'art. 38 della succitata Legge 23 dicembre 1978, n. 833 si attua, in sede di determinazione del numero del personale religioso da adibire al servizio di assistenza religiosa all'interno delle strutture di ricovero, anche mediante convenzione, con l'Ordinario Diocesano competente per territorio per il culto cattolico;

la Legge regionale n. 18 del 14/6/94 istituisce, a norma dell'art. 3 del Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/92 e successive modifiche ed integrazioni, le Unità Sanitarie locali quali Aziende dotate di personalità giuridica pubblica;

la legge regionale n. 22 del 19 aprile 1995, sulle "Norme di tutela dei diritti del malato" ribadisce all'art. 11 che sia assicurata "presso le strutture sanitarie l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del degente";

la Giunta Regionale Pugliese con delibera di Consiglio Regionale n. 229 del 16/4/96 ha approvato il regolamento delle Aziende UU.SS.LL. e delle Aziende Ospedaliere ai sensi dell'art. 14 della L.R. n. 36 del 28/12/94;

il Consiglio Regionale Pugliese con delibera n. 379 del 2-3/2/99, relativa al riordino delle rete ospedaliera in Puglia nell'organizzazione dei servizi obbligatori ha individuato, tra gli altri, anche quello dell'Assistenza Religiosa;

ai fini della regolamentazione del servizio di assistenza religiosa, si rende opportuno stabilire una serie di indirizzi e direttive a carattere generale

SI CONVIENE

Art. 1 - Soggetti del servizio di assistenza religiosa

Nella presente Intesa:

l'Azienda Unità Sanitaria locale e l'Azienda Ospedaliera sono indicate con la dicitura "Azienda Sanitaria";

l'Ordinario diocesano competente per territorio per il culto cattolico è indicato con la dicitura "Ordinario diocesano".

Il servizio di assistenza religiosa è garantito da personale di assistenza religiosa, intendendosi con questo termine una équipe, che in termini pastorali si chiamerà "Cappellania", intesa come espressione del servizio religioso prestato dalla comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie, composta da uno o più sacerdoti a cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi, religiose e laici che operano quali volontari.

Art. 2 - Modalità del servizio di assistenza religiosa

L'Azienda Sanitaria provvede a garantire il servizio di assistenza religiosa nell'ordine e con i mezzi che le sono propri.

Il servizio di assistenza religiosa ha il compito di assicurare presso le strutture di ricovero pubbliche l'esercizio della libertà reli-

giosa, l'adempimento delle pratiche di culto e il soddisfacimento delle esigenze spirituali proprie della confessione cattolica, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza del cittadino.

L'esercizio di detto servizio nella sfera dell'azione spirituale e pastorale è prerogativa della competente Autorità ecclesiastica.

Il presente Protocollo d'Intesa, in conformità con quanto disposto dalle norme concordatarie, statali e regionali vigenti in materia, definisce gli indirizzi e le direttive per la disciplina del servizio di assistenza religiosa, così come definito nel comma b) del presente articolo.

L'assistenza religiosa relativamente all'apostolato e all'azione pastorale è svolta, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini, dal personale di assistenza religiosa in piena autonomia operativa, con dipendenza esclusiva dall'Ordinario diocesano, nelle strutture di ricovero dell'Azienda sanitaria. Per le attività estranee alla sfera religiosa e pastorale il personale religioso dipende dall'amministrazione dell'azienda sanitaria.

Per esigenze di collegamento funzionale del servizio di assistenza religiosa con gli altri servizi, la direzione aziendale assume le proprie decisioni, sentiti gli assistenti religiosi.

Sulla base degli indirizzi e delle direttive contenute nel presente protocollo d'Intesa, le Aziende sanitarie e gli Ordinari diocesani stipulano appositi protocolli attuativi per la disciplina del servizio d'assistenza religiosa da assicurare nelle strutture di ricovero presenti sul territorio dell'Azienda.

Le parti si impegnano ad assumere ogni opportuna e consentita iniziativa nei confronti dei soggetti interessati per la promozione di Intese atte a definire le condizioni e le modalità per la estensione del servizio di assistenza religiosa alle strutture di ricovero sociali delle Aziende sanitarie, o con esse convenzionate, e alle strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3 - Il personale del servizio di assistenza religiosa

Il personale di assistenza religiosa si qualifica in: assistente religioso (sacerdote diocesano o religioso), diaconi, religiosi/e e laici. I sacerdoti sono assunti dall'Azienda sanitaria, mentre diaconi, religiosi/e e laici collaborano come volontari. Questa équipe di persone si configura in un organismo che in termini ecclesiali viene chiamata "Cappellania".

L'Azienda sanitaria e l'Ordinario diocesano concordano il numero degli assistenti religiosi (sacerdoti diocesani o religiosi), cui affidare il servizio di assistenza religiosa, sulla base dei criteri di cui ai commi successivi.

La dotazione di personale di assistenza religiosa è determinato in relazione al numero di posti letto dei presidi ospedalieri e

delle strutture di ricovero nell'Azienda sanitaria in modo tale che vi sia un Assistente religioso ogni 250 posti letto (con un'unità aggiuntiva per frazioni superiori al 50% di detto parametro), salvo quanto disposto dagli articoli successivi.

Deve essere previsto almeno un Assistente religioso in ogni presidio ospedaliero e, se funzionalmente accorpato, in ogni stabilimento di almeno 120 posti letto.

Per i presidi ospedalieri che superano i 1250 posti letto, il numero degli Assistenti religiosi è incrementato di una unità ogni 300 posti letto. Il parametro è arrotondato per eccesso alle centinaia.

Art. 4 - Destinatari del servizio di assistenza religiosa

Il servizio di assistenza religiosa, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini, è rivolto:

- agli assistiti delle strutture di ricovero di competenza territoriale dell'Azienda sanitaria;
- ai familiari dei medesimi assistiti;
- al personale dell'Azienda sanitaria, compatibilmente con l'assolvimento dei propri obblighi di servizio.

Art. 5 - Oggetto della prestazione

L'assistenza religiosa comprende:

il concorso ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale per l'apporto dell'assistenza religiosa al processo terapeutico dell'ammalato;

il ministero pastorale, attuato in forma individuale e/o comunitaria (Consiglio pastorale ospedaliero), con mezzi di comunicazione d'uso nell'attività ecclesiale e nel rispetto delle esigenze dell'ambiente di ricovero, mediante la celebrazione del culto divino, l'amministrazione dei sacramenti, la catechesi, l'organizzazione di attività pastorali e culturali a carattere religioso;

l'accompagnamento spirituale e umano, e la relazione di aiuto;

il contributo in materia di etica e di umanizzazione nella formazione del personale in attività di servizio e la eventuale presenza nei Comitati etici;

la promozione del volontariato per l'umanizzazione delle strutture, dei servizi e dei rapporti;

l'attenzione al dialogo interreligioso;

le prestazioni di carattere amministrativo per l'organizzazione e le esigenze di ufficio (certificazioni, corrispondenza, archivio, custodia della Cappella, degli arredi e suppellettili sacre).

Art. 6 - Assunzione e cessazione del personale di assistenza religiosa

Il personale di assistenza religiosa è assunto, a tempo indeterminato, dall'Azienda sanitaria su designazione dell'ordinario

diocesano, stanti le previsioni di cui all'art. n. 38 della legge n. 833/78 richiamato dal C.C.N.L. per il personale del Servizio Sanitario Nazionale - area di comparto, allegato n. 1, stipulato il 7.04.1999. Possono essere assunti gli assistenti religiosi in possesso dei seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana;
- godimento dei diritti politici;
- idoneità fisica.

Nell'ipotesi in cui l'ambito territoriale della USL comprenda più presidi ospedalieri i cui stabilimenti si trovino in diocesi diverse la designazione avviene da parte di ciascun ordinario diocesano relativamente al personale religioso da assegnare al presidio di riferimento territoriale. Il trattamento economico è quello previsto per la categoria D del C.C.N.L. del personale del Servizio Sanitario Nazionale - area di comparto.

La facoltà di recesso del personale di assistenza religiosa è esercitata per il tramite dell'ordinario diocesano il quale ha altresì la facoltà di richiedere all'azienda sanitaria la risoluzione del rapporto di lavoro.

Il servizio svolto dal personale di assistenza religiosa assunto in ruolo da parte dell'Azienda sanitaria instaura un rapporto speciale disciplinato dalla vigente normativa e dal presente protocollo.

Gli assistenti religiosi possono rimanere in servizio oltre il limite di età previsto per il collocamento a riposo, in regime di convenzione e compatibilmente con le norme in vigore, dietro richiesta dell'Ordinario diocesano, previo accertamento dell'idoneità fisica dell'interessato da parte dell'Azienda.

Il servizio di assistenza religiosa potrà essere assicurato dal personale di assistenza religiosa anche in regime convenzionale nei casi che saranno individuati nei protocolli attuativi tra aziende sanitarie e ordinari diocesani e comunque nelle ipotesi consentite dalle norme.

In tali fattispecie il trattamento economico da corrispondere, dovrà essere parametrato con quello attribuito al personale di ruolo, in relazione all'impegno garantito.

Art. 7 - Diritti e doveri del personale di assistenza religiosa

L'assistente religioso comunica alla Direzione aziendale i nominativi dei sacerdoti, diaconi, religiosi/e e laici, che collaborano continuativamente o saltuariamente come volontari pastorali.

In ogni caso di assenza nelle strutture nelle quali è presente una sola unità di personale religioso l'Ordinario Diocesano provvede alla norma di un sostituto al quale compete il trattamento economico base previsto per il personale sostituito.

I collaboratori del personale di assistenza religiosa, l'Ordinario diocesano e i parroci dei ricoverati hanno accesso ai

locali delle strutture di ricovero dell'Azienda sanitaria con le stesse modalità del personale di assistenza religiosa.

Il personale di assistenza religiosa dipendente, oltre all'aggiornamento obbligatorio organizzato dall'Azienda per il personale, ha diritto di partecipare a iniziative di aggiornamento facoltativo ai sensi dell'art. 29 del "CCNL del 7/4/99" nel rispetto della programmazione aziendale.

Il personale di assistenza religiosa collabora, nell'ambito del proprio rapporto di lavoro, alle iniziative di formazione e di educazione alla salute promossi dall'Azienda per quanto attiene la dimensione etica e di umanizzazione della professione e i valori legati alla salute.

Il personale di assistenza religiosa ha diritto di consumare i pasti (prima colazione, pranzo e cena) preparati dalle competenti strutture dell'Azienda e nel proprio alloggio, con oneri e agevolazioni corrispondenti a quelle riconosciuti agli altri dipendenti.

Art. 8 - Orario di servizio e reperibilità del personale di assistenza religiosa

Il personale di assistenza religiosa svolge i propri compiti, di cui al precedente art. 2, in orari concordati con la Direzione sanitaria per ciò che concerne le funzioni religiose.

La natura del servizio di assistenza religiosa comporta la necessità di assicurare il costante funzionamento del servizio stesso. A tale fine il personale di assistenza religiosa garantisce la propria reperibilità costantemente. Nulla è dovuto per detta reperibilità oltre la messa a disposizione dei locali di cui al successivo art. 10. Per tale motivo e per il ruolo speciale dovutogli dalla natura del ministero pastorale è esente dal registrare gli orari di servizio.

Art. 9 - Trattamento economico del personale di assistenza religiosa

Il trattamento economico del personale di assistenza religiosa è calcolato secondo quanto previsto dalla normativa contrattuale vigente con riferimento a quello applicato al personale di categoria "D" e con progressione economica orizzontale.

Art. 10 - Locali ed attrezzature del servizio di assistenza religiosa

Per lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa è garantito l'uso di locali (chiesa o cappella) per le funzioni di culto, altri locali per l'attività religiosa relativa ai servizi mortuari, una sacrestia e un locale ad uso di ufficio. Al servizio di assistenza religiosa è garantito, in orari concordati, l'uso non esclusivo di spazi aziendali per riunioni.

Al personale di assistenza religiosa viene messo a disposizione un locale per l'alloggio e relativi servizi, di regola interno o

comunque comunicanti con la struttura di ricovero, oppure in sede limitrofa, adeguatamente arredato.

Le usuali spese di culto, nonché quelle di conservazione degli arredi, suppellettili e attrezzature occorrenti per il funzionamento del servizio, la manutenzione ordinaria e straordinaria, le pulizie, nonché le spese di illuminazione e riscaldamento di tutti i locali adibiti al servizio di assistenza religiosa, sono a carico dell'Azienda sanitaria. Il personale di assistenza religiosa è, comunque, consegnatario responsabile dei beni mobili ed immobili destinati all'assolvimento del servizio.

Art. 11

Il presente Protocollo, con i dovuti adattamenti, potrà essere utilizzato quale disciplina di riferimento anche nel caso del servizio di assistenza religiosa in regime di Convenzione con le strutture di ricovero private accreditate.

Art. 12

La risoluzione di eventuali controversie tra Azienda sanitaria e Ordinario diocesano relativamente all'interpretazione e all'applicazione delle Intese e/o delle Convenzioni di cui all'art. 2, comma g), viene demandata ad una commissione regionale paritetica, nominata dalla Giunta regionale, così costituita:

- un membro designato dalla Giunta regionale;
- un membro designato dalla Conferenza Episcopale Pugliese;
- un membro designato d'intesa fra i membri di cui alle precedenti lettere a) e b).

*Per la Regione Puglia
Il Presidente della Giunta Regionale
RAFFAELE FITTO*

*Per la Conferenza Episcopale Pugliese
Il Presidente
Mons. COSMO FRANCESCO RUPPI
Arcivescovo Metropolitana di Lecce e
Legale rappresentante della Regione Ecclesiastica Puglia*

Art. 1. Natura

La Consulta Regionale per la Pastorale della Salute è un Organismo istituito dalla Conferenza Episcopale Pugliese con finalità di studio e di promozione nel settore della sanità; di tale Conferenza Episcopale è “l’espressione”²⁸ per un “un collegamento tra le consulte nazionale e diocesane”²⁹.

Art. 2. Sede

La Consulta ha sede presso la C.E.P. Il Presidente può indicare in altro luogo, più idoneo ed opportuno, la sede operativa della Consulta.

Art. 3. Fini

La Consulta si propone di:

- studiare i problemi connessi con la pastorale della salute ai diversi livelli sotto il profilo teologico, pastorale e giuridico in ordine all’evangelizzazione, alla catechesi, all’attività pastorale, all’orientamento culturale e all’elaborazione legislativa e per favorire altresì la partecipazione dei cristiani alla gestione civica della salute;
- incrementare nella comunità ecclesiale e nella società civile la formazione di una coscienza e di una visione cristiana riguardo ai problemi concernenti la vita e la morte, la salute e la sofferenza;
- sostenere l’attività ecclesiale di animazione cristiana del mondo della sofferenza affinché esso sia permeato dai valori cristiani nel rispetto della dignità della persona umana e dei diritti inalienabili del malato;
- collaborare, nell’ambito delle proprie finalità, alla formazione dei cappellani, degli assistenti religiosi e del personale, anche volontario, impegnato nei presidi della sanità pubblica, negli istituti privati e in altre strutture operanti nel territorio, fermi restando i compiti e i fini istituzionali delle singole associazioni professionali, dei seminari e degli Istituti di vita consacrata;
- promuovere, su richiesta della competente Autorità Ecclesiastica, iniziative per una più efficace e razionale distribuzione delle risorse ecclesiali con riferimento alle strutture e ai mezzi organizzativi e allo stesso personale;
- agevolare l’inserimento della pastorale della salute nei piani pastorali delle Chiese particolari;

²⁸ CONSULTA NAZIONALE DELLA CEI PER LA PASTORALE DELLA SALUTE, “La pastorale della salute nella chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria”, n. 71.

²⁹ Id., n. 71.

- favorire la conoscenza, la collaborazione e il coordinamento delle istituzioni e associazioni ecclesiali impegnate nel settore, comprese quelle di volontariato, nel rispetto dei fini e dell'autonomia di ciascuna;
- presentare idonee proposte di interventi ai competenti organi della C.E.P.

Art. 4. Compiti

“I compiti della consulta regionale possono così essere sintetizzati:

- promuovere e coordinare le attività delle consulte diocesane;
- favorire iniziative a livello regionale (convegni, discorsi...) tese a sensibilizzare la popolazione ai problemi della salute e dell'assistenza e a formare gli operatori sanitari e pastorali;
- operare opportuni collegamenti con gli organismi regionali civili preposti all'assistenza sanitaria, contribuendo a rendere più consoni ai valori umani e cristiani gli eventuali interventi legislativi regionali”³⁰;
- agisce in stretta collaborazione con l'Istituto Pastorale Pugliese.

Art. 5. Ruoli e Organi

I ruoli nella consulta sono: il Presidente, l'Incaricato Regionale e il Segretario. Gli Organi della Consulta sono l'Assemblea e il Gruppo di coordinamento.

Art. 6. Il Presidente

Il Presidente è il Vescovo delegato C.E.P. per il Servizio della Carità e della Pastorale della Salute. Il Presidente convoca e presiede le riunioni dell'Assemblea e nell'esercizio delle sue funzioni di direzione dell'attività della Consulta, si avvale della collaborazione dell'Incaricato Regionale per la Pastorale della Salute.

Art. 7. L'Incaricato Regionale

La consulta regionale di Pastorale della Salute è “guidata da un Incaricato Regionale, nominato dalla Conferenza Episcopale della Regione”³¹, su proposta del Vescovo delegato. Egli opera d'intesa con il Vescovo Delegato. È un sacerdote ed è affiancato dall'Incaricato Laico, che insieme all'Incaricato Regionale rappresenta la nostra Consulta presso la Consulta Nazionale di Pastorale della Salute.

L'Incaricato Laico è nominato dal Vescovo Delegato, sentito l'Incaricato Regionale.

³⁰ Id., n. 74.

³¹ Id., n. 72.

Art. 8. Il Segretario

Il Presidente, su proposta dell'Incaricato Regionale per la Pastorale della Salute, nomina un Segretario, responsabile dell'Ufficio di segreteria e dell'archivio che tiene diligentemente aggiornati; su mandato del Presidente trasmette le convocazioni dell'Assemblea e ne redige e custodisce i verbali; inoltre invia copia della documentazione e dei verbali al Segretario della C.E.P. e ai membri della Consulta medesima. Qualora sia scelto tra i membri esterni all'Assemblea, ne fa parte egualmente, senza diritto di voto.

Art. 9. L'Assemblea

Fanno parte dell'Assemblea della Consulta per la Pastorale della Salute con diritto di voto:

- il Presidente;
- l'Incaricato Regionale;
- l'Incaricato Laico;
- "i Delegati Diocesani della Pastorale della Salute;
- i Rappresentanti di organismi e gruppi impegnati nel settore (cappellani, associazioni, movimenti);
- alcuni esperti"³²;
- un Rappresentante degli Istituti di vita consacrata operanti nel settore sanitario designati rispettivamente dal C.I.S.M. e dall'U.S.M.I.;
- il Segretario, che non ha diritto di voto se non è delegato diocesano di Pastorale della Salute o un rappresentante eletto tra i responsabili degli organismi e gruppi operanti nel settore.

Art. 10. Le riunioni dell'Assemblea

La Consulta Regionale è convocata in sessione ordinaria dal Presidente, o dell'Incaricato Regionale su mandato del Presidente, di norma due volte l'anno; una sessione è dedicata all'approvazione del programma annuale.

La Consulta può essere convocata a giudizio del Presidente in sessione straordinaria con le medesime modalità.

Le sessioni sono validamente costituite se è presente la maggioranza assoluta dei membri.

Le decisioni sono validamente assunte se hanno il voto favorevole della maggioranza assoluta dei presenti. Le proposte di modifica del presente regolamento devono essere approvate dalla maggioranza assoluta dei membri della Consulta.

Art. 11. Il Gruppo di coordinamento

Il gruppo di coordinamento della Consulta Regionale di Pastorale della salute è composto:

³² Id., n. 73.

- dal Presidente;
- dall'Incaricato Regionale;
- dall'Incaricato Laico;
- dal Segretario;
- da un rappresentante di Metropolia eletto dai rispettivi incaricati diocesani;
- da *esperti e invitati* individuati per la loro competenza, i quali partecipano ai lavori dell'Assemblea senza diritto di voto.

Il gruppo di coordinamento predisporrà il lavoro dell'Assemblea e redigerà la bozza del Programma e del Piano delle attività da sottoporre alla valutazione dell'Assemblea.

Art. 12. Le riunioni del Gruppo di coordinamento

Le riunioni del gruppo di coordinamento sono convocate, su indicazione dell'Incaricato Regionale, dal Presidente, che le presiede, ogni volta che lo ritenga opportuno per lo svolgimento dei compiti definiti da questo Regolamento, nonché prima e/o dopo le riunioni della Consulta Nazionale.

Art. 13. Commissioni di settore

Per lo studio di problemi, per la realizzazione di attività e per esigenze determinate che richiedono competenza specifica il Presidente può costituire commissioni di settore.

Art. 14. Rapporti con gli organi della C.E.P.

Attraverso il Vescovo delegato per il Servizio della Carità e della Pastorale della Salute sono sottoposti all'esame e all'approvazione dei competenti organi della C.E.P.:

- il programma annuale di attività;
- le conclusioni e le proposte elaborate;
- eventuali documenti o dichiarazioni che si intendessero pubblicare.

Art. 15. Informazione

Per mantenere i collegamenti e offrire informazione la Consulta può pubblicare un notiziario periodico o utilizzare strumenti già esistenti.

Art. 16. Mezzi economici

Il finanziamento dell'attività della Consulta è subordinato all'approvazione da parte della Presidenza della C.E.P. del preventivo annuale di spesa da presentare entro il 30 settembre dell'anno precedente.

Art. 17. Durata delle cariche

I membri della Consulta sono nominati dai rispettivi vescovi della C.E.P. per un quinquennio e possono essere confermati; tutti esercitano le loro funzioni a titolo gratuito.

Se un membro decade per qualsiasi motivo il sostituto viene designato e nominato con le medesime modalità fino al completamento del quinquennio.

Art. 18. Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento, valgono le disposizioni del diritto canonico, dello Statuto e del Regolamento della C.E.P.

Art. 19. Validità del Regolamento

La C.E.P. nell'approvare il presente testo ne fissa la validità e la durata, alla scadenza della quale, se non vi è una nuova deliberazione, il presente regolamento si intende riconfermato per lo stesso periodo della precedente approvazione.

Il Piano Sanitario Regionale 2000/2002, approvato con Decreto Presidenziale dell'11 maggio 2000 e pubblicato sulla GURS n. 26 del 2 giugno 2000, al punto 3.4.1 dispone che il servizio di Assistenza Religiosa – previsto dall'art. 38 della L. n. 833/78 – ha il compito di assicurare presso tutte le strutture di ricovero del S.S.R. l'Assistenza Religiosa sulla base, in particolare per il culto cattolico, di intese con gli organi diocesani competenti per territorio e secondo uno schema di convenzione predisposto di intesa con la Conferenza Episcopale Siciliana ed approvato dalla Giunta Regionale.

Nella presente intesa sono, quindi, individuati una serie di indirizzi e direttive a carattere generale per la disciplina del servizio cui dovranno attenersi le Aziende UU.SS.LL. e le Aziende Ospedaliere in sede di stipula degli accordi per il culto cattolico.

ART. 1

Il Servizio di Assistenza Religiosa ha il compito di assicurare presso le strutture di ricovero sanitarie e sociosanitarie del S.S.R. l'adempimento delle pratiche di culto ed il soddisfacimento delle esigenze spirituali proprie del culto cattolico, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini

ART. 2

L'Assistenza Religiosa comprende, in particolare:

- a. Il ministero spirituale attuato in forme individuali e comunitarie attraverso la celebrazione dei culti, l'amministrazione dei sacramenti, la catechesi e l'organizzazione di attività pastorali, culturali e religiose;
- b. Il contributo in materia etico-religiosa nei Comitati etici e nella formazione del personale in attività di servizio;
- c. Il concorso, ai fini istituzionali, del S.S.R. per rapporto dell'Assistenza Religiosa al processo terapeutico degli ammalati.

ART. 3

L'Assistente Religioso, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini, svolge in piena autonomia operativa, con dipendenza esclusiva del Vescovo, le attività dirette all'amministrazione dei sacramenti, alla cura delle anime, alla catechesi e all'esercizio del culto nei confronti dei pazienti, dei familiari e del personale.

A richiesta dei ricoverati o dei loro congiunti che li assistono, eventuali esigenze terapeutiche non possono, in caso di pericolo di vita, impedire al personale di assistenza religiosa, ai suoi collaboratori o ai sacerdoti, che garantiscono la reperibilità, di svolgere il proprio ministero.

Agli stessi ricoverati dovrà, altresì, essere garantita la terapia impartita dal personale medico curante.

ART. 4

Per le esigenze di collegamento funzionale del servizio di Assistenza Religiosa con gli altri servizi delle Aziende UU.SS.LL. e delle Aziende Ospedaliere, l'assistente Religioso opera di intesa con il Direttore Sanitario uniformandosi alle indicazioni tecnico-organizzative.

ART. 5

Il Direttore Generale, nel rispetto degli indirizzi stabiliti nel presente accordo, delibera l'istituzione del Servizio di Assistenza religiosa.

ART. 6

La dotazione di personale di assistenza religiosa è determinata in relazione al numero dei posti letto dei presidi ospedalieri e delle altre strutture di ricovero esistenti nel territorio di ciascuna Azienda USL, in modo tale che vi sia una unità per ogni 300 posti letto con aggiunta di una unità in caso di frazioni superiori al 50%.

Il Servizio deve essere comunque organizzato in modo tale da assicurare l'assistenza religiosa in ogni presidio ospedaliero o struttura di ricovero.

ART. 7

Nelle Aziende Ospedaliere il Servizio di Assistenza Religiosa deve essere organizzato in modo tale da assicurare un Assistente Religioso per ogni presidio ospedaliero con la maggiorazione di una unità per ogni 300 posti letto oltre i primi 300. Per i presidi ospedalieri che superano i 600 posti letto il numero è incrementato di una unità oltre i primi 350 posti letto.

ART. 8

Il Servizio di Assistenza Religiosa è affidato ad Assistenti Religiosi assunti dal Direttore Generale su proposta dell'Ordinario diocesano competente per territorio, ai sensi dell'art.9, comma 3, del DPR n.761 del 20.dicembre.1979.

ART. 9

Il Servizio può essere assicurato anche da unità di personale religioso in regime di convenzione:

- a. quando l'Assistente Religioso assunto intende continuare, con l'assenso dell'Ordinario e del Direttore Generale, lo svolgimento del servizio oltre il 65° anno di età;
- b. quando le funzioni di Assistenza Religiosa sono svolte per un numero di posti letto inferiore a 300;
- c. per accordo tra il Direttore Generale e la competente autorità religiosa.

ART. 10

L'assunzione del personale di Assistenza Religiosa è effettuata per chiamata con deliberazione del Direttore Generale su designazione dell'Ordinario diocesano competente per territorio.

Spetta allo stesso Ordinario diocesano la designazione degli Assistenti Religiosi supplenti in caso di temporanea assenza dei titolari per aspettativa, congedi o riposo.

ART. 11

La nomina dell'Assistente Religioso instaura un rapporto di lavoro speciale disciplinato dalla vigente normativa e dalla presente intesa.

ART. 12

Il trattamento economico è quello previsto dai vigenti contratti di lavoro per il personale del comparto Sanità.

In caso che il rapporto sia di natura convenzionale il trattamento economico dovrà essere parametrato con quello attribuito al personale di ruolo.

ART. 13

L'esonero del personale religioso per gravi e documentati motivi segnalati dall'Azienda Sanitaria è disposto d'intesa con l'Ordinario diocesano.

ART. 14

Per l'esercizio della propria opera pastorale, gli Assistenti Religiosi dipendono dall'Ordinario diocesano, il quale provvede alla determinazione ed alla ripartizione dei compiti fra gli Assistenti Religiosi in servizio presso la stessa Azienda USL o Azienda Ospedaliera.

ART. 15

L'Assistente Religioso può essere coadiuvato da altri sacerdoti, diaconi e laici.

L'Assistente Religioso comunica alla Direzione generale i nominativi dei sacerdoti, dei diaconi e dei laici che lo coadiuvano continuativamente o saltuariamente senza oneri a carico dell'Azienda USL o dell'Azienda Ospedaliera. Tali collaboratori del personale di assistenza religiosa hanno accesso ai locali delle strutture di ricovero con le stesse modalità del personale di assistenza religiosa.

ART. 16

La natura del Servizio di Assistenza Religiosa comporta la necessità di assicurare il costante funzionamento del servizio stesso.

Conseguentemente il personale di Assistenza Religiosa è sempre a disposizione per i casi urgenti e svolge i suoi compiti in orari fissi comunicati all'Azienda USL ed all'Azienda Ospedaliera e comunque non inferiori al monte orario mensile previsto dalle norme vigenti.

ART. 17

Fuori dagli orari di cui al precedente articolo ed in ogni altro caso di assenza dal servizio anche di notte, preventivamente comunicata all'Azienda USL o Azienda Ospedaliera, l'Assistenza Religiosa è assicurata per i casi urgenti da persone designate dall'Assistente Religioso ove risulti essere unico in servizio. La reperibilità per i casi urgenti fuori dall'orario di servizio, in caso di presenza di due o più Assistenti Religiosi, è assicurata a turno dagli Assistenti medesimi. Nessun compenso è dovuto per tale caso di reperibilità.

ART. 18

All'Assistente Religioso, indipendentemente dai parametri e dalla dimensione strutturale dell'Azienda Sanitaria, dovrà essere garantito l'uso di una cappella e di un ufficio con relativi arredi, attrezzature, accessori.

L'Azienda USL o l'Azienda Ospedaliera dovrà inoltre mettere a disposizione dell'Assistente Religioso, previa corresponsione di un canone determinato giusta le indicazioni di cui al Capo II della L.09.dicembre. 1998, n. 31, un locale per l'alloggio e relativi servizi, di regola interno o comunque comunicante con le strutture di ricovero, oppure i sede limitrofa, adeguatamente arredato

In caso di temporanea indisponibilità dei locali, di cui ai commi precedenti, l'Azienda USL o l'Azienda Ospedaliera prevederà un termine entro il quale mettere i medesimi a disposizione del personale di assistenza religiosa. In tale caso, il servizio verrà comunque attivato anche con soluzioni operative provvisorie, ma comunque adeguato al decoro della funzione.

In sede di intesa tra Azienda USL o Azienda Ospedaliera e Ordinario competente per territorio, verranno altresì disciplinate le modalità d'uso di sacrestie relative ai servizi mortuari, nonché di una sala per riunioni anche in uso non esclusivo con relative attrezzature.

Le usuali spese di culto, nonché quelle di conservazione degli arredi, suppellettili ed attrezzature occorrenti per il funzionamento del servizio, la manutenzione ordinaria e straordinaria, le pulizie (escluse quelle dell'alloggio se esterno alla struttura chiusa), nonché le spese di illuminazione e riscaldamento di tutti i locali adibiti al servizio di assistenza religiosa, sono a carico dell'Azienda USL o Azienda Ospedaliera, fermo restando comunque che l'assistente religioso è consegnatario e responsabile dei beni mobili ed immobili destinati, o comunque necessari, per l'assolvimento del servizio oggetto della presente intesa.

ART. 19

La soluzioni di eventuali controversie relative all'interpretazione o all'applicazione dell'intesa tra Azienda USL o Azienda Ospedaliera e Ordinario, anche con riferimento alla compatibilità dell'applicazione agli Assistenti Religiosi della legislazione relativa al personale del comparto sanità, in considerazione della peculiarità del loro servizio, è demandata ad apposita commissione regionale, così costituita:

- a. un componente designato dal Presidente della Regione Siciliana;
- b. un componente designato dalla Conferenza Episcopale della Sicilia;
- c. un componente designato dall'Assessore Regionale alla Sanità;
- d. un componente designato, in rappresentanza degli Assistenti Religiosi, dal Vescovo delegato per la pastorale della Sanità della Sicilia;
- e. un componente con funzioni di Presidente, designato di intesa tra i membri di cui alle lettere precedenti. In caso di mancata intesa, nel termine di cui al comma successivo, il quinto componente, di cui alla lettera e), sarà designato dal Presidente del Tribunale di Palermo.

La Commissione, di cui al comma precedente, verrà costituita con Decreto del Presidente della Regione, entro tre mesi dalla firma della presente intesa.

Nelle intese tra singole Aziende UU.SS.LL. o Aziende Ospedaliere ed Ordinario competente per territorio, le parti contraenti si impegneranno ad accettare e a dare pronta esecuzione alle decisioni della Commissione anzidetta.

La Commissione ha sede presso l'Assessorato Regionale per la Sanità e le funzioni di segretario della Commissione sono svolte da un funzionario o dirigente designato dall'Assessore Regionale alla sanità.

La Commissione approva, se ritenuto opportuno, un regolamento interno per il suo funzionamento.

ART. 20

Per quanto non espressamente previsto o richiamato nei precedenti articoli, operano comunque le vigenti disposizioni legislative o contrattuali disciplinanti la materia, nonché, ove applicatili, le eventuali prescrizioni generali e specifiche del codice civile.

*Per l'Assessorato Regionale della Sanità
L'Assessore Regionale della Sanità.
On.le Prof. GIUSEPPE PROVENZANO*

*Per la Conferenza Episcopale Siciliana
Il Presidente
S. E. il Sig. Cardinale SALVATORE DE GIORGI*

La **Regione Umbria** (C. F. n. 80000130544), rappresentata nella persona del Presidente pro-tempore On. Maria Lorenzetti, nata a Foligno il 16 marzo 1953, domiciliato, ai fini della presente convenzione, in Perugia - Corso Vannucci

e la **Conferenza Episcopale Umbra**, rappresentata nella persona del Presidente Mons. Sergio Goretti nato a Città di Castello il 2 aprile 1929, domiciliato, ai fini della presente convenzione, in Assisi, Piazza Vescovado

Premesso che

1) il servizio di assistenza religiosa ha il compito di assicurare presso le strutture di ricovero l'esercizio della libertà religiosa, l'adempiimento delle pratiche di culto e il soddisfacimento delle esigenze spirituali proprie della confessione cattolica, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini;

2) il servizio di assistenza religiosa presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Nazionale è garantito da una legge dello Stato (art. 38, comma 1 L. 833/78), la quale demanda alle Regioni il compito di regolamentare tramite Intese il servizio stesso con gli Ordinari Diocesani;

3) nella Regione Umbria sono presenti n. 4 Aziende USL e due Aziende Ospedaliere, e che alla Regione spettano compiti di indirizzo generale, conseguentemente i contraenti di questa Intesa sono due: la Regione Umbria e la Conferenza Episcopale Umbra.

Le Aziende del Servizio Sanitario Nazionale, nonché le strutture sanitarie private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, e gli Ordinari Diocesani competenti per il territorio non dovranno far altro che assumere l'Intesa e farla propria con una delibera;

4) il Protocollo d'Intesa non parla più di semplici assistenti religiosi, ma di personale di assistenza religiosa, rimandando con questo termine ad una vera équipe, che in termini pastorali si chiamerà "Cappellania": a svolgere questo servizio i sacerdoti potranno essere coadiuvati da diaconi, religiosi/e e laici, debitamente formati e abilitati dall'Ordinario Diocesano;

assunte le seguenti definizioni:

- L'Azienda Unità Sanitaria Locale e l'Azienda Ospedaliera sono indicate con la dicitura "Azienda Sanitaria";
- l'Ordinario Diocesano competente per territorio per il culto cattolico è indicato come "Ordinario Diocesano";
- la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale è indicata come "Legge 833/78";
- questo protocollo d'intesa, stipulato in data 19 novembre 2001 tra la Giunta Regionale Umbra e la Conferenza Episcopale Umbra per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica nelle strutture di ricovero delle Aziende Sanitarie, è indicato come "protocollo d'intesa".

convengono al seguente protocollo di Intesa
per la disciplina del servizio di assistenza religiosa cattolica
nelle strutture di ricovero delle Azienda Sanitaria:

1. - Soggetti della assistenza religiosa

L'Azienda Sanitaria provvede a garantire l'assistenza religiosa nell'ordine e con i mezzi che le sono propri.

L'esercizio di detto servizio nella sfera dell'azione spirituale e pastorale è prerogativa della competente Autorità ecclesiastica.

2. - Oggetto della prestazione

L'assistenza religiosa comprende:

- a) il ministero spirituale, attuato in forma individuale e comunitaria con mezzi di comunicazione d'uso nell'attività ecclesiale e nel rispetto delle esigenze dell'ambiente di ricovero, mediante la celebrazione del culto divino, l'amministrazione dei Sacramenti, la catechesi, l'organizzazione di attività pastorali e culturali religiose;
- b) il cooperare, attraverso la propria specificità, al processo terapeutico dell'ammalato;
- c) la relazione di sostegno psicologico a livello umano e sociale;
- d) il contributo in materia etico-religiosa nei Comitati etici e nella formazione del personale in attività di servizio;
- e) le prestazioni di carattere amministrativo per l'organizzazione e le esigenze di ufficio (certificazioni, corrispondenza, archivio, custodia della cappella, degli arredi e suppellettili sacre, ecc.).

Il servizio di assistenza religiosa è assicurato presso le strutture di ricovero del Servizio Sanitario Regionale.

3. - Destinatari della assistenza religiosa

Il servizio di assistenza religiosa è rivolto, nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza dei cittadini:

- agli assistiti delle strutture di ricovero di competenza territoriale dell'Azienda Sanitaria;
- ai familiari dei medesimi assistiti;
- al personale dell'Azienda Sanitaria, compatibilmente con l'assolvimento dei propri obblighi di servizio.

4. - Qualificazione e dotazione del personale di assistenza religiosa

- a) Il personale di assistenza religiosa, debitamente abilitato dall'Ordinario Diocesano del luogo, si qualifica in: assistente religioso (presbitero), diaconi, religiosi/e e laici. I presbiteri sono assunti dalla Azienda Sanitaria, mentre diaconi, religiosi/e e laici coadiuvano al lavoro dei presbiteri, a titolo di volontariato. Questa équipe di persone, con connotazioni e compiti diversi, configura quella che in termini pastorali viene chiamata "cappellania".
- b) L'Azienda Sanitaria, d'intesa con l'ordinario Diocesano, determina il numero del personale di assistenza religiosa, cui affidare il servizio.

Al fine di garantire qualità, efficienza ed efficacia nell'assolvimento del servizio, il numero degli assistenti religiosi, viene concordato in funzione dei seguenti criteri:

- numero dei posti letto;
 - numero di ricoveri riferito all'anno precedente;
 - numero e dimensioni delle strutture di ricovero, loro eventuale articolazione in più sedi e dislocazione delle stesse sul territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria.
- c) Ogni Azienda Sanitaria dotata di uno o più Presidi Ospedalieri, deve avere almeno un assistente religioso.
- d) Nelle Aziende Sanitarie, con esclusione delle Aziende Ospedaliere, il rapporto "Assistente religioso/numero posti letto", è fissato a "1:250", con una unità aggiuntiva per frazioni superiori al 50% di detto parametro. Ulteriori unità saranno proporzionalmente aggiunte, ove la durata della degenza fosse in media inferiore ad una settimana. In particolare nelle Aziende Sanitarie con un numero di presidi ospedalieri superiore a quattro, al fine di una adeguata distribuzione del personale religioso, saranno previste in rapporto proporzionale ulteriori unità di assistenti religiosi, con i quali stipulare, ove se ne configuri la necessità, anche un contratto a part-time. Nei presidi ospedalieri con un numero di posti letto inferiore a 50 il rapporto di lavoro dell'assistente religioso è esclusivamente a part-time.
- e) Nelle Aziende Ospedaliere, considerata la concentrazione dei reparti di degenza prevalentemente in un'unica sede, il rapporto assistente religioso/numero posti letto è fissato a 1:300, con una unità aggiuntiva per frazioni superiori al 50% di detto parametro e con una ulteriore unità aggiuntiva nel caso di presidi articolati in più sedi.
- f) Nella Azienda Sanitaria Locale n. 3, per l'attività concernente l'intervento riabilitativo altamente specializzato ed integrato nelle celebrosioni acquisite presso il Centro di Trevi, è prevista una unità aggiuntiva a tempo parziale;
- g) Nella Azienda Sanitaria Locale n. 2, considerata la peculiare e complessa attività concernente il servizio di ricovero psichiatrico nella città di Perugia è prevista una unità aggiuntiva a tempo parziale;
- h) È consentito convertire un rapporto a tempo pieno scaturito dalla applicazione dei suddetti parametri in due rapporti a tempo parziale.

5. - Rapporti con l'Azienda Sanitaria: contratto di lavoro

- a) L'assunzione in servizio dell'assistente religioso è effettuata per chiamata con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria su designazione dell'Ordinario Diocesano di competenza. All'Ordinario Diocesano di competenza spetta altresì la designazione degli Assistenti religiosi supplenti in caso di temporanea assenza o impedimenti dei titolari, per aspettativa, congedo o riposo. In tali fattispecie il trattamento economico da corrispondere dovrà essere parametrato con quello attribuito al personale di ruolo. Considerata la peculiarità del servizio, su indicazione dell'Ordinario possono essere assunti o rimanere in servizio anche assistenti

- religiosi di età superiore ai 65 anni e comunque non oltre i 70. L'esonero dal servizio del personale di assistenza religiosa, per gravi e documentati motivi segnalati dall'Azienda Sanitaria, è disposto, d'intesa con l'Ordinario Diocesano. In caso di mancata intesa e per reiterate e documentate violazioni contrattuali o comportamentali, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria può disporre l'esonero dal servizio.
- b) Il personale di assistenza religiosa ha facoltà di partecipare a corsi specifici di formazione e di aggiornamento usufruendo degli istituti contrattuali previsti in materia.
 - c) Il personale di assistenza religiosa fa parte del Comitato etico locale dell'Azienda Sanitaria.
 - d) Nell'esercizio dell'apostolato e dell'azione pastorale il personale di assistenza religiosa dipende unicamente dall'Ordinario Diocesano, a norma delle leggi della Chiesa.

Per qualsiasi osservazione che possa riguardare il comportamento in servizio del personale di assistenza religiosa in rapporto al loro ministero, il Direttore Generale renderà edotto l'interessato e, in caso di recidiva, riferirà all'Ordinario Diocesano per gli eventuali provvedimenti.

Per tutte le altre attività ed implicazioni estranee alla sfera religiosa e pastorale il personale di assistenza religiosa dipende dall'amministrazione dell'Azienda Sanitaria, della quale è tenuto a rispettare le norme regolamentari, compatibilmente con la peculiarità del proprio servizio.

6. - Organizzazione della assistenza religiosa

L'organizzazione dell'assistenza religiosa è coordinata con le esigenze degli altri servizi del presidio ospedaliero.

L'assistente religioso può essere coadiuvato da altre persone, sempre designate dall'Ordinario Diocesano. A tale scopo l'Ordinario Diocesano comunica alla direzione aziendale i nominativi dei sacerdoti, religiosi/e, diaconi e laici, che coadiuvano continuativamente o saltuariamente, senza oneri per l'Azienda Sanitaria, l'assistente religioso. Il personale di assistenza religiosa, l'Ordinario Diocesano e i parroci dei ricoverati hanno accesso ai locali delle strutture di ricovero dell'Azienda Sanitaria con le stesse modalità dell'assistente religioso.

La natura del servizio di assistenza religiosa comporta la necessità di assicurare il costante funzionamento del servizio stesso con la presenza del necessario personale nell'arco delle ventiquattro ore per tutti i giorni della settimana, con responsabilità solidale dei singoli.

La continuità dell'assistenza è assicurata con l'organizzazione di un servizio di guardia attiva sulla base dell'orario contrattuale previsto e un servizio di attesa durante le ore notturne, senza organici autonomi, da effettuarsi ad integrazione e nell'ambito della normale attività liturgico-pastorale ed amministrativi, secondo turni di lavoro opportunamente articolati, prevedendo anche opportune forme di reperibilità soprattutto nel caso di assistenti religiosi con contratto a part-time.

In quelle strutture ove risulti assegnato un solo assistente religioso, l'Azienda Sanitaria dovrà garantire, in caso di ferie o comunque di assenza giustificata del titolare, la sostituzione retribuita.

Il personale di assistenza religiosa collabora, nell'ambito del proprio rapporto di lavoro, alle iniziative di formazione e di educazione alla salute promosse dall'Azienda per quanto attiene alla dimensione etica-esistenziale della professione e ai valori legati alla salute.

Il personale di assistenza religiosa ha diritto di consumare i pasti presso la mensa aziendale, ove questa è attivata, al costo determinato per il restante personale dipendente.

7. - Locali ed attrezzature

Per l'espletamento del servizio di assistenza religiosa ed il buon andamento del culto (tenendo conto che la stessa persona opera 24 ore su 24) dovranno essere adeguati ed in buon ordine:

- a) i locali della cappella e della sacrestia con relative attrezzature;
- b) una sala riunioni, anche in uso non esclusivo, per le esigenze delle attività pastorali;
- c) i locali di alloggio del personale di assistenza religiosa, nonché i locali di ufficio, con opportune attrezzature (telefono abilitato alle comunicazioni urbane ed interurbane, cercapersone, ecc.).

8. - Finanziamento delle spese di servizio

Le spese di culto, quelle di acquisto e di conservazione degli arredi, suppellettili ed attrezzature occorrenti per il funzionamento del servizio, la manutenzione ordinaria e straordinaria, la pulizia ed il riassetto, nonché le spese di illuminazione, riscaldamento di tutti i fabbricati ed i locali adibiti al servizio sono a carico dell'Azienda Sanitaria.

L'assistente religioso, ai fini dell'inquadramento retributivo, viene inserito nella categoria "D", prevista dall'accordo di lavoro attualmente vigente.

9. - Controversie

La nomina instaura un rapporto di impiego a carattere speciale, disciplinato dalla presente intesa ad integrazione della vigente normativa in materia e delle norme contrattuali in vigore.

Il presente protocollo costituisce fonte giuridica dell'ordinamento del servizio di assistenza religiosa da deliberarsi da parte dell'Azienda Sanitaria e impegna le parti firmatarie ad una verifica trascorsi cinque anni dalla data della stipula e comunque qualora se ne dovessero ravvisare oggettive e concrete esigenze da una delle parti.

Nei dubbi interpretativi e nei casi non previsti si farà ricorso ad ulteriore accordo tra le parti e, delle materie riguardanti il personale, alla evoluzione dello stato giuridico ed economico del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

Letto, confermato e sottoscritto.

Perugia, 19 novembre 2001

*On.le MARIA RITA LORENZETTI
Presidente della Regione Umbria*

*Mons. SERGIO GORETTI
Presidente Conferenza Episcopale Umbra*