

**LUOGHI E MODALITA' DI PROMOZIONE DELLA SALUTE  
NELLA SOCIETA' CONTEMPORANEA  
Dott. Massimo Petrini, docente di bioetica**

**Sommario.** Chi guarda oggi la pastorale della salute potrebbe osservare che ad una notevole elaborazione teologica non corrisponde una altrettanto vivacità nella pastorale praticata. Perché nella pratica forse ci si pone di fronte a situazioni nuove ma ancora fortemente influenzati da modalità storiche. Ne è la dimostrazione che di fatto, in fondo, il primo pensiero è ancora la figura del cappellano in ospedale per l'assistenza religiosa ai pazienti, certamente meritoria, ma che oggi non rappresenta tutta la potenzialità della pastorale della salute.

**Pastorale della salute dalle caratteristiche della missionarietà.**

La pastorale della salute non può accostarsi alle altre pastorali, ma in senso più in generale, dispone dei mezzi per fare da sfondo alla pastorale della Chiesa.

Il desiderio di salute è in fondo un barlume, una anticipazione della salvezza, la salute nella accezione di pienezza. Ora alla luce di queste parole esistono i "sani" ? Cioè esiste qualcuno per il quale il messaggio di Gesù, se ascoltato, non arreca guarigione e speranza ?

Il documento "*La pastorale della salute nella Chiesa italiana*" della Consulta nazionale della CEI per la pastorale sanitaria, già nel 1989, afferma che la pastorale della salute può essere descritta "*come la presenza e l'azione della chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura*". Ma il documento afferma ancora che "*non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione, ai valori della vita e della salute*" (n. 19)

La pastorale della salute deve avere caratteristiche di missionarietà, in una società multiculturale e sempre più multireligiosa. Missionarietà perché si deve portare un annuncio di salute/salvezza in un ambito sociosanitario prettamente dedicato con metodologie "terrene" a patologie "terrene", ma anche in una società che vede l'affievolirsi delle evidenze etiche e, il soggettivismo delle coscienze, unitamente al confronto con il pluralismo culturale ed etico e quindi al rischio di non poter più fare riferimento a un ethos condiviso, soprattutto in ordine alle grandi domande esistenziali, riferite al senso del nascere, del vivere e del morire (Nota pastorale "*Predicare il vangelo e curare i malati*", n. 16)

E teniamo presente che molte risposte etiche della Chiesa sono anche presentate dalla grande stampa in maniera distorta. Ora tutti coloro che lavorano nelle istituzioni assistenziali, con qualche qualifica professionale, possono essere adepti di questa cultura e provenire da una formazione esclusivamente tecnica con scarsa attenzione alla persona dell'assistito.

**LA FIGURA DEL CAPPELLANO OSPEDALIERO**

Seguendo la tradizione, allora, vediamo in primis la figura del cappellano ospedaliero. Deve essere sempre più in professionista come le altre figure professionali sociosanitarie. La sua professionalità è data dall'assistenza spirituale, che accanto a quella psicologica e clinica costituiscono la modalità per quell'assistenza olistica da tutti oggi ritenuta indispensabile. Questa dovrebbe essere la motivazione fondamentale. Il dato assistenziale, un dato scientifico, un dato obiettivo. E che un domani dovrebbe operare accanto ad operatori pastorali di altre religioni o confessioni cristiane, che possiamo già ipotizzare almeno dell'Islam e dell'Ortodossia, considerati i flussi migratori.

**Il cappellano e la convivenza con le situazioni di sofferenza.** Un professionista capace di colloquiare a pieno titolo con le componenti sanitarie e attore di quella "**umanizzazione dell'assistenza**" tanto invocata. I suoi "pazienti" infatti dovrebbero essere non solo gli "ospiti" dell'istituzione, ma anche i familiari e gli stessi operatori professionisti.

L'assistenza è vista tradizionalmente tra operatori "sani" che assistono "persone malate". Ma è così veramente? Ma è tutto vero come appare? Ignorare problematiche psicologiche e spirituali non significa che queste non esistano. Accanto alle problematiche personali, la convivenza quotidiana con le situazioni di dolore, di sofferenza può suscitare nell'operatore professionale numerosi e ambivalenti sentimenti di compassione e di pietà generati dalla sofferenza dell'altro, possiamo trovare anche sentimenti di repulsione, paura, rabbia, ansia, evocati per esempio dalle grida strazianti o dai lamenti incessanti. In questa prospettiva l'operatore professionale è veramente "sano", tenuto conto che una stessa umanità contraddistingue il medico e il paziente?

Questa situazione umana comporta limiti derivanti dalla stessa natura umana, condivisa sia dall'operatore che dal paziente, e pone ambedue su di un piano di uguaglianza. Una assistenza allora che è più realistico definire un incontro di umanità ferite. Anche per l'operatore medico, infermieristico, tecnico esiste la possibilità di ammalarsi, anche l'operatore ha la certezza di morte, anche l'operatore può aver paura della propria malattia, della propria disabilità, della propria morte. Ma ancora, la salute non è solo assenza di malattia. Essere in salute significa essere in armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente: sia l'ambiente naturale, sia quello socio-culturale, e non certamente per ultimo, per molti è anche un buon rapporto con il Trascendente.

Uno stato di salute che è momentaneo, che si perde e si riacquista nel corso della vita quotidiana. Ma ancora, quali esperienze di malattia, di disabilità, di vecchiaia, di morte hanno segnato l'esperienza personale dell'operatore? Ma ancora, che significato dà l'operatore alla sofferenza che incontra quotidianamente in un bambino?, in un anziano, in un morente?

E in senso più generale, che risposte si danno a domande quali: "Ha un senso questa sofferenza umana?" Ecco, allora, una seconda domanda assistenziale, dopo quella dell'ospite e dei suoi familiari, che interpella il cappellano, perché il livello assistenziale dipende da questa considerazione. Una sofferenza che imprigiona e condiziona il paziente, che molte volte però ha la prospettiva di uscirne, mentre per l'operatore professionale costituisce lo sfondo quotidiano della sua vita professionale.

La riscoperta del senso della sofferenza e della morte è condizione indispensabile per avviare e sviluppare la vera cultura della vita. In questa luce diventa più facile respingere ogni forma di emarginazione, disattenzione, rifiuto e uccisione di chi vive o si prevede venire alla luce una situazione di sofferenza o di malattia. (CEI, *Evangelizzazione e cultura della vita umana*, n. 35)

Gli operatori professionali dovrebbero essere i primo collaboratori del cappellano, almeno segnalando pazienti e famigliari più bisognosi di assistenza spirituale. Occorre essere realisti, se in un ospedale di media grandezza c'è un solo cappellano dovrà operare alle scelte di reparto, di paziente, in attesa di realizzare la cappellania.

### **Il mondo sanitario percorso da contraddizioni.**

D'altra parte lo stesso mondo sanitario è malato. E' percorso da tensioni, contraddizioni, dall'ambivalenza delle azioni umane, cosicché questo stesso mondo può diventare un esempio di divisioni sociali, delle cause che le determinano e delle conseguenze che ne derivano. E' in questi ambiti, ad esempio, che i rapporti fra medici, infermieri e altri professionisti sanitari possono assumere le tinte di una lotta di classe, con evidenti ripercussioni sulla umanità sofferente assistita.

D'altra parte è evidente che la "professione" è di fondamentale rilevanza per la caratterizzazione del laicato, perché è prima di tutto attraverso il lavoro che l'uomo e la donna si inseriscono nella società e nella storia, ma nelle professioni sanitarie "**La formazione non può limitarsi a rimediare alla ignoranza cognitiva, ma deve puntare a far maturare atteggiamenti che tocchino tutte le dimensioni della persona. Ne deriva che, nel processo formativo, spiritualità e professionalità vanno perseguiti con grande attenzione e intensità**" (CEI- *Predicate il vangelo e curate i malati*" n. 69)

**Il cappellano difensore della vita umana.** Ma ancora, il cappellano dovrà essere anche il difensore della vita umana, un operatore bioetico clinico, un membro del comitato etico, ricordando che si può fare bioetica solo dopo una evangelizzazione e una catechesi sulla dignità della persona umana. **Anche l'assistenza religiosa fa parte dell'orchestrazione delle cure di tutta la struttura sanitaria e non può pertanto isolarsi in un proprio mondo, impermeabile ai progetti**

**ed iniziative prettamente sanitarie e terapeutiche. Ciò esige capacità di collaborazione interdisciplinare, di dialogo, di accoglienza delle altre proposte; significa anche dover apprendere, ricevere e non solo dare** (A. Brusco, “Il Cappellano nel modo della salute”, “Anime e corpi” n. 124 (1986) ,pp. 176-177)

### **Elevata professionalità non ostacolo alla spiritualità.**

Si sottolinea così la necessità di una elevata professionalità tale da essere considerata accanto alle professioni sanitarie, che non deve essere considerata un ostacolo alla spiritualità. Già oggi si svolge il ministero con professionalità, ma qui si intende una professionalità “riconosciuta”, quella laicamente intesa, quella degli altri operatori sanitari, legata anche ai titoli di studio. Occorre partire dal presupposto che la competenza pastorale ingloba sia la professionalità sia la spiritualità. Si può pensare che per avere un incarico pastorale in una istituzione assistenziale sia necessario un titolo di studio coerente ? Ne deriva di conseguenza il problema di una comune e stabilita formazione e dei requisiti richiesti, per cui può essere il Camillianum l'università del cappellano, considerato che occorre “promuovere una maggiore organicità e progettualità pastorale sanitaria, anche mediante specifici itinerari formativi” (“*Predicate il Vangelo e curate i malati*” n. 69)

Un esame obiettivo però deve anche tener conto dell'ambito del lavoro in ospedale. Un ospedale che oggi ha ridotto e tende a ridurre la durata della degenza con un frequentissimo ricambio di persone, che ospita generalmente persone di età media geriatrica con patologie acute, e che non costituisce più il centro del mondo assistenziale, ma piuttosto, un elemento della rete assistenziale.

### **Case di Riposo, Residenze Sanitarie Assistenziali, Hospice.**

Da qui l'importanza sempre più crescente delle Case di Riposo, delle Residenze Sanitarie Assistenziali, degli Hospice. Da qui la necessità di una pastorale sempre più diretta a persone anziane, con una alta percentuale di persone affette da demenza, e a persone nella fase terminale della malattia.

Ma ancora le istituzioni per le persone disabili. Da qui una pastorale differenziata, in luoghi ove non si può parlare di guarigione fisica, ove sono particolari le situazioni spirituali degli ospiti, ma anche degli operatori sanitari. Lavorare sempre in ambito geriatrico e con pazienti nella fase terminale della malattia pone ulteriori problematiche spirituali e domande di significato, accanto a particolari problemi etici. Un ambito dove cambia anche il significato dei concetti: pensiamo alla guarigione qui intesa come la capacità delle persone – intesa come forza psicologica e la fede – di gestire la propria situazione, senza essere schiacciati dalla situazione di sofferenza e di disgregazione della corporeità. Risanato in senso cristiano, non è chi raggiunge la guarigione del corpo, anche se questa, rientra tra gli obiettivi della terapia cristiana. Ma chi è in grado di riconquistarsi la “forza di essere uomo”, “la forza di essere donna”, cioè la forza di affrontare e gestire la situazione di vita minacciata dalla sofferenza, dalla disabilità, dalla morte

### **Il leader della cappellania**

Ma il cappellano deve essere il leader nella cappellania, un animatore spirituale della cappellania, che nei vari stati di vita che la compongono, è l'emblema della pastorale della Chiesa.

Una opportunità cui il cappellano è chiamato ad aprirsi è infatti costituita dalla cappellania ospedaliera, di cui già si parlava nel documento della Consulta CEI “*la pastorale della salute nella Chiesa italiana*” del 1989, ma è stata generalmente utilizzata ? Eppure si è affermato che è certamente più ecclesiale portare l'aiuto dell'evangelizzazione, della grazia sacramentale, della carità cristiana, del fatto redentivo ai pazienti attraverso sacerdoti, diaconi, religiosi/e, laici che non attraverso il solo cappellano. Si è affermato che, se anche i sacerdoti non mancassero, si dovrebbe preferire questa formula a quella che vede solo i cappellani operare in ospedale.

D'altra parte il dato stesso offre una singolare conferma. In nessun altro campo pastorale, come quello della sanità e della salute, i tre stati – presbiterale, religioso e laicale – sono stati costantemente a fianco come nell'apostolato al servizio di chi soffre. (Pontificia Commissione per la pastorale degli operatori sanitari. *I Laici nel mondo della sofferenza e della salute*. – Roma 1987, p. 30)

### **La Cappellania richiede una formazione pastorale specifica.**

Per l'inserimento, poi, dei religiosi e dei laici nella cappellania si dovrebbe richiedere una formazione pastorale specifica. Religiosi e laici che sono uomini e donne. In molti casi e settori, la presenza dell'elemento femminile contribuisce a rendere più umano l'approccio pastorale. Se l'attività della Chiesa nel settore della sanità manifesta la tenerezza di Dio verso l'umanità sofferente, la presenza o meno della donna non è indifferente. una Chiesa che si esprima solo al maschile rischia di essere un segno opaco di tenerezza, dote e prerogativa del sesso femminile.

Pertanto, Cappellano ospedaliero competente è colui che sa abbinare ad una autentica vita dello Spirito, un'accurata preparazione umanistica e teologica, una valida capacità tecnica nella comunicazione e nell'organizzazione. Sulla base di questa consapevolezza, si possono innanzitutto evitare pericolose dicotomie, valorizzando in modo indebito la sola spiritualità o la sola formazione umana specializzata. (Brusco A., Sandrin L., *Il Cappellano d'Ospedale. Disagi e nuove opportunità*. Camilliane – Torino 1993, p. 113.)

## I LUOGHI DELLA PASTORALE DELLA SALUTE

Sono anche i seminari e le facoltà teologiche, se è vero che occorre tener presente “ *la necessità di tenere in evidenza e in onore, nell'odierna impegno pastorale, la sofferenza che proviene dalla malattia e che nasce anche dal fatto che la mentalità dominante ai nostri giorni tende ad emarginarla nella vita sociale e quasi a censurarne il ricordo. Mentre non c'è nella malattia nulla di fortuito o di marginale: essa è un passaggio obbligato sulla strada di tutti. E' indispensabile perciò che tutti abbiano a meditare sul suo senso nel disegno di Dio, sul suo valore cristiano e sull'importanza che la sua intrinseca preziosità abbia ad essere effettivamente messa a frutto entro la comunità ecclesiale*” ( Biffi G., “I malati nella comunità ecclesiale” EDB. Bologna 1987, n. 4)

**La preparazione al diaconato.** Così anche nella preparazione al diaconato. Così nella preparazione degli operatori pastorali, dediti ai vari compiti. Una pastorale organica della salute richiede anche un collegamento con la pastorale territoriale, delle diocesi e delle singole parrocchie. Nell'attuale momento culturale si pone primariamente un primo obiettivo pastorale: la sofferenza deve ridiventare significativa, deve cioè ritornare ad avere un suo ruolo, un suo senso, nella vita dell'uomo. A partire dalla famiglia, dalla scuola, dalla parrocchia occorre un'azione educativa e catechetica, che veda la sofferenza non come una disgrazia ma come un tempo da vivere, anche se questo può provare drammaticamente la persona e renderla più bisognosa di aiuto. Occorre riaffermare il valore della prova della sofferenza, della fatica, dell'impegno che accompagna il valore sacro della vita.

Attraverso questo servizio della Chiesa gli uomini devono essere portati a capire meglio che cosa è la salute pienamente umana, a imparare e a procurare la salute, ma anche a scoprire un senso più profondo della malattia: a guarire quanto può essere guarito e ad accettare l'insanabile, perché anche questo è parte di una “salute umana piena”. Ma quale salute ? Una salute che comprende anche la salvezza. La Salvezza è un concetto più grande della salute e compenetra la vita umana nei suoi momenti più gioiosi, ma anche nei momenti più deboli

### La parrocchia

**Vita parrocchiale e pastorale della salute.** La parrocchia riveste una funzione di visibilità elementare del cristianesimo che non riguarda i soli praticanti, anche se essa si basa anzitutto su di loro. Essa è un punto di riferimento locale visibile per i cristiani e i non cristiani, aprendo la possibilità di una vita di relazione e di legami con i diversi gruppi sociali che abitano quel territorio. Essa è un punto di riferimento di memoria e di stabilità in un mondo in cui si è molto sviluppata la mobilità degli individui e si è rarefatta la trama del sacro. Essa è un luogo di accoglienza e di prossimità per le domande di celebrazione che provengono dai singoli o da famiglie la cui situazione religiosa è molto varia.

La pastorale della salute è al centro della vita parrocchiale ? Attenzione, non è che tutti debbano preoccuparsi di agire in questo ambito, ma qui si vuole intendere è al centro dell'attività evangelizzatrice parrocchiale la sensibilità e l'attenzione alle situazioni di sofferenza ? Questo non vuol dire, ripeto, che tutti dovrebbero preoccuparsi di agire praticamente perché anche qui dovrebbe esserci una selezione e una formazione specifica per chi si occupa della pastorale della

salute, anche qui con criteri di selezione di studi, che dovrebbero rifarsi a modelli condivisi nelle varie diocesi. C'è necessità di nuovi ministeri ? Non credo, **forse è necessario formare meglio gli attuali ministri straordinari dell'Eucarestia, i diaconi, i volontari per un vero e proprio ministero della consolazione.**

Ma nella realtà non c'è solo la sofferenza della malattia e della morte, c'è anche la sofferenza dei bambini al catechismo con genitori separati, c'è quella degli anziani soli, c'è quella dei sacerdoti anziani che molte volte non si sanno "utilizzare", in un modo ecclesiale che, come quello civile, sembra ammantato di "giovanilismo, a dispetto dei dati anagrafici.

### **La parrocchia istituto educativo.**

Ma ancora la parrocchia dovrebbe essere anche un istituto educativo per un corretto concetto di salute, al di là della medicina dei desideri, con una attenzione alla corporeità e alla sessualità – è qui che comincia la prevenzione dell'aborto – con una educazione alla comprensione della disabilità come riconoscimento esistenziale specialmente nei riguardi della popolazione giovanile.

Anche per la parrocchia si deve notare che generalmente sono cambiati anche i parrocchiani. Specie nelle città, con i mutamenti demografici intervenuti, in molte parrocchie è frequente un'alta percentuale di persone anziane, oggi realisticamente definite così quelle almeno settantacinquenni. Per queste persone sono previste occasioni e momenti qualificanti di aiuto spirituale in tempi e modi coerenti ? L'insignificanza dei vissuti esistenziali che caratterizza il nostro tempo, depotenzia la capacità di "dare senso" al tempo della malattia cronica e inguaribile, della decadenza di una vecchiaia sempre più prolungata.

### **Il significato dei funerali.**

Nello stesso tempo è necessario curare meglio le occasioni nelle quali si rende più evidente il dolore umano come i funerali sia per la partecipazione popolare che ancora li connota sia perché più evidente appare qui la fragilità della vita umana e il bisogno personale di salvezza. In queste celebrazioni si comunica sempre un senso di speranza ai superstiti ? Recentemente ci si è chiesti: " e se imparassimo a fare dell'omelia funebre, che molto spesso raccoglie in chiesa persone credenti e non, praticanti o meno, una vera meditazione sui nuovissimi, e sulla comprensione di quella pasqua personale che sta in quel momento avvenendo ? Se avesse maggiore spazio l'annuncio della misericordia che perdona, perché sa leggere fino in fondo il cuore di ciascuno là dove nessun uomo può giungere ? Certo, è anche giusto mettere in evidenza il bene che, comunque, la vita del defunto ha evidenziato, ma come espressione dell'amore e dei doni di Dio messi come talenti al servizio degli altri (e, si può, certo, trovare in tutti ). Non è molto meglio essere provocati dall'annuncio concreto della salvezza in cui essa prende corpo definitivo per un nostro fratello o sorella ?

### **Dopo questa citazione, possiamo ancora chiederci: la parrocchia offre sempre dei gruppi di aiuto per le persone in lutto ?**

Ma ulteriori esigenze interpellano la parrocchia. Ancora oggi la famiglia riesce ad essere soggetto assistenziale e molti sofferenti sono al proprio domicilio. Da qui la necessità di una pastorale della salute che aiuti questi malati ma anche i familiari, spesso oppressi dalle necessità assistenziali e logorati da una assistenza, ancora più dolorosa, perché non avrà esito di guarigione.

### **I cimiteri e la tumulazione dei defunti.**

Mi si consenta un'ulteriore sottolineatura per quanto riguarda i cimiteri. Negli ultimi anni, specie nelle grandi città, la cultura della sepoltura ha subito mutamenti decisivi: sempre più spesso la tumulazione dei defunti avviene in gran silenzio, con la sola partecipazione dei congiunti più stretti, in tempi successivi al funerale, e la partecipazione della Chiesa e dei suoi ministri perde importanza. Il loro posto viene preso dalle imprese funebri. Afferma infatti il documento della Conferenza Episcopale Tedesca "Cura dei morti e dei parenti in lutto" che la sepoltura diventa così un atto burocratico senza una presenza religiosa, anche se l'amministrare i sacramentali, presiedere ai riti funebri e di sepoltura è espressamente indicato tra i compiti del diaconato permanente. Ne deriva che il cimitero può rappresentare un luogo primario dell'esercizio di questo ministero. Più di altri ambiti pastorali, forse, è però necessario prendere una specifica competenza

teologica e delle scienze umane, accompagnata da specifiche attitudini personali, mirate ad aiutare le persone in un momento di sofferenza di un processo di addio, nelle sue varie forme. Mi fermo a questa sottolineatura, però se si vuole che nell'attuale società secolarizzata il cimitero conservi la sua importanza di luogo dell'annuncio della fede cristiana, è necessario e irrinunciabile che la comunità cristiana riconsideri il cimitero, oggi forse di competenza solo dell'Autorità civile. Da luogo altamente spirituale, quando era indissolubilmente legato alla Chiesa, il cimitero laicizzato sembra divenuto un luogo eminente della razionalità amministrativa.

## **LA COMUNICAZIONE**

### **Salute/salvezza nell'esperienza umana**

In un mondo dominato dalla comunicazione, riusciamo a trasmettere un messaggio corretto della salute/salvezza in una tensione escatologica ? O siamo ossequianti alla concezione attuale cristiana più generale, dove la salute è "star bene qui e ora", mentre la salvezza è una pura speranza escatologica. ? E' avvenuta così la scissione tra "salute" e "salvezza" e la nascita di una nuova struttura dell'esperienza in virtù della quale oggi si considera separatamente, in linea di massima, le due dimensioni e se ne affida il governo a due distinte caste (i medici e i preti), a due opposte visioni del mondo (la scienza e la fede). La salute al medico e la salvezza al sacerdote. Eppure il termine "salvezza" assomma nel vocabolario umano tutte le aspirazioni dell'uomo e della donna a conservare e migliorare la condizione esistenziale in cui si trova. Rimanda variamente a uno stato di limite, di carenza, di paura, di alienazione, di lontananza, di solitudine, di dolore del quale si prospetta e si invoca il superamento e la cancellazione in una condizione di libertà, pienezza, comunione e pace. Salvezza, perciò, connessa con la speranza e l'attesa, che sono strutture vitali per l'uomo. Quella salvezza connessa anche con la speranza di rivedere i propri defunti, che aiuta tanto ancora le persone in lutto e i morenti. Sono loro che ce lo dicono: " mi aspetta mio marito, mi aspetta mio figlio/a". E' con questa concettualizzazione che spesso muoiono molte persone anziane

Ancora, nell'ambito della comunicazione, quale messaggio è dominante ? Etico o evangelizzatore ?

### **La sofferenza sulle radio e nelle Tv cattoliche.**

Nelle radio e televisioni cattoliche si parla della sofferenza alla luce della moderna pastorale della salute o si è ancora al "dolorismo" ? Si usano tutte le possibilità comunicative ? Si può pensare ad un corso di pastorale della salute, magari per via televisiva, con un paio di raduni degli studenti in due o tre giorni nel corso dell'anno di studio, con tesine ed esami ?

Oggi si è molto legati alle immagini. Negli ospedali si potrebbe invitare gli ammalati a proiezioni, a carattere pastorale, certo nell'ambito di un programma più generale che preveda anche occasioni di tipo ricreativo. Io credo che specialmente nelle residenze assistenziali per anziani e nelle parrocchie queste occasioni potrebbero essere importanti, considerate anche le possibili difficoltà della comunicazione verbale e la diminuzione dei tempi di attenzione in età molto anziana. Ma prestiamo attenzione ad una fascia che rappresenta oggi già il 16% della popolazione o siamo orientati, anche inconsciamente, di prendere atto dei cambiamenti demografici intervenuti ?

Ancora, nell'ambito della comunicazione è possibile pensare ad una iniziativa informativa delle varie iniziative pastorali in Italia, magari appoggiandosi ad una pubblicazione già esistente, un bollettino agile che però abbia il senso della unificazione, del coordinamento, sotto l'egida dell'ufficio della CEI.

### **Integrazione pastorale fra diversi soggetti ecclesiali.**

Una strada da percorrere, come hanno ricordato i Vescovi italiani, è quella dell'integrazione pastorale fra i diversi soggetti ecclesiali. Una pastorale integrata non può essere il risultato di "un'operazione di pura ingegneria ecclesiastica", ma il frutto di un reciproco processo di convergenza e di reciprocità" che si manifesta in modi diversi, che vanno dalle mille occasioni che permettono la conoscenza e l'incontro fraterno, al diffondersi di momenti strutturati di confronto e di collaborazione. Solo mettendo insieme le diverse prospettive si può percepire la complessa

domanda di guarigione che viene dalle persone che soffrono e sintonizzare le diverse azioni per prendersi cura della loro speranza

### **L'evento di Emmaus come modello pastorale.**

In conclusione possiamo esprimere iconograficamente la pastorale della salute leggendo l'evento di Emmaus (Lc 24, 13-50) come il modello iconografico di un intervento pastorale e di un processo di guarigione spirituale. In questo evento, un tipico evento di sofferenza derivante dalla perdita di ogni speranza, si possono leggere queste azioni:

- *L'attenzione ad una situazione di sofferenza.* Gesù è attento alla situazione di sofferenza di “due che erano in cammino per un villaggio distante circa sette miglia da Gerusalemme, di nome Emmaus e conversavano di tutto quello che era accaduto”,
- *Approccio a questa situazione di sofferenza:* mentre discorrevano e discutevano insieme, Gesù in persona si accosta e cammina con loro;
- *L'ascolto e la condivisione di questa situazione:* dopo il silenzio dell'approccio chiede la causa dello loro sofferenza;
- *L'offerta della lettura di questa situazione* alla luce della Parola di Dio;
- *La guarigione:* ed ecco si aprono loro gli occhi e lo riconoscono;
- *La scomparsa di Gesù:* l'operatore pastorale ha offerto il suo aiuto, ma gli assistiti devono riprendere autonomamente il loro cammino nella vita.

E' certamente una esegesi forzata del brano biblico, e certamente gli interventi umani non avranno sempre il risultato di guarigione, ma può suggerire alcune modalità di intervento, a cominciare dal silenzio iniziale che, come leggiamo nell'approccio degli amici di Giobbe, può essere il primo atteggiamento di fronte al mistero della umana sofferenza.