

DIOCESI DI CHIAVARI

ISTITUTO DI SCIENZE RELIGIOSE “MATER ECCLESIAE”

Seminario Vescovile

---

TESI

LA PASTORALE SOCIO-SANITARIA  
DEI MALATI

(accompagnamento spirituale in ottica evangelizzatrice)

Orientamenti per un operatore laico  
(approccio catechetico)

*Relatore:* Prof. Arzeno Don Aurelio

*Studente:* Gorza Vittorio

Anno Accademico 2003/2004

## PREMESSA

Con sempre maggior interesse ho scoperto, grazie all'impegno svolto nel quadriennio di studi all'Istituto di Scienze religiose, un modo nuovo<sup>1</sup> per praticare una qualsiasi forma di volontariato: per quanto mi riguarda come servizio pastorale, essendo da oltre 18 anni, Ministro Straordinario per la distribuzione dell'Eucaristia in particolare agli anziani e ammalati. È uno dei ministeri *di fatto*, non permanente, ma suppletivo e integrativo degli altri ministeri *istituiti* dalla Chiesa.

Il modo nuovo è certamente un frutto del mio cammino di vita raccolto dopo un seppur modesto impegno di studio risultato prezioso per acquisire quel tanto di bagaglio culturale che ha permesso d'avere una visione più ampia dell'insieme delle cose e ha ulteriormente facilitato, con la preghiera allo Spirito Santo, l'approccio con le persone particolarmente provate dalla sofferenza. Si comprende meglio che chi agisce e completa l'opera di misericordia corporale è il Signore Dio che porto loro nelle specie eucaristiche del pane consacrato. Al momento del congedo, osservando i loro volti radiosi, pieni di speranza e gratitudine, ricompensano e motivano ancor più il servizio offerto loro.

\* \* \*

Il presente lavoro è orientato su la "pastorale sanitaria" con molta considerazione all'aspetto *sociale* che va di pari passo.

È diviso in *quattro capitoli* e una *conclusione*:

a) I e II capitolo (aspetto *Biblico, Ecclesiale e Pastorale della Sanità*):

- la Parola di Dio quale fonte dove attingiamo la Verità che motiva le nostre scelte e dà senso alla nostra esistenza terrena orientata verso quella eterna, promessa da Gesù Cristo, nostro Signore;
- la parola del Papa, vicario di Cristo, che presiede nella Carità la Chiesa Cattolica universale, il servo dei servi Giovanni Paolo II;
- argomenti di pastorale sanitaria (con una serie di articoli tratti da studi e testimonianze di vita).

b) III e IV capitolo (*Realtà del Territorio*):

- la Parrocchia (operosità di vita pastorale, sociale, sanitaria, e volontariato anche culturale);
- la A.S.L. 4 "Chiavarese" con i relativi distretti *sociali e sanitari* del "Tigullio occidentale" (con dati di assistenza socio-sanitaria e volontariato). Ecco in sintesi:

---

<sup>1</sup> Ben mi ritrovo nel leggere un passaggio (I cap., sottopar. 3.2., nota 13, p. 13, del presente lavoro) tratto da MAURIZIO CHIODI, *Homo viator: il senso del pellegrinaggio*, "... nel suo andare gli si dischiudono nuovi orizzonti e possibilità: *nuove* esperienze, *nuovi* mondi, e soprattutto *nuovi* incontri, *nuove* relazioni. *Nuovi*, perché non ci si può immaginare all'inizio che cosa si potrebbe "portare via" alla fine".

- 1) una *ricerca* sulla A.S.L. 4 “*Chiavarese*” dove è inserito il contributo nato da un colloquio riguardante il Distretto Sanitario 3 “Tigullio occidentale”<sup>2</sup>, grazie alla ammirevole disponibilità del Responsabile dott. Carlo Arturo Belli, che lavora in stretta collaborazione con il sociale;
  - 2) la relazione del *Comune di Rapallo* firmata ancora dall’ex assessore e presidente dott. Pierangelo Paganini (dopo le elezioni amministrative del 2004, è stato eletto come consigliere incaricato ai Servizi sociali, Sanità e Igiene pubblica, il dott. Roberto Zunino);
  - 3) un approfondito resoconto del Piano di Zona Sociale 3<sup>3</sup> con i relativi due distretti del “Tigullio Occidentale”.
- c) Conclusioni (riflessione personale): basata su flash che possono aiutare a riflettere, magari a sviluppare meglio tal pensiero a livello soggettivo.

**“Prima il malato, poi la pastiglia”**<sup>4</sup>

È stato dato risalto all’impegno delle associazioni di Volontariato pastorale, sociale e culturale: una realtà nelle strutture religiose e socio-sanitarie dove scorre l’amore disinteressato verso il prossimo. In parrocchia tali vitali associazioni sono presenti sotto la guida del parroco coadiuvato per l’aspetto pastorale anche da religiosi, persone di buona volontà e ministri straordinari per la distribuzione dell’Eucaristia. *Tutti a servizio della Persona*, bisognosa non solo di farmaci, ma anche di affettuosa e disinteressata solidarietà fatta anche di preziosi momenti insieme.

---

<sup>2</sup> Vedi cap. IV, par. 1, note 76 e 77, pp. 83, 84.

<sup>3</sup> Messomi a disposizione dalla Responsabile Assistente sociale Giuseppina Canepa tramite l’Assistente sociale Monica Borella.

<sup>4</sup> Così mi disse PADRE SERAFINO BRUNENGO, superiore del convento dei Cappuccini e responsabile della Consulta diocesana Pastorale della Sanità a Chiavari, durante un prezioso colloquio preparatorio sulla presente tesi.

## CAPITOLO I

### LA SACRA SCRITTURA E LA CHIESA DALLA PARTE DEL MALATO

#### 1. FELICITÀ E GRAZIA MI SARANNO COMPAGNE <sup>5</sup>

Guardando la storia della salvezza narrata nella *Bibbia*, si può scoprire che la felicità nell'esistenza terrena non esiste, ma si possono gustare frammenti di felicità, che anticipano la pienezza dell'eternità. In particolare l'uomo di fede è un uomo sano, saggio e concreto che sa gioire delle piccole gioie (creazione, famiglia, paternità, lavoro), ma fa esperienza continua anche della sofferenza; perciò si chiede: "Se Dio è con noi, perché mi sento abbandonato?".

Nel libro della *Genesi*, che vede Dio felice per le cose create: in ebraico si parla di "tob", che significa cosa buona, bella, che ha un senso. L'uomo è chiamato a condividere la gioia di Dio per il mondo uscito dalle sue mani e dal suo cuore, ma soprattutto a saper creare relazioni per realizzare se stesso. L'esperienza del peccato delle origini porta la creatura a perdere la gioia di vivere, perché essa si ritrova sola e segnata dalla sofferenza e dal male nel profondo.

Proprio la tematica della sofferenza viene ripresa sia nel libro di *Giobbe* che nel *Qoelet*, che presentano la ribellione dell'uomo di fronte a false giustificazioni teologiche del dolore innocente e l'amarezza del tempo che passa nella vanità e in momenti frammentari di serenità gioiosa.

Nel libro dei *Salmi* troviamo il mosaico della vita di fede dell'israelita, che da una parte fa esperienza della bontà di Dio "pastore e ospitante", che elimina ogni angoscia perché c'è una certezza: "Tu sei con me" e una speranza della festa del mangiare insieme (Sal 23), oppure sa educarsi alla felicità cogliendo nel presente la positività delle piccole cose e s'impegna ad abbandonarsi nelle braccia di Dio come un bambino che non si inorgoglisce (Sal 131), e dall'altra parte tocca con mano la brevità della vita e la solidità unica di Dio, che "rimane in eterno" (Sal 90). Essere saggio significa educarsi alla felicità che il presente ti offre e saper accettare con coraggio la caducità e le contraddizioni di una vita, sempre degna di essere vissuta.

Col Nuovo Testamento si inaugura il tempo della gioia con l'inizio del Regno nella storia e la proclamazione della "Buona e Bella Notizia". Gesù parla molto di gioia e porta salute e consolazione a coloro che soffrono, ma la sua pro-esistenza trova il suo centro ed il suo culmine nel paradosso della Croce, che unisce sia la fiducia nel Padre che la sua dedizione per gli altri: sono le due accuse rivolte al Crocifisso sul Calvario. Il Figlio di Dio è venuto a condividere tutto con l'uomo, gioie e dolori, per darne un senso salvifico.

La vita di Gesù diventa paradigmatica per il cristiano: egli ha potuto offrirsi nella sofferenza e nella morte al termine della sua esistenza, perché si è donato agli altri nella salute e nella vita intera. La sua risurrezione diventa il sigillo di Dio sull'opera del suo Figlio, espressione dell'Amore totale e duraturo.

---

<sup>5</sup> Fino a termine par.: BRUNO MAGGIONI, noto biblista, breve sintesi de *Felicità e grazia mi saranno compagne*, Nutrirsi della Parola e saper pregare i Salmi, Atti del XIX Convegno Nazionale dell'A.I.P.A.S., "Insieme per servire" n. 58, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XVII, n.4, ottobre-dicembre 2003, pp. 37-38.

## 2. UN SALMO ATTUALIZZATO: IL SALMO 40<sup>6</sup>

Più che un commento esegetico o spirituale al salmo 40 (41), vuole essere un contributo su come cercare di capire, vivere e pregare questo salmo a partire dalla realtà del mondo dell'emarginazione, dall'esperienza di rapporto con gli ammalati, dalla cultura, dalle problematiche e dal linguaggio del nostro tempo.

In realtà la mia è più che altro una testimonianza di un cammino di attualizzazione dei salmi e della parola di Dio che porto avanti con la comunità parrocchiale e con vari gruppi di volontariato. La finalità è quella di *aiutare le persone a pregare* ([e per chi può, "a fare lo stesso" - n.d.r.] senza fermarsi solo ad usufruire del lavoro degli altri) con sensibilità e parole più vicine alla realtà quotidiana della loro vita; a costruire con creatività la preghiera "feriale" della loro settimana, e dei gruppi che frequentano, per riscoprire e gustare anche la preghiera biblica e liturgica dei salmi.

### 2.1. Capire il salmo biblico

Il primo impegno per attualizzare un salmo è quello di approfondire e fare proprio il messaggio del salmo biblico, fonte e via maestra della preghiera di Gesù stesso, della Chiesa e di ogni credente.

Il salmo 40 (41) è una lamentazione individuale di *un malato, abbandonato da tutti e tradito dagli amici, che però conserva la sua fede in Dio e lotta per superare la prova della malattia.*

Questo è l'ultimo di una serie di sette salmi (34-40) che hanno tutti per protagonista una persona povera o sofferente che prega, riflette, propone la sua esperienza, invoca aiuto, si lamenta, ha fiducia, loda Dio, ringrazia, spera. E' anche il salmo conclusivo (v. 14 con il doppio "Amen") del primo Libro dei salmi, secondo la suddivisione usuale nella tradizione ebraica.

Racchiude nei suoi pochi versetti, anche se in modo stringato, molti generi letterari dei salmi:

- inizia in tono sapienziale, con la *beatitudine* per la persona *misericordiosa*;
- diventa poi la lamentazione individuale di un malato, con un aspetto penitenziale;
- prosegue come supplica a Dio di intervenire, con una difesa della propria innocenza;
- termina con un aspetto di lode e ringraziamento personale e comunitario.

*Il salmo può essere diviso in tre parti, più il versetto finale:*

- a) vv. 2-4 - I primi tre versetti sono formulati in modo impersonale ed esprimono una *beatitudine per la persona che si prende cura di chi è debole, di chi è povero, di chi soffre, di chi è ultimo* (secondo le diverse traduzioni del termine). Il *fondamento* della beatitudine non è l'agire compassionevole dell'uomo; *il fondamento è Dio*, ciò che Dio fa verso chi è nella prova. Dio si prenderà cura di lui, come lui si è preso cura del fratello; lo veglierà come un familiare premuroso; cambierà in meglio la sua situazione; non lo abbandonerà; lo curerà con amore; gli darà sollievo; gli sarà sempre vicino.

Questa beatitudine ci richiama subito quella espressa da Matteo nel prologo del Discorso della montagna: "*Beati quelli che hanno compassione degli altri; Dio avrà compassione di loro*" (Mt 5,7), ma è una beatitudine che ritorna molte volte nella Bibbia (Pro 14,21; 19,17; 22,9; Tb 4,7-11; Sir 4,1-6; Mt 25,35-37; Lc 10,33-35; Rm 12,7-8; Gal 6,2; Gc 1,27) e negli scritti dei Padri.

---

<sup>6</sup> Fino a termine paragrafo: SERGIO CARRARINI, già prete operaio e attualmente parroco della diocesi di Verona, *Un salmo attualizzato: il salmo 40* - Nutrirsi della Parola e saper pregare i Salmi, Atti del XIX Convegno Nazionale dell'A.I.P.A.S., "Insieme per servire" n. 58, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XVII, n.4, ottobre-dicembre 2003, pp. 38-43.

Questa beatitudine è ripresa anche nelle parabole evangeliche dei servi, dichiarati beati perché trovati fedeli al compito affidato loro dal padrone, in particolare quella di Lc 12,35-37 dove si dice che *Dio si cingerà il grembiule e passerà a servirli*. Nel salmo 40 l'immagine è anticipata con quella di *Dio che indossa il camice dell'addetto all'assistenza* (o dell'infermiere) e *rifà il letto del malato*. E' un'immagine di Dio di grande suggestione e provocazione anche per la nostra realtà attuale.

**Questi primi versetti ci fanno pensare ad un salmista che, prima di ammalarsi, assisteva delle persone bisognose (oggi noi diremmo: faceva il volontario o lavorava nel settore dell'assistenza) e riflette su ciò che quella esperienza gli ha insegnato, in particolare sul terreno della fede.**

- b) *vv. 5-10* - Da questo momento si passa al singolare e il salmista diventa lui il malato che ha bisogno di cure, di assistenza. Nella sua esperienza le difficoltà della malattia fisica sono aggravate da alcune situazioni (personali e sociali) che la rendono ancora più pesante e dolorosa:
- *i sensi di colpa* che tante volte emergono nella coscienza della persona e la portano a interrogarsi: perché mi è successo questo? E' un castigo di Dio? E' la conseguenza di qualche mio sbaglio? Se non avessi fatto questo o quell'altro, forse... Lo stretto legame che gli antichi ponevano tra malattia e colpa (ma che Gesù ha rifiutato!!) porta il salmista a chiedere perdono a Dio dei propri peccati e ad abbandonarsi fiducioso nelle sue mani. Anche la Lettera di Giacomo sottolinea la necessità di aiutare il malato a liberarsi dalle paure e dai sensi di colpa per affidarsi con fiducia a Dio (Gc 5,14-16).
  - *la falsità dei discorsi* di chi viene a visitare il malato (e a volte anche di chi lo assiste). E' un'esperienza spesso presente, specialmente di fronte alle malattie terminali, che rinchioda il malato in una condizione di isolamento e solitudine e costringe i visitatori alla doppia faccia di dire una cosa e pensarne un'altra, di augurare la guarigione e fare previsioni su quanto durerà la malattia, di progettare il futuro e intanto pensare a dividersi l'eredità. Il problema della "verità" al e col malato è sempre di difficile soluzione e deve essere affidato alla sensibilità e all'onestà di chi è vicino, sia sul "come", sia sulle motivazioni che guidano la scelta (il bene e la pace dell'ammalato o la tranquillità e le paure di chi assiste?).
  - *i giudizi delle persone* sulla vita, sulle scelte passate, su come uno è assistito e curato, i giudizi sulle colpe legate a malattie tipo aids, alcolismo, tumori da fumo, malattie vascolari da stress, esaurimenti, depressioni. I malati colgono con acuta sensibilità questi giudizi, ma percepiscono anche l'atteggiamento accogliente e non giudicante delle persone<sup>7</sup>.
  - *l'abbandono degli amici*, la fatica fatta pesare da chi assiste, i rimproverri di chi ti dovrebbe capire di più e sostenere, l'ingratitude di chi hai amato e aiutato, acquisiscono il peso e la solitudine insite in ogni malattia, in ogni momento di sofferenza fisica o spirituale.

**In questi pochi versetti è riassunta l'esperienza dolorosa (a volte tragica) di molti malati, anziani, disabili che vivono la malattia in condizioni di costante disagio e abbandono. Sono presenti anche alcuni problemi che assillano (o infastidiscono) chi ha il dovere o l'impegno dell'assistenza.**

---

<sup>7</sup> Vedi *osservazione* cap. II, sottopar. 1.4, nota 18, p. 21.

- c) vv. 11-13 - Il lamento accorato dell'ammalato si trasforma in supplica a Dio di intervenire, di farsi carico della sua situazione, di dare un segno della sua presenza, per non sentirsi abbandonato anche da lui. Quest'ultima parte della preghiera è intrisa di fiducia, di forza di reagire alla situazione pesante in cui è venuto a trovarsi contro la sua volontà e per la cattiveria delle persone. Chiede:
- *di essere perdonato* da Dio per avere così la forza di risollevarsi, di stare diritto, come una persona sana che può agire e difendersi, che può lottare e superare la prova.
  - *di smentire chi l'ha calunniato*, tradito, umiliato, gustando la gioia di veder sconfitta la menzogna, l'invidia, la maldicenza. Il malato non affida a Dio il compito di fare giustizia, ma prega di poter essere lui stesso a sbugiardare chi l'ha abbandonato e fatto soffrire. Questa forza di lottare contro la malattia e di tornare ad essere "ritto" e forte, è letta come un segno dell'*Amore di Dio* per chi soffre: lui non tradisce e non abbandona le persone deboli.
  - *di tornare nella comunità* a testa alta, come una persona amata e graziata da Dio e che può riprendere il suo servizio ai fratelli che soffrono. Protestando la sua innocenza e ripensando alla sua esperienza di servizio verso gli altri, chiede di avere il dono di uscire dalla malattia rinsaldato nella fede, irrobustito nella maturità umana, pronto a rimettersi al servizio di chi soffre o è abbandonato. La prova può trasformarsi in un tempo di grazia per il credente.

**Questi versetti presentano l'esperienza  
di quelle persone malate o sofferenti che riescono a reagire, a lottare;  
di quelle persone che hanno fede e trovano forza nella preghiera,  
nella presenza di persone che assistono  
e nella comunità che è solidale con gli ultimi.**

**Ci sono delle persone sofferenti  
che diventano esse stesse sostegno per altri malati o emarginati,  
testimoniando così la realtà dell'Amore di Dio per gli ultimi  
e la verità dell'annuncio che il male si vince solo facendo del bene.**

- d) v. 14: Questa formula conclusiva del primo libro dei salmi (con la benedizione a Dio e la risposta corale dell'assemblea) richiama alla dimensione comunitaria dell'impegno a servizio degli ultimi, dei malati, dei sofferenti e alla necessità che esso diventi esperienza viva di tutta la Chiesa, coinvolgendo e vivificando la liturgia e le espressioni della preghiera personale e comunitaria.

**Anche nelle nostre comunità  
siamo chiamati a rifare lo stesso itinerario di fede del salmista:  
partendo dalla scelta di mettersi a servizio del prossimo,  
dopo aver attraversato la notte oscura del dolore e del male,  
approdare con nuova maturità al lido della Speranza, dell'Amore e della Lode.**

## 2.2. Attualizzare il salmo

Dopo essere entrati nell'esperienza del salmista e aver cercato di cogliere il messaggio che la sua preghiera ha voluto trasmettere, possiamo attualizzarlo a partire dalla nostra realtà, dalla nostra sensibilità, da fatti o situazioni che ci coinvolgono e ci stimolano a "rileggerlo" e a farlo diventare preghiera nostra, espressa con le nostre parole, come invocazione che sale a Dio dalla nostra vita.

Già nella tradizione ebraica il salmo 40 è stato riletto in riferimento all'esperienza di Davide tradito dal figlio Assalonne e dal consigliere Achitofel (2 Sam 15,31; 16,23; 17,3-5); a quella di Giobbe calunniato dagli amici (Gb 6,15-21; 19,13-19; 31,16-22) e di Geremia abbandonato da tutti (Ger 20,10).



Nella tradizione cristiana è stato attualizzato soprattutto in riferimento al versetto 10, messo in bocca a Gesù che viene tradito da Giuda (Gv 13,18), ma può essere riletto in tutte le sue parti legato alla vita del Nazareno, come ha fatto Luca con il salmo 16 messo in bocca a Pietro in Atti 2,25-28).

Tra le varie possibilità di rilettura vi propongo quella che prende spunto dai primi versetti e rilegge tutto il salmo dall'ottica del *volontariato*. Chiaramente è una rilettura parziale, ma l'ho fatta in quest'ottica

**perché nel salterio ci sono molti salmi che parlano dell'esperienza del malato, del sofferente, di chi è solo e abbandonato,**

**ma pochi sottolineano l'esperienza di chi assiste, di chi si dedica al loro servizio.**

Ho preso perciò l'occasione (forzando un po' il senso originario del salmo) per pregare a partire dalla mia esperienza di volontario e dai molti anni di impegno in questo settore così variegato e complesso.

*Il salmo 40:*

**La preghiera di un volontario**

Beati i misericordiosi  
perché troveranno misericordia;  
beato chi ha compassione dell'altro  
perché Dio avrà compassione di lui.

*Chi apre il suo cuore e la sua casa  
al fratello che è nel bisogno  
ha capito l'essenziale del Vangelo;  
sarà ricompensato largamente da Dio.*

Nelle prove e nelle fatiche del vivere  
troverà luce e sostegno dalla fede;  
anche gli sbagli e il male commesso  
saranno coperti dalla forza dell'Amore.

*Non temerà i pettegolezzi e le invidie  
che serpeggiano in tutti gli ambienti;  
non ascolterà le calunnie e le critiche  
che avvelenano anche le scelte più belle.*

Resterà saldo e fedele al suo impegno  
anche in mezzo alle lotte e agli interessi  
che a volte accompagnano la solidarietà  
deturpandone lo stile di gratuità.

*La fragilità e gli arrivismi personali  
sono radicati nel cuore dell'uomo  
e non basta dedicarsi a chi soffre  
per superarli e impedire i contrasti.*

Perdona, Signore, i nostri sbagli,  
l'acredine di certi giudizi  
che dividono i gruppi e le comunità  
facendoci soffrire e vergognare.

*E' un dono grande, inestimabile,  
condividere la vita di chi soffre;  
è una grazia che spoglia e arricchisce  
con l'umiltà e la forza dell'Amore.*



**La rilettura del salmo mantiene la triplice scansione di quello originale e sottolinea queste realtà:**

- Le *prime tre strofe* si rifanno alla beatitudine evangelica dei misericordiosi e all'esperienza positiva di chi cerca di incarnare il suo essere cristiano nelle scelte di solidarietà verso il povero, il bisognoso, lo straniero. **L'esperienza del volontariato aiuta anche ad affrontare i momenti più difficili della propria vita. Chi poi ha sofferto personalmente capisce più in profondità e vive più intensamente il suo servizio a chi soffre** (a volte anche troppo!).
- Le *altre tre strofe* presentano le difficoltà, le lotte, le gelosie, i pettegolezzi, i giudizi. Le cose negative che ci sono anche nel mondo del volontariato e del servizio ai sofferenti. Sono realtà tristi con le quali ci scontriamo ogni giorno e che non possono essere coperte dal velo di un altruismo buonista. La preghiera diventa presa di coscienza del male che è dentro ogni persona e ogni realtà (per non esserne travolti e abbandonare l'impegno<sup>8</sup>), ma diventa anche *lotta per attenuarne gli effetti negativi e superarlo con la forza dell'Amore*.
- Le *ultime due strofe* riprendono la richiesta di perdono davanti a Dio, per non sentirsi migliori degli altri e non fomentare mai giudizi e divisioni, ma sottolineano soprattutto la ricchezza grande di fede e di maturità umana (unita alla spoliatura da privilegi, comodità e sicurezze) che l'esperienza del volontariato porta alle persone.

### **3. "HOMO VIATOR: IL SENSO DEL PELLEGRINAGGIO"<sup>9</sup>**

**Il fascino seducente di un pellegrinaggio è che in esso si fa esperienza dei ritmi fondamentali che scandiscono il cammino della vita. L'uomo è viator. Il tempo e gli spazi del pellegrinaggio, che per un verso sono così diversi da quelli ordinari, sono dunque per altro verso altrettanto decisivi per comprendere il senso di ciò che ogni giorno ci è dato di vivere.**

**Il pellegrinaggio, proprio nella sua eccezionalità, è una esperienza "spirituale" rivelatrice e paradigmatica del senso complessivo e degli elementi costitutivi dell'esperienza umana del cristiano.**

Non a caso il pellegrinaggio è una di quelle pratiche della fede che hanno conosciuto, pur con vicende alterne, una notevole fortuna nella storia del cristianesimo. Ancor prima, il tema del cammino è un elemento simbolico che gioca un ruolo fondamentale, nella *Scrittura*, nell'esperienza del popolo ebraico. E' proprio a questo *cammino nel deserto* che facciamo inizialmente riferimento in questa nostra riflessione sul senso del pellegrinaggio, nell'intento di ritrovare nelle pagine della Sacra Scrittura il darsi decisivo della rivelazione di Dio e della corrispondente struttura antropologica.

---

<sup>8</sup> Vedi cap. II, par. 12, p. 48, "*fenomeno volontariato*".

<sup>9</sup> Fino a termine paragrafo: MAURIZIO CHIODI, docente di teologia morale, *Homo viator. Il senso del pellegrinaggio*, "L'Ancora nell'Unità di Salute (A.U.S.)", Rivista del Centro psicopedagogico etico e spirituale dei Silenziosi Operai della Croce, Centro Volontari della Sofferenza, anno XIX 2ª serie, n. 2 marzo-aprile 2004, pp. 108-120, Roma.

### 3.1. Il deserto tra promessa e compimento della vita: l'esodo

Soffermandoci sinteticamente su una lettura teologica degli eventi dell'esodo, che sono il nucleo fondatore per il costituirsi della coscienza di Israele nella sua identità di popolo eletto<sup>10</sup> possiamo cogliere quasi spontaneamente nel cammino di questo popolo nel deserto una sorta di paradigma dell'esperienza umana. Per Israele, il deserto non è semplicemente un luogo fisico. E' anche un tempo. In questo senso il deserto ci appare come una grande metafora del tempo della vita: tra promessa (liberazione) e compimento (la terra promessa, la vita).

Per il popolo di Israele, il tempo del deserto si colloca tra la liberazione dalla terra d'Egitto in cui esso era stato schiavo e oppresso e il definitivo compiersi di questa liberazione, quando il popolo giungerà in una terra bella, spaziosa e prospera e lì potrà finalmente godere di una lunga vita e di tutte le benedizioni di Dio: "Sono sceso per liberarlo dalla mano dell'Egitto e per farlo uscire da questo paese verso un paese bello e spazioso, verso un paese dove scorre latte e miele" (Es 3,8). In effetti, l'oggetto della promessa, più che la terra, è la vita: "Baderete di mettere in pratica tutti i comandi che oggi vi dò, perché viviate, diveniate numerosi ed entriate in possesso del paese che il Signore ha giurato di dare ai vostri padri" (Dt 8,2).

Per questa tensione tra la promessa e il compimento, *il tempo del deserto* è insieme bello e difficile.

Esso per Israele viene *dopo* l'esperienza dura dell'oppressione, del lavoro duro e mal pagato. Esso viene anche dopo la minaccia della morte e della scomparsa definitiva del popolo, perseguita dal faraone attraverso la sistematica eliminazione di tutti i piccoli ebrei maschi. I capitoli 1 e 2 del libro dell'Esodo sono la drammatica testimonianza di questa condizione di sofferenza e di schiavitù, apparentemente senza più alcuna speranza. E' da questa condizione che Israele è stato liberato, grazie all'intervento della potente mano di Dio. Questa liberazione è dunque carica di tutta l'attesa e della speranza che sono sempre legate alla fine di esperienze drammatiche. E di questo, una volta giunto nella promessa, Israele non dovrà dimenticarsi. Così ripete, come in un ritornello, il libro del Deuteronomio: "Ma guardati e guardati bene dal dimenticare le cose che i tuoi occhi hanno viste: non ti sfuggano dal cuore, per tutto il tempo della tua vita. Le insegnerai anche ai tuoi figli e ai figli dei tuoi figli" (Dt 4,9).

In fondo, il compimento della promessa, a questo sembra alludere la struttura dell'evento dell'esodo, non è mai compiuto. Anche dopo essere giunto nella terra promessa il popolo di Israele dovrà mantenere il senso della dipendenza dalla benevolenza gratuita di Dio. A meno di tanto, perderà la gioia della promessa.

In questa richiesta di Dio non si nasconde un ricatto, ma la *struttura stessa della fede*:

**Dio anticipa gratuitamente i propri doni  
ma questi non diventano nostri senza che noi lo vogliamo  
e impariamo ad accettarli come doni.**

E' evidente dunque che il tempo del deserto, dopo la schiavitù, si colloca prima del pieno compimento della promessa. Nel deserto, Israele non è ancora giunto nella terra "dove scorre latte e miele". Anzi, la terra del deserto è arida e particolarmente ingrata. Non produce frutti. E non provvede cibo. E' una terra dove il cammino si fa difficile. Il passo lento e pesante. E ogni passo sembra smentire la promessa anticipata.

In questo tempo tutti i desideri sono messi alla *prova*. Il deserto infatti, ancora prima che il tempo della fame, è il tempo della sete. La sete è metafora particolarmente

---

<sup>10</sup>Molto interessante è l'interpretazione della vicenda dell'esodo che è proposta in P. BEAUCHAMP, *L'uno e l'altro Testamento* (biblioteca di cultura religiosa, 46), Paideia, Brescia, 1985.

eloquente della condizione di bisogno e più radicalmente di desiderio che ci caratterizza in quanto uomini. Provare sete è fare di ciò che ci manca e che non possiamo avere a nostra disposizione. La sete – che *brucia* – ci costringe a rimandare il possesso dell’oggetto del nostro desiderio, posticipandone la soddisfazione. In questi momenti, nei quali anche consiste la *prova*, l’uomo è tentato di ricorrere a gratificazioni immediate, nelle quali nascondere a sé la sete assoluta e trascendente nascosta nel suo stesso desiderio. In ogni singolo desiderio si nasconde altro da sé. Quel che il popolo desidera, in fondo, non è solo l’acqua o la manna, ma la presenza benevola e gratuita che questi doni attestano. “Egli dunque ti ha umiliato, ti ha fatto provare la fame, poi ti ha nutrito di manna, che tu non conoscevi e che i tuoi padri non avevano conosciuto, per farti capire che l’uomo non vive soltanto di pane, ma che l’uomo vive di quanto esce dalla bocca di Dio” (Dt 8,3).

*Non sapendo reggere alla prova, nel deserto*, il popolo cade nella protesta insoddisfatta e nella lamentela incredula, nella quale esso è continuamente tentato di porsi a misura del proprio desiderio. *E’ tentato di non fidarsi più* di colui che l’ha liberato: “*ci hai forse portati qui a morire...?*”, così esclama il popolo contro Mosè. Ultimamente però si tratta di un atto di accusa rivolto non a Mosè, ma contro Dio stesso: “Tu non sei un Dio di vita, ma un Dio che ci porta alla morte! Non sei un Dio di salvezza, ma un Dio di rovina e di sventura!”. (Dt 17, 1-3.7).

In altre parole, e un po’ grossolanamente, potremmo così parafrasare la mormorazione degli israeliti: “Stavamo meglio quando stavamo peggio. Almeno là avevamo da mangiare e da bere a sazietà!”.

Ma, come si diceva, in questo tempo della prova, Dio non fa mancare i segni della sua presenza: la nube, la colonna di fuoco, l’acqua. Le quaglie, la manna, la legge. Certo, i segni vanno e vengono. Si susseguono secondo una legge dell’alternanza che mette alla prova la fiducia del popolo. Ma proprio in questo modo i segni tengono vivo il senso della dipendenza nei confronti di Dio: “Aver la bocca riempita giorno per giorno da qualcun altro è la condizione non dell’uomo ma del bambino. Condizione penosa e provvisoria”<sup>11</sup>. Israele, nei confronti di Dio, come un bambino nei confronti dei propri genitori, è permanentemente dipendente e debitore. Ultimamente al popolo non è chiesto se non di credere che tutti i segni, dati nel tempo del deserto, sono dei doni e che essi attestano un Donatore: perché il dono è sempre un segno e tutti i segni ultimamente sono “donati” da Qualcuno.

### **3.2. Il profilo antropologico del pellegrinaggio**

Il tempo del pellegrinaggio, come si è andato evidenziando anche nella interpretazione della vicenda dell’esodo, è rivelatore di una vera e propria “struttura antropologica”, legata all’atto del credere. In questo tempo umano ci è detto e manifestato quali sono le caratteristiche fondamentali del tempo complessivo del nostro vivere come credenti.

Ecco alcune caratteristiche della nostra esistenza:

- *cammino e sosta;*
- *inizio e compimento;*
- *obiettivo e tappe;*
- *esperienza comunitaria e personale.*

In sintesi, il pellegrinaggio manifesta come l’

**opera di Dio e l’opera dell’uomo si incrocino tra loro:  
l’una autorizza l’altra e ne manifesta il senso.**

---

<sup>11</sup> P. BEAUCHAMP, *L’uno e l’altro Testamento* (I, 536), Paideia, Brescia, 1985.

Il camminare e il riposare – Nel pellegrinaggio c'è un ritmo fondamentale, nel quale si alternano il sudore e la fatica del “cammino” da una parte (non importa se a piedi, in treno, aereo, bicicletta oppure sulla carrozzina di un disabile o nel letto di un malato) e la necessità di un recupero che conceda riposo dall'altra, per potere poi di nuovo ripartire: è l'alternanza del cammino faticoso e del riposo, dell'attività trasformatrice e di quella riconoscente che apprezza e ringrazia.

- *Camminare*: come nel deserto per Israele – è fare fatica (in latino: *labor*). Il camminare è metafora del lavoro della vita: il lavoro infatti è sempre fatica e ogni fatica è lavoro. Lavorare è provvedere alla propria vita e al proprio sostentamento, con le proprie mani e col sudore della fronte ma con la capacità di godersi la soddisfazione proporzionata alla fatica compiuta;
- *Sostare*: è riposare dalla fatica. I momenti di sosta sono necessari per riprendere forza e per gustare il senso della fatica. Nella sosta – come nel Giorno del Signore [la domenica - n.d.r.] – l'uomo riconosce che egli non si salva con il proprio lavoro, ma non senza di esso. Egli riconosce che il senso ultimo delle sue fatiche è di accogliere un dono: il pane è frutto, *insieme*, del suo lavoro e della terra, che è sempre grazia e dono di Dio. Nel riposo l'uomo pone un limite alla sua opera. Impara a riconoscere che all'origine di questo si dà il dono e l'iniziativa gratuita di Dio. Questo “riposo” è quanto accade nella preghiera. Non a caso la preghiera cristiana è spesso associata all'esperienza del riposo, tranquillo e fiducioso in Dio.

Iniziare e finire, inizio e compimento – Un pellegrinaggio ha sempre una meta “sacra”: che può essere un santuario o un incontro, un evento ecclesiale straordinario o altro ancora. Inizialmente, prima fra tutte fu la meta di Gerusalemme, con il Santo Sepolcro; poi, nel corso dei secoli, si aggiunse Roma, dove si trovano soprattutto i corpi dei due grandi apostoli Pietro e Paolo, poi san Giacomo di Compostela, nella Galizia, e poi innumerevoli altri luoghi. Tra questi, oggi, in ogni parte del mondo, molti santuari mariani.

La *meta* del pellegrinaggio è la *fine* del cammino. Ma essa non sta solo alla fine. In certo modo, anzi, la meta è stabilita fin dall'inizio: essa orienta tutto il cammino, fin dal primo momento. In questo senso si può dire che l'obiettivo sta fin dall'inizio: se esso non fosse in qualche modo anticipato, non potrebbe nemmeno essere voluto. Il *compimento* è promesso fin da subito. Perciò l'inizio non è mai assoluto. Al contrario, esso è sempre donato. Il pellegrinaggio è tempo di grazia e manifesta che la stessa *vita* è tempo di grazia, *inizio donato*.

In *mezzo*, tra l'*inizio* e il *compimento*, sta la *prova*, che si fa tanto più forte quanto maggiore è la tentazione di volere tutto e subito. La *fede* ci aiuta a chiedere, senza pretendere.

Ecco un'esperienza personale con un giovane disabile. Giunto in pellegrinaggio a Lourdes aveva voluto chiedere al Signore la grazia di poter camminare. Ma non l'aveva ottenuta. Mi raccontò brevemente tutto. La richiesta mi parve assai “modesta” e proprio per questo ammirevole.

“Anche in questo ti ammiro – gli dissi –: io, al tuo posto, non mi sarei limitato a chiedere “soltanto” di camminare. Già che c'ero, al tuo posto avrei chiesto anche di poter parlare, di poter mangiare da solo, di essere più autonomo, insomma di guarire “tutto”. Infatti, mi aveva davvero colpito la sua “moderazione”, pur nel suo chiedere.

A lui, che era totalmente inabile, sulla sua carrozzina, sarebbe bastato di poter anche solo camminare. E tuttavia, l'evidenza era lì sotto gli occhi, innegabile: quel giovane non aveva ottenuto nemmeno quel poco (o tanto) che aveva chiesto. Era evidente e io non potevo fare finta di non vedere.

Soprattutto, non potevo evitare la sua domanda: i suoi grandi occhi espressivi erano lì a interrogarmi. Cercava una risposta: “Perché Dio non mi ascolta!?”. E io, molto più fortunato di lui, non potevo sottrarmi a quella sua domanda, anche se non sapevo affatto che cosa avrei potuto anche solo tentare di rispondergli. Continuai affidandomi all’ispirazione [conto molto sull’aiuto dello Spirito Santo, che invoco - n.d.r.] del momento: “Vedi – gli dissi e fin qui andavo ancora sul sicuro – *ci sono molte persone che non camminano, e non sono felici*”. Con gli occhi mi disse di sì, e molto convinto. Quante persone gli capitava di potere guardare nel profondo, scoprendo la loro incapacità a gustare e gioire di quello che a lui, fin dalla nascita, era stato negato. Non sapevo, quando avevo iniziato le mie parole, come avrei dovuto continuare. Ma ormai – quasi fosse un gravoso gioco di parole – mi era chiaro come avrei dovuto continuare: con un piccolo sforzo, quasi vergognandomi – che diritto avevo io a dire una frase così, davanti a lui? –, dissi: “E ci sono anche persone che non camminano ... e sono felici”. Il giovane, con gli occhi brillanti e tendendo per quel poco che poteva il suo corpo senza forze, mi rispose di sì, alzando le ciglia.

In quel momento, capii che *si era realizzato un miracolo, ben più sconvolgente di tanti miracoli* strepitosi, che pure accadono e che noi consideriamo gli *unic*i veri miracoli: quel giovane non era “guarito” e non aveva ottenuto apparentemente quel che aveva chiesto, ma – dicendomi che *lui era felice* – aveva in realtà ottenuto molto di più: la grazia di vivere quello che gli era dato. La sua *speranza* aveva oltrepassato il desiderio, trasformandolo e donandogli, forse, molto di più di quello che aveva chiesto<sup>12</sup>. Il compimento, per *grazia*, era andato ben oltre l’inizio. Anche grazie a questo dono, credo di poter dire che anche quel giovane ha ricominciato a vivere.

Obiettivo (senso) e forme concrete del procedere – La meta è ciò cui si tende. Non è pensabile la vita senza questa tensione a un senso e a una meta fondamentale: questo è l’obiettivo di fondo che noi perseguiamo in tutto ciò che facciamo.

E nello stesso tempo, la meta si raggiunge attraverso dei piccoli passi che ad essa ci avvicinano, ma soltanto pian piano, uno dopo l’altro. Un pellegrinaggio prevede sempre, oltre alla meta, anche molte tappe, per la sosta. I piccoli passi, nella vita, non sono semplicemente dei mezzi, strumentali. Essi a volte sembrano troppo lenti o addirittura inutili. In realtà, sono le forme nelle quali procedere. E’ essenziale nella vita sapere dosare le forze, andare all’essenziale, individuare le tappe, scegliere i piccoli passi, vestirsi nella misura giusta. Le grandi scelte si costruiscono solo nelle piccole cose. E spesso è in queste che è più difficile l’esercizio del discernimento. Ma solo chi è allenato a scegliere nelle piccole cose, si prepara alla saggezza delle grandi occasioni e delle scelte decisive della vita.

Soprattutto, quando la meta appare ancora lontana e le forze sembrano svanire, è *forte la tentazione di diminuire la tensione, di lasciar perdere*, di rinunciare alla fatica di un percorso che sembra aver smarrito la sua meta...: “*in fondo, non ne vale la pena!...*”, ci diciamo quasi per scusarci.

**Il rischio, allora, è di confondere le tappe con la méta (il senso finale)  
con le forme concrete del cammino.**

---

<sup>12</sup> Per questa dialettica tra desiderio e speranza, molto bella è l’analisi di G. MARCEL, *Homo viator*, Borla, Roma 1980, 39-80. Marcel distingue tra lo “spero che” dell’ottimista e lo “spero in” di colui che ha la speranza assoluta: “più la speranza trascende l’immaginazione” più “io mi proibisco d’immaginare ciò che io spero” (G. MARCEL, *Homo viator*, 55). “Sperare in” significa nutrire una “speranza assoluta, inseparabile da una fede essa stessa assoluta e che trascende ogni condizionamento, e con ciò, beninteso, ogni rappresentazione” (G. MARCEL, *Homo viator*, 57).



La tentazione è allora di fermarsi, scambiamo le tappe, la sosta, con la meta finale. E' in questi momenti che la prova si fa più difficile. Si è tentati di rinunciare alla fatica, di abbandonare tutto e di volgersi a quel che immediatamente appare più facile e gratificante, perché sembra promettere il compimento di ciò che desideriamo. Così è nella vita. E per evitare questo pericolo può essere molto istruttivo quel che accade in un pellegrinaggio.

**Il rischio è di *cedere alla prova,*  
dimenticando il senso del cammino**

[vale per tutti: malato e volontario - n.d.r.]

C'è invece in noi un desiderio di assoluto che non può coincidere con nessuna delle forme concrete nelle quali ci è chiesto di camminare.

Le tappe, senza la meta, diventano insulse e perdono il loro fascino, la loro "trascendenza". La meta, senza le forme concrete che ci consentono di camminare, diventa aspirazione utopistica, idealistica, velleitaria, disincarnata e spiritualistica.

Occorre qui la sapienza del discernimento: che è sapere scorgere nel tempo che ci è dato, nella storia concreta della vita, negli incontri e nelle relazioni che ne costituiscono la trama, non solo delle opportunità e un tempo buono, ma soprattutto l'appello meraviglioso di Dio che ci attira a sé. Nei suoi segni, Dio si rende presente, ci parla, ci chiama e ci interpella alla scelta personale della fede, E' l'incontro con Lui, nella fede, la meta. E questa fede o si incarna nell'agire e nelle relazioni concrete oppure si riduce a vago sentimentalismo, a spiritualità disincarnata, a idealismo – alla lunga – frustrante. La fede in quel Dio che a volte cerchiamo con tanta fatica, scopre di essere sempre anticipata, nella storia, da quello stesso Dio che in Gesù ci è venuto incontro. Questa fede è la chiamata a giocare la nostra relazione con Lui proprio nelle relazioni con gli altri.

**Gesù stesso, nel giudizio finale di Mt 25,31-46,  
ci rivela che nella relazione a Lui e quindi a Dio:  
egli considera *come fatto realmente a Lui ogni atto di servizio.*  
La prossimità all'altro non abolisce, ma attua la relazione con Gesù.**

Esperienza comunitaria e personale<sup>13</sup> – Un pellegrinaggio è esperienza di un cammino che è al contempo comunitario e personale. *Nessun pellegrino cammina da solo.* Nel suo andare gli si dischiudono nuovi orizzonti e possibilità: nuove esperienze, nuovi mondi, e soprattutto nuovi incontri, nuove relazioni. Nuovi, perché non ci si può immaginare all'inizio che cosa si potrebbe "portare via" alla fine.

Il cammino del pellegrinaggio è condiviso. Il bello, in questo cammino, è di poter *stare insieme con gli altri*: per pregare, parlare, fare fatica insieme, condividere il cibo e la mensa. A volte si deve aspettare chi va troppo piano. Altre volte si deve evitare di correre, per non costringere gli altri a misurarsi sul nostro passo troppo veloce. E' necessario prestarsi un'attenzione reciproca: quella di non perdersi di vista, o andando troppo avanti o restando troppo indietro. Gli altri ci possono dare una mano, ci possono ascoltare, o dire una parola giusta, di incoraggiamento, di consolazione. Oppure possono portare la barella o spingere la carrozzina, quasi caricandosi del peso dell'altro. Altre volte, l'altro ci può rivolgere una richiesta, che ci può infastidire, oppure ci può richiamare e rimproverare. A volte la vita con gli altri diventa difficile e problematica: perché divergono le forze, gli obiettivi. Aumentano le tensioni. La presenza degli altri può non essere sempre gradita.

**Così è nella vita. E così è nel pellegrinaggio.**

---

<sup>13</sup> Vedi in *Premessa*, nota 1, della tesi.

Sotto questo profilo, il pellegrinaggio, come esperienza di Chiesa, è molto istruttivo: esso è un tempo di *forte comunione e condivisione*. Tale *unità* trova nella celebrazione dell'Eucaristia la sua verità (e *vocazione*) più profonda: celebrando l'Eucaristia noi siamo tutti convocati dalla memoria "oggettiva" dell'evento della Pasqua del Signore. E' lui che, donandosi a noi, ci interpella, ci esorta, ci stimola, ci rimprovera... come ha fatto egli stesso ai due discepoli, pellegrini, di Emmaus (Lc 24,13-35). La sua presenza, la sua parola, nella comunità dei pellegrini può trascinare i riottosi, convincere gli scettici, trasformare gli increduli. Soprattutto è

**una grande scuola per imparare a *condividere*,  
nella logica della prossimità e della cura reciproca.**

Così come accadde, nel cammino di Israele, con il dono della manna, che va equamente condivisa, senza cedere alla tentazione della cupidigia. Ma non ci si può illudere che tutto ciò avvenga automaticamente o magicamente.

***Senza l'adesione e l'impegno personale, e di tutti,*  
non si può edificare nessuna esperienza di comunità.**

Senza l'impegno personale a seguire Gesù non si costruisce niente di comune. Si rimane solo spettatori. Così, per esempio, non è mai solo la preghiera degli altri che mi consente di fare una vera esperienza di incontro con il Signore. Gli altri possono creare un ambiente forte e significativo, ma *nulla accade senza il mio impegno*, la fatica personale, l'adesione a volte sofferta della libertà. L'altro non mi sostituisce! Sarebbe ingenuo pensare di lasciarsi trascinare dagli altri, di "andare a rimorchio", senza essere disposti a dare nulla di sé, e senza coinvolgersi nella personale relazione della sequela dietro a Gesù.

Visita e accoglienza – Quando si parte e si arriva da qualsiasi luogo si realizza sempre l'incontro tra una comunità che si muove e una comunità che accoglie. Un pellegrinaggio è, o dovrebbe essere sempre, un incontro di due comunità: una comunità che parte e fa visita, e una comunità che riceve e accoglie. Se così non fosse esso sarebbe solo il viaggio verso un luogo, per quanto questo possa essere "sacro". Perciò il pellegrinaggio è un'esperienza che si svolge nel "grembo" della Chiesa. Chi arriva condivide la stessa fede di chi accoglie. E chi accoglie è stimolato a non lasciarsi assorbire dal "periglio del quotidiano", ma a rimanere comunità viva, capace di essere una viva testimonianza di fede.

Così, più complessivamente, accade anche nella vita: un incontro richiede uno scambio, non mercantile, un dare e un ricevere, in cui è importante e decisivo che chi dà e chi riceve sappiano l'uno e l'altro giocare e riconoscersi. Amare non è soltanto dare e nemmeno soltanto ricevere. E ugualmente: non è facile accogliere, così come non è facile visitare. Anzi, dando accoglienza, scopriamo che la possiamo offrire solo perché siamo noi stessi stati accolti, magari da altri. Chi accoglie dovrebbe dunque essere grato a chi viene. E ugualmente la comunità che viene, attratta da un'esperienza fuori dall'ordinario, non può certo arrivare invadendo, o imponendo i propri ritmi, usanze, abitudini, senza rispetto per chi accoglie.

In questo incontro tra diverse comunità, che appartengono all'unica Chiesa, ci sono molti rischi. Per esempio, la comunità che accoglie corre il rischio di chiudersi, o di non esserci come comunità credente e di trasformarsi in una organizzazione burocratizzata e anonima che si limita a erogare dei servizi. Oppure può prevalere in



essa un interesse esclusivamente economico, per cui – com'è noto – i luoghi dei santuari diventano spesso posti in cui prevale la logica di mercato. Certo, sarebbe ingiusto e idealistico demonizzare tutto ciò. Ma è pur vero che la tentazione di gestire tutto in modo turistico o mercantile o burocratico tradirebbe radicalmente il senso stesso del pellegrinaggio come esperienza religiosa e spirituale, senza alcuna attenzione per le persone concrete.

E la comunità che visita corre il rischio di essere un semplice aggregato di persone estranee tra loro o che consumano soltanto un prodotto religioso. Questo rischio è tanto più forte oggi, visto che spesso un pellegrinaggio è costituito da molte persone che non partono da un'esperienza di fede comunitaria, condivisa e continuativa. Il rischio è di cedere ad una logica di puro consumo o turismo religioso. Come se la preghiera, o il gesto in sé del pellegrinaggio potesse magicamente garantire la protezione di Dio.

Opera di Dio e opera dell'uomo – Il pellegrinaggio, come abbiamo detto con insistenza, oltre che bello, è sicuramente anche un'opera faticosa, laboriosa, impegnativa, come è, del resto, per ogni faccenda dell'uomo sotto il sole. E tuttavia per altri aspetti, esso è anche l'astensione da ogni lavoro, apertura e spazio riconoscente, meravigliato e grato, spazio aperto all'accoglienza dell'opera di un Altro.

In tal senso, il pellegrinare diventa una bella metafora della vita. Essere uomini significa essere pellegrini, incamminati verso un compimento che ci è donato, non solo "dopo", nell'"al di là", ma *già* fin d'ora. Da questo compimento, che ci è già dato, noi attendiamo ogni nostra consolazione. La coscienza di questa nostra condizione di "pellegrini", in cammino verso la patria – che è in definitiva l'incontro e la comunione con l'eternità di Dio – dove troveremo la nostra piena felicità e il compimento di ogni nostro desiderio, è sempre stata assai viva nella fede cristiana.

Tutta l'esperienza umana allude ad altro, ad un "al di là" che non può essere attinto se non "dentro" questo nostro tempo. L'al di là delle cose sta "nelle" cose. E dunque l'eterno, l'invisibile, la vita stessa di Dio, tutto ci è *già* donato.

**E' nel mondo della natura che ci si rivela la stessa bellezza di Dio.**

**E' in questa nostra storia che il Verbo si è fatto carne.**

**Il compimento di ogni dono è Cristo, nel quale tutte le cose sono state create e che ricapitola in sé tutto il senso di ogni dono di Dio (Ef 1,3-14).**

**Proprio grazie a Gesù, noi siamo in attesa di un compimento, che ci è anticipato *già* in questa vita e del quale noi possiamo già godere, [ma] la cui pienezza non è ancora rivelata.**

**Anche di questo, il tempo del pellegrinaggio è un'immagine rivelatrice.**

#### 4. IL SANTO PADRE E IL MALATO - Messaggio di Giovanni Paolo II <sup>14</sup>

«Si registrano, da una parte, sforzi ingenti per prolungare la vita ed anche per procrearla in modo artificiale; ma *non si permette*, dall'altra, di *nascere* a chi è già concepito e si *accelera* la *morte* di chi non è più ritenuto utile. Ed ancora: mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorte di culto del corpo e alla ricerca edonistica dell'efficienza fisica, contemporaneamente ci si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali.

**L'esempio di Gesù, Buon Samaritano, non spinge soltanto ad assistere il malato, ma anche a fare il possibile per reinserirlo nella società.**

**Per il Cristo, infatti, guarire è nello stesso tempo reintegrare:  
come la malattia esclude dalla comunità,  
così la guarigione deve portare l'uomo a ritrovare il suo posto  
nella famiglia, nella Chiesa e nella società.**

Gesù non ha solo curato e guarito i malati, ma è anche stato un instancabile promotore della salute attraverso la sua presenza salvifica, l'insegnamento, l'azione. Il suo amore per l'uomo si traduceva in rapporti pieni di umanità, che lo conducevano a comprendere, a mostrare compassione, a recare conforto unendo armonicamente tenerezza e forza. Egli si commuoveva di fronte alla bellezza della natura, era sensibile alla sofferenza degli uomini, combatteva il male e l'ingiustizia. Affrontava gli aspetti negativi dell'esistenza con coraggio e senza ignorarne il peso, comunicava la certezza di un mondo nuovo. In Lui, la condizione umana mostrava il volto redento e le aspirazioni umane più profonde trovavano realizzazione.

I credenti sono chiamati a sviluppare uno sguardo di fede sul valore sublime e misterioso della vita, anche quando essa si presenta fragile e vulnerabile. “Questo sguardo non si arrende sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso, e proprio in queste circostanze, si apre a *ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà*” ».

---

<sup>14</sup> Fino a termine paragrafo: GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per l'VIII Giornata mondiale del malato, "Insieme per servire"* n. 41, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 15-22.

## CAPITOLO II

### LA PASTORALE SANITARIA DEI MALATI

#### 1. “ANDATE, INSEGNATE E GUARITE”<sup>15</sup>

Il Documento sulla *Pastorale della salute in un mondo che cambia* offerto alle comunità parrocchiali dell’Arcidiocesi di Milano, vuole essere d’aiuto e stimolo alla realizzazione di una rinnovata e coinvolgente pastorale sanitaria.

Mai come in questi tempi si è parlato, a diversi livelli, dei problemi che riguardano la salute: un valore da accogliere e da difendere con grande cura.

La comunità cristiana, attenta ai segni dei tempi che cambiano, è chiamata a confrontarsi con le forti innovazioni continuamente introdotte in ambito etico-sanitario e, di conseguenza, ad inserire la pastorale sanitaria nella pastorale ordinaria. Ma come? In primo luogo, attraverso una conoscenza approfondita di tutte le problematiche del settore: cura ed assistenza dei malati in un momento di cambiamento della sanità, formazione degli operatori sanitari e pastorali, umanizzazione delle strutture, ruolo e modalità d’intervento per un moderno volontariato. Fino ad un dibattito, sui temi di etica e bioetica, che vede i cattolici, oggi, scarsamente informati e spesso assenti: è necessaria una rinnovata catechesi sulla vita e sulla sofferenza, la salute e la morte.

In secondo luogo, attraverso il coinvolgimento dell’intera comunità: essa è il primo e più importante soggetto della pastorale, di tutta la pastorale e quindi anche di quella sanitaria. Ogni cristiano va reso cosciente della propria responsabilità.

In tale prospettiva, particolare attenzione si dovrà porre nel generare e nel curare vocazioni professionali specifiche, come anche *ministeri laicali*, che incarnino concretamente ed in via originale la carità di Cristo nel mondo della sanità.

Inoltre, poiché in un settore così complesso non si opera isolatamente, occorre realizzare un efficiente coordinamento delle associazioni che si spendono in favore dei sofferenti, dei disabili, dei bisognosi di cura ed assistenza. Solo una vera collaborazione tra tutte queste forze inciderà in modo efficace sull’universo-sanità.

#### 1.1. Cos’è la pastorale sanitaria

La Pastorale è il servizio specifico che la Chiesa svolge per la comunità degli uomini di ogni tempo e di ogni luogo affinché possano incontrare e conoscere il Signore Gesù, apprezzare la propria vocazione e giungere alla Salvezza. In questa missione è impegnato ogni battezzato: la sua vocazione di cristiano lo pone nel cuore del mondo, alla guida dei vari campi d’azione della società. La pastorale coinvolge e tocca la parrocchia, la famiglia, la scuola, i mass-media, il mondo del lavoro, la salute: sani e malati.

Troviamo l’origine, il fondamento della pastorale sanitaria nel preciso mandato di Gesù agli apostoli: “Andate, insegnate e guarite” (Lc 9,2 e parall. Mt 10,8; Mc 6,7). Gli

---

<sup>15</sup> Fino a termine paragrafo: ARCIDIOCESI DI MILANO “*Andate, insegnate e guarite*”, *La pastorale della salute in un mondo che cambia*, Documento dell’Ufficio per la Pastorale della sanità presso la Curia Vescovile, “Insieme per servire” n. 49, rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XV n. 3, luglio-settembre 2001, pp. 29-41.

apostoli sono chiamati ad “insegnare” con la vita e con l’annuncio del Vangelo la Sua Salvezza, attraverso l’assistenza e la cura degli infermi.

Ed il Maestro, che ha incontrato malati e sofferenti di ogni genere, guarendoli, ascoltandoli e confortandoli nel dolore, conferisce il mandato di “andare e guarire” a tutti coloro che credono in lui: Il fedele di Gesù è, oggi e sempre, insostituibile artefice di una missione di salvezza.

Anche gli Atti degli Apostoli (cfr. At. 2,42; 5,12) ci raccontano di cura e guarigione. L’azione della Chiesa apostolica è per intero accompagnata dal segno delle guarigioni. E nel corso del tempo, dentro una Storia che ha spesso visto l’uomo sofferente abbandonato a se stesso, la Chiesa ha assolto con fedeltà la propria missione, attraverso l’instancabile e silenziosa opera di religiosi e religiose, così come di un grande numero di *laici* ed istituzioni dedicate alla cura dei malati e dei bisognosi.

Oggi, poi, nel valutare gli enormi successi della scienza in campo medico, nel soppesare le prospettive che la tecnologia offre a ricerca e cura, nell’affrontare un cambiamento culturale che rende il mondo della salute solo parte di un quadro molto più vasto, la pastorale sanitaria attinge, nel definire i propri compiti, alle scienze umane e, principalmente all’antropologia.

Il punto di riferimento, per ogni scelta, è qui il modello personalista. La persona, dal momento del concepimento fino alla morte, nella sua totalità, è il fine ed il punto di riferimento ultimo per qualsiasi società e realtà, essendo l’uomo dotato di capacità razionale, di libertà e di autodeterminazione. I principi etici che il cristiano ritiene fondamentali, e che pone a custodia dell’integrità della persona, non possono così essere abbandonati.

A tale riguardo, afferma Giovanni Paolo II: *“La medicina, in quanto avvicina l’uomo nel momento cruciale della sofferenza, quando egli avverte acuto il bisogno di salvaguardare la propria salute, deve fare di colui che l’esercita, a tutti i livelli, un esperto di grande sensibilità umana. Soltanto così il servizio diventa anche testimonianza, ed essendo servizio alla vita, si trasforma in incentivo ad amarla, a coglierne il più vero e profondo significato in ogni sua manifestazione”*<sup>16</sup>.

In questa prospettiva, ad ogni cristiano presbitero, religioso, laico operante nella sanità ed alla struttura sanitaria cattolica, è chiesto oggi con urgenza di proseguire la missione guaritrice di Gesù all’interno di un pianeta-salute in continuo rinnovamento e trasformazione, con una presenza profetica e portatrice di valori umani ed evangelici.

Vediamo perciò concretizzata nella pastorale sanitaria, in definitiva, “la presenza e l’azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura. Non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all’emarginazione e ai valori della vita e della salute”<sup>17</sup>.

## 1.2. **Gli ambiti di intervento**

La pastorale sanitaria, avendo come campo d’intervento la vita, la salute e la malattia dell’uomo, deve farsi presente con la sua azione in molteplici ambiti:

- negli *ospedali, nelle case di cura e nelle case di riposo*, attraverso l’azione medica concreta, o quella spirituale e consolatoria, dei cappellani, dei religiosi e delle religiose, degli operatori sanitari e dei volontari;

---

<sup>16</sup> GIOVANNI PAOLO II, *L’umanizzazione della medicina*, Discorso ai partecipanti alla conferenza internazionale, 10/11/1987, in *Dolentium hominum*, n. 7).

<sup>17</sup> CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 19, Roma 1989.

- nelle *parrocchie*, mediante un'adeguata assistenza spirituale ed un accompagnamento idoneo dei malati; oltre che con la proposta di itinerari formativi, catechistici, omiletici e di evangelizzazione comunitaria sulle tematiche riguardanti il rispetto e la qualità della vita, la salute e l'educazione ad essa, la sofferenza e la morte;
- nelle *scuole di diploma universitario per infermieri professionali e nelle facoltà di medicina*, sostenendo la necessità di una formazione tecnica ed umana adeguate ed integrate;
- nella *scuola media e superiore*, mediante la trattazione di questi argomenti durante l'ora di religione;
- nei luoghi deputati alla *ricerca e alla programmazione, scientifica e sanitaria*: valorizzando la vita umana e difendendola in tutte le sue fasi, dal concepimento alla morte, ogni qualvolta si affrontino i difficili problemi di *etica e bioetica*;
- nel *mondo del lavoro, delle politiche ambientali e della prevenzione*.

### **1.3. La sanità in un mondo in trasformazione**

La pastorale sanitaria si inserisce oggi in un contesto sociale e culturale in costante trasformazione.

La medicina ha compiuto negli ultimi decenni importanti progressi a livello diagnostico e terapeutico, sconfiggendo gravi patologie e dando significative risposte alla "domanda" di vita e salute espressa dall'umanità. Ma il progresso scientifico e tecnologico ha in molti casi allontanato la medicina e di conseguenza gli operatori sanitari dai bisogni dell'uomo, che è prima di tutto *persona*, unione inscindibile di caratteri fisici e spirituali.

Sul piano *organizzativo*, notiamo che la sanità si è aziendalizzata. Questo cambiamento, facendo seguito ad importanti e nuove leggi dello stato, ha certamente contribuito ad uno snellimento dell'apparato burocratico ed all'affinamento delle capacità organizzative dell'intero sistema, soprattutto in ambito pubblico, ma ha prodotto, anche, *conseguenze non del tutto favorevoli al soggetto principe dell'azione di cura: l'uomo bisognoso*.

Oggi, ad esempio, negli ospedali si privilegia e si agisce secondo una logica di "prodotto", seguendo la casistica dei cosiddetti Drg (Diagnostic related group), che stabilisce una quota di costi e ricavi per ogni patologia curata o intervento effettuato.

**Questa impostazione abbrevia al minimo il ricovero,  
con il rischio, in alcuni casi,  
di dimettere degli ammalati ancora in fase problematica.**

**L'ospedale presta sempre maggiore attenzione alla fase acuta della patologia,  
mentre l'iter riabilitativo e di lunga degenza viene affidato al Territorio.**

**Ciò significa, fra l'altro, che in seno alla comunità parrocchiale  
si conta un numero via via crescente di ammalati.  
Ed ancor più sarà così in futuro.**

Inoltre, dobbiamo osservare con particolare attenzione il veloce inserirsi nella sanità italiana di molti soggetti privati – gruppi imprenditoriali ed assicurativi – che

perseguono specifiche finalità di profitto. Ciò porta l'azienda ospedaliera, lentamente ma inevitabilmente, ad allontanarsi dagli interessi del sofferente.

Su un piano *sociologico* notiamo appena come cresca, elevandosi l'età media di vita, la percentuale di anziani malati e sofferenti, ed appartenenti a nuclei familiari composti da figli unici, che faticano ad assisterli adeguatamente.

Come pure sale il numero dei colpiti da malattie irreversibili: tumori, morbo di Alzheimer, patologie psichiatriche, depressione. Tutti pazienti assistiti, per la gran parte del tempo, dai familiari: le organizzazioni di assistenza domiciliare integrata stentano a decollare.

**Ma proprio il Territorio è costretto a farsi carico, in questi anni, della maggiore attenzione dovuta alla persona.  
E la Parrocchia può operare in tema scelte concrete:  
i cristiani desiderosi di impegnarsi, attraverso opera di volontariato competente, hanno qui ampio spazio in cui agire.**

Sul piano *culturale*, il tempo presente pone alla *pastorale sanitaria* la sua sfida più avanzata. Un'antropologia differente da quella cui accennavamo prima, meno attenta alla persona e che potremmo definire "razionalistica", spinge l'uomo ad intervenire nel gioco della vita per imporre le proprie regole.

**Aborto, diagnosi prenatale ed eugenetica, sterilizzazione, anticoncezione, ricerca e trapianto di tessuti embrionali, donazione o, all'opposto, accanimento terapeutico, sono pratiche ormai diffuse in tutto il mondo, ma difficilmente conciliabili con la consapevolezza, posseduta dal cristiano, che la vita è dono di Dio e come tale esige rispetto.**

E' opinione corrente che gli strumenti della scienza siano moralmente neutri, e che assumano valenza positiva o negativa unicamente in rapporto alle modalità d'uso ed agli scopi perseguiti. Ma questo non è vero: certe sperimentazioni scientifiche, mediche e psicologiche tendono a spogliare l'uomo della sua umanità e della sua dignità, negandone il senso profondo di entità *corporea e spirituale insieme*.

*La sfida, dicevamo, è alta.*

**Nel tempo attuale, alla *pastorale sanitaria* spetta questo compito:  
seminare nell'uomo la consapevolezza che non ci sarà sopravvivenza del soggetto-individuo, del soggetto-persona, se saldi principi e valori morali non governeranno la società.**

#### 1.4. Problemi pastorali ed etici

La rapida trasformazione della società e i veloci cambiamenti culturali con i quali anche il mondo della salute deve fare i conti ci chiamano, insomma, ad una pastorale sanitaria che non esaurisca la propria azione nell'amministrazione dei sacramenti e che è ormai, tra le corsie di un ospedale, punto d'arrivo di

**una positiva relazione di aiuto fondata sull'ascolto dell'esperienza del sofferente e sull'apprendimento della "lezione" che da lui viene.  
Ed è rispettosa di ogni specifico cammino di fede.**



Infatti il documento “La pastorale della salute nella Chiesa italiana” ricorda:

**« È sulla base di una calda umanità**

[cioè “è con l’Amore, e non solo mossi dalla *com-passione* che si instaura un rapporto interpersonale. Senza l’Amore viene *meno* il rispetto verso la persona, provata da una qualsiasi forma di sofferenza sia fisica che morale. Guai a minare e far crollare la preziosa dignità rimasta inducendola al nascondimento e alla *vergogna*”]<sup>18</sup>.

**che trova il primo appoggio l’accompagnamento pastorale del malato.**

**Rispettando i bisogni e i tempi del paziente, il cappellano**

[o anche il diacono, l’accolito o il ministro straordinario della Comunione (Eucaristia) - n.d.r.]

**saprà anche essere propositivo di un conforto e di una Speranza**

[“Voi ci portate la Speranza!” è l’esclamazione che incoraggia, dei sofferenti - n.d.r.]

**che vengano dalla Parola di Dio, la preghiera e i sacramenti »**<sup>19</sup>.

Solo così questi ultimi potranno svolgere un ruolo terapeutico e sanante, e venire realmente compresi nella loro specificità di gesti e riti.

Oggi è però necessario affiancare ad un’equilibrata pastorale dei sacramenti uno sforzo deciso per una nuova evangelizzazione.

Rispetto alla logica d’azienda di cui dicevamo al punto precedente, ad esempio, e che sembra farsi strada nel mondo ospedaliero,

*la pastorale della salute*

**afferma con forza che il solo criterio economico non può essere decisivo e discriminante.**

**L’uomo deve, oggi e domani, essere posto al centro di tutto.**

**E gli unici criteri gestionali di tipo aziendalistico accettabili e condivisibili sono quelli finalizzati a migliorare le cure dei malati.**

**E’ urgente ed irrinunciabile**

**proporre e mostrare i principi della morale e dell’etica cattolica, ed illuminare, mediante la lettura della Parola di Dio e gli insegnamenti del Magistero, i problemi del mondo della salute.**

Dimenticare la compiutezza ed insieme la finitezza creaturale dell’uomo comporta un rischio: mettere in moto, anche in campo sanitario, una “macchina” dei servizi che ben presto segnala le proprie difficoltà ed inadeguatezze.

Un esempio:

**la promessa di salvezza riposta in una tecnologia apparentemente onnipotente genera “sempre” l’aspettativa della guarigione. Che spesso va però delusa.**

**Ecco perché le strutture sanitarie, specie quelle cattoliche, devono tenere ben presente che loro compito *non è solo curare, ma anche, e di più, prendersi cura.***

La malattia non è unicamente evento da cui potersi e volersi liberare, quanto anche evento cui dare parola, volto, voce, compatibilità esistenziale.

Tutti obiettivi cui si richiama una pastorale sanitaria consapevole.

---

<sup>18</sup> Mi è giunto spontaneo inserire qui un’osservazione scaturita ed esposta in un incontro organizzato dall’Associazione di volontariato culturale e di ricerca “Edith Stein” della parrocchia di Sant’Anna a Rapallo, svolto il 26-6-2004, dal giovane filosofo e relatore dott. EDOARDO SIMONOTTI su “La filosofia degli affetti”, citando pensieri di filosofi a partire da Schopenhauer, Nietzsche fino a Scheler.

<sup>19</sup> Ivi, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 40.



### 1.5. L'azione sacramentale e spirituale

L'azione terapeutica deve realizzare contemporaneamente *due scopi*:

*donare salute e farsi esperienza di salvezza.*

**Si comprende perciò la stretta relazione ed analogia intercorrente**

*“tra la missione del sacerdote, da una parte,*

*e quella dell'operatore sanitario, dall'altra:*

**tutti dediti, a diverso titolo, alla salvezza dell'uomo, alla cura della sua salute,**

**a liberarlo dal male, dalla sofferenza e dalla morte,**

**a promuovere in lui la vita, il benessere, la felicità”<sup>20</sup>.**

Ma, come raggiungere tale obiettivo? Come tradurre il principio in pratica, quando ci si trova al letto del malato?

Le vie sono molte: dal dialogo su argomenti religiosi, spirituali ed esistenziali soprattutto sulla sofferenza e la morte, alla preghiera in comune, alla celebrazione dei sacramenti, ed in modo particolare dell'

**“Unzione degli Infermi”:**

**questa, per troppo tempo intesa come sacramento dei moribondi,**

**tanto da essere definita “estrema unzione”**

**va oggi riscoperta nel suo significato originale**

**di “sacramento per la persona ammalata”:**

*“Chi è malato chiami a sé i presbiteri della Chiesa e preghino su di lui, dopo averlo unto con l'olio, nel nome del Signore. E la preghiera fatta con fede salverà il malato; il Signore lo rialzerà e, se ha connesso dei peccati, gli saranno perdonati” (Gc 5,13).*

**Il Concilio Vaticano II e la riforma liturgica**

**hanno inteso restituire all'Unzione degli Infermi il suo significato genuino.**

La possono ricevere “*quei fedeli il cui stato di salute risulta seriamente compromesso per malattia o vecchiaia*”<sup>21</sup> E, quanto agli effetti: “*Questo sacramento conferisce al malato la grazia dello Spirito Santo; tutto l'uomo ne riceve aiuto per la sua salvezza, si sente rinfanciato dalla fiducia in Dio e ottiene forze nuove contro le tentazioni del maligno e l'ansietà della morte; egli può così non solo sopportare validamente il male, ma combatterlo, e conseguire la salute, qualora ne derivasse un vantaggio per la sua salvezza spirituale; il sacramento dona inoltre, se necessario, il perdono dei peccati e porta a termine il cammino penitenziale del cristiano*”<sup>22</sup>.

### 1.6. Chi deve attuare la pastorale sanitaria

Tutti i battezzati, individualmente o associati, si impegnano con ruoli e responsabilità diverse a collaborare, in seno alla comunità, per un'adeguata pastorale sanitaria.

Quanto alla *comunità parrocchiale*, il 47° Sinodo della diocesi di Milano, alla costituzione 251, ricorda: “Le comunità parrocchiali non possono demandare alle sole strutture pastorali specializzate l'azione pastorale a favore dei malati. Si tratta, infatti, di un'attenzione che deve essere presente nella vita e nell'azione ordinaria della

---

<sup>20</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso in occasione del 120° anniversario della fondazione dell'ospedale “Bambin Gesù” di Roma*, 18 marzo 1989, in *Insegnamenti*, XII/1, 605-608, n. 2.

<sup>21</sup> *Rito dell'Unzione*, n. 8.

<sup>22</sup> *Ibidem*, n. 6.

parrocchia”, Rivolgendosi a presbiteri e diaconi [accoliti e ministri straordinari dell’Eucaristia - n.d.r.] il Sinodo afferma: “L’attenzione ai malati, come pure alle loro famiglie, deve avere un posto primario nell’azione ministeriale”.

Il *sacerdote cappellano*, alla guida di una cappellania ospedaliera<sup>23</sup>, svolge tra le corsie una missione cruciale, offrendo ai malati, ai loro familiari ed agli operatori sanitari la luce e la grazia del Signore Gesù. Si impegna inoltre nel promuovere progetti tesi a rendere più *umano* il clima dell’istituzione, nell’insegnamento dell’etica professionale, nell’animazione della pastorale sul Territorio, nel suscitare e formare il volontariato<sup>24</sup>.

### 1.7. **Gli operatori sanitari**

Vari documenti del Magistero ribadiscono che l’operatore sanitario non esercita solo una nobile professione, sostanziandosi la sua attività di una vera vocazione e missione. L’operatore sanitario, e quello cattolico a maggior ragione, lavora nella consapevolezza che il suo ruolo non si gioca tutto, e non si esaurisce, nel rapporto di cura con il malato. L’operatore è, anzi, protagonista del processo di *umanizzazione* del mondo sanitario. In particolare, grande importanza riveste, nell’incontro col sofferente, la dimensione relazionale e psicologica, tanto che persino l’esito sfavorevole del trattamento o addirittura l’evento infausto sarebbero meglio sopportati, se non accettati, dal malato e dalla sua famiglia quando fossero centro di un atto di accoglienza, e non solo medico. Un’attenta pastorale della salute ribadisce quindi che l’*operatore sanitario cattolico*:

- fonda il proprio intervento su una seria *preparazione professionale, etica e morale*;
- ama la vita ed è a servizio della vita;
- pone la carità alla base della sua professione;
- sa che colui che gli sta di fronte è un “uomo” ed è egli stesso ricco di umanità;
- crea un clima sereno nell’ambiente in cui lavora;
- chiede aiuto a Dio nella preghiera [fondamento per l’agire: per cui gli atteggiamenti e le parole corretti non sono sempre coincidenze ma frutto dello Spirito Santo - n.d.r.];
- ama la sua professione e la “vive”.

***Anello centrale della catena,  
che indissolubilmente lega i protagonisti del rapporto di cura, è il medico.  
Oggi, contrariamente a quanto avveniva fino ad un recente passato,  
egli dialoga con il paziente.  
Avendone il massimo rispetto, e non desiderando imporgli niente,  
divide con lui intenzioni e decisioni,  
tanto che si può parlare di un *cammino comune: medico-malato.****

Si può parlare del medico come del portatore di una professione dalle forti valenze religiose, caritative e morali. Accanto a lui, impegnato nell’assistenza diretta al sofferente sta l’infermiere:

**egli risponde ai bisogni immediati del malato, assolvendo quindi a *due compiti*:  
l’uno di stampo tecnico e scientifico; l’altro, forse ancora più rilevante, di tipo  
relazionale,  
e che si esprime nell’*aiuto*, nell’*ascolto*, nella *comunicazione*.**

L’infermiere è davvero artefice di una relazione terapeutica, di un *dialogo che cura*.

---

<sup>23</sup> “La cappellania ospedaliera, quale segno ecclesiale visibile e strumento di un’adeguata cura pastorale, è composta dai cappellani, dai diaconi, dalle suore incaricate come assistenti religiose, da religiosi, religiose e laici [anche ministri straordinari dell’Eucaristia - n.d.r.], che si dedicano stabilmente alla cura pastorale, della struttura sanitaria o assistenziale” (47° Sinodo della Diocesi di Milano, cost. 254).

<sup>24</sup> Cfr. *La pastorale della salute della Chiesa italiana*, n. 41).

**– Quale annuncio deve portare il fedele di Gesù che opera in ambito sanitario? Di cosa può e deve parlare al malato, al familiare, al collega, al “cliente” occasionale dell’azienda ospedaliera?**

Egli deve farsi *portatore ed interprete della Speranza*. [prima di affrontare un argomento religioso ritengo necessario l’*ascolto*, che apre alla conoscenza della persona individuando l’argomento più consono e costruttivo orientato all’esperienza di vita reciproca come di altra natura. Instaurato un rapporto di fiducia (di solito dedicandole una ragionevole, anche se limitata, porzione di tempo), con amore e discrezione, iniziamo l’approccio religioso in modo semplice e spontaneo - n.d.r.].

Il sentimento che maggiormente caratterizza il sofferente, ricordiamolo, è la speranza, o la sua mancanza.

Ebbene, la Speranza cristiana è la certezza che la vita va oltre il contingente, tendendo all’Assoluto. Per questo, la vita stessa non può dalla speranza essere disgiunta. Medico e infermiere, professando ed incarnando speranza, sollevano l’uomo dall’angoscia, dalla delusione fondata sulla sofferenza, dall’incapacità a cogliere più la bellezza e la ricchezza della vita.

In definitiva, possiamo ricordare quanto afferma la *Carta degli operatori sanitari* a proposito delle figure di cui abbiamo parlato: “Professione, vocazione e missione si incontrano e nella visione cristiana della vita e della salute, si integrano reciprocamente. In questa luce, l’attività medico-sanitaria prende un nuovo e più alto senso come servizio alla vita e ministero terapeutico”<sup>25</sup>.

E tuttavia, oggi, alcune figure professionali, in particolare quella dell’infermiere, si trovano in grave difficoltà: diminuiscono gli aspiranti [non però (come nel caso della locale clinica cardiocirurgica) per gli extracomunitari parimenti validi (es. rumeni, peruviani, ecc.) - n.d.r.]. Per varie ragioni: principalmente, scarsa consapevolezza dell’importanza della missione che l’infermiere svolge; non ultima, un corso di studi molto impegnativo, cui fanno seguito stipendi inadeguati.

Spetta ancora alla parrocchia far conoscere, negli oratori, nei gruppi giovanili e di volontariato, nelle scuole, questa nobile professione-missione.

### **1.8. Le strutture sanitarie cattoliche**

Se l’ospedale è, come spesso si afferma, “tempio” della vita, obiettivo primario delle strutture sanitarie cattoliche diventa l’*evangelizzazione*, attraverso la promozione e la difesa di dignità e sacralità di quella stessa vita umana, dal concepimento fino alla morte. Tali strutture, “che costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di “curare gli infermi”, sono da considerarsi non solo utili ma necessarie alla missione della Chiesa, dando consistenza e continuità all’azione caritativa e di promozione umana della comunità cristiana”<sup>26</sup>.

Più precisamente, possiamo articolare in questo modo i compiti di una struttura sanitaria cattolica:

- “*assistenza integrale dell’ammalato*, con attenzione a tutte le dimensioni della persona: fisica, psicologica, sociale, spirituale e trascendente, creata ad immagine di Dio, redenta da Cristo e chiamata all’eternità”<sup>27</sup>. Un’istituzione cattolica che si dedichi alla cura della salute si pone oggi come comunità per la guarigione e la

---

<sup>25</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari* n. 4, Poliglotta Vaticana, Roma 1994.

<sup>26</sup> *La pastorale della salute della Chiesa italiana*, n. 54.

<sup>27</sup> *Ibidem*, n. 56.

compassione: l'attenzione che offre non può quindi limitarsi al trattamento della malattia o al nutrimento del corpo, e deve anzi estendersi alla salvaguardia delle dimensioni spirituali e sociali del sofferente;

- *umanizzazione*, quindi, così definibile: “Salvaguardia dell'umanità delle cure e delle prestazioni, umanizzando la tecnica e garantendo un clima nel quale gli ammalati si sentano accettati e tutelati nei loro diritti”<sup>28</sup>. Bisogna recuperare le basi naturali, relazionali, del rapporto in ospedale, che è rapporto interpersonale. Una cura, una prestazione e, più in generale, un ospedale che non adempiano a questo compito tradiscono le proprie finalità, e non sono più coerenti con la propria missione;
- *formazione del personale*, a livello umano, cristiano e professionale. Certamente, è da coltivare una permanente formazione tecnico-scientifica, che mantenga ed arricchisca le competenze professionali dell'operatore; ma, per un'istituzione cattolica, è doveroso promuovere anche una formazione etico-religiosa, che garantisca a medico ed infermiere una cultura sanitaria ispirata ad autentici valori umani e cristiani;
- *servizio religioso*, come qualità ed efficienza del ministero di accompagnamento spirituale di chi soffre e dei suoi familiari. Questo ministero ha la finalità di “sollevare moralmente il malato, aiutandolo ad accettare e valorizzare la situazione di sofferenza in cui versa, accompagnandolo con la forza della preghiera e la grazia dei sacramenti e di aiutare i familiari a vivere senza traumi e con spirito di fede la prova della malattia dei propri cari”<sup>29</sup>.

La Chiesa è oggi consapevole e persegue con forza, quindi, il proprio diritto-dovere di creare e gestire istituzioni cattoliche operanti sulla salute e la malattia dell'uomo.

### 1.9. Il volontariato sanitario

Il volontariato può essere considerato “un vero e proprio ‘segno dei tempi’, indice di una presa di coscienza più profonda e viva della solidarietà che lega reciprocamente gli essere umani”<sup>30</sup>.

Il volontario “è il cittadino che liberamente, non in esecuzione di specifici obblighi morali o doveri giuridici, ispira la sua vita nel pubblico e nel privato a fini di solidarietà. Pertanto, adempiuti i suoi doveri civili e di stato, si pone a disinteressata disposizione della comunità, promovendo una risposta creativa ai bisogni emergenti dal Territorio, con attenzione prioritaria per i poveri, gli emarginati, i senza potere. Egli impegna energie, capacità, tempo ed eventuali mezzi di cui dispone, in iniziative di condivisione realizzate preferibilmente attraverso l'azione di gruppo. Iniziative aperte ad una leale collaborazione con le pubbliche istituzioni e le forze sociali; condotte con adeguata preparazione specifica; attuate con continuità d'interventi; destinate sia ai servizi immediati, che alla indispensabile *rimozione delle cause di ingiustizia e di oppressione della persona*”<sup>31</sup>.

---

<sup>28</sup> *La pastorale della salute...*, n. 56.

<sup>29</sup> *Ibidem*, n. 20.

<sup>30</sup> *Ibidem*, n. 59.

<sup>31</sup> A. ELLENA, voce *Volontariato*, in F. DE MARCHI - A. ELLENA, (edd.), *Nuovo Dizionario di sociologia*, p. 324, Paoline, Roma.

Le motivazioni che inducono al volontariato sono quindi tante. Ma il cristiano ne possiede una in più:

***il desiderio di mantenersi fedele al proprio Dio ed al Vangelo,  
attraverso un servizio ai fratelli  
che si concretizza in particolare nel volontariato sanitario  
e, più genericamente, nel “volontariato pastorale”.***

Così, “accanto alle forme benemerite di volontariato socio-sanitario svolte da gruppi, associazioni e movimenti che operano sia a livello territoriale che istituzionale, la Chiesa desidera promuovere e potenziare una presenza specifica di volontariato pastorale, formato da persone motivate e impegnate ad irradiare lo spirito del Vangelo e i valori della tradizione cristiana nel mondo della salute”<sup>32</sup>.

Chi opera nel volontariato pastorale trova quindi il suo semplice ma solido fondamento sull’esempio di Cristo, sullo spirito del Vangelo, e nella comunione con la Chiesa. Un orizzonte spirituale permea la sua prospettiva e il suo servizio.

L’individuazione dei chiamati al “volontariato pastorale” spetta alla comunità parrocchiale, quale primo luogo di formazione e sostegno spirituale. Per un volontariato, appunto, che non sia frutto di semplice spontaneismo, ma sappia coniugare desiderio di bene e giusta preparazione, psicologica ed umana.

Inevitabilmente, infatti, **il volontario che opera in ambito sanitario gioca il suo ruolo maggiore nel campo dell’assistenza, intesa come *stare con*: egli dà al malato la sicurezza che sempre qualcuno gli è accanto, vicino, espressione di una cura pensata e gestita in maniera organica, frutto del desiderio di portare a guarigione, certo, ma prima ancora della necessità di prendersi cura.**

#### **Il volontario cristiano**

**coniuga al meglio alcuni verbi che “dicono” la relazione interpersonale:  
egli ascolta, perché si lascia abitare dalle parole e dal silenzio dell’altro;  
accoglie, perché sa essere *con*, sa essere *per*, sa essere *in* accompagnamento,  
perché tiene per mano il sofferente,  
promovendone, valorizzandone e propiziandone il *cammino*;  
ed annuncia,  
perché porta con sé la vita e fa risuonare la Buona notizia della Speranza.**

L’itinerario della formazione al volontariato, è spesso faticoso ed ancora troppe volte giocato in una dimensione quasi esclusivamente esperienziale. La pastorale della salute mette oggi a disposizione delle parrocchie, attraverso i preposti organismi diocesani, strumenti concreti perché anche in questo campo sia avviato un cammino di adeguamento alle esigenze di una società complessa come la nostra.

#### **1.10. Indicazioni pastorali**

*A tutta la comunità parrocchiale* è richiesto un impegno concreto e fattivo verso i sofferenti, nel sensibilizzare la società alla dignità dell’uomo ed ai valori cristiani della vita, nel richiamare la responsabilità dei laici che operano nel mondo della salute.

---

<sup>32</sup> CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE SANITARIA, *Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute*, Sussidio, Camilliane, Torino 1995, n. 15.

Ma il coinvolgimento della comunità cristiana può fondarsi solo su un serio **processo di formazione e di educazione, tramite**, ad esempio, **“progetti di catechesi”** che raggiungano **“non solo gli ammalati e gli operatori sanitari, ma anche le famiglie e le istituzioni educative”**<sup>33</sup>; oppure, **la valorizzazione di alcuni momenti forti dell’anno liturgico e della predicazione**; o, ancora, **la programmazione di itinerari d’apprendimento etici ed antropologici**.

Di pari passo con la formazione deve essere perseguito l’impegno per un’azione verso e con i malati che si concretizzi in vicinanza umana e sacramentale, nel coinvolgimento degli stessi in attività comunitarie, nell’aiuto materiale in situazioni di bisogno.

In concreto questo significa:

- *suscitare nella comunità la giusta sensibilità verso chi soffre*. E’ da valorizzare la *Giornata mondiale, diocesana e parrocchiale del malato*; si devono istituire momenti catechistici e culturali dedicati;
- sollecitare l’impegno alla *visita degli ammalati*, a domicilio o presso le strutture sanitarie [in parrocchia già curiamo anche il secondo aspetto da oltre 18 anni - n.d.r.];
- coltivare le *vocazioni al ministero straordinario dell’Eucaristia* [presente in parrocchia da oltre 18 anni - n.d.r.];
- formare ed educare *gruppi di volontariato domiciliare*, anche tra i giovani [già in atto, specie per anziani, malati e Anffas - n.d.r.];
- *trattare con continuità* questa problematica in seno al *Consiglio Pastorale* e agli altri organismi parrocchiali [già considerato da volontari e ministri straordinari dell’Eucaristia - n.d.r.];
- *favorire la collaborazione tra comunità parrocchiali e strutture [socio] sanitarie presenti nel Territorio* [già in atto presso una casa di cura - n.d.r.].

## 2. PER UNA PASTORALE “SANANTE”<sup>34</sup>

Non sempre la pastorale sanitaria ha, all’interno dell’impegno pastorale della comunità ecclesiale, il posto che le compete. Meccanismi difensivi, più o meno coscienti, di fronte a realtà drammatiche come il dolore, la malattia e la morte, possono impedire un impegno pastorale (e una riflessione teologica che lo fondi) che sia almeno pari a quello profuso in altri campi.

L’impegno in ambito sanitario non è mai, però, venuto meno nella storia della Chiesa. Ma, sia nel suo versante assistenziale che pastorale è stato spesso “delegato” ad alcuni specialisti del settore: cappellani ospedalieri, operatori sanitari, ordini e congregazioni religiose, con il risultato che la realtà della malattia e del dolore (e coloro che ce la ricordano) sono diventate “ecclesialmente” marginali se non proprio “invisibili”:

La difficoltà della comunità ecclesiale di confrontarsi con i temi propri della pastorale sanitaria può dipendere anche dal fatto che molti cristiani, ai vari livelli di impegno pastorale, tendono ad evitare quegli ambiti di vita, ed i problemi che questi sollevano, in cui non hanno risposte “facili” sull’amore di Dio e si indebolisce la loro capacità di

---

<sup>33</sup> *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, cit., n. 21.

<sup>34</sup> Fino a termine par.: LUCIANO SANDRIN, *Chiesa comunità sanante: riflessione teologico-pastorale*, “Insieme per servire” n. 41, rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 3-14.



difenderlo; non affrontano questi temi se non quando sono improvvisamente forzati ad entrarvi dagli eventi drammatici della vita e si ritrovano spesso impreparati a farlo. Se il servizio ai malati e ai sofferenti è per la Chiesa “parte integrante della sua missione” sia non solo presente in una pastorale specifica e “localizzata” ma sia *parte integrante dell’agire ecclesiale*.

## 2.1. Una salvezza integrale

I gesti sacramentali della Chiesa manifestano e attualizzano il carattere di totalità della salvezza di Cristo; si pongono ai punti nodali dell’esistenza umana, ed in essi il rapporto salute-salvezza viene attuato in termini di corrispondenza reale, storica, esistenziale ed ecclesiale. “Si può parlare, in questo senso, della grazia sacramentale come di una grazia di sanazione integrale”.

Nella celebrazione dei sacramenti e nell’annuncio della Parola la Chiesa continua l’opera salvifica di Cristo. Come ci ricorda il Catechismo della Chiesa Cattolica: “Il Signore Gesù Cristo, *medico delle nostre anime e dei nostri corpi*, colui che ha rimesso i peccati al paralitico e gli ha reso la salute del corpo, ha voluto che la sua Chiesa continui, nella forza dello Spirito Santo, la sua opera di guarigione e di salvezza, anche presso le proprie membra”.<sup>35</sup> E questo è lo scopo non solo dei due sacramenti di guarigione (la Penitenza e l’Unzione degli infermi) ma anche, ed in modo del tutto speciale, del sacramento dell’Eucaristia in cui Cristo ci invita, malati e sani, ad un incontro di alleanza e di comunione. Ancora oggi il Signore Gesù, vero buon samaritano dell’umanità e divino guaritore, compie nella Chiesa, “*grande farmaco dell’uomo*”, la sua opera di guarigione.

Come i sacramenti attualizzano la salvezza portata da Cristo, così l’evangelizzazione promossa dalla Chiesa è incarnazione e prolungamento del suo vangelo sanante. Ancor oggi la comunità cristiana è chiamata a portare la Parola che guarisce e testimoniare nei gesti che curano il senso profondo della vita e la multidimensionalità della salute, rendendo ancora possibile l’incontro, e cioè l’incarnazione, tra il divino e l’umano, in modo che l’umano sia segno che parla del divino, la salute sia segno di un Regno di Dio *già* in mezzo a noi ma *non ancora* pienamente espresso.

## 2.2. Evangelizzare sanando

Gesù non separa mai la sua attività terapeutica dalla proclamazione del Regno. Ciò significa che l’evangelizzazione del mondo della salute da parte della comunità ecclesiale non è qualcosa di aggiunto all’azione terapeutica dei suoi membri, ma deve integrarsi nei gesti di cura e di guarigione, a tal punto che questi stessi gesti diventano vangelo, lieto annuncio che Dio è un Dio presente, che ama, che cura e che consola, invito ad accogliere la sua salvezza ma anche luogo di *professione di fede*. Il “guarire”, che a volte può essere espresso anche in gesti di guarigione straordinari, è parte integrante della missione stessa della Chiesa, della sua azione pastorale ed evangelizzante, momento della sua ministerialità. E i vari operatori sanitari esprimono, in modo continuo e spesso silenzioso, i miracoli di guarigione che la Chiesa ha il potere, ricevuto da Cristo, di compiere. Annuncio e guarigione, vocazione cristiana e impegno professionale non sono in conflitto. Essere veri cristiani, nel complicato mondo sanitario, non esime da una preparazione professionale (tecnica e relazionale) ai più alti livelli, anzi lo esige: solo mani competenti riescono a veicolare l’amore terapeutico di cui il malato ha bisogno ed essere *segno* della tenerezza di Dio. Ma solo

---

<sup>35</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, *I sacramenti di guarigione*, n. 1421, Libreria Editrice Vaticana, 1992.



lavorando insieme (come tasselli di un riuscito e significativo mosaico) i vari operatori sanitari possono attuare una vera terapia, che si prenda cura della ricchezza delle dimensioni in cui la salute si esprime e la cui armonia, nel malato, entra in crisi, e così “riscrivere la ricchezza, la profondità e la completezza dell’*approccio terapeutico* del “*Buon Samaritano*” che **curando annuncia la lieta notizia dell’amore del Padre**”.

Il “sanare” però non può essere tale se non è inserito all’interno di rapporti in cui la dignità umana della persona malata sia pienamente riconosciuta in tutti i momenti e contesti del percorso di cura. L’*umanizzazione* di cui è portatrice la Chiesa nella sua azione pastorale trova fondamento nella cristologia, e nell’antropologia che ne deriva, e si esprime come “capacità di unificazione” ai vari livelli.

L’*umanizzazione della medicina e del rapporto di cura* può diventare, quindi, vero e proprio momento “evangelizzante”. Una visione unitaria della persona che ne rispetti le dimensioni biologiche, psicologiche e relazionali, e riconosca alla sua apertura al trascendente un ruolo costitutivo, diventa fondamentale per una risposta terapeutica veramente *sanante*. La riflessione etica deve quindi sempre più interessarsi della difesa e promozione della vita della persona in tutto il suo percorso vitale e, quando debole e malata, in tutto il percorso di cura perché esso sia sempre *espressione* di un tipo di relazione rispettosa del malato, della sua soggettività, dei suoi diritti e doveri, primo fra tutti quello di essere partner attivo di un processo di cura fondato sulla “reciprocità”.

L’umanizzazione deve passare attraverso il recupero della *dignità* del soggetto malato in una relazione terapeutica che ha come referente “tutta” la persona vista all’interno del suo contesto familiare e sociale.

L’impegno della Chiesa si allarga anche agli **aspetti politico-sociali** del problema sanitario. E questo la chiama ad una *vigilanza critica*. E’ per la Chiesa un dovere del suo ministero pastorale vigilare perché le risorse umane, economiche e tecnologiche siano a servizio della persona umana e di tutte le persone distribuite nelle varie parti del mondo, perché la cura e le strutture sanitarie che la offrono siano non solo efficaci ma anche *rispettose della dignità del malato* e “perché sia promossa nella sua interezza anche la salute di quanti non hanno voce e perché il mondo sanitario, non lasciandosi costringere dalle dinamiche del profitto, sia invece permeato dalla *logica della solidarietà e della carità*”.

### **La Chiesa è chiamata a darne per prima l’esempio.**

Accanto al malato e a chi soffre la comunità cristiana scopre la sua **fondazione trinitaria** e riscopre continuamente modalità pastorali “essenziali”, capaci di **rispondere significativamente** (senza la pretesa di risolverli), nelle *parole e nei gesti*, ai problemi fondamentali della vita e alle *domande “ultime”* che la persona, *nuda delle sue solite sicurezze*, le pone. E in questo ambito pastorale può fare esperienza che attraverso le sue risposte, sempre “penultime”, al malato e a chi soffre possono arrivare (per *Grazia*) le risposte “ultime” che *solo Dio può dare*.

### 3. LA SOFFERENZA È STATA REDENTA <sup>36</sup>

#### 3.1. I molti volti del dolore umano

L'uomo attua la sua esistenza attraversando e vivendo svariate situazioni ed esperienze. Alcune di esse sono positive e belle e costituiscono quell'aspetto della vita che potremmo chiamare diurno e luminoso, in contrapposizione alla dimensione opposta, notturna e avvilita, segnata da situazioni oscure e dolorose. Si vorrebbero certo evitare tali situazioni, ma raramente è concesso. Sono esse che s'impongono alla vita, rendendola faticosa e dolente.

Queste esperienze assumono i volti più svariati e differenti. C'è il *male della natura* che si esprime in catastrofi ed epidemie, morti immature e tribolazioni devastanti, prive di senso. C'è poi il *male responsabile*, dove l'uomo è vittima e artefice o carnefice, da quello che accade su vasta scala, come i genocidi e le torture, l'ingiusta ripartizione dei beni, l'oppressione sistematica e programmata, a quello che è il *Male quotidiano*, fatto di aggressività e di gelosie, di meschinerie e di individualismi esasperati del "ciascun per sé". Opportunamente il Concilio Vaticano II ha ricordato che è dallo *squilibrio* "interno all'uomo" che nascono gli altri conflitti, sì che l'uomo necessita innanzitutto d'una riconciliazione con se stesso<sup>37</sup>. Né va trascurato il *malessere* di carattere psichico o organico tanto diffuso nel nostro tempo, che si esprime sotto forma di depressione e di noia, e che spesso va a sfociare nell'uso di droghe, nell'alcoolismo, nel suicidio.

Dove collocare l'ampio e variegato corteo delle malattie, le patologie che affliggono la persona umana e la costringono a ricoveri penosi e interminabili nei grandi o piccoli ospedali delle nostre città? Chi frequenta questi luoghi sa bene come essi diano l'impressione d'essere una sorta di concentrato o sintesi viventi del patire umano, perché chi soffre nella carne ha dolori ancora più cupi e devastanti nello spirito.

#### 3.2. Le due facce dell'esistenza: dimensione luminosa e dimensione notturna

La vita del resto è fatta di luci e di ombre. Si conosce il dolore perché si è stati nella gioia. Quanto più un uomo ha apprezzato la giocosità dell'esistenza tanto più sarà offeso dalla ripugnanza del male.

La vita dell'uomo può essere descritta leggendola su *due versanti*. Sull'uno vi appare come un essere che è "proiettato nell'esistenza", perché colmo del desiderio di vita che intende attuare in un progetto significativo. Per questo s'adopra e impegna le migliori energie, attraverso l'esercizio d'un lavoro, d'una professione utile a sé e alla società. E per lo stesso motivo si decide per una determinata forma di vita mettendo su famiglia, oppure dedicando tutte le energie della mente e del cuore ad altra causa che ritiene valida e degna di assorbire il meglio di sé.

Ma che cosa accade nello spazio interiore di questa persona se una grave sciagura, una diagnosi infausta o qual'altra sventura si abbattono su di lui? La sensazione più acuta che si prova in simili circostanze è il fallimento dell'esistenza, la rimessa in discussione di tutto se stessi, quasi un muro che, improvviso, si erge contro lo slancio della vita. Se la situazione persiste e si aggrava, quella sensazione si tramuta in un'esperienza di un sentirsi abbandonato o tradito dalla vita, un essere "gettato via" dall'esistenza.

---

<sup>36</sup> Fino a termine par.: UFFICIO CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La sofferenza è stata redenta*, "Insieme per servire" n. 41, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 23-40.

<sup>37</sup> «*Gaudium et Spes*», n. 10, Costituzione pastorale del Concilio ecum. Vaticano II, Ediz. Paoline, 1967.

### 3.3. Non è più opportuno tacere e ascoltare?

Chi oserà, a questo punto, tentare ancora una risposta? Forse, piuttosto che cercare una soluzione, sarebbe meglio tacere, addentrarsi nel silenzio e *mettersi in ascolto*. In ascolto di chi subisce il male; di coloro che, per compassione e solidarietà, si accostano alla persona dolente; di quelli che lottano su tutti i fronti contro tutte le forme del male; di Colui che, innocente, *ha scelto* di vivere la nostra umanità fino a quanto in essa vi è di più ripugnante e inumano: la morte infamante della croce. Che cosa ne dice Lui, di questo nostro quotidiano patire?

Sembrerà forse singolare e strano, eppure i *vangeli* non attribuiscono a Gesù nessuna formula o discorso di “spiegazione” del dolore, delle nostre malattie, dei nostri mali. Né vengono riportate parole o proposte di atteggiamenti di “rassegnazione”. Anzi, Egli si adoperò con la parola e le opere perché fossero vinte le cause del male. Neppure cercò mai, per se stesso, la sofferenza. *Quando tuttavia non poté evitarla perché era sulla strada della fedeltà alla volontà salvifica del Padre, vi si sottomise, la “prese su di sé”* (Mt 8,17), e subito la sofferenza acquistò una qualifica di senso, perdette la sua inutilità e divenne *via d’accesso alla pienezza di vita non solo per Lui, ma per noi tutti*. Ora i credenti in Cristo fanno, con la Fede, che anche il loro patire ha un significato, un valore salvifico: non certo in forza del patire in se stesso, bensì a motivo dell’atteggiamento di amore e di solidarietà con cui Cristo l’ha vissuto. Le parole di istituzione dell’Eucaristia ben manifestano quella disposizione del cuore: “Questo è il mio corpo dato per voi; ... il mio sangue, il sangue dell’alleanza versato per tutti...” (Mt 26,28).

*Gesù Cristo, il Signore, ieri, oggi e sempre, ci dona l’energia trasformante che ha introdotto in una situazione priva di senso, un seme che la rende esperienza di valore e di promozione di vita.*

### 3.4. Il Dio di Gesù Cristo: “uno di noi”

Chi ama davvero una persona e la vede soffrire o morire, vorrebbe sostituirsi a lei, vorrebbe patire e morire al suo posto. La Bibbia ci testimonia l’amore folle del re Davide per il figlio morto: “Figlio mio! Assalonne, figlio mio, figlio mio Assalonne! Fossi morto io al tuo posto!” (2 Sam 19,1).

Il Nuovo Testamento ritorna su quel grido d’un cuore paterno. Ora però si tratta dell’amore di Dio per l’uomo: “Dio ha tanto amato il mondo da dare il suo Figlio unigenito perché chiunque crede in lui non muoia ma abbia la vita eterna” (Gv 3,16)<sup>38</sup>. Nel Figlio crocifisso Dio ha fatto proprio quanto della condizione umana sembrava più lontano da Dio: la sofferenza e la morte. Anche Gesù, come i tanti “Giobbe” prima e dopo di Lui, ripete il “perché?” d’un tale patire e morire. E Lui, di certo, è l’Innocente vittima del peccato e non cessa d’amare e perdonare anche mentre lo inchiodano al legno.

– *Gesù portatore di gioia e uomo dei dolori* - Gesù come colui che è allo stesso tempo il portatore della gioia, l’amico capace di consolare (“Venite a me voi tutti...” - Mt 11,28) e di liberare da ogni male, e “l’uomo dei dolori”, colui che “deve molto patire...” (Mt 8,31). Alla fine della sua vita questi due aspetti si compongono: “il Crocifisso è il Risorto!”, come dire che proprio Colui che era descritto come “l’uomo dei dolori”, è ora il Vivente e fonte di vita e di gioia per tutti: è questo l’annuncio pasquale. *L’ultima parola non appartiene al dolore e alla morte, bensì alla gioia e alla vita.*

---

<sup>38</sup> “*Salvifici doloris*”, 14.

– *Come ha sofferto Gesù?* - I vangeli, non ci presentano un Gesù *campione della sofferenza*, che l'affronta con animo eroico, forte della consapevolezza d'una energia straordinaria. Di fronte alla sofferenza, *Gesù reagisce come in genere reagiamo noi*. Non ha cercato la sofferenza, come testimonia un testo del vangelo di Giovanni: "Gesù percorreva la Galilea; non voleva infatti andare nella Giudea perché i Giudei cercavano di ucciderlo... Poi salì anche Lui (a Gerusalemme), non manifestamente, come di nascosto" (Gv 7,1-10). Quando però si rende conto che la sofferenza è ineluttabile, vi si decide con forza (Lc 9,51), ma poi vi reagisce *in maniera pienamente umana*. Al Getsemani non ha che un solo desiderio, che la sofferenza s'allontani: "Padre, se è possibile, allontana da me questo calice, però si compia non la mia, ma la tua volontà!". E cerca sollievo presso gli altri: "vegliate con me" e presso Dio nella preghiera.

Il "come" *Gesù abbia sofferto* ci è chiarito soprattutto dalle *sette parole* ["frasi" - n.d.r.] che gli evangelisti attribuiscono *nelle ore di agonia sulla croce*. Quelle parole hanno *due obiettivi*: svelare il senso della morte di Gesù nel disegno di Dio, e rivelare la maniera con cui Gesù stesso ha vissuto quest'evento nella sua coscienza di uomo e nella sua relazione con Dio.

Dicono senza ritegni la sua verità di un "uomo" che grida e lamenta una condizione di dolore assurda (prima delle sette frasi dell'agonia - n.d.r.): "Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?". E poi l'intensa invocazione (seconda frase): "Ho sete!", gridata da Lui che aveva affermato d'essere "sorgente d'acqua viva". Gesù non nasconde la verità della sua povertà umana, il bisogno che ha degli altri, il desiderio profondo di vivere e adempiere la missione della sua vita.

Parole di *perdono, di accoglienza e di Speranza* (terza): "Padre, perdonali, perché non sanno quel che fanno", dove cerca addirittura di scusare la loro colpevolezza. Al malfattore che lo aveva pregato, dice (quarta): "Oggi sarai con me...". Agli uni e all'altro, Gesù apre ancora un avvenire, li apre alla *Speranza*. E alla *Speranza* e al *Futuro* apre anche la Madre Maria e il discepolo Giovanni (quinta): "Donna ecco tuo figlio..., figlio ecco tua Madre...", senza rimanere chiuso entro il proprio dolore.

Una grande *parola di fiducia* ci trasmette Luca, colta sul momento di morire (sesta): "Padre, nelle tue mani affido il mio spirito!". Ed è ancora una parola di speranza che l'evangelista Giovanni ci consegna (settima e ultima frase dell'agonia): "Tutto è compiuto!". Quale cammino di trasformazione profonda ha percorso Gesù nelle ore della sua passione: muore nella consapevolezza di aver manifestato fino in fondo l'Amore salvifico di Dio, sì che ora se ne potranno raccogliere i frutti. Anche la sua morte, dunque, non ha nulla di eroico, vi traspare una *calda umanità*. Vi grida la sua povertà, vi manifesta la sua Fede e la sua Speranza. Eppure è *proprio in quel momento* che il centurione romano si apre alla fede: "Veramente costui è il Figlio di Dio!" (Mc 15,39). *Gesù, insomma, ha vissuto "fino in fondo" la sua umanità, la verità del suo "essere uomo", e proprio per questo manifesta la sua divinità, rivelando allo stesso tempo la verità di Dio Suo Padre*. Appunto quando non ci si nasconde dietro false apparenze e si cerca invece di costruire dolorosamente la lotta per la speranza, Dio ci si manifesta. E' straordinaria la lezione del centurione tramandataci dal Vangelo: proprio quando non ci sarebbe più alcun motivo per credere, egli decide di porre il suo *atto di fede*. E tuttavia il *significato definitivo* della sofferenza di Gesù appare in maniera compiuta solo nell'evento della **Risurrezione**. Questa è la "risposta" ultima del Padre al grido del Figlio, che dà *senso e compimento* al suo atteggiamento di filiale fiducia e obbedienza. In tal modo, la risurrezione non risulta una sorte di conferma esteriore alla sofferenza e alla morte. E' piuttosto interna a quella sofferenza e morte. Ne è il frutto, l'espressione gloriosa.

### 3.5. “La sofferenza umana è stata redenta”

Quale senso ha dunque ora la sofferenza dell’uomo dopo che il Figlio di Dio incarnato l’ha vissuta personalmente? Quali atteggiamenti deve maturare di fronte ad essa il discepolo di Cristo?

Sostanzialmente sono due gli atteggiamenti che il cristiano, seguendo l’esempio del suo Signore, deve maturare dinanzi alla sofferenza: *amore* radicale per il prossimo sofferente, che diviene umile servizio per combattere o alleviare il dolore, *impegno* per venire incontro in ogni modo a chi è colpito dalla sventura. Per questo la comunità dei discepoli di Cristo deve qualificarsi come *comunità sanante*.

– La comunità cristiana: comunità “sanante” - Gesù non è rimasto “di marmo” dinanzi alla sofferenza e alla morte degli uomini e delle donne del suo tempo. Ha pianto la morte dell’amico Lazzaro, ha provato compassione alla vista di una madre che aveva perduto l’unico figlio, ha avuto pietà della folla smarrita. Quando gli fu chiesto quale fosse l’origine della sofferenza, non si perdette in astratte teorie, né vide un rapporto quasi di causa ed effetto tra colpa e sventura (Gv 9,3):

***la sofferenza non è un castigo di Dio !***

Piuttosto, s’impegnò con tenacia nella cura e nella guarigione di malattie, investì le sue risorse per aprire alla speranza, alla fiducia.

Ai suoi discepoli ordinò che continuassero a impegnarsi come lui contro ogni forma di male che offende l’uomo. Ad essi chiese di maturare atteggiamenti di solidarietà e di partecipazione, di stabilire un’alleanza con i sofferenti e i bisognosi per sconfiggere le cause di ogni forma del male.

Già la prima comunità dei credenti considerò suo compito specifico farsi carico dei malati, dei sofferenti, attuando con realismo il mandato del suo Signore non solo di “evangelizzare”, ma anche di “curare gli infermi” (Lc 9,2).

– “Sofferenza redenta”: *comunità sanata* - Che senso può acquistare il nostro soffrire quando è inevitabile e permanente? In tali circostanze, non pare che sia sensato ricercarne la causa, affannarsi dietro la domanda: “perché mi accade questo?”. Piuttosto è da chiedersi: *Come posso vivere questa situazione?* Come posso viverla in maniera umana e significativa, in maniera cristiana, da discepolo di Gesù? Quale tipo di fede e di fiducia può animarmi in queste condizioni? Quale amore posso esprimere?

Questo non vuol dire che tanti patimenti non siano causati dalla nostra o altrui *responsabilità*. Se tuttavia il male rimane e si rivela inevitabile, la ricerca d’un senso, d’una direzione può risultare più utile che non accanirsi nella ricerca d’un colpevole. È questa *la guarigione interiore*, che nasce dall’aver individuato un senso anche nelle condizioni di malattia e di dolore, perché è ridimensionato il valore della stessa *salute*, orientandola nella direzione della *salvezza*, ossia la riuscita globale e definitiva della vita. La sofferenza infatti può offrire l’opportunità per aprire la persona umana ad altre potenzialità da sviluppare e attuare, e che rimanevano disattese. Ci sono infatti delle esperienze di per sé tristi che, se vissute come *sfida e provocazione*, aprono gli occhi su nuove prospettive della vita.

Altre volte il dolore può divenire una necessaria *purificazione* da comportamenti errati o disorientanti, come anche può svolgere *un ruolo educativo*. Per “ricostruire il bene nello stesso soggetto sofferente”<sup>39</sup>. Si tratta di un’esperienza universale.

---

<sup>39</sup> “*Salvifici doloris*”, n. 12.



**Nella *prospettiva evangelica*  
però l'accento è posto sul rapporto personale con Dio:  
la sofferenza può giocare questo ruolo.  
In essa *Dio si manifesta*  
come Padre che cerca un rapporto più stretto, più personale con la sua creatura.**

**Attraverso la sofferenza  
Dio purifica l'uomo, lo trasforma, lo penetra della sua santità  
per introdurlo nell'intimo della sua vita divina.  
Tale è il cammino dell'uomo:  
soffrendo, impara l'obbedienza che lo unisce a Dio.**

Non sempre però questo accade, né sempre può accadere. Ci sono certi dolori carichi d'un tale potere devastante dinanzi ai quali la mente si perde, né il cuore riesce più a sostenere. *Dolori* effettivamente *eccedenti* la giusta misura sopportabile da parte d'un uomo. Lo stesso è da dire per il dolore innocente, il dolore di bambini, di certe forme di handicap mentali o fisici. In tali circostanze non è più bastevole – né sempre le condizioni psichiche e fisiologiche lo consentono – neppure chiedersi “come vivere tale situazione, in quale maniera umana e cristiana”. L'unico spiraglio che rimane può forse essere intravisto nella domanda: “*con chi* è possibile vivere in tali condizioni?”. Emerge tutta l'importanza degli altri, della comunità familiare e sociale, della comunità cristiana. Si afferma il valore della solidarietà, della partecipazione e della prossimità, della compassione autentica, che nasce da puro amore.

In questa testimonianza di partecipazione e di amore, la persona sofferente intravede il mistero della prossimità, della compassione amorosa di Dio (2 Cor 1,3-7). Si è così rimandati al *mistero della Sua presenza nell'uomo sofferente* (Mt 25,40: “l'avete fatto a me”). Poiché se la vita del cristiano è un “vivere-con-Cristo” o un “essere-in-Cristo”, oppure è “Cristo-che-vive-in-me”, ciò vale in maniera singolare quando si è più somiglianti a Lui crocifisso, perché fu in quella condizione che egli poté gridare: “Tutto è compiuto!”, avendo egli stesso raggiunto il “compimento” della sua incarnazione e della sua missione in quelle circostanze.

L'apostolo Paolo era talmente persuaso di tale verità da tradurre l'esperienza del suo esistere come un “vivere a due”: “Sono stato crocifisso con Cristo. Non sono più io che vivo, è Cristo che vive in me. Questa vita che vivo nella carne, la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha dato se stesso per me!” (Gal 2,20).

*La condizione di sofferenza* diviene allora una *cattedra* straordinariamente efficace, poiché vi risuonano le scarse essenziali “parole vissute” dell'eloquenza del Crocifisso. Il malato infatti ricorda la nostra creaturale finitudine e limitatezza, il nostro non-appartenerci per essere proprietà sua, di Cristo, di Dio, da Lui dipendenti e a Lui finalizzati.

La persona malata esprime anche la nostra *dipendenza reciproca*, il bisogno che abbiamo gli uni degli altri. Ci fa anzi scoprire quanto dobbiamo agli altri, quanto la nostra stessa realizzazione dipenda dagli altri, nel senso che sono gli altri a far emergere le nostre potenzialità e poterle affermare: “L'uomo non può ritrovarsi pienamente se non attraverso un dono sincero di sé”. Anzi, “quell'amore disinteressato

che si desta nel suo cuore e nelle sue opere, l'uomo lo deve in un certo senso alla sofferenza”<sup>40</sup>.

Nella sua povertà, infine, il malato aiuta a comprendere *il valore della persona umana* in se stessa, del suo puro e semplice essere, a prescindere dalle doti, dal ruolo, dalla posizione che occupa nella famiglia, nella società o nella Chiesa stessa.

**La persona va rispettata, servita, amata  
in qualsiasi condizioni si trovi, prima di tutto e semplicemente  
perché è persona umana, come figli di Dio, creati a sua immagine.**

#### 4. “LA CURA PER UN MONDO MALATO”<sup>41</sup>

– *Che significa “Guarire con la solidarietà”?*

Prima di tutto significa che il nostro mondo è malato. Come afferma il Pontefice nella “*Nuovo millennio ineunte*”, n. 50: “Scommettere sulla carità”. «Il nostro mondo comincia il nuovo millennio carico delle contraddizioni di una crescita economica, culturale, tecnologica, che offre a pochi fortunati grandi possibilità, lasciando milioni e milioni di persone non solo ai margini del progresso, ma alle prese con condizioni di vita ben al di sotto del minimo dovuto alla dignità umana. E’ possibile che, nel nostro tempo, ci sia ancora chi muore di fame? Chi resta condannato all’analfabetismo? Chi manca delle cure mediche elementari? Chi non ha una casa in cui ripararsi? »”.

**Siamo chiamati, quindi, a combattere e a curare non solo le diverse malattie esistenti, ma anche lo stato di “malattia” in cui si trova la nostra umanità e da cui derivano diversi mali.**

– *Una diagnosi: quali cause individuerrebbe da questa “malattia”?*

Alla base sembrano esserci due atteggiamenti oggi diffusi: il desiderio e la ricerca quasi esclusiva del profitto e del proprio interesse; la ricerca e l’esercizio del potere, inteso non certo come *servizio* per conseguire un bene comune ma come imposizione interessata e arrogante della propria volontà e potenza sugli altri. Se si analizzano, alla luce di quanto detto, alcune decisioni prese in diversi campi, apparentemente ispirate solo dall’economia, dalla politica, dall’esigenza di organizzazione, ecc., si potrà notare che esse nascondono spesso altre motivazioni come l’idolatria del denaro, del proprio potere e dei propri interessi. Insomma, non si tratta solo di lottare contro alcune malattie, neppure solo contro la fame e la povertà. Si tratta di contribuire, come affermò Paolo VI nella “*Populorum progressio*”, per “costruire un mondo in cui ogni uomo, senza esclusioni di razza, di religione, di nazionalità, possa vivere una vita pienamente umana, affrancata dalle servitù che gli vengono dagli uomini e da una natura non sufficientemente padroneggiata; un mondo dove la libertà non sia una parola vana e dove il povero Lazzaro possa sedersi alla stessa mensa del ricco”.

---

<sup>40</sup> *Salvifici doloris*,. 29.

<sup>41</sup> Fino a termine par.: XII Giornata mondiale del malato: “*Guarire con la solidarietà*”, C.d.R.R., *intervista* a SERGIO PINTOR, direttore dell’Ufficio Nazionale della Conferenza Episcopale Italiana per la Pastorale della Salute, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.



– *Ma il tema della Giornata mondiale reca anche un messaggio di speranza, di guarigione.*

Certamente, perché credere di “guarire con la solidarietà” significa anche credere nella possibilità di “una cura” e di “una guarigione”, perché all’interno stesso della nostra umanità, in ciascuno di noi, esiste la risorsa curativa, a condizione che la riconosciamo e la mettiamo in opera. E questa risorsa curativa è la *solidarietà*. Essa, infatti, non è un “optional”: è un indice ineliminabile della nostra umanità quando la esprimiamo o della nostra disumanità quando non la praticiamo. E’ necessario, quindi, anzitutto riconoscere l’interdipendenza esistente tra persone e persone, tra popoli e popoli; una vera e propria interdipendenza che determina le relazioni nel mondo contemporaneo dal punto di vista economico, culturale, politico e religioso. Dalla coscienza dell’essere tutti “interdipendenti”, nasce la risposta-risorsa curativa che è la solidarietà. Una “solidarietà” da non intendere come puro “assistenzialismo”, come strumento di vaga o superficiale compassione. La solidarietà è una “risorsa” personale e sociale con precise caratteristiche e una propria identità.

– *Quindi, definendola in concreto?*

Direi che essa è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il *bene comune*, un riconoscersi e accogliersi come persone e popoli di uguale dignità all’interno della società e a livello internazionale, dove ciascuno ha qualcosa da dare e da ricevere, la consapevolezza che i beni della creazione sono destinati a tutti (compresi quelli prodotti dall’industria), il superamento di qualunque tendenza egemonica e padronale dell’uno sull’altro, di un Paese su un altro Paese e, infine, senza confini, aperta universalmente, senza chiusure lobbistiche.

Così intesa, la solidarietà può diventare la risorsa fondamentale per affrontare i problemi di una cura integrale della salute, per una più autentica qualità di vita e può diventare – se solo e fermamente tutti lo volessimo – la via dello sviluppo e della pace. Con una certezza: che è possibile costruire un mondo più solidale, una relazione e qualità di vita più umana, che vale la pena impegnarsi in questa impresa, a partire dall’impegno per la difesa e la promozione della *dignità della persona*. In primis della *persona malata*.

## 5. UN PECULIARE STILE DI SERVIZIO <sup>42</sup>

Della solidarietà gli italiani hanno fatto quasi l’emblema di un certo modo di essere, o forse di apparire. Ma in tanti, forse in troppi, *confondono ancora la solidarietà con la carità*. Si dice che siamo un popolo generoso in caso di appelli umanitari: calamità naturali, organizzazioni di ricerca, assistenza ai bisognosi. Ma tutto ciò con la solidarietà c’entra poco; la solidarietà, soprattutto con i sofferenti, è qualcosa di diverso. Se poi dovessimo intenderla nel senso cristiano sarebbe tutt’altra cosa.

La sofferenza ci spaventa, ci angoscia. Chi davanti ad una delle tante drammatiche immagini che ci mostrano giornali e tv mentre ci godiamo sdraiati sulle poltrone un po’ di relax non si affretta ad interromperne la visione? Forse, per tranquillizzarci mettiamo anche mano al portafogli.

---

<sup>42</sup> Fino a termine par.: XII Giornata mondiale del malato: “*Guarire con la solidarietà*”, PIETRO PUDDU, direttore scientifico IDI IRCCS Roma, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.

C'è confusione tra carità e solidarietà! Se non apriamo come singoli individui il cuore e la mente all'esatto significato del termine solidarietà non possiamo coglierne il vero valore. Dobbiamo essere portatori prima dell'esperienza vissuta nella nostra quotidianità accanto all'uomo sofferente.

Oggi possiamo vantarci dei religiosi ospedalieri, i primi ad introdurre tra le corsie il concetto dell'umanizzazione prima, ed ora dell'idea non più nel curare il malato ma del prendersi cura dello stesso; della sua accoglienza piuttosto che della sua accettazione. Nelle istituzioni sanitarie dei religiosi più che curare il malato ci si prende cura del malato: uno stile di servizio reso all'uomo sofferente, non solo sul piano professionale e tecnologico, che per vocazione e volontà cerchiamo di mantenere sempre ai più alti livelli, ma anche e soprattutto sul piano più squisitamente umano, dove la condivisione della sofferenza diventa presidio terapeutico che, al pari delle medicine somministrate o dell'intervento chirurgico prestato, diviene elemento essenziale della cura. Sembra sottile la differenza tra il curare ed il prendersi cura, tra l'accettazione e l'accoglienza. Ma, almeno per noi, non è così.

## 6. LA SOLIDARIETÀ PAGA, *SEMPRE* !<sup>43</sup>

Nel più vasto significato del termine, solidarietà è la chiave del successo di una struttura sanitaria. Grazie a Dio, molti ne sono convinti.

– *Come si pone un manager come lei nei confronti del concetto di solidarietà?*

Cerchiamo di tradurre questo valore facendolo coincidere con la centralità della persona malata, della sua famiglia, delle sue esigenze. Questo tipo di discorso potrebbe ritenersi scontato perché in fondo sembra logico che in un ospedale il soggetto principale di tutte le azioni debba essere il malato. Dico “sembra” perché nella realtà non sempre è così, anzi, tante volte vengono anteposti gli interessi, per carità, legittimi e i diritti di chi nell'ospedale ci lavora o della struttura stessa. Noi, però, abbiamo verificato che se tutta l'organizzazione viene effettivamente costruita intorno alle esigenze del malato, l'ospedale funziona meglio, anche dal punto di vista economico. Può sembrare un paradosso ma è così. Se il malato è al centro di tutti i sistemi organizzativi, di tutte le procedure, ovviamente ne ha vantaggi immediati, ma ne beneficia anche l'organizzazione, intesa come complesso gestionale.

– *Un esempio concreto*

Quando una persona malata ha bisogno di un ricovero il suo interesse primario è di entrare il più presto possibile, così per l'uscita. Non è così banale e scontato se il ricovero si basa solo sul letto libero e non dalla disponibilità della sala operatoria. In tal caso è possibile che passi inutili giorni in più, senza che nulla accada con un aggravio di inutile stress per lui e la famiglia e magari subendo un danno economico in caso di attività lavorativa autonoma. Non di meno la stessa struttura sanitaria che, a sua volta, accusa una perdita perché dal punto di vista gestionale quei giorni di ricovero in attesa dell'operazione non sono remunerativi. Inoltre non si dà a un altro malato la possibilità di ricoverarsi.

---

<sup>43</sup> Fino a termine par.: XII Giornata mondiale del malato: “*Guarire con la solidarietà*”, CORRADO DE ROSSI RE, intervista ad ANTONIO CICHETTI, direttore generale del policlinico Gemelli di Roma, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.

– *Riguardo il rapporto organizzazione-solidarietà?*

L'organizzazione della struttura è *divisa* in reparti, sezioni, servizi, anche contigui ma che magari neanche si conoscono tra loro. Il malato nel suo percorso di diagnosi e cura ha purtroppo bisogno di più unità e servizi ed è costretto a “valicare” muri burocratici venendo a cadere la sua centralità di malato e quindi la solidarietà nei suoi confronti. Il processo assistenziale si deve sviluppare avendo come riferimento costante la persona malata e non i modelli organizzativi interni. Il malato deve scorrere lungo questo iter di diagnosi e cura come se percorresse un'autostrada che non abbia interruzioni. Questo è possibile solo in una organizzazione di tipo dipartimentale in un'unica unità che facilita la presa in carico della persona malata.

## 7. LE DECLINAZIONI DELLA SOLIDARIETÀ <sup>44</sup>

Nonostante si viva in un tempo in cui l'individualismo sembra dominare incontrastato, forse non si è parlato mai tanto di solidarietà come ai nostri giorni, soprattutto nell'ambito della cura della salute.

Non è sufficiente parlare semplicemente di solidarietà, occorre praticarla, verificando le nostre relazioni interpersonali, le relazioni nell'ambito socio-sanitario, economico.

1) **Sulla strada di Gerico** - La strada che da Gerusalemme porta a Gerico è ormai diventata il simbolo del cammino della comunità cristiana. La parabola del Buon Samaritano è la *parabola della solidarietà*. Le sue parole conclusive: “Va' e anche tu fa lo stesso” ripetono da sempre a tutte le generazioni il comandamento nuovo, che costituisce l'anima e il centro nevralgico dell'intero Vangelo. Una strada da ripercorrere ogni giorno, una memoria da conservare gelosamente, un insegnamento da custodire fedelmente, un invito da portare a compimento. La strada di Gerico è la strada che porta al giudizio: “Ero sofferente e siete passati oltre; ero sofferente e mi avete aiutato”. La riflessione va anzitutto sul comportamento dei due primi passanti; proprio perché il racconto non lo dice, la mente si sforza di scoprire i motivi che l'hanno determinato: fretta, paura, alibi? Molto più genericamente e profondamente l'insensibilità, la mancanza di spirito solidaristico, una buona dose di egoismo nascosto sotto le false vesti di una religiosità soltanto formale.

E' in questa atmosfera che viene rivoluzionato anche il concetto di prossimo. Le due domande della parabola vanno in senso inverso: “Chi è il mio prossimo?”, domanda il dottore della legge; “Chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?”, controd domanda Gesù. Il passaggio dall'oggettivo al soggettivo. La questione non riguarda gli altri, ma ciascuno di noi. Tutti sono il mio prossimo semplicemente perché io sono il prossimo di tutti. La situazione è capovolta: la novità del Vangelo esplose in tutta la sua pienezza. Ora tutte le distanze sono colmate, perché l'amore non conosce confini.

2) **La lettura della Chiesa di oggi** - Alla solidarietà ha dedicato una suggestiva pagina l'enciclica “*Sollicitudo rei socialis*” di Giovanni Paolo II. Il contesto è quello del rapporto fra i popoli e le nazioni, ma l'insegnamento ha valore universale. La definizione ha l'andamento delle cose solenni. Per il Papa, la *solidarietà* “non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine o lontane. Al contrario, è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti” (n. 38).

---

<sup>44</sup> Fino a termine par.: XII Giornata mondiale del malato: “*Guarire con la solidarietà*”, sussidio UFFICIO NAZ. CEI per la Pastorale della Sanità, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.

Solidarietà significa perdersi, uscire da se stessi, portarsi al di fuori, servire: il contrario del tornaconto e dello sfruttamento. La pace (l'omnicomprensivo *shalom* biblico) è certamente “opera della giustizia”, ma e più ancora “opera della solidarietà”.

Virtù certamente umana, ma anche, anzi per questo, virtù cristiana. Ciò che è autenticamente umano è anche cristiano. Non dobbiamo scegliere fra umano e cristiano come se fossero fra loro alternativi. Non umano o cristiano (come tante volte si è pensato), *ma umano e* [et et (entrambi gli aggettivi) - n.d.r.] *cristiano*. Sui due fronti i valori sono sostanzialmente gli stessi, anche se la fede cristiana aggiunge qualcosa di proprio per i loro punti di riferimento e anche per la loro intensità.

3) **La teologia della solidarietà** - Da Cristo a Dio, dal Figlio al Padre. E' dal seno di questi che Gesù ha sperimentato e appreso la solidarietà: essa è una virtù tipica dello stile di Dio. Prima di essere una qualifica dell'operato di Gesù, la solidarietà è attributo trinitario. Dio è solidale nella sua intima natura, il solidale per eccellenza, la solidarietà nella sua origine e nella sua fonte sorgiva, nella sua trascendente anagrafe. Con la sua esistenza, con i suoi atteggiamenti, con le sue parole, il Figlio ha semplicemente narrato agli uomini quanto ha appreso e vissuto fin dall'eternità nell'ambito trinitario. Questo è Dio. Trinità è sinonimo di amore, di reciprocità, di solidarietà in azione. L'uomo non la crea, semplicemente la riflette e la riproduce sotto l'influsso determinante della grazia di Dio. Fra gli uomini la solidarietà nasce per partecipazione,

4) **Imitatori di Dio** - L'uomo nuovo è chiamato a imitare Dio. “Siate misericordiosi, come è misericordioso il Padre vostro” (Lc 6,36). Un testo che fa da *pendant* “Siate voi dunque perfetti come è perfetto il Padre vostro celeste” (Mt 5,48), come se la perfezione consistesse nella misericordia. L'identificazione è almeno probabile dal momento che l'ultima definizione di Dio è quella di amore (cf. Gv 4,7, 16). Una definizione che specifica quella del rovetto ardente sostanzialmente basata sull'essere: “Io sono colui che è”. L'essere profondo di Dio è l'amore. Dall'amore Dio è definito nella sua pienezza. Coloro che vorranno imitarlo dovranno porsi su questa strada. E amore è termine pieno di significati che sembrano non esaurirlo mai: affetto, tenerezza, carezza, gratuità, reciprocità, solidarietà, misericordia...

La rivelazione del primo Testamento giunge così al suo epilogo e apre la strada alla sequela di Gesù, il rivelatore di Dio.

Ma l'impegno è anche dell'intera comunità cristiana, chiamata a diventare la casa della misericordia e dell'amore. Casa di accoglienza sono i suoi edifici, dove il confessionale non è un mobile fuori tempo e fuori luogo, ma il simbolo visibile dell'amore perdonante di Dio, infinitamente più grande delle nostre colpe e delle nostre infedeltà. Afferma Giovanni che “Dio è più grande del nostro cuore” (1 Gv 3,20).

Ma casa di accoglienza sono tutte le sue strutture e le sue persone, i suoi gruppi e le sue espressioni. Tutto nella Chiesa di Dio dev'essere orientato verso la misericordia e la solidarietà. Essa è l'icona dell'amore trinitario, spazio aperto per tutti quelli che soffrono, annuncio universale di pace e di speranza. Comunità alternativa in un mondo disarticolato e frammentato, dominato dalle leggi dell'interesse e dell'egoismo. Raggio di luce in un mondo ottenebrato e offuscato dalle nebbie dell'idolatria.

5) **Le declinazioni della solidarietà** - Il ventaglio dei bisogni nella società di oggi è sotto gli occhi di tutti, ci sono le povertà vecchie e le povertà nuove. Le povertà conosciute e le povertà nascoste. Le povertà vicine e soprattutto le povertà lontane.

Teresa di Calcutta ha espresso molto bene la legge della povertà quando ha affermato: “E' la radicalità evangelica. La logica del Dio di Gesù Cristo portata alle sue ultime conseguenze. Il cristiano diventa così un raddomante della povertà, alla ricerca delle più profonde ferite da sanare, delle più eclatanti miserie cui rimediare.

A queste condizioni, la cura e l'assistenza dei malati appaiono oggi forse come l'orma più adeguata di solidarietà. Il malato porta la povertà nella sua stessa pelle, sperimenta sul suo corpo la presenza del male e la paura della morte. Specialmente in certi casi (quando non ha più mani, più piedi, più bocca, più gesti autonomi), egli appare veramente il più povero fra i poveri. Verso di lui, dunque, deve andare la preferenza del cristiano. Una presenza nella lotta, primo tempo dell'assunzione della malattia; una assistenza ancora più amorosa nella rassegnazione, secondo tempo della recezione della stessa malattia. Non confondere i tempi è molto importante.

*Il cristianesimo è rassegnazione solo "in fine", quando tutte le vie di guarigione sono state esperite. Prima è lotta, e lotta accanita contro il male, che non rientra nel piano di Dio e che si mostra come il segno più evidente della presenza dell'anti-Regno.*

Disabili, non udenti, malati mentali, alcolisti, anziani, malati e non autosufficienti, persone sofferenti di malattie rare, colpiti da Aids, cancerosi, morenti: tutte le categorie hanno i loro bisogni e i loro caratteri specifici. Di questi si rende edotto il cristiano per portare a tutti una appropriata opera di sostegno e di conforto. Composta di tanti membri, la comunità nel suo complesso diventa la specialista del male in tutta la sua estensione. La comunità della misericordia, a cui tutti hanno il diritto di bussare nei loro bisogni e nelle loro attese. Essa non può lasciare sola alcuna famiglia sotto il peso della malattia, ma con tutte è chiamata ad essere solidale.

6) **Lo stile dell'incontro** - Solidarietà è accoglienza, incontro, reciprocità, camminare insieme. Per incontrarsi è necessario uscire da se stessi, dai propri pensieri, dalle proprie preoccupazioni e andare verso l'altro come disarmati per poterlo cogliere nella sua vera intimità e originalità. L'incontro presuppone un esodo e un abbraccio. L'uno condiziona l'altro e nessuno dei due risulta facile al nostro abituale modo di comportarci. Non è facile dimenticare se stessi per immedesimarsi nell'altro; non è facile andare oltre il muro delle apparenze per trovare l'autenticità e la verità nascoste nel groviglio delle cose e delle parole.

7) **Elogio della povertà** - Solidarietà e gratuità vanno di pari passo. Non si è solidali per il possesso, ma per il servizio e il dono; non si è solidali per sé, ma per gli altri. Il cristiano, poi, vive continuamente a tu per tu con la gratuità. Figlio della gratuità di Dio, egli sa che la sua opera va condotta su questa stessa linea: "Gratuitamente avete ricevuto, gratuitamente date" (Mt 10,8). La gratuità è caratteristica essenziale dell'amore: senza di essa, l'*agape* degenera in *eros*, la carità in tornaconto.

**La gratuità come distintivo del cristiano.**

**Per questo, quando ha fatto tutto quello che doveva, egli non accamperà diritti, non invocherà meriti, non accumulerà pretese, ma riuscirà soltanto a dire:**  
**"Ho fatto quanto dovevo fare; sono e rimango un servo inutile" (cfr. Lc 17,10).**

**L'unico suo vanto sarà la grazia di Dio, dono assoluto e immeritato, che con la gratuità, l'ha reso suo figlio e suo testimone.**

8) **Il ministero della Speranza** - In una società così avara di speranza come la nostra, è necessario che la comunità cristiana faccia appello alla coscienza già espressa con chiarezza e con forza dall'apostolo Paolo di essere lei la detentrica della *speranza*. Gli altri, i pagani, non hanno la speranza, ma semplicemente le speranze, le attese del tempo, le piccole risposte ai piccoli problemi della vita. *La Chiesa italiana alla speranza ha dedicato il primo decennio del terzo millennio.* E il mondo della salute ha bisogno di speranza, ma è anche capace di offrirne i segni.

*Maria, modello di solidarietà e segno di Speranza* - La Vergine Maria è modello di solidarietà e, per questo, segno di sicura speranza per tutta l'umanità. A Cana si



manifesta solidale con il disagio e il limite sperimentato in una festa di nozze da una coppia di sposi. Il “non hanno più vino” dice la sua materna vicinanza con ciascuno di noi quando non abbiamo più forza ed energie, facciamo esperienza di limite. Ma è anche invito per tutti noi a farci attenti e a farci carico con solidarietà piena di chi sta sperimentando il limite della malattia, del dolore, della solitudine.

## 8. NUOVE FIGURE DI AIUTANTI ACCANTO AL MALATO <sup>45</sup> (dimensione laicale e femminile)

Negli ultimi decenni, la riduzione delle vocazioni sacerdotali ha reso più esiguo il numero dei parroci e dei cappellani e inoltre al servizio ospedaliero sono stati spesso preposti sacerdoti ormai anziani, quasi messi in area di parcheggio. Quest'ultimo si è rivelato un errore, per il semplice fatto che l'ospedale è un'area urbana ad alta intensità di traffico, che vede affluire e defluire tanta umanità sofferente e che ha bisogno di vigili preparati e presenti e di cartelli stradali chiari e non fuorvianti.

E' dunque necessario servirsi di un ventaglio di operatori nuovi, accanto all'assistente religioso nella sua nuova identità: sono, religiosi, diaconi, suore e laici [fra questi i Ministri straordinari dell'Eucaristia - n.d.r.] che, seriamente formati, costituiscono parte attiva nelle nuove, ancora poche in Italia, cappellanie miste, già previste, dieci anni orsono, dalla Nota della CEI per la Pastorale della salute. C'è un forte bisogno di presenza accompagnatrice, di spiritualità e di religiosità fra i malati ricoverati, come evidenziato in una ricerca svolta su tutto il Territorio italiano.

**Il laico nella Pastorale sanitaria** – I laici che, come operatori pastorali della cappellania mista, collaborano con i sacerdoti, svolgono un preciso compito di accompagnamento del malato, ascoltandone con pazienza e attenzione le difficoltà materiali e i bisogni spirituali, creando una relazione di fiducia che spesso apre le porte al successivo incontro con il cappellano.

I laici operano nella cappellania come sensori di fragilità umane in cerca di comprensione, dando essi stessi opportune risposte in quanto uomini e donne immersi nel vivere quotidiano, affratellati da problematiche spesso condivise, oppure incanalando con intelligenza e amore le problematiche del malato, ora verso il sanitario ora verso il cappellano di riferimento. In questo modo il lavoro di tutti è più efficace e tempestivo, perché frutto di collaborazione organizzata; inoltre così *abbiamo rilevato una maggiore espressione di bisogni religiosi e un aumento della richiesta di sacramenti.*

**La presenza dei laici,  
che collaborano alla regolare celebrazione della Messa nei vari reparti,  
è una testimonianza esemplare di partecipazione alla vita religiosa  
per chi, inciampando accidentalmente nella malattia,  
comincia a porsi i primi perché  
sulla sofferenza, a partire dall'esperienza personale.  
Vedersi accanto qualcuno che, ugualmente laico, senza essere malato,  
offre gratuitamente la sua comprensione nelle corsie d'ospedale,  
è un'esperienza che può cambiare la vita,  
riconvertendo la cecità in ripensamento, l'egoismo in relazione,  
la routine in nuovo progetto di vita.**

---

<sup>45</sup> Fino a termine par.: ORNELLA SCARAMUZZI, *I nuovi operatori di Pastorale Sanitaria: dimensione laicale e femminile*, “Insieme per servire” n. 41, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 48-52.



Inoltre i laici sono un anello importante fra malati e presbiteri per la comprensione di problematiche coniugali e filiali, da cui essi sono lontani.

Il laico sensibile all'umana sofferenza e animato da una forte religiosità offre la sua esperienza di vita al servizio dei malati e si rivela spesso elemento di sprone per quanti, sacerdoti e religiosi, vivono a volte un ruolo, in una fede tiepida e intorpidita.

E' importante ancora sottolineare che i laici nella cappellania non svolgono un ruolo subalterno o di servizio ai cappellani o alle suore, quasi fossero servitori del clero, ma i loro compiti, sempre comunitariamente stabiliti e non frutto di decisione individuale, sono espressione di *diaconia* [servizio] *per il malato*.

Non a caso infatti nel Nuovo Testamento non esiste il termine laico, a sottolineare che *tutti* sono chiamati ad essere testimoni di Cristo, pronti al servizio ai fratelli. Gli Atti degli Apostoli ci documentano continuamente la presenza di laici, uomini e donne, impegnati nell'opera di evangelizzazione e di cura nelle prime comunità cristiane.

Successivamente però nel medioevo si svalutò il laico, ritenendolo un fedele meno perfetto rispetto al chierico, in base ad un criterio ascetico che additava la via della perfezione in un distacco progressivo dai beni terreni. Si riaffermava così la separazione tra corpo, sede del male e spirito, incarcerato dalla umana condizione di peccato, quasi dimenticando che Dio, incarnandosi, ci aveva riscattati dal peccato, restituendo unità e gioia alla persona umana in quanto simile a Cristo, il *nuovo* Adamo.

La Chiesa, sulle orme di Cristo, prende esempio da lui che "si è avvicinato soprattutto al mondo dell'umana sofferenza per il fatto di aver assunto egli stesso questa sofferenza su di sé"<sup>46</sup> da innocente, perché l'uomo non muoia, dandogli la certezza non solo della salvezza nell'aldilà *ma, con la sua vicinanza più totale nel dolore, offrendogli la manifestazione dell'amore e della tenerezza di Dio per l'uomo.*

## 9. L'OPERATORE DI PASTORALE <sup>47</sup>

*E' un testimone di Gesù: cerca di farlo presente, innanzitutto, con la propria vita, e poi con i gesti e la parola.*

Il servizio dell'operatore pastorale può essere considerato su due versanti, quello antropologico e quello teologico.

**Approccio antropologico** - La persona umana è "aperta" e "solidale" per sua natura.

L'apertura, in questo contesto, va intesa in una doppia dimensione, e cioè come:

- *capacità di accogliere*, che consiste nella capacità di "ricevere" un altro nella propria vita, perché è di grande valore in se stesso ed importante per me;
- *capacità di donare se stesso all'altro*, capacità che si può vivere come comunicazione della propria interiorità e come dedizione delle qualità personali al servizio degli altri.

L'apertura all'altro esige:

- apprezzarlo ed amarlo per quello che è: la persona umana è degna e merita di essere amata per il semplice fatto di *essere persona*;
- creare un ambiente in cui l'apertura e l'amore possono essere vissuti con autenticità e trasparenza: senza "mistificazioni", senza atteggiamenti infantili o adolescenziali, senza paternalismo.

---

<sup>46</sup> "Salvifici doloris", n. 16.

<sup>47</sup> Fino a termine par.: VALENTIN A. RIENZO, *Pastorale ospedaliera e "Nuova ospitalità"*, "Insieme per servire" n. 41, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 34-61.

**Approccio teologico** - La pastorale è espressione di amore gratuito. Uno dei pilastri della vita cristiana è l'esperienza di sentirsi amato anche in situazioni di "emarginazione": "Infatti, mentre noi eravamo ancora peccatori, Cristo morì *per gli empi* nel tempo stabilito. Ora, a stento si trova chi sia disposto a morire per un giusto; forse ci può essere chi ha il coraggio di morire per una persona dabbene. Ma Dio dimostra il suo amore verso di noi, perché, mentre eravamo ancora peccatori, Cristo è morto per noi" (Rm 5,6-8).

### **Qualità dell'operatore di Pastorale ospedaliera**

Essere al servizio dell'evangelizzazione presuppone possedere una serie di qualità e disporre di determinate possibilità e condizioni di vita. Distinguiamo gli *atteggiamenti* e le *attitudini*:

- con *atteggiamento* intendo una caratteristica che corrisponde alla natura di una persona e si manifesta nel suo modo di agire abituale e costante.

#### **Gli atteggiamenti che devono caratterizzare l'agente pastorale:**

*la fede vissuta, la solidarietà, l'ascolto, l'accoglienza,  
il dialogo, la comprensione, la fedeltà:  
come rispetto per la libertà e l'intimità dell'altro,  
come capacità di mantenere il segreto professionale;  
il servizio, la responsabilità, la prudenza, la semplicità,  
la capacità di lavorare in équipe, la creatività..., ecc.*

- con *attitudine* intendo l'idoneità, la competenza e l'abilità di realizzare qualche cosa. Insomma, si tratta di essere persone che hanno raggiunto un buon livello di maturità personale, che si manifesta nella capacità di vivere armonicamente.
- mi soffermo brevemente sulla *capacità* di vivere armonicamente, alla luce di due momenti della vita di Gesù di Nazareth:
  - 1) in Mc 6,30-34 e par. Gesù sente il bisogno di ritirarsi in disparte; ma non si "allontana", non si chiude agli altri. Poco dopo Gesù prova compassione della folla... e reagisce misericordiosamente, con serenità, con calma interiore e senza fretta;
  - 2) in Lc 8,40-46 Gesù appare come totalmente presente, voglio dire: vive la capacità di "abitare il presente, abitare ciò che si sta facendo", con tutta quella serie di risonanze interiori che accompagna l'incontro.

E' un *diritto del malato* che la persona che lo avvicina sia *totalmente* presente a lui.

#### **Il centro dell'ospedale è il malato;**

**l'assistenza offerta deve essere qualificata  
dal punto di vista professionale, scientifico e tecnico;  
l'obiettivo è di coniugare l'umanizzazione con la scienza e le tecniche più avanzate,  
un'assistenza integrale;  
il fine ultimo è l'evangelizzazione dei pazienti  
nel rispetto della libertà religiosa  
e delle opinioni personali di ciascuno in fatto di fede.**

**L'Amore e la Solidarietà sono diretti a tutte le persone malate e bisognose.  
Se si privilegia qualcuno, questi devono essere i più deboli e bisognosi.**

## 10. **PROGETTARE LA PASTORALE DELLA SALUTE IN PARROCCHIA** <sup>48</sup> (Esperienza di un triennio)

La pastorale della salute è *“la presenza e l’azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura”*<sup>49</sup>.

Stimando molto importante questa definizione per chi opera a contatto con i malati ed i loro familiari, si è pensato di attualizzare un progetto che mirasse a coinvolgere sempre di più la comunità parrocchiale.

Dopo aver dato al parroco la mia disponibilità a seguire i malati con una specie di volontariato pastorale, avevo presentato una bozza di quanto si poteva fare in una parrocchia (Saval di Verona) di seimila abitanti [attualmente poco più di quattromila, a nuovi confini, Sant’Anna di Rapallo arriverà a ottomila residenti - n.d.r.].

Gli obiettivi, secondo il progetto triennale diocesano, erano così suddivisi:

**I anno: “La presenza della comunità parrocchiale presso i propri ammalati”** – Questo primo obiettivo generale veniva riconosciuto come punto fondamentale mediante il quale fosse possibile conoscere la realtà delle persone ammalate e delle istituzioni o gruppi già coinvolti in un servizio di carità verso il prossimo.

Il piano di lavoro preparato prima del convegno diocesano prevedeva la conoscenza della realtà territoriale. Alla base c’era la volontà di:

- *creare unione e armonia* tra gli operatori sanitari, i volontari ed i gruppi per saper agire in spirito di sincera collaborazione, ma senza perdere la propria autonomia di identità pastorale.
- *conoscere esperienze, iniziative, programmi e risorse del Territorio;*
- *unire le forze* incrementando l’aiuto reciproco per cooperare alla realizzazione di una pastorale d’insieme.

L’obiettivo intermedio è stato il dialogo con il parroco, mediante il quale si è potuto conoscere la *realtà dei malati in parrocchia* e si è preso contatto con i rappresentanti di gruppi e associazioni di volontariato, Ministri straordinari dell’Eucaristia, ecc.

**II anno: “Recare la luce e la grazia del Signore a quanti si prendono cura dei sofferenti”** – Questo obiettivo generale è stato pensato realizzabile attraverso soprattutto la formazione in senso umano, etico e spirituale che fosse di sostegno alle motivazioni per un’azione rinnovata nella pastorale sanitaria.

Come base per gli obiettivi intermedi si è accolto l’invito finale della Giornata del malato in parrocchia:

**“ Questa domenica dedicata agli ammalati  
non sia come tante altre a scadenza annuale,  
ma stimolo ad accogliere ogni nuovo giorno  
per renderlo ricco di pace, gioia e consolazione.**

**Non dimentichiamo mai che chi soffre ha bisogno di una presenza amica:**

**non lasciamolo solo ! ”.**

---

<sup>48</sup> Fino a termine paragrafo: BIANCA ZARATTINI, *Progettare la Pastorale della Salute in parrocchia. Esperienza di un triennio*, “Insieme per servire” n. 43, rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIV, n.1, gennaio-marzo 2000, pp. 34-39.

<sup>49</sup> *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 19.

Sono stati proposti perciò diversi obiettivi secondo il giudizio del parroco, come ad esempio:

- corsi e conferenze di formazione relazionale e pastorale sanitaria;
- tematiche sulla carità specie durante le omelie;
- scambio di esperienze anche interparrocchiale e diocesano (iniziative varie);
- relazioni annuali al parroco e alla Consulta diocesana.

**III anno: “Recare la luce e la grazia del Signore a chi soffre”** – L’obiettivo generale è stato programmato pensando ai malati e sofferenti, come soggetti di evangelizzazione e persone da servire. Negli obiettivi intermedi valutati si è trattato di prendere atto di due realtà da mettere in evidenza, cioè “dare centralità al malato” e “svolgere un servizio adeguato a chi soffre”.

Ne è risultata una duplice riflessione con opportune modalità di intervento.

In primo luogo “mettere al centro il malato” significa:

- toglierlo dall’anonimato e dall’isolamento, dandogli posto e tempo, *chiamandolo per nome*;
- *ascoltare* i suoi messaggi, la sua storia di vita e le sue attese;
- vederlo come maestro di vita e di umanità poiché insegna e testimonia l’amore dicendo quanto è fragile l’esistenza;
- farlo partecipare, se lo desidera, all’Eucaristia domenicale, o portargli la comunione o celebrare l’Eucaristia nella famiglia.

In secondo luogo “svolgere un servizio adeguato a chi soffre” presuppone un impegno sia a livello personale senza trascurare la sua famiglia ed il suo ambiente, sia a livello di comunità ecclesiale, promovendo il pieno inserimento dei malati nella comunità parrocchiale come luogo di accoglienza fraterna e conviviale per disabili e anziani, facendo sentire la loro voce o di qualche familiare anche negli organismi ufficiali della parrocchia (Consiglio pastorale).

### **Conclusione**

Al termine di questa breve e limitata esposizione di un’esperienza sicuramente importante, non si può fare a meno di riflettere su alcuni “dati”. La pastorale della salute merita una maggiore considerazione nel Territorio e, in particolare, nella parrocchia dove è indispensabile un’azione capillare, continua e convinta. Le difficoltà non mancano a nessuno, ma la convinzione che l’interessamento per i malati è parte integrante dell’azione della Chiesa deve sostenere qualsiasi operatore pastorale, ben convinto che svolge un servizio umile e a volte nascosto, ma ugualmente valido.

L’aver costituito un piccolo gruppo di pastorale della salute mi sembra significativo nella misura in cui si rende disponibile a sensibilizzare sempre di più la parrocchia, i gruppi e le famiglie. Tuttavia è indispensabile per noi essere uniti e crescere qualitativamente come gruppo pastorale, ma anche avere la collaborazione dei sacerdoti e di esperti, oltre che essere sostenuti dalla preghiera per compiere azioni d’amore.

Il nostro cammino è appena iniziato ed ora deve continuare nella certezza che progettazione, realizzazione e verifica di determinati obiettivi sarà quanto mai utile per progredire. Le stesse difficoltà, opportunamente valutate, potranno essere superate dal momento che non mancherà l’aiuto del Signore. Ci sostiene la convinzione che qualcuno ara, altri seminano, altri potranno raccogliergli i frutti.

## 11. LA PASTORALE DELLA SALUTE NEL, PER E CON IL TERRITORIO <sup>50</sup>

Nella suggestiva cornice dell' Arcibasilica Lateranense, S. E. Mons. Armando Brambilla, vescovo ausiliare delegato per la pastorale sanitaria della diocesi di Roma, dopo aver celebrato l'Eucaristia coadiuvato dai cappellani degli ospedali romani, ha distribuito ai Sacerdoti, alle suore ed agli operatori sanitari presenti, il Piano pastorale, invitando i fedeli e i responsabili delle parrocchie, a cui in modo particolare era destinata la pubblicazione, a porre nella pastorale ordinaria il tema della salute, della malattia e della sofferenza

Il testo, che ha per titolo *La Pastorale della salute nel, per e con il Territorio*, è arricchito dalla prefazione del Card. Ruini e consta di una introduzione, di quattro capitoli e una conclusione.

Nell'introduzione, "*Perché il Territorio*", viene illustrato il nuovo modo di fare pastorale nell'ambito di un contesto socio-culturale diverso e territorialmente più ampio che, superando il confine ospedaliero, estende la sua azione a tutto il vissuto umano, dando vita così al nuovo orizzonte che va sotto il nome di pastorale della salute.

Nel primo capitolo, "*La fondazione biblica, teologica e pastorale*", è citata la parabola del Buon Samaritano, che esprime l'amore, la "compassione" che Dio prova per noi, e il bisogno che l'umanità ha oggi di Gesù, il Buon Samaritano che attraverso la sua Chiesa continua a farsi carico di tutte le miserie umane. La Chiesa non può "passare oltre". Tutti noi che siamo Chiesa, dobbiamo farci "prossimo" verso tutti coloro che incontriamo sul nostro cammino.

Nel secondo capitolo, "*La pastorale della Salute in Diocesi*", viene introdotto il concetto della Comunità cristiana come soggetto della Pastorale sanitaria. La diocesi deve trovare la sua stessa identità nel problema della sofferenza e del dolore, perché collegato al mistero pasquale di Cristo. "L'assistenza degli infermi è parte integrante della missione della Chiesa come specifica presenza del Signore Gesù che continua la sua opera di guaritore".

Come ha affermato il Santo Padre, "è necessario delineare un progetto unitario di pastorale della salute, disponendo l'intera comunità a tale tipo di apostolato". Il "bene Salute", oggi, coinvolge "le dimensioni psichiche e spirituali della persona e interessa fattori eco-ambientali, sociali e morali in cui le persone vivono e operano". La Comunità Sanata diventa sanante; e la "Comunità cristiana deve essere luogo dove si sperimenta continuamente l'opera sanante e vitale di Gesù Cristo, dove si fa esperienza di guarigione a tutti i livelli". "Vanno affermati i principi e i contenuti di una antropologia cristiana", riportando il Dio trinitario al centro della riflessione teologica, pastorale e culturale", riducendo, "con amore, pazienza e tenacia, il tessuto cristiano della comunità ecclesiale, perché diventi sempre più un soggetto credibile di evangelizzazione e questo si realizzi innanzitutto attraverso la santità personale.

Il capitolo termina suggerendo indicazioni pratiche per una concreta applicazione delle riflessioni esposte.

---

<sup>50</sup> Fino a termine par.: SERGIO MANCINELLI, *La Pastorale della Salute nel, per e con il Territorio* - La Diocesi di Roma, l'8 novembre 2000, ha presentato un Progetto Pastorale per l'anno 2000-2001. La sintesi è dell'organo della pastorale sanitaria di detta diocesi "*Diaconia Christi*" (n. 25, dicembre 2000, pp. 6-7), "Insieme per servire" n. 47, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIV, n.1, gennaio-marzo 2001, pp. 69-72.

Nel terzo capitolo “*Pastorale della salute, e Parrocchia*”, è tracciato lo stretto rapporto di contiguità tra parrocchia e infermi; di qui l’importanza della valorizzazione di questi come soggetti attivi, favorendone il senso di appartenenza e di corresponsabilità. Infermi e sani tutti insieme per l’adempimento missionario per, con e in Cristo. E’ necessario che tutti si impegnino ad educare e promuovere il Vangelo della vita che è il Vangelo dei valori da condividere con tutti, sani e malati. Nell’ottica del credo cristiano, la malattia e la sofferenza, assumono un valore escatologico che esprime un “altro modo” di vivere la vita attraverso il quale l’uomo dichiara la sua identità di “figlio di Dio redento da Cristo”.

**I malati, i disabili, gli handicappati, sono un dono per la Chiesa,  
perché testimoniano il “valore particolare di dono della sofferenza umana,  
in quanto espressione e partecipazione al mistero della Croce di Cristo”**

Tuttavia la salute è un bene prezioso e “*la Chiesa deve disporsi a dedicarle molta più attenzione... nella sua azione pastorale*” impostando sia a livello di Diocesi che di Parrocchia, l’educazione alla salute, promovendo “*uno stile di vita più salutare e coerente con i valori della fede*”.

Nel capitolo sono altresì espresse alcune considerazioni: sul malato e sul suo saper soffrire con coraggio e con amore in una offerta capace di intercedere per l’umanità ottenendo grazie per tutti; sul delicato e spesso difficile rapporto tra famiglia e malattia e l’opportunità che la Comunità cristiana dia sostegno ai familiari dei malati e dei morenti. Conclude con alcuni cenni sulle figure ministeriali che sono espressione della tensione caritativa di tutta la Comunità, sui Volontariati e il Ministero della consolazione, il *Ministero straordinario della Comunione*, il Ministero del diacono nella Pastorale sanitaria parrocchiale; sulla collaborazione con la Caritas; sulla Pastorale della salute nelle prefetture da espletare attraverso molteplici articolazioni, sul rapporto tra Pastorale sanitaria e Amministrazione della sanità pubblica, in modo che la Comunità cristiana si ponga in funzione di autorevole interlocutrice con i responsabili della sanità, affinché sia attuato l’imperativo evangelico “*curate gli infermi*”.

Nel quarto capitolo, “*I rapporti fra parrocchie, ospedali e case di cura*”, c’è un esplicito invito ad una reciproca collaborazione tra le parrocchie, gli ospedali e le case di cura che gravitano nel Territorio, attraverso una integrazione della Pastorale ospedaliera con quella della diocesi e della parrocchia, essendo tutte comunità cristiane che pongono al centro della propria azione pastorale l’annuncio e la celebrazione della Pasqua di Cristo.

Nella conclusione si ricorda che, come Gesù quando guariva i malati li restituiva alla loro casa e alla loro famiglia e al loro contesto religioso e sociale, così anche la Pastorale della salute vuole contribuire a liberare l’uomo dal male fisico e spirituale per riconsegnarlo a se stesso e al proprio contesto sociale e religioso, perché conquistato dall’amore di Chi lo ha sanato. Il malato, dunque, si affidi in piena fiducia al suo Creatore e Salvatore.

### **Gli obiettivi del Progetto pastorale**

Per edificare la Comunità cristiana come fonte di salute aperta alla salvezza di Gesù Cristo, eccoli, in sintesi:

- offrire la “*Potenza terapeutica*” del mistero pasquale;
- recuperare come Chiesa la coscienza critica della sua missione risanatrice all’interno della società civile;



- contribuire a far sì che la cultura della salute e della accoglienza-promozione e difesa della vita sia modellata sui valori etici ed evangelici;
- sostenere ogni forma di volontariato e promuoverlo in ogni parrocchia al servizio del Territorio;
- collaborare con le famiglie e gli enti pubblici e privati preposti all'aiuto e sostegno dei malati e dei loro familiari soprattutto nell'assistenza domiciliare;
- evangelizzare il mondo della salute, offrendo a tutti un progetto salutare di vita secondo il Vangelo;
- influire sull'ambiente sanitario, perché si modelli sempre più sulle esigenze del Regno di Dio.

Per i malati:

- sostenerli nella loro sofferenza umanamente e cristianamente;
- aiutarli a confrontarsi con il mistero di Cristo, e riscoprire la salute come dono di Dio;
- farli diventare soggetti attivi nella vita della Chiesa e credibili testimoni del messaggio della carità evangelica;
- prodigarsi perché la persona del malato e le sue necessità siano al *centro* dell'azione sanitaria.

Per gli operatori:

- formarli sul piano della spiritualità, dei valori etici e delle motivazioni proprie della loro professione, intesa come ministero per la vita;
- orientare la loro opera in senso *evangelizzante*;
- aiutare le associazioni professionali dei medici, infermieri, farmacisti e operatori cattolici, volontari, a consolidare la loro identità e ad aprirsi al dialogo con tutti.

## 12. IL FENOMENO “VOLONTARIATO”<sup>51</sup>

Oggi è abbastanza frequente. Ha assunto uno spessore considerevole ed ha una sua valenza politica e sociale affermata, avvicinare persone che fanno del volontariato la ragione principale della loro vita. Il loro impegno diventa il lavoro quotidiano, li pone di fronte alla esigenza di essere disponibili per mille necessità con un coinvolgimento non solo fisico, ma soprattutto emozionale, essendo il volontario – parlo soprattutto di quello impegnato in settori socio-sanitari – accanto a persone che si stanno confrontando con la difficile sfida della sofferenza e del dolore.

Nella dedizione agli altri, la generosa disponibilità non è immune da rischio di un consumo delle proprie energie, trovandosi il volontario a passare continuamente da una situazione all'altra e coinvolgendosi troppo emotivamente: le sue risorse fisiche, psichiche e spirituali e con esse, forse, anche l'entusiasmo di una scelta che sta sfumando nei suoi contorni e nella sua originalità, possono presto esaurirsi.

Il volontario sente tutto il peso dell'attività che lo consuma e lo esaurisce, ma sta giocando la sfida con se stesso: continua a prodigarsi *pur avendo perduto la capacità di ritrovare quotidianamente la motivazione originaria della sua oblatività*; continua a prodigarsi, ma questo operare frenetico diviene la sola base su cui può costruire un'immagine positiva di sé, un'immagine in cui lui non crede più, ma, proprio per questo, all'esterno deve apparire solida e incontaminata.

Tale situazione con il passar del tempo diventa sempre più insostenibile, il volontario non riesce più a far fronte al suo impegno che preferisce abbandonare senza giustificarsi, oppure adducendo una più o meno esplicita demotivazione, o ancora dicendo chiaramente che non riesce più a reggere e a gestire la sofferenza e il dolore.

---

<sup>51</sup> Fino a termine par.: PAOLA PESSINA, *La stanchezza di Elia* (1 Re 19, 1-8). Il burn-out del volontariato, “Insieme per servire” n. 49, rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XV, n. 3, luglio-settembre 2001, pp. 19-27.

– *Come fare a gestire questa complessa situazione, conosciuta anche come sindrome del “burn-out”; sindrome che si insinua sottilmente nella trama del vissuto quotidiano di colui che si pone nel ruolo dell’aiutante?*

### 12.1. Il “burn-out”

Molte sono le metafore usate per descrivere il burn-out: dal “cuore che brucia” all’operatore “cortocircuitato”, come molte sono le spiegazioni che di esso si danno in letteratura.

1) *Le definizioni di burn-out* - Uso del termine nell’accezione mutuata dall’inglese (*scoppiato, esaurito*, letteralmente “*bruciato*”) e che ormai è entrato nel linguaggio comune, senza addentrarmi in sottili disquisizioni che richiederebbero conoscenze scientifiche, psicologiche, letterali che esulano dalle mie competenze. Vorrei limitarmi a cercare di analizzare il disagio di chi – volontariamente, gratuitamente e liberamente – ha scelto di dare tempo e cuore a chi è nel bisogno e che si trova a sua volta ad “avere bisogno di aiuto”.

2) *Caratteri generali del burn-out* - Il burn-out è una realtà composita nella quale si possono riconoscere almeno tre elementi costitutivi: *esaurimento emozionale; rapporto interpersonale; incompleta realizzazione di sé.*

- a) *l’esaurimento emozionale* deriva dall’eccessivo coinvolgimento nel rapporto con l’altro, senza la possibilità di elaborazione dei propri vissuti. Ciò porta ad una iper-identificazione con i bisogni e le sofferenze altrui che incombono sull’operatore a tal punto da divenire insostenibili. Il risultato è una sensazione opprimente di stanchezza, sfinimento, deprivazione di risorse; ne consegue che la relazione interpersonale operatore-assistito diventa un peso insostenibile.
- b) tale situazione può rendere il *rapporto interpersonale* sempre più distaccato, Infatti l’operatore non riesce più ad essere a servizio dell’altro; cerca di difendersi dalle emozioni, nello stesso tempo deve non colpevolizzarsi. Il risultato è un atteggiamento freddo ed impersonale. Questo distacco è una “difesa psicologica” da parte dell’aiutante: quando ci si sente troppo invasi dal dolore dell’altro si finisce col cadere nella situazione diametralmente opposta, quella del ritiro emotivo, del distacco anestetico.
- c) questo insieme di cose porta ad una *incompleta realizzazione di sé*, cioè ad una scarsissima considerazione delle proprie capacità, che può culminare in un “auto-verdetto di fallimento”: non ci si sente in errore, in quanto eccessivamente difesi, cioè distanti nel rapporto con l’altro, ma incapaci, inadatti al compito.

### 12.2. Specificità del “burn-out” nel volontario

Il volontariato oggi conosce una stagione promettente di diffusione, di studi, di indagini. Il tema ha destato e desta l’interesse di molte persone che si sono raggruppate in associazioni produttrici di “beni” (l’opera del volontario) a vantaggio della comunità, formalizzando così quel mutuo aiuto concretizzantesi in un servizio all’uomo. Generalmente ci si accorge – imprevedibilmente – che dietro l’angolo c’è qualcuno che ha bisogno di aiuto e si decide di fare il volontario.

Si tratta di azioni concrete che contengono motivazioni diverse: può essere un tentativo di rifuggire dalla banalità, oppure una ricerca di significati più profondi; può nascere da una motivazione egoistica che cerca ricompensa, o dal desiderio di dare una risposta ai bisogni più profondi dell’uomo, una risposta a sentimenti che ci interpellano quotidianamente.

I volontari dopo previa formazione vengono inseriti nei diversi servizi. Statistiche nazionali mettono però in evidenza che molti lasciano l'impegno che pur era stato assunto con generosità ed entusiasmo. Per alcuni è in atto una non riconosciuta "sindrome di burn-out" con caratteristiche comuni a quelle degli operatori socio-sanitari. A queste se ne possono individuare altre specifiche del volontario che nascono dalla natura libera, volontaria e gratuita del suo servizio.

1) *Caduta motivazionale e delusione delle aspettative* - La motivazione che spinge le persone a dedicarsi volontariamente al servizio degli altri richiederebbe una analisi approfondita. Se essa non è ben chiara, radicata e profonda, ma è soltanto frutto di un generico desiderio (o bisogno) di dare per sentirsi "buoni", in pace con la coscienza, o conseguenza del fatto che si dispone di tempo libero, alla prima difficoltà, alla prima non risposta alle attese, cede il passo alla demotivazione e alla rinuncia. Il volontario non trova più le ragioni per esserlo.

In questo servizio egli aveva investito molto in speranze inesprese, in attese distrutte dal duro impatto con la sofferenza e il dolore, in obiettivi non realistici e irrealizzati. E' abbastanza facile che si idealizzi la persona che ha bisogno di aiuto; persona che invece non può essere scelta, ma che va accettata nella sua unicità fatta di bisogni, di problemi, di non risposta alle nostre attese. Infatti, nel mondo del volontariato, anche se si è sempre agito per il meglio, *non è facile avere tutto positivo*.

2) *La riconoscenza non sempre arriva* - Chi fruisce dell'aiuto [può verificarsi che non tanto dagli ammalati, quanto dai responsabili sanitari, si possa azzardare che è già molto se siamo accettati. Ma a noi va bene così: un merito in più di fronte al Buon Dio - n.d.r.], generalmente non pensa di sottolineare gli aspetti positivi ricevuti, ma dà per scontato il bene fatto, mentre è propenso a sottolineare gli aspetti negativi.

Un volontario, comunicando la sua decisione di sospendere temporaneamente il servizio, disse: "Non cerco scuse: sono demotivato e basta!".

3) *Il volontario che "sa"* - E' un altro volontario che rischia facilmente il burn-out. E' il volontario sempre presente, disponibile, che sostituisce tutto e tutti, prodigo di buone parole e di consigli. Tende ad assumere responsabilità e ricopre ruoli che non gli competono e... non ammetterà mai di essere in crisi.

La situazione però precipita e il volontario sparisce senza lasciare traccia di sé, ma portando nella mente e nel cuore i segni di una bruciatura profonda e incisiva.

### 12.3. Il volontario "bisogno di aiuto"

Gli studi condotti sino ad ora riguardano soltanto il "burn-out" negli operatori di professioni di aiuto: assistenti sociali, medici, infermieri, insegnanti. Ultimamente l'indagine si è occupata anche del campo pastorale sia per quanto riguarda il clero, sia per l'impegno missionario.

In questo contributo azzardo alcune proposte di lavoro che dovrebbero essere verificate all'interno delle Associazioni di volontariato e quindi corrette e rafforzate, perché esse non offrono principi già sperimentati, ma solo proposte operative.

1) *Riconoscimento e accettazione del “burn-out”* - Il primo passo fondamentale è questo:

- il volontario deve conoscere il fenomeno del “burn-out”, le sue caratteristiche, i segnali ai quali prestare attenzione per non esserne vittime;
- quando il volontario avverte nel suo essere un senso di disagio, o rileva nel suo atteggiamento qualche segnale significativo, comincia la parte più difficile del cammino: egli deve riconoscere ed accettare il “burn-out” senza vedere in esso un segno di debolezza o di rinuncia; riconoscerlo semplicemente e pensare ad esso come a una realtà che può diventare crescente e alla quale è necessario guardare con attenzione e comprensione;
- passando alla fase più propriamente “terapeutica”, occorre aiutare il volontario ad accettare i propri limiti, ad imparare ad ascoltare se stesso, cioè a entrare emotivamente in contatto con le proprie emozioni e con i propri sentimenti. A volte il volontario ha già sviluppato una buona capacità relazionale con l’altro, del quale accetta i limiti, sapendolo ascoltare e aiutandolo ad interrogarsi e a riflettere su quanto gli succede, ma non sempre riesce ad operare allo stesso modo con se stesso. Possedere una buona capacità relazionale significa possedere un modo di essere che coinvolge tutta la persona e che porta ad accogliere e tollerare la sofferenza propria e altrui e a gestirla in modo costruttivo.

Quando il volontario è in difficoltà, può tentare sì di aiutarsi da solo, ma è più opportuno che si metta alla ricerca di qualcuno a cui chiedere aiuto.

2) *Caratteristiche del valido aiutante* - Vediamo, allora, quale potrebbe essere il profilo di un valido aiutante, ossia gli atteggiamenti che ne rendono più efficace la sua opera:

- *la genuinità*, cioè la corrispondenza tra quello che sentiamo e pensiamo, e quello che esprimiamo (vale a dire che non possiamo “bluffare”);
- *l’accettazione incondizionata dell’altro*, con tutta la ricchezza e la povertà della sua persona;
- *la comprensione empatica* che implica una capacità di coinvolgimento emotivo e una intelligenza percettiva;
- una certa *direttività* che rende l’aiutante propositivo, cioè in grado di sollecitare, stimolare, guidare, se necessario, non per imporre la propria volontà o il proprio modo di vedere il problema, ma per riuscire più *efficace* in quanto *concreto e determinato*.

Nella difficoltà, penso si debba indossare non tanto la veste dell’“aiutante professionale”, quanto quella di un *amico* che condivide il particolare momento e cammina a fianco di chi sta faticando.

La traccia di lavoro, contenuta nelle lezioni sulla relazione d’aiuto tenute all’Università del Volontariato, presenta tre momenti con i quali confrontarci perché, il procedere sia corretto e significativo:

- a) *Chiarire il problema*, metterlo a fuoco analizzandolo in tutte le sue componenti. In questa prima fase l’aiutante deve essere particolarmente attento, sensibile a cogliere l’essenza del problema al di là della sua esplicitazione, discreto e rispettoso dell’intimità dell’altro. Non si deve dimenticare che, nel caso in cui sia entrato nel “burn-out”, il volontario è una *persona debole e ferita*, con scarsa capacità di scelta e di autonomia. Aiutarlo a valorizzarsi.

- b) *Stabilire obiettivi* graduali, possibili, scelti con equilibrio. Il primo obiettivo dovrebbe proprio essere l'aiuto all'ascolto soprattutto di se stesso, senza difese, ma nella verità.
- c) *Andare ad agire*. Quando il problema è chiarito e gli obiettivi definiti, si tratta di aiutare la persona ad agire. Aiutarlo a recuperare il senso di autostima. Ha dato molto, forse troppo di se stesso, ora deve dare qualcosa a se stesso.

E' chiaro che in questo percorso *l'aiutante non deve sostituirsi all'aiutato, ma essergli accanto*, aiutandolo ad analizzare pensieri, sentimenti, atteggiamenti e fornendogli stimoli che lo sostengano durante il cammino.

**Probabilmente questo cammino lo aiuterà ad avere una visione più equilibrata di quello che è e che deve essere il coinvolgimento nelle vicende degli altri.**

Sfondare il limite dell'empatia non consente, infatti, di essere di aiuto in modo chiaro e corretto: non si tratta di comportarsi in modo impersonale e distaccato, ma di equilibrare la com-passione per poter affrontare le situazioni cariche emotivamente senza esserne sopraffatti.

Certamente questo è un obiettivo da raggiungere, con il quale vale la pena di misurarsi e confrontarsi.

## CAPITOLO III

# LA PARROCCHIA NELLA REALTÀ PASTORALE, SOCIALE, SANITARIA, CULTURALE E DI VOLONTARIATO

### 1. REALTÀ PASTORALE

La comunità parrocchiale di Sant'Anna a Rapallo, è destinata ad espandersi<sup>52</sup> e raggiungere ottomila residenti con una realtà sociale complessa e multiforme. La popolazione è da considerarsi di gran lunga più alta nei diversi periodi di soggiorno scelti dai villeggianti fra i quali uno spiccato numero di anziani.

La Pastorale parrocchiale ispirata al Vangelo di Gesù Cristo, nostro Signore, accoglie tutti coloro che lo desiderano senza distinzione o preferenza alcuna. Oggi vale più che mai, considerando il fenomeno dell'immigrazione nel nostro Territorio delle genti di ogni parte della Terra.<sup>53</sup>

**Il Parroco**, coadiuvato da un sacerdote responsabile della Pastorale giovanile, si dedica, tra l'altro, alla Pastorale della Carità visitando anziani e ammalati nelle proprie abitazioni e, come *Cappellano*, coadiuvato nei giorni festivi dai *Ministri straordinari dell'Eucaristia*, anche nella casa di cura "Villa Azzurra", ove è situata una raccolta e frequentata cappella.

**La famiglia** è il fondamento della vita sociale e prima Chiesa domestica. Purtroppo viviamo in tempi complessi che minano i valori fondamentali che reggono una sana società in grado di permettere un vivere sereno. Quasi il 50 per cento delle coppie sposate si sono separate scatenando un meccanismo di instabilità che mette in crisi ogni suo componente, specialmente i figli lasciati allo sbando e i vecchi destinati soli agli ospizi o nel letto di un ospedale.

**Gli anziani** – La parrocchia s'è attivata in modo esemplare. *Centri di ascolto*<sup>54</sup> permettono un riferimento prezioso e vitale. La pastorale caritativa è sensibile anche per quanto riguarda l'assistenza spirituale e quella altrettanto importante degli spazi di incontro e di relazione, consapevoli che l'ambiente offre pochissimo come è sottolineato nella successiva ricerca riguardante la *realtà sociale*.

#### **Il Ministro Straordinario dell'Eucaristia**<sup>55</sup>

L'attuale situazione di Chiesa, le esigenze pastorali, la carità apostolica verso gli anziani e gli ammalati e soprattutto una più profonda coscienza del mistero della Chiesa coi suoi carismi e i suoi ministeri, che ha per centro vivo l'Eucaristia, hanno visto moltiplicarsi nelle parrocchie e nelle comunità religiose i Ministri straordinari dell'Eucaristia. [nella parrocchia di Sant'Anna dal 1986 con i primi tre, fino ad oggi con dieci laici e due religiose - n.d.r.]

---

<sup>52</sup> BOLLETTINO INTERPARROCCHIALE "CAMMINIAMO INSIEME", numero speciale per il 30° anniversario di istituzione della parrocchia di Sant'Anna, Rapallo, n. 3-4, maggio/agosto 1998 - Dal settembre 2003 sono stati avviati i lavori per la costruzione della nuova chiesa e saranno rivisti i confini parrocchiali, che comporteranno un aumento degli abitanti residenti con l'ipotetica cifra di ottomila.

<sup>53</sup> CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, nota pastorale, n. 13, Edizioni Paoline, 2004.

<sup>54</sup> vedi attività COXANNA, note da 68 a 71, pp. 73, 75, 76 della tesi.

<sup>55</sup> Segue estratto fino a p. 55 ("notizie storiche"): AUGUSTO BERGAMINI, *Il ministro Straordinario dell'Eucaristia*, Edizioni Paoline s.r.l., Torino 1991.



L'atto di nascita del servizio Straordinario della distribuzione dell'Eucaristia - L'istruzione "Immensae caritatis" della Congregazione dei Sacramenti, pubblicata il 29 gennaio 1973, segna la data di nascita del ministero straordinario dell'Eucaristia. Il semplice battezzato-cresimato adulto, uomo o donna, può venire incaricato della distribuzione del pane eucaristico sia durante che fuori della messa. Un fatto semplice, ma di notevole importanza. Un fatto che ha suscitato in alcuni meraviglia e anche rifiuto. Fino a poco tempo addietro, il semplice fedele non poteva neppure toccare i vasi sacri! Immaginarsi toccare le specie consacrate!

Il cambiamento di normativa è molteplice: la mancanza o la non disponibilità di un prete o di un diacono, ministri competenti della distribuzione dell'Eucaristia; la maggiore formazione teologica e pastorale di tanti laici che permette di assumerli nei diversi compiti ecclesiali; un modo concreto per *far crescere la coscienza del sacerdozio comune*, fondata sul Battesimo, attraverso una ministerialità di fatto; uno stato di necessità dovuto alla diminuzione numerica dei preti.

I ministeri considerati nel mistero di Cristo e della Chiesa – **«Lo Spirito Santo non solo per mezzo dei sacramenti e dei ministeri santifica il popolo di Dio e lo guida e adorna di virtù, ma “distribuendo a ciascuno i propri doni come piace a Lui” (1Cor 12,11) dispensa pure tra i fedeli di ogni ordine grazie speciali, con le quali li rende adatti e pronti ad assumersi varie opere e uffici, utili al rinnovamento della Chiesa e allo sviluppo della sua costruzione, secondo quelle parole: “A ciascuno è data la manifestazione dello Spirito perché torni a comune vantaggio” (1Cor 12,7)».**

Quando si parla di ministeri occorre distinguere i ministeri ordinati (episcopato, presbiterato, diaconato) che hanno il loro fondamento nel sacramento dell'Ordine, dai ministeri istituiti (lettorato e accolitato) che hanno il loro fondamento nel Battesimo e nella realtà della Chiesa come comunione di fede e di amore, dai ministeri di fatto, che sono esercitati dai semplici fedeli in base a tante concrete necessità della vita ecclesiale.

Il servizio straordinario della distribuzione dell'Eucaristia -. Rispetto all'accolitato questo servizio se ne differenzia per il campo più stretto e per le circostanze eccezionali in cui può essere svolto. E' un incarico straordinario, non permanente, concesso in relazione a particolari e vere necessità di situazioni, di tempi e di persone. Ministro straordinario della comunione eucaristica *può essere tanto l'uomo quanto la donna*. Riceve la facoltà di “comunicarsi direttamente [quando non c'è il prete - n.d.r.], distribuire la comunione ai fedeli, portarla ai malati e agli anziani, recarla come viatico ai moribondi”.

La possibilità di questo servizio è un gesto di squisita bontà della Chiesa, “perché non restino privi della luce e del conforto di questo sacramento i fedeli che desiderano partecipare al banchetto eucaristico” e ai frutti del sacrificio di Cristo.

Questo ministero straordinario, quindi, è suppletivo e integrativo degli altri ministeri istituiti, richiama il significato di un servizio liturgico intimamente connesso con la carità e destinato soprattutto ai malati e alle assemblee numerose. Esso impegna laici o religiosi a una più stretta unità spirituale e pastorale con le comunità nelle quali svolgono il loro apostolato.

Il contesto ecclesiale per l'esercizio dei ministeri - **E' il Signore che suscita i ministeri nella comunità e per la comunità. Nessuno li deve interpretare come attribuzione onorifica o accrescimento di potere, né considerarli episodi sporadici della vita di un cristiano...**

Va precisato che non tutti i carismi sono un ministero, mentre

*ogni ministero è un carisma  
che risponde a una particolare chiamata del Signore*

e si traduce in un servizio ai fratelli. Per questo occorre il mandato della Chiesa e una certa stabilità commisurata non solo alla disponibilità personale, ma anche ai bisogni di una determinata comunità. E' una comunità viva che, accogliendo l'aspirazione del singolo, presenta al vescovo la sua candidatura per il definitivo discernimento e per l'istituzione.

Ogni ministero è per l'edificazione del corpo del Signore e perciò ha riferimento essenziale alla Parola e all'Eucaristia, fulcro di tutta la vita ecclesiale ed espressione suprema della carità di Cristo, che si prolunga nel "sacramento dei fratelli", specialmente nei piccoli, nei poveri e negli infermi, nei quali Cristo è accolto e servito.

**Ne consegue che l'opera del ministro  
non si rinchiude entro l'ambito puramente rituale,  
ma si pone dinamicamente al servizio di una comunità che evangelizza e si curva  
come il Buon Samaritano su tutte le ferite e le sofferenze umane.**

L'idoneità del ministro della distribuzione dell'Eucaristia - Di fronte alla delicatezza di tale compito, i documenti magisteriali pongono in luce le caratteristiche che dovranno avere le persone che saranno deputate ad esercitare tale ministero straordinario dell'Eucaristia. Infatti esiste uno stretto rapporto tra ministero, vita ecclesiale e vita cristiana del ministro stesso.

Il fedele, ministro straordinario della Santa Comunione (sia uomo o donna) debitamente preparato, si deve distinguere per la vita cristiana, la fede, la condotta. Dovrà cercare di non essere impari a questo grande compito, coltivare la pietà verso la santissima eucaristia ed essere di esempio agli altri fedeli con la sua devozione e il suo rispetto verso il preziosissimo sacramento dell'altare. **Nessuno sia scelto per tale ufficio, se la sua designazione dovesse essere motivo di stupore ai fedeli.**

Configurazione ministeriale delle donne - Il fatto di poter scegliere anche la donna per il servizio straordinario della distribuzione dell'Eucaristia assume particolare valore. In un settore pastorale, importante e delicato come quello del contatto con gli anziani e gli ammalati, la donna può espletare un efficace apostolato d'ambiente, coadiuvando l'azione essenziale del presbitero.

Alcune notizie storiche - Il ministero della distribuzione della Comunione affidato a laici, uomini e donne, a molti è apparsa come una novità senza precedenti. Ma non è così. Basta conoscere un po' di storia.

Al tempo di san Giustino (II secolo), i diaconi erano incaricati di portare l'Eucaristia agli infermi. In un caso, però, risulta che eccezionalmente tale ufficio fu affidato a un giovanetto, mentre sarebbe toccato al prete.

Fino al secolo V e oltre, i fedeli d'ambo i sessi ebbero facoltà di portar seco il corpo del Signore e di comunicarsi da sé in casa. Anche quando questa disciplina scomparve, non era molto raro il caso che venisse affidato a un laico anche donna di recare il viatico a un moribondo. Lo potevano suggerire l'urgente necessità, la grande distanza dalla chiesa, un impedimento del sacerdote.

Nei primi tre secoli, durante i quali i rischi della lotta contro il paganesimo ponevano d'improvviso i fedeli dinanzi alla persecuzione e alla morte, la Chiesa sentì il dovere di premunirne permanentemente la naturale debolezza con la forza divina dell'Eucaristia,

recata anche dai laici, in modo che, in qualsiasi momento, soprattutto quando era impossibile avere il sacerdote, i fedeli potessero ricevere la Comunione. Fin dal II secolo, perciò, constatiamo il costume di portare ciascuno al proprio domicilio il pane consacrato e di custodirlo presso di sé.

*Come si vede, non c'è proprio niente di nuovo. Anzi, tutto d'antico ».*

**La Parrocchia e i suoi primi tre Ministri straordinari dell'Eucaristia, in particolare Rosa e Maria, che voglio ricordare nelle loro testimonianze:**

*« Il Ministero straordinario dell'Eucaristia<sup>56</sup> - Domenica 20 aprile 1986 il vescovo della nostra diocesi, mons. Daniele Ferrari, ha nominato per la comunità parrocchiale di Sant'Anna tre nuovi ministri straordinari per l'Eucaristia [Rosa, Maria e Vittorio - n.d.r.] che vanno ad affiancarsi ad un ministro donna della diocesi milanese, Olga Gabrielli, la quale già offriva, con encomiabile spirito cristiano, questo servizio [anche se non in modo ufficiale nei momenti di riposo al mare - n.d.r.]. Il vescovo ha conferito, cioè, ad altri laici, la possibilità di aiutare i Sacerdoti nella distribuzione della Comunione, sia in Chiesa che nelle case degli infermi.*

*Per troppi anni avevamo dimenticato che essere cristiani significa, prima di tutto, mettersi al servizio degli altri. Da troppo tempo ci eravamo abituati al "prete a tempo pieno" ed avevamo delegato a lui ciò che toccava a noi: il servizio ai nostri fratelli è il principale dei nostri doveri. Gesù, prima di morire, prima di istituire l'Eucaristia, ha lavato i piedi agli apostoli, scegliendo uno dei servizi più umili, per insegnare a noi l'umiltà e la disponibilità.*

*Il Concilio Vaticano II ci ha ricordato i nostri doveri, ci ha portati a riscoprire il senso dell'essere laico all'interno della Chiesa.*

*Molti di noi, provenienti dalle file dell'Azione Cattolica, avevano imparato, anche prima del Concilio, non solo a curare la propria formazione spirituale, ma ad attivarsi per gli altri, insegnando catechismo, adoperandosi nella liturgia e nelle opere di carità fraterna, mettendosi cioè al "servizio" della Comunità.*

*C'era il Parroco che "progettava" e poi chiamava i laici, spronandoli ad impegnarsi: quest'impegno però, pur validissimo, non era l'espressione di un dovere del nostro essere cristiani, non esprimeva la consapevolezza della nostra vocazione battesimale: era la risposta alla chiamata del sacerdote che rimaneva, in genere, l'unico responsabile. Ci impegnavamo con entusiasmo, ma non avevamo molto sviluppato il significato dell'essere Chiesa: tornati al quotidiano ci scrollavamo di dosso le nostre responsabilità, scaricandole tutte sul prete.*

*Dopo il Concilio abbiamo riscoperto che ogni battezzato partecipa nella Chiesa alla missione di Cristo, che ogni battezzato non è collaboratore, ma corresponsabile; corresponsabilità che nasce dalla comune natura umana, dalla stessa Fede e dallo stesso Battesimo.*

*La Chiesa è una comunione di diversi, nella quale ciascuno deve dare secondo i propri carismi: non uno contro l'altro o sopra l'altro, ma uno con l'altro e per l'altro.*

*E' compito quindi anche dei laici, qualora i sacerdoti ne fossero impossibilitati, raggiungere le persone impedite a partecipare alle celebrazioni comunitarie così che, portando loro il conforto dell'Eucaristia, possano sentirsi uniti alla comunità e*

---

<sup>56</sup>. ROSA GUASCO FISCARELLI (†1997), *Il Ministro straordinario dell'Eucaristia*, presentazione e riflessione del ministero dopo il conferimento, bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme", della parrocchia di Sant'Anna a Rapallo, maggio, giugno 1986, n. 3, pag. 8.

sostenuti dall'affetto dei fratelli e si sentano partecipi del convitto pasquale ed intimamente uniti alla celebrazione con cui si perpetua il sacrificio della Croce. Il ministero straordinario della Comunione ai malati ed agli anziani è una manifestazione concreta della sollecitudine della Chiesa (cfr. "Immensae caritatis") con cui la comunità dei fedeli considera il prezioso arricchimento che la Comunione frequente dei fratelli infermi rappresenta e lo stimolo che viene loro dall'Eucaristia ad offrire le loro sofferenze, a sopportare con pazienza e speranza, a "compimento" della passione di Cristo e a favore della Chiesa».

«Un modo per servire<sup>57</sup> - Da più di due anni mi si chiedeva di offrire la mia disponibilità a portare Gesù Eucaristia agli infermi, a sollievo e conforto dei loro mali e delle loro anime, ma continuavo a rifiutare, non sentendomi né degna, né all'altezza di sì grande missione.

Intanto pregavo Gesù che mi illuminasse ed infine ho detto: "Signore, se è questo che Tu vuoi, sia fatta la Tua volontà!".

Domenica 20 aprile, S.E. Mons. Vescovo, dopo aver amministrato la S. Cresima ai ragazzi, ha dato a me e ad altri due laici la sua benedizione e l'autorizzazione a compiere questo servizio.

Durante questa cerimonia che mi ha molto commossa, continuavo a pregare Dio perché mi aiutasse a compiere bene la Sua volontà e sentivo più che mai tutta la mia nullità e la mia fragilità.

La mia prima ammalata è stata la signorina Gabrielli; è stato facile ed utile questo mio primo servizio perché ella svolge questo compito da anni: il suo aiuto ed i suoi insegnamenti mi sono stati preziosi perché in lei ho visto la mano di Dio che mi guida e mi aiuta a compiere bene quello che devo fare».

### **“Cronache e riflessioni nel tempo”<sup>58</sup> di un Ministro straordinario dell'Eucaristia**

Dopo oltre diciotto anni, ecco, ora, il mio cammino come ministro straordinario dell'Eucaristia raccolto in più tappe, o soste, che mi hanno permesso, su invito del parroco, di pensare alla mia esperienza unita agli altri: ministri, anziani e malati e di testimoniarla. A distanza di tempo, rileggo quasi meravigliato il contenuto, ma comprendo che era sgorgato dalla particolare sensibilità in un determinato e irripetibile percorso di vita:

**1986** (domenica 20 aprile: conferimento mandato in occasione della S. Cresima ai ragazzi) - « Quando Dio chiama<sup>59</sup> - Tutto ha avuto inizio al termine di una S. Messa domenicale: vedo avvicinarsi uno dei nostri sacerdoti, don Aurelio, come sempre per un saluto. Questa volta, invece, è portatore di una proposta che non mi sarei mai aspettato: "Avremmo pensato di proporti come candidato per distribuire la S. Comunione", mi dice. "Credo vi sia chi ne è più degno", rispondo.

Portare il Corpo del Signore è una grande responsabilità e la sensazione immediata di non sentirmi sufficientemente degno era forte anche se accomunata ad un'altra piacevole, di gioia.

---

<sup>57</sup> MARIA BOSCOLO MANTOVANI (†2004), *Un modo per servire*, riflessione dopo il conferimento del ministero, bollettino parrocchiale di Sant'Anna, Rapallo, maggio, giugno 1986, n. 3, pag. 10.

<sup>58</sup> GORZA VITTORIO, serie di testimonianze in ordine cronologico: 1986/2004.

<sup>59</sup> Prima testimonianza, bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme", parrocchia di Sant'Anna a Rapallo, maggio, giugno 1986, n. 3, pag. 9.

*Non ho dato subito una risposta, anche se dentro di me sentivo che questa volta non avrei potuto tirarmi indietro. Di tempo per riflettere e prepararmi ne ho avuto molto e nel frattempo alcuni pensieri mi assalivano:*

- *ho sempre evitato, per quanto possibile, di espormi in pubblico. Ora Dio vuole che io affronti serenamente questo servizio perché è Lui che mi è venuto incontro. Gli Apostoli (il loro era un ben più importante mandato) sono stati avvicinati da Gesù e poi mandati a far conoscere la Verità al mondo: erano uomini come tanti.*

*Ed ancora:*

- *“Sono io diverso da altri fratelli parrocchiani che partecipano ad un’assemblea liturgica?” Certamente no! Ed ecco allora spiegato un mio certo imbarazzo, unito all’emozione che provo nel porgere loro la Ss. Eucaristia.*

*E poi, il pensiero determinante:*

- *anche questa volta Dio mi ha chiamato ma, a differenza di tante altre, non mi ha dato la possibilità di voltare ancora le spalle, di rispondere “non posso” o di far finta di non sentire. Il servizio che mi è stato chiesto, questa volta non ha coinvolto solo me, ma anche le persone impossibilitate ad accostarsi alla Ss. Eucaristia durante la S. Messa: gli ammalati. La mia rinuncia priverebbe loro del Bene più Grande: Gesù nel Mistero eucaristico. La certezza che i nostri sacerdoti sono interpreti del volere divino mi ha ulteriormente convinto: ho accettato così d’essere Ministro straordinario dell’Eucaristia.*

*Con Gesù al mio fianco mi posso fidare. Quando sarò in difficoltà (come i discepoli in barca sul lago in burrasca) saprò che non avrò nulla da temere poiché Lui è con me; questo è il grande privilegio di chiunque Lo invochi».*

**1989** (domenica 26 febbraio, 3<sup>a</sup> di Quaresima, S. Messa ore 10) – Intervento-testimonianza dopo l’omelia come tema: «Il sacramento della Comunione». Per l’occasione è stato comunicato all’assemblea la nomina di due religiose benedettine come Ministri straordinari dell’Eucaristia. - *« L’Amore di Dio è infinito. Si è rivelato nostro Padre e ci ama tanto da venire in noi attraverso i segni eucaristici del pane e del vino. Con il sacramento della Comunione abbiamo il Cibo necessario per la nostra vita spirituale: Gesù, il Signore, nostro Dio e Padre. E’ la ragione per la quale è data facoltà anche a noi laici di amministrare questo sacramento con la priorità di recarlo agli ammalati e anziani perché non ne vengano privati. Ciò evidenzia il ruolo vitale che ha tale sacramento.*

*Gli ammalati comprendono in modo più chiaro il valore immenso che ha questo sacramento; sono spiritualmente molto più sensibili e l’attendono con trepidazione. Con loro si accentra di più la mia esperienza come Ministro straordinario dell’Eucaristia.*

*Operare nella sofferenza non è facile. Si vedono però persone che nella sofferenza regalano esempi di serenità e fiducia in Dio, effondendoli a chi li avvicina, suscitando il pensiero: “La forza che hanno di sopportare viene solo da Dio”. Ad altri che non sono a questo livello si cerca di avvicinarli con buone parole e preghiera insieme. Alcuni di loro sono ritornati alla fede in Gesù dopo oltre vent’anni. In altri casi la S. Comunione è stato l’ultimo Conforto e Viatico.*

*Dovremmo sempre tenere presenti in noi esempi di devozione sincera di questi nostri fratelli. Alcuni gravemente ammalati riescono ad esprimerla anche con il solo briciolo di forze che loro rimane. Abbiamo compreso un sofferente solo quando ha accennato il Segno della Croce. In quell’istante mi si è parato innanzi lo sguardo dei suoi occhi imploranti (che prima non avevo compreso) mentre proseguivamo oltre la soglia della sua stanza, avendolo considerato “assente”. Quel giorno, grazie a Dio, aveva potuto*



*ricevere Gesù mentre i suoi occhi (unico mezzo espressivo) si bagnavano di lacrime. Meno di due giorni dopo il Signore l'ha accolto con sé.*

*Che i sofferenti siano più vicini a Dio, e viceversa, ce lo fa capire anche il loro atteggiamento quando portiamo loro il Ss. Sacramento della Comunione: c'è chi si pone in profondo raccoglimento; chi ha già disposto bianchi tovagliolini sul tavolo; chi pronuncia "Vieni Gesù"; chi non riesce a trattenere le lacrime; chi chiede serenamente e con sicura speranza di essere preso in Cielo.*

*Quando sono con gli ammalati o partecipo alla S. Messa (invito alla Cena del Signore) riesco a stare più in sintonia con Dio. Non è impresa facile, invece, esserlo nell'ambiente dove solitamente vivo specialmente nell'ambiente di lavoro. Dove ne avrei più bisogno non riesco a mantenermi nella stessa sintonia. Mi accorgo, talvolta, d'essermi fatto coinvolgere in modo non proprio coerente in ciò che credo. Questo mi induce ancor più alla ricerca di Dio. Ricerca che ho individuato così: nella Carità al mio prossimo (gentilezza e disponibilità); nella preghiera costante; nella possibilità che abbiamo di ascolto e dialogo con Gesù che si offre nella S. Comunione, dove è veramente presente vivo e vero, sostanzialmente, come Dio e come uomo. Mi sforzo di abbandonarmi a Lui con totale fiducia, in qualsiasi situazione mi trovi. Non è facile. E' un graduale allenamento che Dio mi pone, fatto di tentativi: con successi e fallimenti. L'importante è sapere che ci è vicino. Con il Suo aiuto riusciremo a fare tutto con serenità e gioia e pace.*

*La certezza che "Dio è con noi" (promessoci nell'Ultima Cena) mi dà sicurezza nell'agire. E' la risposta di quanti si domandano del perché molte persone dedicano parte del loro tempo alla Carità; soprattutto verso i vecchi inabili e gli ammalati.*

*Si potrebbe trascorrere il tempo al solo svago, ma così facendo si potrebbe rischiare con l'averne solo un vago, vuoto e frustrante ricordo, mentre, donare un po' del nostro tempo alla Carità lascia ricolmi di una piacevole gioiosa sensazione che arricchisce sia il fisico che lo spirito.*

*Se si ha il desiderio di servire Dio, ma non si ha la forza sufficiente per deciderci, condizionati dallo star meglio, o dal proprio carattere che frena eventuali nostre buone iniziative. Non dobbiamo scoraggiarci. Quando Dio vuole la nostra collaborazione è certo che, ci metterà nella condizione di poterlo servire degnamente. A Dio nulla è impossibile. Può correggere i nostri atteggiamenti negativi purché ci lasciamo modellare da Lui riconoscendoci argilla nelle Sue mani.*

*Stare con Dio è sempre conveniente. Ciò che sembra rinuncia, sacrificando alcune cose che ci fanno piacere, si rivelerà man mano un altro genere di vita: la consapevolezza che si può vivere in una gioia maggiore di ciò che abbiamo rinunciato è un mezzo per garantirci la Vera Vita, quella eterna con Dio.*

*Sacrificare un po' del nostro tempo e donarlo agli altri (cioè a Dio stesso) è l'investimento più sicuro per la nostra salvezza. E questo è alla portata di tutti ».*

**1990** - « L'ambiente di lavoro. E' difficile testimoniare la presenza viva di Gesù nell'ambiente di lavoro, dove prevalgono talvolta argomenti di poco gusto che fanno colpo, che danno l'illusione di ampi consensi e dove il nome di Dio e della Madonna vengono messi sempre in causa quando qualcosa va storto o anche per molto meno: solo per abitudine.

*Non mi sento di giudicare apertamente nessuno. Mi sento impotente e capisco che un intervento inopportuno sarebbe disastroso. In questi casi lascio che sia veramente il Signore a suggerirmi il da farsi. Ottengo risultati quando penso che Gesù è sempre disponibile ed attende anche la nostra disponibilità invocando il Padre nel suo nome (Gv 16, 24).*



*Dobbiamo veramente abbandonarci a Lui, fiduciosi, in qualsiasi situazione ci troviamo. Certo non è facile. Il nostro è un graduale allenamento, ma con il Suo aiuto, serenamente, nella Sua pace (Gv 14, 27-29) ».*

**1993** (1<sup>a</sup> domenica di Quaresima) - Intervento-testimonianza, dopo l'omelia: «Il ministro straordinario dell'Eucaristia - *Ci sono momenti nei quali è più viva la presenza di Dio, soprattutto quando le difficoltà non mancano. E' bello camminare con Lui, ma sono convinto che il tentatore non rimane in disparte. Si insinua in modo tale da cercare di confonderci soffocando il desiderio di bene che è in noi come dice San Paolo: "Non faccio il bene che voglio, ma il male che non voglio".*

*Questa constatazione mi induce, con più speranza e determinazione a ricominciare ogni volta, riconciliandomi con Dio, attraverso la Sua "Grazia": Parola che nella lettura della lettera di S. Paolo (Rm 5, 12-19) viene nominata sei volte; Parola che ci ha tolto dalle tenebre del peccato che hanno regnato "da Adamo a Mosè", per poi, con il nuovo "Adamo", Gesù Cristo (Ef 1,10 e Ireneo, A.H., II, 16,6), iniziare un cammino nuovo.*

*Un cammino, come dicevo, durante il quale le tentazioni non mancano. Il diavolo esiste. Le Letture sacre ce lo confermano. Gesù stesso viene tentato per tre volte (Mt 4, 1-11). Ogni volta il tentatore si fa forte approfittando della debolezza umana. Il Vangelo secondo Matteo ci invita a vivere anche della Parola di Dio; a prenderci la nostra responsabilità facendo la nostra parte; a non investire solo sui poteri del mondo e nemmeno delegare Dio a intervenire miracolosamente. Riconosco di avere i miei lati deboli. Mi sentirei vulnerabile se non mi affidassi alla guida dello Spirito Santo.*

*Questa testimonianza vuole essere una prova di fiducia: se mi è stato chiesto di intervenire significa che Dio lo vuole. Era forte la tentazione a rinunciarvi. Avrei però perso la possibilità di approfondire la Parola di Dio e di considerare meglio l'impegno che ogni volta il celebrante dedica alla preparazione dell'omelia. Di questo dovremmo esserne sempre consapevoli e attenti a non distrarci.*

*I limiti fanno parte della "natura umana" e contribuiscono a formare delle barriere che credevo insormontabili.*

*Mi sento grato a Lui perché si è sempre preso cura di me:*

- già con la prima educazione religiosa avuta dai genitori;
- dandomi, all'occorrenza, anche degli efficaci "spintoni" quando mi lascio cadere nel disimpegno o incertezza.

*Nonostante da sempre abbia frequentato l'ambiente parrocchiale, dovevo essere più deciso. E fu ed è sempre stato il mio impegno primario:*

- nel gruppo di Azione Cattolica (a quel tempo, nel 1964, a Rapallo con studenti e lavoratori: G.S. (giovani studenti) / G.L. (giovani lavoratori) [credo l'attuale gruppo di C.L. (comunione e liberazione) - n.d.r.] ) ero riuscito a "rompere il ghiaccio", dando il mio contributo nelle attività ricreative e durante gli incontri dove ci scambiavamo "esperienze di vita". Dio solo sapeva il mio conflitto interiore. Un passo era stato fatto;
- una domenica l'allora primo parroco di Sant'Anna, don Noce, mi colse di sorpresa invitandomi all'ambone per la lettura: fu decisivo per frequentare un corso per lettori;
- segue il periodo matrimoniale (ormai ultraventennale) occupato nel lavoro, ma mantenendo un rapporto di collaborazione con l'attuale parrocchia.

*Così fino a quando, qualche anno fa, ho accettato di svolgere il servizio come Ministro Straordinario per l'Eucaristia. Il Signore mi chiedeva di compiere ancora un altro passo: solo Gesù conosce la misura dei passi. Per un po' di tempo me lo sono sentito vicino come un Amico, un Fratello, un Padre, insieme. Dico questo, perché voltandomi indietro riconosco di aver superato, abbastanza, situazioni che mi apparivano*

*insuperabili. Molte altre sono le tentazioni come: l'indifferenza; l'aridità spirituale; il preoccuparsi troppo per le nostre necessità; l'angoscia del futuro, della morte. Allora, sempre più convinto, dico: non scorraggiamoci. Dio, è con noi! ».*

**1998** - « Ricordo di don Giulio<sup>60</sup> - *La semplicità che caratterizzava la persona di don Giulio non sminuiva le innumerevoli qualità che egli riusciva a tenere in disparte. La sua condizione di salute precaria, era evidente, quella sì, era protagonista! Si offrì completamente alla Ss. Vergine Maria, della quale diventò esempio di devozione, e fu, di conseguenza, vero testimone commovente per la venerazione al Suo Figlio Gesù. Lo manifestava ogni giorno (uscendo con qualsiasi tempo ed anche al limite che la sua condizione gli poneva) durante la celebrazione eucaristica (dove aveva sempre parole e preghiere per tutti e per tutto ciò che nel mondo accadeva), specialmente al momento della benedizione e consacrazione delle specie del pane e del vino: sembrava in estasi quando alzava l'ostia (anche con il braccio malato che quasi in modo miracoloso si sollevava, anche se un po' aiutato dal sano). Era un vero gesto liturgico: testimoniava il grande amore che aveva per il Signore Gesù. Ed ogni volta con lo stesso trasporto, senza fretta. Tutti noi, anche i più distratti, non potevamo fare a meno di notarlo: tra le sue mani vi era veramente l'Essenza della nostra vita. Grazie, don Giulio ».*

**2002** - « La Santa Comunione agli anziani e malati (particolarmente nella vicina clinica)<sup>61</sup> - *Nella nostra comunità fra gli innumerevoli servizi, da oltre quindici anni fa parte anche quello svolto dal Ministro straordinario dell'Eucaristia: laici, uomini e donne ai quali è stato chiesto di servire il Signore portando la Santa Comunione agli ammalati e quando necessario distribuirla durante la S. Messa. Ci è gradito elencare i loro nomi (in ordine di tempo) più che altro per sottolineare che il mandato ottenuto dal vescovo è stato conferito a persone come tante che, umilmente, ringraziano Dio: Maria [mancata recentemente – n.d.r.], Vittorio, Franco, Benito e Franca, Gianfranco e Giulia, Marcello, Gianni, Rosa, Anna e religiose come sr. Natalina, orsolina, e sr. Noemi e sr. Giulia, benedettine. Proprio un significativo gruppo. Insieme alla Chiesa universale, siamo membra di un unico corpo con Cristo capo. Ognuno svolge il servizio secondo il proprio tempo nelle case e, dal 1997, nel rinnovato centro sanitario la casa di cura clinica “Villa Azzurra”. In quest'ultima è importante tenere presente che la visita con lo stesso degente si concretizza, di solito, in pochi incontri [mentre prima della fine anni ottanta all'inizio anni novanta, i pazienti per lo più lungodegenti convenzionati da un accordo comunale, si aveva tutto il tempo per approfondirne la loro conoscenza - n.d.r.]. Un po' con l'esperienza e soprattutto con l'aiuto dello Spirito Santo, ci inpegniamo a lasciar loro non solo un buon ricordo, ma una Speranza viva. Ecco un'esclamazione che sintetizza la loro accoglienza: “Ci portate la Speranza”. “Portare gli ammalati all'Eucaristia prima di portare l'Eucaristia agli ammalati”.<sup>62</sup> Se prima non conoscono che cos'è la Speranza (Gesù Cristo, il Signore nostro Dio), non è*

---

<sup>60</sup> Ricordo in memoria di DON GIULIO PENNA (†4 agosto 1998), colpito gravemente dalla paresi era riuscito con fede e volontà e per grazia della “Mamma Celeste” riprendere in parte le sue funzioni tanto da celebrare ogni giorno, e per ancora diversi anni, la S. Messa come servo fedele nella nostra parrocchia, Bollettino interparrocchiale “Camminiamo insieme”, n. 6, nov.-dic. 1998, Parrocchia di Sant'Anna di Rapallo.

<sup>61</sup> *Il Ministro Straordinario dell'Eucaristia, testimonianza fra gli anziani e malati nelle case e particolarmente nella Casa di cura clinica “Villa Azzurra”, Bollettino interparrocchiale “Camminiamo insieme”, Parrocchia di Sant'Anna, Rapallo, gen.-apr. 2002, n. 1-2, pag. 26.*

<sup>62</sup> A. BERGAMINI, *Il ministro Straordinario dell'Eucaristia*, Edizioni Paoline s.r.l., Torino 1991, p. 42.

*possibile far desiderare loro il conforto eucaristico. Gesù desidera farsi conoscere prima di invitarci alla Sua mensa, e a coloro che già lo seguono non privarli del conforto del cibo della Parola e dell'Eucaristia.*

*Con molto spirito di fede ma anche di discrezione, frutto del buon senso e carità, li aiutiamo, specialmente nelle loro case, a capire la sofferenza guidati dalla fede in Cristo che ha preso per primo su di sé i nostri dolori e infermità, attingendo nella preghiera la forza necessaria per sopportare i mali.*

*Ci presentiamo con semplicità, spontaneità, perché è Lui che rappresentiamo. Siamo consapevoli di essere strumenti Suoi, riconoscenti delle grazie ricevute, necessarie per poterlo meglio servire.*

*Come già detto, siamo persone normalissime consapevoli dei nostri limiti e l'esperienza ci fa dire: "non fate attendere troppo la risposta alla chiamata (questo vale anche per gli altri ministeri e relativi innumerevoli modi di servire per il bene comune), poiché Lui sa come siete fatti e di ciò che avete bisogno; non dovete scoraggiarvi, ma con umiltà e preghiera fiduciosa, credere in un nuovo modo di vita che vi faccia comprendere che: "A chi dà, sarà dato..." (Lc 19, 26) » .*

**2004** (19 gennaio) - «Relazione a S.E. Mons. Vescovo Alberto Maria Careggio<sup>63</sup> - Eccellenza Rev.ma Mons. Alberto Maria Careggio, siamo dei laici Ministri Straordinari per la distribuzione dell'Eucaristia agli ammalati. Su consiglio del nostro parroco don Aurelio Arzeno ci siamo impegnati a scrivere la presente su la Casa di cura Clinica "Villa Azzurra" dove prestiamo servizio, affinché possa avere una visione conoscitiva più ampia.

*Per molti anni in clinica venivano trattati casi di chirurgia e medicina con annessa sala parto. Un reparto si occupava anche di lungodegenti diventati nostri amici e sostenitori nella preghiera. Vi era il cappellano don "Mino" Storace, parroco della frazione di San Massimo, che passava ogni giorno, battezzava e celebrava la S. Messa nella allora spaziosa e più accessibile cappella, tanto da accogliere anche fedeli che abitavano nelle case circostanti. Sentendo il pesare degli anni, don Mino chiese aiuto, sapendo che anche la nostra parrocchia era dotata (dal 1986 ufficialmente) di laici incaricati a distribuire la S. Comunione. Così dal 1987 siamo presenti [i primi anni con uno dei ministri e una signora] fino al 1993.*

*Con la cessione al gruppo "Villa Maria" (1992) iniziò una graduale ristrutturazione, per non creare ulteriore disagio alla parte ancora attiva.*

*Il 1997 è l'anno dell'inaugurazione di un centro all'avanguardia nella cardiologia e cardiocirurgia e dove vengono praticati numerosi interventi. Graduale fu la ripresa completa del complesso sanitario e di pari passo il nostro servizio.*

*Grazie a Dio, la proprietà ha permesso il ripristino della cappella, ora piccola, ma accogliente quanto basta per permettere il raccoglimento e l'apertura al Signore sempre presente custodito nel tabernacolo. Di fronte è situata la sacrestia dove è posto il corredo liturgico per la celebrazione della S. Messa che, per desiderio della Direzione "Si celebri almeno a Natale (contattando personalmente, un frate cappuccino, padre Lorenzo).*

*Il Parroco di S. Anna anima e coordina l'assistenza religiosa alla clinica, però dovendo ogni domenica provvedere già alla celebrazione di cinque messe in parrocchia. Lo scorso Santo Natale ha celebrato il nostro responsabile alla pastorale giovanile, don Gianemanuele Muratore, anch'egli parroco di San Massimo, successore di don Mino. Hanno partecipato una dozzina di persone: quattro degenti,*

---

<sup>63</sup> Con la collaborazione dei ministri straordinari dell'Eucaristia e l'attenta visione del parroco DON AURELIO ARZENO, riguardo la Casa di Cura privata Clinica "Villa Azzurra" e il Servizio dei Ministri Straordinari dell'Eucaristia della Comunità parrocchiale di S. Anna a Rapallo.

*alcuni parenti e una responsabile di segreteria. E' stato fatto loro un grande Dono, colto e apprezzato. Una semplice ma partecipata e sentita celebrazione con tanto di canti natalizi.*

*La parrocchia, impotente per la carenza di preti, cercherà di attivarsi per la Santa Pasqua, e fissare una S. Messa feriale al mese, se Lei Eccellenza è d'accordo.*

*C'era stato, agli inizi, nei giorni festivi, il tentativo di celebrare la Liturgia della Parola (che sarebbe bello poter ripetere), ma la partecipazione era minima o nulla (i più erano impossibilitati a letto). Essendo al massimo tre i ministri dell'Eucaristia disponibili a tal servizio, è stato deciso di dedicare il tempo con la certezza di raggiungere tutti, bussando di porta in porta alle camere, e puntare sull'essenzialità dell'incontro con l'ascolto e il dialogo orientati verso la Parola di Dio e l'Eucaristia.*

*Non è così semplice, ma non ci sentiamo soli. Il Signore è con noi quando, nei giorni di precetto, soprattutto la domenica, siamo prossimi ad incontrare persone sempre diverse, e con problematiche più o meno complesse. Sappiamo che i degenti vengono sempre informati della nostra visita. Ci presentiamo vestiti con l'abito liturgico (alba o camice), apprezzato e consigliato anche dal Direttore sanitario. Un Crocifisso sul petto completa l'identificazione. Infatti, di norma, siamo subito ben accetti.*

*Dopo aver spiegato loro chi siamo, segue un dialogo di apertura. Molte volte è merito dello stesso malato a far scaturire simpatici e salutari momenti, con scherzose battute, sdrammatizzando più che si può. Ascoltiamo gioie ma anche tanti dolori di una più o meno lunga vita; chiedono consigli su particolari morali e religiosi. Frequenti i casi di separati o divorziati che non nascondono lacrime quando dichiarano la loro situazione e la consapevolezza di non potersi accostare, come un tempo, alla S. Comunione, perché vivono con un'altra persona. Il loro lamento è sincero. Il Conforto che rechiamo è veramente efficace. Osiamo dire che rende radiosi, trasfigurati, coloro che poco prima erano avvolti da un velo di tristezza. Grazie, ci dicono: "Ci avete portato la Speranza!".*

*Per le confessioni (e in casi critici l'Unzione agli infermi) interviene sempre tempestivamente, in ogni ora, anche della notte, il nostro parroco.*

*Normalmente la degenza è breve (una media di 10 giorni), considerando il tipo d'intervento. Molti di loro li vediamo solo per una occasione. Ritroviamo gli stessi solo nei casi in cui siano sorte complicanze: non proprio gravi, ma scoraggianti perché si possono protrarre più a lungo del previsto come la difficoltà nella cicatrizzazione delle ferite, dovuto all'età o per patologie. Facciamo loro coraggio portando esempi analoghi andati a buon fine.*

*Con tutto il personale abbiamo instaurato un ottimo rapporto. Ormai siamo di casa, sono abituati a vederci muovere qua e là. Cerchiamo di non intralciare le visite mediche e chi è impegnato nelle pulizie. Addirittura, talvolta ci danno la precedenza. E' capitato che alcune infermiere chiedessero la S. Comunione. Una capo sala, veterana della clinica, già con don Mino, tiene tutt'oggi in ordine la cappellina.*

*Eccellenza, non è tutto. Ma l'essenzialità crediamo di averla esposta. Arrivederci alla Clinica "Villa Azzurra" e, nel frattempo, può inviarci un Suo consiglio.*

*Cordiali saluti.*

*Per il Gruppo dei Ministri Straordinari dell'Eucaristia della Parrocchia di S. Anna a Rapallo: firmato, Vittorio Gorza ».*



## 2. REALTÀ SOCIALE<sup>64</sup>

Per indagare la realtà sociale della parrocchia di Sant'Anna occorre brevemente ripercorrere la storia dello sviluppo urbanistico della città di Rapallo negli ultimi decenni. Una volta saturato il Territorio compreso fra la costa e la linea ferroviaria, l'attività edilizia si sposta all'interno; a questo vero e proprio boom edilizio, figlio dell'opzione per il modello del turismo di massa, non corrisponde un progressivo sviluppo dei servizi e delle infrastrutture. Il tutto avviene secondo una logica che massimizza l'interesse privato a discapito di quello pubblico con conseguente perdita di identità e di qualità del tessuto urbano.

Anche l'asse viario che, collegando il casello autostradale al centro città avrebbe dovuto favorire l'afflusso di quei turisti per cui le seconde case venivano costruite, viene stretto in una densa edificazione che, tra la fine degli anni cinquanta e l'inizio degli anni settanta si sviluppa in modo caotico colmando ogni spazio libero.

Si consuma così la grande espansione del quartiere di Sant'Anna che da un ridotto nucleo rurale allineato lungo l'antica strada romana si trasforma in un anonimo quartiere con caratteristiche tipicamente urbane.

La zona di Sant'Anna e l'alta concentrazione di abitanti, contribuisce non poco a generare nuovi flussi di traffico che si sommano a quelli quotidiani caratterizzati dagli opposti spostamenti verso il casello autostradale o la stazione ferroviaria. Tutto ciò incide negativamente sul sistema della mobilità della città con tutto quello che ne consegue in termini di qualità della vita per i residenti e i turisti.

La particolare collocazione di via Mameli, che taglia in due la zona di Sant'Anna costituisce una vera e propria barriera costituita da motorini (incrementati dall'apertura del polo scolastico di via Rizzo), auto, mezzi pesanti, pullman, ecc. Non è difficile immaginare come si evolve tale situazione nei periodi di festività e stagione estiva. Il tutto genera caos, smog, rumori e situazioni di pericolo.

E' interessante notare come l'elemento più caratterizzante il paesaggio urbano di Sant'Anna siano i distributori di benzina, grandi aree di "servizio", ma non per i residenti!

La totale assenza di piazze, la scarsità di luoghi di ritrovo e aggregazione [ove esistono (es. Via 3 Scalini) sono solo vergognosamente abbozzate e rimaste tali da oltre un decennio ma attive solo grazie a esemplari volontari della benemerita associazione Circolo Amici di Sant'Anna - n.d.r.] sono elementi che limitano il senso di appartenenza e la partecipazione alla vita comunitaria degli abitanti.

**La popolazione** - Alcune particolarità si desumono dall'analisi della popolazione residente per luogo di nascita che indica percorsi di vita particolarmente complessi e differenziati come:

- il fenomeno dell'edilizia degli anni sessanta e attività legate al turismo, ha contribuito all'elevata incidenza di persone provenienti da diverse province del nord e del sud Italia. Si è trattato di giovani famiglie che oggi hanno concluso o stanno concludendo la loro attività lavorativa
- trasferimenti di anziani dalle grandi città dell'area padana: le seconde case diventano residenze primarie a conclusione della carriera professionale o al momento del matrimonio dei figli

---

<sup>64</sup> Adattamento tratto da ARCH. FRANCESCO GASTALDI, *La parrocchia di Sant'Anna a Rapallo: una realtà sociale complessa e multiforme*, numero speciale per il 30° anniversario di istituzione della parrocchia di Sant'Anna, bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme" nn. 3-4, maggio-agosto 1998.

- a partire dalla fine degli anni ottanta si sono insediati anche immigrati che trovano occupazione in diversi settori come ristorazione, giardinaggio, panetterie, edilizia, e collaboratori domestici, assistenza agli anziani [badanti e personale medico e paramedico - n.d.r.]. Oggi gli immigrati con regolare permesso di soggiorno a Sant'Anna sono in netto aumento specie i provenienti da Albania, [oggi anche della Romania - n.d.r.], Filippine, Sri Lanka, Marocco, Egitto, Sud-America [come Brasile, Perù, Ecuador - n.d.r.], e altri Paesi.

Questi flussi migratori pongono l'attenzione sui nuovi problemi di integrazione a causa delle diversità di razza, lingua, cultura e religione.

In termini percentuali si evidenzia come la popolazione residente nata nei comuni del nord Italia ed extracomunitaria sia di notevole rilevanza approssimandola ad oltre il 20% del totale.

*La popolazione per classi di età* - Si considerano quattro grandi classi di età e precisamente la classe di età infantile da zero a 13 anni, la classe di età giovanile da 14 a 34 anni, la classe di età adulta da 35 a 65 anni e la classe di età anziana oltre i 65 anni di età. Confrontando le incidenze di ciascuna classe di età nel Territorio di Sant'Anna con quelle medie della città di Rapallo si nota una leggera maggior incidenza delle prime tre classi di età e una minor incidenza degli anziani (vedere tabella). Va messa in particolare evidenza l'incidenza dei "grandi anziani" cioè gli ultraottantacinquenni che sono in valore assoluto circa 120 con un peso percentuale del 2,9%.

**Le famiglie** - Nel Territorio della parrocchia di Sant'Anna si calcolano circa 2000 famiglie di circa 2,1 componenti per famiglia. Da molti indicatori analizzati la situazione della famiglia intesa in senso tradizionale appare in difficoltà, le trasformazioni della famiglia indicano profonde modificazioni culturali, degli stili di vita e dei valori condivisi. Ad esempio: Calo e ritardo dei matrimoni; aumento matrimoni civili; delle convivenze, delle separazioni, dei divorzi; delle famiglie con madre lavoratrice; lieve aumento famiglie con un solo genitore, unipersonali e ricostituite; nascite fuori del matrimonio; tendenza ad abitare vicino ai genitori per questioni economiche e organizzative.

L'indice di natalità, 8 per mille (quasi la metà dei decessi, 13 per mille) appare ormai stabile da oltre vent'anni e in questi anni i nati sono indicativamente stati oltre i 30 all'anno. Va inoltre valutato che comunque i tassi di natalità sono ormai minimi (il Tigullio è una delle aree con più bassa fecondità al mondo).

Tipologie più approfondite non sono più possibili viste le recenti normative sulla tutela della privacy.

*Le "nuove" famiglie* - Le famiglie unipersonali a Sant'Anna sono circa 650, di queste 420 sono formate da anziani con età superiore ai sessantacinque anni. Occorre tenere conto che vi sono anziani che ufficialmente abitano da soli, ma che in realtà vivono con i figli e che per quanto riguarda le famiglie unipersonali, essere "single" può non coincidere con l'essere isolati sul piano sociale o soffrire di solitudine: questi dati sono sicuramente sintomo di situazioni di disagio e di difficoltà. Nel caso di Sant'Anna va inoltre considerato che spesso i figli o i parenti più prossimi di questi anziani vivono in altre città e questo aggrava una situazione già molto complicata, talvolta viene confermata una tendenza all'autonomia anche in tarda età come scelta per non gravare sui figli. Per i giovani va detto che il fenomeno dei "single" non è molto sviluppato nell'area di Sant'Anna per la persistenza di un modello di comportamento che vede il giovane uscire dalla famiglia di origine solo quando si sposa; nei casi in cui il fenomeno si verifica sembra più dettato da cause di necessità (esempio trasferimenti per motivi di lavoro) che a scelte di vita. Per i giovani comunque, al crescere della loro



età, i confini fra famiglia intesa come residenza comune e famiglia intesa come complesso delle relazioni affettive più strette è sempre più labile. Vi sono giovani che anagraficamente dichiarano di vivere da soli, ma in realtà convivono con un partner o al contrario convivenze "ufficiose" in cui ciascuno mantiene la propria residenza anagrafica presso i genitori, convivenze "part-time" nel fine settimana, nel week-end, durante il periodo delle lezioni universitarie. Questa scissione fra strutture e relazioni familiari complica parecchio la situazione delle famiglie e comunque ci fotografa una realtà molto diversa dalla famiglia intesa in senso tradizionale.

In generale l'aumento delle famiglie unipersonali è espressione di un processo che vede il singolo individuo assumere un ruolo sempre più autonomo. Il numero di persone che vivono da sole tende complessivamente a crescere e il loro aumento è dovuto essenzialmente a tre fenomeni:

- al venir meno della coabitazione fra le generazioni;
- al prolungamento della durata media della vita;
- al cambiamento del ruolo della donna nella società (diffusione dell'istruzione e del lavoro femminile, difficile conciliazione fra vita familiare e vita lavorativa);
- al fatto che le donne sono più longeve degli uomini: sommando a questa differenza di mortalità (circa 7-8 anni) la differenza di età al matrimonio (le donne si sposano circa 3 anni prima degli uomini), il risultato è che, mediamente, le donne sopravvivono 10 anni ai loro mariti e compagni.

In questo caso l'elevato numero di residenze "fittizie" imputabile ai proprietari di seconde case può amplificare il numero delle famiglie unipersonali con il risultato paradossale che una coppia legalmente sposata, ma con residenza legale separata in due diversi comuni, può apparire come due famiglie unipersonali o, nel caso in cui vi siano figli, come una famiglia unipersonale da un lato e una famiglia mono genitore dall'altro.

Le famiglie "allungate" - Si sono rilevate nella parrocchia di Sant'Anna molti casi di permanenza nelle famiglie originarie anche per giovani che hanno superato i trent'anni di età e che sono ormai in condizione professionale e lavorativa.

Questa constatazione è rilevabile come tendenza generale e specifica della società italiana che evidenzia difficoltà nel concretizzare progetti di formazione di nuove famiglie con una situazione di ritardata assunzione di responsabilità del tutto innaturale.

Nel caso in esame vengono sottolineate alcune specificità:

- la tendenza da parte dei giovani a proseguire gli studi dopo la scuola secondaria superiore che porta ad un'elevata incidenza di studenti universitari;
- la vicinanza di una grande sede universitaria come quella del capoluogo genovese limita i trasferimenti di residenza presso altre città sedi universitarie: in questa fase della vita del giovane la famiglia viene sfruttata come "ente" erogatore di servizi;
- i giovani che, una volta laureati, si trasferiscono in altre città per motivi di lavoro mantengono la residenza anagrafica presso le famiglie di origine;
- in generale la situazione occupazionale ed economica particolarmente statica e le forti difficoltà di accesso al mercato abitativo per la forte concorrenzialità generata dal comparto delle seconde case e degli affitti per vacanze. Quello delle *famiglie di fatto* fenomeno molto poco indagabile con i pochi dati a nostra disposizione per la realtà di Sant'Anna.

Non solo nel caso particolare, ma più in generale le ricerche sulle famiglie di fatto sono scarse e per ora assai incerte. Senz'altro però il loro numero è in aumento e riguarda una pluralità molto vasta di soggetti e situazioni (giovani, ma sempre più spesso separati e divorziati con o senza figli). Mentre il matrimonio e il divorzio sono eventi

certi e documentabili che segnano l'inizio e la fine di un rapporto regolato dalla legge, la relazione di convivenza è per sua natura molto labile per inizio e fine e quindi poco indagabile attraverso le rilevazioni statistiche.

Il numero delle famiglie "ricostituite" (si ha una famiglia ricostituita quando due persone provenienti entrambe o una sola da un altro matrimonio vivono insieme ai figli nati da questo precedente matrimonio e talvolta anche ai figli nati dal nuovo matrimonio) è in aumento in relazione all'aumento dei divorzi e all'aumento delle famiglie di fatto. Nella città di Genova le seconde nozze costituiscono il 18% del totale delle nozze; spesso le famiglie ricostituite scaturiscono da convivenze *more uxorio* (famiglie di fatto) visto che molti separati convivono in attesa di potersi risposare.

Le famiglie "con un solo genitore" non sono più, come in passato, dovute a eventi ineluttabili o subiti (guerra, cause di lavoro), ma nascono per decisioni e scelte individuali o di coppia.

Quindi sempre meno per vedovanza e sempre più per separazione legale o di fatto, divorzio, nascita di figli al di fuori del matrimonio. Numerose ricerche svolte anche nella provincia di Genova hanno indicato le famiglie con un solo genitore come situazioni a rischio di povertà se non supportata da un ruolo attivo dei servizi pubblici. Spesso la separazione e il divorzio segnano per le donne l'inizio di un processo di declassamento sociale ed impoverimento economico che poi si trasmette ai figli che vivono con loro con ripercussioni che possono essere negative sul destino scolastico e professionale. I figli di genitori separati/divorziati hanno standard di vita che generalmente sono meno elevati rispetto ai nuclei familiari in cui sono presenti entrambi i genitori; sono inoltre numerose le difficoltà che incontrano nell'affrontare un sempre più complesso universo di relazioni interfamiliari. La posizione sfavorevole dei giovani genitori nel mercato del lavoro, il fatto di cumulare in sé la doppia responsabilità di mantenere economicamente i figli e di prendersene cura, queste situazioni rimangono spesso invisibili e nascoste (nelle politiche pubbliche, servizi sociali ecc.). La maggiore difficoltà socio-economica e psicologica delle famiglie con un solo genitore si risolve spesso nel rivolgersi all'aiuto della propria famiglia d'origine sotto forma di sostegno economico e di servizi quali il lavoro domestico, la cura dei bambini ecc. In taluni casi le donne dopo la separazione tornano temporaneamente o definitivamente a vivere con la famiglia d'origine.

**Gli anziani** – Basandomi su una ricerca di qualche anno fa, nella comunità di Sant'Anna gli anziani ultrasessantacinquenni hanno superato abbondantemente le mille unità, circa il 24% della popolazione. Vivono in un ambiente che non è quello di origine ma in molti casi provenienti dai comuni dell'area padana dove svolgevano la loro vita familiare e professionale, trasferendosi da noi all'età del pensionamento in seguito anche alla scomparsa di uno dei coniugi (spesso il marito). Quindi alta incidenza di donne anziane vedove, esposte, a vivere esperienze dolorose e difficili, quali il lutto e la solitudine nella fase finale della vita.

Rispetto al passato è comunque in continua crescita anche l'incidenza del numero di famiglie composte da due coniugi anziani per la possibilità di rimanere parecchi anni insieme dopo l'età del pensionamento considerando l'aumento della vita media.

A questo aumento di tempo libero, non corrisponde nella realtà di Sant'Anna, un'offerta adeguata di spazi di incontro e di relazione che continuano ad essere pressoché inesistenti con tutto ciò che ne consegue in termini di possibilità di incontri, nuove amicizie e inserimento in momenti di socialità e attività di volontariato, ecc. Con queste possibilità i soli potrebbero essere, almeno potenzialmente, un po' meno soli dal punto di vista delle loro relazioni e vite quotidiane.

### **Le sub-aree**

All'interno del Territorio parrocchiale si sono individuate sette sub-aree con popolazione pari a circa 600 abitanti (vedere tabelle); l'analisi dei dati di queste sub-aree (dati in valori assoluti e composizioni percentuali) permette di evidenziare le specificità di ciascuna singola area della zona di Sant'Anna che il dato complessivo tende a mascherare.

**Conclusione: parrocchia reale/parrocchia formale** (il *Territorio parrocchiale*: la nuova chiesa e le seconde case) – Per il *Territorio sociale* è del tutto evidente che il bacino potenziale della parrocchia è molto più ampio di quello oggi definito dal confine “istituzionale”. *Questo problema* risulterà amplificato con la costruzione della nuova chiesa [oggi, finalmente certezza - n.d.r.] che rappresenterà sicuramente un significativo fulcro gravitazionale per la zona, ma nel progetto si pone al di là dei confini dell'attuale area parrocchiale. La ridefinizione dei confini si porrà dunque come obiettivo prioritario nell'attesa della realizzazione ed appare molto sentito dalla comunità locale.

L'altra particolarità della zona è rappresentata dalla grande variabilità della popolazione dell'area nei diversi periodi o stagioni dell'anno. Tale variabilità è sia di tipo quantitativo, sia di tipo qualitativo. Il primo aspetto si pone in relazione alla forte incidenza di abitazioni non occupate dell'area di Sant'Anna [che fino agli anni novanta ammontavano a circa il 50% ma che a mio parere, oggi, tale fenomeno è regredito osservando un maggior movimento nei condomini - n.d.r.].

Per quanto riguarda l'aspetto qualitativo va detto che queste presenze si differenziano rispetto alla stagionalità, alla propensione all'affitto, ecc. E' difficile associare ad ogni periodo di tempo una tipologia di utilizzatori ben definiti perché, come è noto, anche all'interno delle singole famiglie sussiste un'alternanza che permette di massimizzare la fruizione secondo calendari diversi ma ben definiti (in certi periodi i nonni, nei week-end i nipoti, ecc.).

POPOLAZIONE RESIDENTE VALORI ASSOLUTI <sup>65</sup>

*PER VIE*

	<i>anagrafe 98</i>	<i>ISTAT 91</i>
via Amedeo d' Aosta	186	145
via Arpinati	399	303
via fratelli Bandiera	63	59
via Baracca	204	174
via Bellavista	97	86
via Bixio	270	270
via Cabruna	65	73
via del Castellino	201	178
via Cecchini	63	60
vico del Ghiaccio	8	10
via dei Lauri	47	32
via privata Luisa	17	12
via Mameli (civ. 301-434)	399	318
salita delle Novelle	21	18
via Oggioni	16	20
via Pellico	47	39
via Puchoz	274	244
via Rizzo (dispari)		
piazzale Bontà	237	245
località Ronco	88	83
via Sant' Anna	125	137
via Sciesa	243	239
via Speri	319	264
viale Torino (civ. 25-29)	122	129
via Toti	328	327
via Tre Scalini	277	245
via Villagrande	76	70
<b>totale Sant' Anna</b>	<b>4192</b>	<b>3780</b>

<sup>65</sup> Da considerarsi in via approssimativa essendo dati del 1998 e in attesa della ridefinizione dei nuovi confini parrocchiali che raddoppierebbero il numero dei residenti.

*SUB-AREE*

<b>Sub aree</b>	<b>anagrafe 98</b>	<b>ISTAT 91</b>
Mameli-Cecchini-Torino	584	507
Baracca-Aosta-Rizzo-Bontà-Luisa	644	576
Toti-Bellavista-Pellico-Cabrana	537	525
Bixio-Bandiera-Cabrana-Puchoz	607	573
Speri-Sciesa	562	503
Villagrande-Castellino-Tre Scalini- Lauri-Novelle	622	543
S.Anna-Arpinati-Oggioni-Ronco - Ghiaccio	636	553
<b>totale Sant'Anna</b>	<b>4192</b>	<b>3780</b>

*PER CLASSI DI ETÀ*

<b>S. Anna</b>		
età	v.a.	%
da 0 a 6	201	4,8
da 7 a 13	207	4,9
da 14 a 20	194	4,6
da 21 a 27	358	8,5
da 28 a 34	506	12,1
da 35 a 65	1702	40,6
da 66 a 75	559	13,3
da 76 a 85	342	8,2
sup. 85	123	2,9
<b>totale</b>	<b>4192</b>	<b>100,0</b>

<b>S. Anna Rapallo</b>			
età	v.a.	%	%
0-13	408	9,7	9,4
14-34	1058	25,2	25,1
35-65	1702	40,6	39,9
sup.65	1024	24,4	25,6
<b>totale</b>	<b>4192</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

**PER STATO CIVILE E VIE**

	<i>celibi/nubili</i>	<i>coniugate/ì</i>	<i>vedove/ì</i>	<i>divorziate/ì</i>	<i>totale</i>
via Amedeo d'Aosta	68	92	17	9	186
via Arpinati	139	209	45	6	399
via fratelli Bandiera	21	35	5	2	63
via Baracca	78	101	19	6	204
via Bellavista	29	57	10	1	97
via Bixio	95	125	38	12	270
via Cabruna	23	33	7	2	65
via del Castellino	78	98	19	6	201
via Cecchini	15	41	6	1	63
vico del Ghiaccio	2	6	0	0	8
via dei Lauri	16	28	2	1	47
via privata Luisa	5	9	2	1	17
via Mameli (civ. 301-434)	123	202	59	15	399
salita delle Novelle	7	11	3	0	21
via Oggioni	5	9	1	1	16
via Pellico	16	22	7	2	47
via Puchoz	84	155	24	11	274
via Rizzo (dispari) piazzale Bontà	81	124	27	5	237
località Ronco	40	38	8	2	88
via Sant'Anna	40	68	15	2	125
via Sciesa	80	117	36	10	243
via Speri	126	153	35	5	319
viale Torino (civ. 25-29)	51	61	10	0	122
via Toti	116	171	35	6	328
via Tre Scalini	99	142	28	8	277
via Villagrande	25	39	11	1	76
<b>totale Sant'Anna</b>	<b>1462</b>	<b>2146</b>	<b>469</b>	<b>115</b>	<b>4192</b>

**IMMIGRATI STRANIERI RESIDENTI<sup>66</sup>**

Albania	11
Sri-Lanka	11
Marocco	8
Egitto	6
Francia	6
Tunisia	6
Regno Unito	5
Brasile	3
Cina	3
Croazia	2
Stati Uniti	2
altre nazionalità	13
<b>Totale</b>	<b>76</b>

<sup>66</sup> 2004: aumento delle nazionalità, come *Romania*, e *Paesi sudamericani*, come il Perù e l'Ecuador.



### 3. REALTÀ SANITARIA

#### La Casa di cura clinica “Villa Azzurra”<sup>67</sup>

##### Presentazione:

- il complesso è a conduzione privata
- edificata a metà degli anni '50, Villa Azzurra Hospital fa parte del Gruppo “Villa Maria” dal 1992. Successivamente è stata sottoposta ad una completa ristrutturazione e riorganizzazione basate sui più avanzati criteri di architettura sanitaria. Grazie a questi interventi è stato possibile orientare l'attività della struttura prevalentemente verso la medicina e la chirurgia di alta specialità
- dal dicembre 1997 la struttura è accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale ed è associata all'Associazione Italiana Ospedalità Privata, che rappresenta oltre 500 case di cura private sul Territorio nazionale
- dispone di 71 posti letto di degenza ordinaria e di servizio
- le attività sanitarie prestate vertono soprattutto nel campo della cardiologia, cardiocirurgia fino alla medicina e chirurgia generale.

##### La Missione, i Principi e l'Organizzazione:

- l'individuo è posto al *centro* di ogni attività della struttura come le diagnosi e cura altamente specializzati e *a misura d'uomo*, con l'obiettivo di garantire risultati clinici e *attenzione per la persona*
- particolare attenzione viene posta alle abitudini di vita, ai ritmi e alla privacy del singolo. I tempi di attesa e le *formalità burocratiche sono ridotte al minimo* necessario
- le relazioni interpersonali sono valorizzate attraverso la personalizzazione del rapporto con il cliente e la continua ricerca di un *ambiente ospitale e familiare*.
- ogni aspetto è curato nei dettagli come la scelta meticolosa del personale in tutte le molteplici mansioni fino all'elevato livello professionale dell'intera *équipe medica e paramedica* che permette di assistere in modo esemplare i pazienti.

##### L'Attività 2003:

Oltre 2000 cittadini hanno scelto nel corso dell'anno di avvalersi delle cure mediche e chirurgiche delle unità operative e servizi di Villa Azzurra.

L'Unità operativa di Chirurgia cardio-toraco-vascolare ha eseguito nel corso dell'anno oltre 489 interventi, prevalentemente by-pass coronarici e ricostruzioni o sostituzioni di valvole cardiache.

La degenza media post-operatoria per un intervento cardiocirurgico si è attestata nel 2003 intorno ai 10 giorni, a dimostrazione dell'impegno degli operatori a ridurre al minimo lo stress e l'invasività chirurgica.

Nel laboratorio di cardioangiologia sono state trattate a scopo diagnostico e/o terapeutico circa 1300 procedure (coronarografie, angioplastiche coronariche, ecc.).

---

<sup>67</sup> Estratto dalla “Carta dei Servizi” della Casa di cura clinica “Villa Azzurra” (Gruppo “Villa Maria”), Rapallo, settembre 2003.

#### 4. LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E CULTURA

##### **In Parrocchia :**

**A.C.L.I.** (Associazione Cristiani Lavoratori Italiani) - Nella Sede è disponibile un riferimento per quel che riguarda il disbrigo di pratiche di interesse sociale. Il servizio, che era già attivo da anni presso la Parrocchia di S. Anna, si è trasferito nella nuova sede del Coxanna e cerca di aiutare anziani e non, al disbrigo di pratiche a volte complicate anche per i più esperti.

**C.A.V.** (Centro Aiuto alla Vita)<sup>68</sup> - Onlus - sezione Parrocchia di Sant'Anna (Coxanna) di Rapallo con sede in via Mameli 320.

«Il Cav è una associazione di volontariato a servizio della donna e della coppia che si trovano di fronte a una maternità difficile da accettare... per creare le premesse concrete affinché ogni vita concepita possa essere accolta.

La nostra associazione di volontariato, anche se nata da poco tempo a Rapallo, sta cercando di attuare, attraverso il suo intervento, un'attenzione sincera ed un impegno specifico a difesa del valore assoluto ed inalienabile di ogni uomo, proponendo nel contatto con le persone, il suo messaggio di speranza.

Pensiamo sia indispensabile cercare di realizzare ogni forma di solidarietà verso la vita, in tutti i suoi aspetti, dal neonato, all'anziano, al malato per ridonarle quell' "anima" che trasforma il sogno di un quotidiano sempre più vivibile in una certezza nella quale le risposte ai bisogni diventano scoperta di un desiderio profondo di verità che porta alla condivisione della vita stessa.

Perciò, operare e riflettere a difesa della persona nella sua integrità, imparando a riconoscerne il valore sin dal suo primo esistere quando nulla possiede al di fuori della sua dignità di essere umano, è modo per comprendere e raggiungere quel solidissimo fondamento che ristabilisce l'equilibrio necessario affinché non si faccia, poi, delle persone uno squallido "mercato".

Quindi, accanto all'impegno concreto di primo aiuto alle mamme e ai bambini in difficoltà, si vorrebbe affiancare un'opera educativa e formativa che permetta, specialmente alle giovani generazioni, di rientrare in contatto in maniera più consapevole con le realtà riguardanti i grandi problemi che la vita stessa propone.

Il volontariato dei Centri si scopre, in quest'ottica, come un mixage tra parola e azione, impegno culturale e testimonianza, Gratuità e Solidarietà proprio per aiutare gli altri a comprendere che la difesa della vita non è monopolio di pochi ma è un dovere di tutti e, oggi più che mai, necessario e fondamentale.

Con tanto coraggio e un po' di pazzia ci incamminiamo anche su questa strada sperando che quanti ci stanno intorno capiscano e condividano con noi questo desiderio di annunciare e testimoniare il vangelo della vita, così che sempre più numeroso sia il *"popolo per la vita e la nuova cultura dell'amore e della solidarietà possa crescere per il vero bene.*

**COXANNA**<sup>69</sup>. (Centro Operativo Caritas della Parrocchia di Sant'Anna). E' da qualche anno attivo sul Territorio di Rapallo (via Mameli 320) opera a favore dei più

---

<sup>68</sup> Segue presentazione tratta dal bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme", a cura di RITA MANGINI - Vicepresidente C.A.V. - Comunità di Sant'Anna di Rapallo, maggio-agosto 2003.

<sup>69</sup> Il centro di ascolto è dotato oltre che del telefono 0185/52.659-51.286, anche di un collegamento via Internet: un altro importante aiuto che permette di inoltrare tempestivamente le numerose e quotidiane richieste e poter ottenere al più presto le provvidenziali risposte. E-mail: [coxanna@yahoo.it](mailto:coxanna@yahoo.it) e [www.geocities.com/coxannait/](http://www.geocities.com/coxannait/).

indifesi: gli anziani e i bambini piccoli. E' un punto di riferimento dove sono raggruppate le più importanti associazioni di volontariato locali e nazionali: Acli, Cav, Caritas, Unitalsi. Il centro è disponibile a tutti tramite volontari e accoglienti operatori che si fanno portavoce della Comunità parrocchiale pronta ad intervenire e cercare di risolvere le richieste di aiuto.

Sul Territorio di Rapallo opera a favore dei più indifesi: gli anziani e i bambini piccoli. Un centro attento anche a promuovere un volontariato che si muova nella città in progettualità coordinate, per non disperdere preziose energie in frazionamenti di parte ritenuti ormai da tutti inutili e obsoleti.

Il Centro di Ascolto vuole essere un "filtro" nei confronti delle più diverse problematiche sociali che si riscontrano sul Territorio, indirizzando le persone affinché possano risolvere i loro problemi nel modo migliore. Nell'ambito povero che lo caratterizza, il Centro vuole essere testimonianza della comunità cristiana che mostra attenzione alla persona in difficoltà e, a tale scopo, uno dei suoi compiti più importanti è quello di promuovere una rete di solidarietà con persone (volontarie) disposte a coinvolgersi per affiancare chi è nel disagio e ha bisogno di essere aiutato. Per informazioni o per una eventuale partecipazione contattare la sede.

Il Centro operativo Caritas di Sant'Anna (Coxanna), emanazione della Parrocchia di Sant'Anna, nasce per aiutare chi si trova in situazioni di disagio.

In particolare il Centro vuole essere un servizio in grado di fornire interventi di promozione, di sostegno, di condivisione e di accoglienza per i cittadini a rischio.

Qui si sottolinea anche la linea di tendenza che si adotta, perché solo conoscendo il metodo si può intuire lo scopo che si vuole raggiungere.

Il Centro vuole:

- *condividere le situazioni esistenziali* per superare la fase dell'assistenza episodica;
- *garantire* una continuità di servizio per essere segno di serietà e di impegno profondo;
- *cercare di proporsi come interlocutore privilegiato* nei confronti delle varie istituzioni e quindi uscire dal solo impegno riparatorio;
- *dedicarsi all'approfondimento dei vari problemi* cercando di comprenderne le cause, i disadattamenti, le emarginazioni etc per:
- *intervenire in modo adeguato e appropriato*;
- *impegnarsi sul Territorio* con le istituzioni e le altre associazioni nel massimo rispetto di autonomie e motivazioni;
- *aiutare le fasce più deboli* affinché possano ottenere quegli spazi di libertà che permettano loro un sicuro e positivo cambiamento della qualità della vita;
- *cercare di realizzare una comunità aperta e solidale*, certamente fondata su quei valori cristiani che devono essere vissuti nell'impegno personale per essere veramente reali e testimoniati.

Il servizio all'anziano che si vuole offrire presenta una specificità che non si limita al solo dato anagrafico, ma investe la necessità di evidenziare le trasformazioni di una società in cui emergono nuovi bisogni e i relativi campi di intervento. Mantenere l'anziano nel proprio ambiente, garantire l'integrità dei suoi ruoli, mirare a sostenere la sua autosufficienza rispetto ai processi invalidanti psichici e fisici, intervenire nelle situazioni di povertà, di abbandono, di solitudine sono compiti che una comunità che si ritiene avanzata non può dimenticare, ma anzi deve sentire come prioritari in quanto il rispetto per l'anziano ed i suoi bisogni è sempre stato segno di grande civiltà.

Per l'attuazione di quanto sopra descritto ci si avvale dell'aiuto di volontari che, dedicando un'ora del loro tempo, contribuiscono a migliorare la qualità della vita a chi

è meno fortunato. I volontari sono seguiti e aiutati nel loro intervento attraverso il lavoro di gruppo, perché lavorare in modo organizzato serve ad offrire un servizio migliore alle persone a cui ci si rivolge e, nello stesso tempo, fornisce il necessario sostegno per essere in grado di affrontare le difficoltà che si incontrano nello svolgimento del proprio compito. Passare dalla prestazione del servizio alla "mentalità del servizio" fa sentire che chi opera è accanto, vicino ed è espressione di aiuto pensato e gestito certamente in maniera organica, ma autentica, nel rispetto delle situazioni e soprattutto delle persone.

Obiettivo generale del progetto: *rispondere* concretamente ai bisogni "vecchi" e "nuovi" che sono avvertiti e riscontrati nella realtà cittadina ed in particolare nella zona di S. Anna. Presso la Sede è disponibile un punto di riferimento per fornire, in tempo reale, un aiuto efficace per quel che riguarda alcune necessità quotidiane degli anziani. In particolare: piccoli aiuti urgenti, medicine, spesa, disbrigo pratiche, ecc.

Informazioni: settore sanitario (informazione e prevenzione), settore sociale, le associazioni di volontariato specifiche; attività di svago, incontri culturali, corsi ecc. che vengono proposti sul Territorio.

Inoltre, il "Coxanna", è promotore e autore di *tre importanti iniziative* inerenti l'esperienza quotidiana, con gli anziani e bambini piccoli, che unisce le diverse generazioni in uno scambio di conoscenze favorendo i legami. *Le prime due*, si riferiscono a preziose pubblicazioni inedite nel loro genere, già prese come modello per iniziative analoghe. *La terza*, è un aiuto per facilitare nuove relazioni fra tutte le età:

- 1) "*I nonni raccontano*", dove sono raccolti la saggezza e la semplicità delle favole dei nonni scritte dai più giovani;
- 2) "*Dialoghi nel tempo: intervista un anziano*" dove sono raccolte testimonianze di tanti anziani;
- 3) "*Lettera ad un amico*" è la nuova iniziativa che ha preso il via in occasione di una festa pre-natalizia il 7 Dicembre 2003.

Entrambe le iniziative sono un vitale filo diretto con le nuove generazioni affinché non smarriscano i valori veri ed essenziali per meglio percorrere il sentiero che la vita ci offre. Eccole nel dettaglio:

- 1) "*I nonni raccontano*"<sup>70</sup> - Con l'iniziativa si è realizzata una graziosa raccolta delle favole dei nonni, scritte con lo spontaneo entusiasmo dei più giovani.

I nonni, attraverso i racconti, desiderano far rivivere quei valori che sembrano dimenticati. Un modo diverso per unire anziani e bambini nell'unica storia della vita e permettere agli anziani di sentirsi ancora utili, ma soprattutto importanti agli occhi delle nuove generazioni.

L'iniziativa è stata avviata partendo proprio dai bambini, infatti si è organizzato un piccolo concorso che li invitava a farsi raccontare dai nonni o, comunque, da persone anziane una favola.

Le favole, che sono state raccolte presso la sede del "Coxanna", sono state scelte e, le più significative, sono state inserite nel volume destinato a tutti i bambini di Rapallo.

Nello stesso tempo, con il testo proposto, si è voluto sensibilizzare le altre categorie di persone per sentirsi tutti coinvolti nella risoluzione di uno dei problemi che la nuova società porta a dover affrontare e che la qualificano a seconda delle risposte che la stessa propone.

---

<sup>70</sup> Il mini-libro è stato distribuito nelle scuole materne e nel primo ciclo delle elementari all'inizio dell'anno scolastico 2002/03 per migliorare il rapporto tra bambini e nonni in senso più ampio, cioè ravvivare quella solidarietà tra nonni e nipoti che è sempre stata tanto importante nella crescita dei più piccoli.

2) *“Dialoghi nel tempo: intervista un anziano”* - Preziosi sono le parole della *Presentazione* di S.E. Mons. Alberto Maria Careggio, già vescovo della nostra diocesi, e, di seguito, i *ringraziamenti* del nostro determinato e tenace parroco, presi dal numero monografico<sup>71</sup> riguardante un’interessante inchiesta sugli anziani.

*«Mi sento molto onorato di unire la mia voce a quella di tanti anziani che, con le loro testimonianze, costituiscono la ricchezza di questa indagine svolta sulla complessa problematica della vecchiaia, con particolare coinvolgimento di molte persone.*

*Mi felicito, pertanto, con i responsabili del Centro operativo Caritas della parrocchia di Sant’Anna a Rapallo per il nobile obiettivo che si sono prefissati: superare la discrepanza tra i reali bisogni della popolazione senile e i concreti interventi di sostegno tanto da parte delle pubbliche istituzioni, quanto dei singoli cittadini che non sempre rispondono adeguatamente ai bisogni dei soggetti.*

*Il valore di questa ricerca, comunque, non sta soltanto nell’elaborazione scientifica dei dati raccolti, indispensabile ai fini dell’indagine, ma anche - direi soprattutto - nelle testimonianze dirette che sono lo specchio di una vita che, avanzando con gli anni, porta con sé, inesorabilmente, tante ferite e, ancor più, tante inesprese speranze.*

*Il velo di tristezza che avvolge i ricordi lascia trasparire in tutti il bisogno di una particolare vicinanza spirituale. La vecchiaia, per non essere l’ultima tragedia della vita, deve essere “compresa”, nel senso più profondo di questa parola: la devo “possedere”, la devo “fare mia”: Se “vecchio” è colui che dice “basta”, “giovane” è colui che, nonostante le limitazioni dell’età, sa guardare l’avvenire con un inalterato gusto per la vita. Del resto, la riflessione che maggiormente s’impone, raggiunta la vecchiaia, è quella del tempo che scorre molto in fretta. Ma “l’autunno della vita” – come si esprime Giovanni Paolo II nella sua commovente *Lettera agli Anziani* (1999) – va compreso “nella prospettiva dell’eternità”. Facendo riferimento al “pensiero del tramonto”, egli infatti scrive: “La vecchiaia è il tempo in cui più naturalmente si guarda alla soglia dell’eternità”. Tuttavia, stupendoci per tanta semplicità e sincerità, egli aggiunge: “Anche noi anziani facciamo fatica a rassegnarci alla prospettiva di questo passaggio” (n. 14). Allora, di fronte al mistero della morte, egli continua con forza a ricordare che solo la fede e il fiducioso abbandono nelle mani di Dio, Padre provvidente e misericordioso, sono capaci di infondere serenità alla vecchiaia (cfr. n. 16).*

*Una delle più stimolanti confidenze del Papa è questa: “Trovo una grande pace nel pensare al momento in cui il Signore mi chiamerà: di vita in vita!” (n. 17).*

*L’orizzonte dell’eternità non deve affatto togliere valore alla vita terrena, né distruggere negli anziani il gusto della vita. Essa, in quanto dono di Dio - sottolinea il Papa – “va vissuta fino in fondo” (n. 16), in tutte le sue stagioni. Ricordando sempre che non è un valore ultimo, il Santo Padre conclude dicendo che il tramonto dell’esistenza “assume i contorni di un ‘passaggio’, di un ponte gettato dalla vita alla vita” (ibid). Il messaggio papale è, pertanto, un richiamo forte a vivere la propria esistenza in maniera responsabile, cioè a “valorizzare appieno gli anni che ci restano da vivere” (n. 4).*

*Nei miei frequenti incontri con la gente, spesso e volentieri metto a confronto le due parole, “vecchio” e “anziano”. Il dire comune preferisce al termine “vecchio” quello eufemistico di “anziano”. Al primo è facile dare un senso dispregiativo, mentre, al contrario, esso richiama una qualità importante, quella, cioè, di “vegliare” [infatti “vecchio” si dice anche “vegliardo” - n.d.r.], e, di conseguenza, saper “vigilare” con saggezza. In quest’ottica la vecchiaia offre un importante contributo nell’umanizzazione della società e della cultura. I vecchi, infatti, con la loro esperienza e la*

---

<sup>71</sup> Supplemento inchiesta *“Dialoghi nel tempo: intervista un anziano”*, numero monografico bollettino interparrocchiale *“Camminiamo insieme”*, parrocchia di Sant’Anna, Rapallo, n. 3. 2003.



loro storia personale, sono certamente portatori di importanti carismi che è bene ricordare perché un popolo che minimizzasse il senso della sua storia eluderebbe il suo primario compito formativo sulle nuove generazioni.

Di fronte alla brama di voler tutto e subito, alla disperazione di un avvenire buio, all'incalzante perdita di "memoria" che caratterizza i giovani di oggi, i vecchi offrono loro interessanti e insostituibili canali di comunicazione. Sono soprattutto loro, i giovani, spesso smarriti nella ricerca di un senso vero per la loro esistenza, ad avere un assoluto bisogno dei vecchi. Insieme con loro, essi possono "rivisitare" i percorsi sui più importanti valori della vita, come la giustizia, la temperanza, la forza, la prudenza e molti altri oggi, purtroppo, elusi per non dire snobbati.

Il vecchio più di altri va all'essenziale delle cose. Gode facilmente di tutto ciò che è semplice; diventa, se già prima non lo fosse stato, particolarmente incline alla riflessione, all'interiorità e più sensibile ai valori affettivi, morali e religiosi (che trasmette attraverso il suo più intenso bisogno di interdipendenza, di compagnia, di relazione, specie con i figli e con i nipoti).

Infine, non va assolutamente trascurato il carisma della gratuità che si esprime, spesso e volentieri, nelle più svariate forme di volontariato, disponendo l'anziano di maggior tempo libero. Sono questi alcuni aspetti che la stessa inchiesta evidenzia e che non vanno in alcun modo ignorati, ma tenuti sempre presenti tanto dai familiari, quanto dalle persone che nelle case di riposo operano per dare ai loro ospiti un'accurata e dignitosa assistenza.

Nel molteplice quadro della vecchiaia vi è, ovviamente, chi risponde di più, chi, invece, stanco o demotivato, carico di acciacchi o sotto il peso di pesanti infermità, ha perso il gusto per la vita.

Sempre e comunque è un dovere cristiano stimolare tutti a consacrare gli anni che restano nascosti nella mente di Dio ad una nuova missione illuminata dallo Spirito Santo, dando inizio ad una tappa della vita umana che, alla luce del mistero pasquale del Signore, si rivela la più ricca e la più promettente».

Il nostro parroco don Aurelio Arzeno, si è mostrato sempre particolarmente sensibile alle problematiche della vita e a coloro che offrono il loro tempo per lenirle. Ecco di seguito il suo ringraziamento in occasione della citata pubblicazione del Coxanna:

«Nel Tigullio e, in modo particolare, nella città di Rapallo, gli anziani sono molto numerosi, ma non sempre i loro problemi sono al centro delle nostre attenzioni: l'estate 2003 ci ha svelato, se ancora ce ne fosse bisogno, la loro sofferenza, non soltanto per il caldo eccezionale, ma soprattutto per la solitudine umana e per l'emarginazione sociale alla quale tante famiglie e comunità, civili ed ecclesiali, li abbandonano.

Una risposta possibile ed una speranza incoraggiante vengono anche da questa ricerca alla quale hanno collaborato non soltanto gli anziani come protagonisti, ma anche i ragazzi e tante famiglie della nostra comunità.

Questa pubblicazione vuole essere un contributo a chiunque, vivendo in una società che invecchia, vuole interrogarsi con gli anziani su alcuni aspetti della loro vita per cercare insieme una prospettiva di soluzione.

Il dialogo tra le generazioni e tra le varie componenti della comunità ecclesiale è indispensabile compimento di una stagione conciliare che dopo 40 anni si caratterizza in una nuova evangelizzazione che considera gli anziani protagonisti della loro realizzazione umana e cristiana.



*Li invito, dunque, ad affidarsi al Signore con la preghiera di fiducia e di speranza del salmo 71,5:*

"Sei tu, Signore, la mia speranza, la mia fiducia fin dalla mia fanciullezza".

Ringrazio di cuore, tutti coloro che hanno collaborato nella preparazione, attuazione, stesura ed interpretazione di questa ricerca e tutti i volontari che ogni giorno presso il Centro Caritas, in una società che ha dato più anni alla vita, generosamente donano il loro contributo di tempo, energie e capacità umane e spirituali perché "si aggiunga vita agli anni" ».

3) "Lettera ad un amico" - In occasione del Natale con consegna di una letterina di auguri per gli anziani da parte dei bambini e grazie al clima di simpatia e di accoglienza che si è spontaneamente creato si sono potute stabilire queste nuove relazioni tra le diverse età che, speriamo, porteranno ad uno scambio di corrispondenza del tutto libero e casuale realizzando contatti veri e spontanei. L'Ufficio del Coxanna in Via Mameli 320 è a disposizione per favorire e facilitare lo scambio della corrispondenza.

**U.N.I.T.A.L.S.I.** (Unione Nazionale Italiana Trasporto degli Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali) - Sorta a Roma nel 1903 per iniziativa di G.B. Tommasi (un malato che a Lourdes aveva ricevuto la grazia della conversione, non la guarigione) si è estesa ben presto in tutta Italia. La sottosezione di Chiavari è sorta nel 1929 e da allora continua a lavorare con buona volontà e spirito di carità, cercando di portare avanti l'affiatamento che si è creato fra personale e ammalati e che fa sentire membri di una grande famiglia, disposta ad accogliere tutti. Questo lavoro continua tutto l'anno per mantenere sempre i contatti.

Un referente per il Territorio di Rapallo è a disposizione presso il Centro Operativo Caritas di Sant'Anna (Coxanna).

### **Nella realtà di Volontariato parrocchiale vi è anche l'Associazione Culturale e di Ricerca**

**"EDITH STEIN"**<sup>72</sup> – Nell'ambito della nostra comunità si avvertiva la necessità di un centro che offrisse la possibilità di incontro e di confronto a quanti sentono l'esigenza di riflettere insieme per allargare e approfondire le proprie conoscenze sui problemi cruciali del nostro tempo, soprattutto in ordine alle motivazioni dell'esistere.

Dopo una sofferta attesa e in concomitanza a *due* importanti iniziative del papa, Giovanni Paolo II:

- 1) l'11 ottobre 1998 il Papa elevava agli onori degli altari Edith Stein, una figura straordinaria di donna che ha fatto della ricerca filosofica prima, e della esperienza religiosa poi, i motivi fondanti della sua vita;
- 2) pochi giorni dopo, il 15 ottobre veniva resa pubblica la tredicesima enciclica dal titolo emblematico: *"Fides et ratio"*, sul rapporto che intercorre tra ragione e fede, tra pensiero speculativo e messaggio cristiano.

Decidemmo che questo sarebbe stato il programma della nuova associazione.

Edith Stein poteva rappresentare un invito forte a riflettere sul significato della vita, riscoprendo le sue riflessioni, seguendone le tappe significative strettamente intrecciate alle vicissitudini della sua sofferta esistenza. Proprio la sua spiccata personalità di

---

<sup>72</sup> DOMENICO PERTUSATI, *"L'Associazione [di volontariato] culturale [e di ricerca] "Edith Stein": una realtà"*, bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme", parrocchia di Sant'Anna, Rapallo, nn. 3-4, maggio-agosto 1999, pp. 14 e 15.

filosofia e di mistica ci avrebbe aiutato a comprendere quello che il papa proponeva con la sua lettera enciclica.

Edith è una figura poliedrica in cui tutti possono ritrovarsi: sia coloro che sono interessati alla speculazione filosofica, sia quelli che prediligono altri percorsi meno impegnativi. Il suo pensiero spazia su vari campi: da quello specificatamente filosofico a quello *antropologico e sociale* (come il rapporto uomo-donna), da quello *pedagogico* a quello prettamente *spirituale*.

**Rapportandosi a questa straordinaria figura  
tutti possono arricchire il proprio essere:  
sia nelle risposte alle questioni cruciali sia nella edificazione  
che la sua vita offre attraverso percorsi difficili e travagliati.**

\* \* \*

Nell'area del *Centro di aggregazione Sociale* e parco giochi per bambini di via 3 Scalini si è svolta la domenica delle Palme del 13 aprile 2003 la

**1<sup>a</sup> “Giornata della Solidarietà”**

in favore della nuova chiesa di S. Anna. Hanno collaborato nell'organizzazione:

- **C.A.S.A.** (Circolo Amici di Sant'Anna)
- **P. A. VOLONTARI DEL SOCCORSO DI SANT'ANNA**
- **SESTIERE DELLA “CAPPELLETTA”**
- **CONFRATERNITA DI S. ANNA**
- **A.V.I.S.** (Ass. Volontari Italiani del Sangue) e **A.N.F.F.A.S.** (Associazione Nazionale Fanciulli Andicappati e Subnormali).

Associazioni che nella città di Rapallo svolgono una generosa attività di volontariato e di solidarietà nel sociale.

Nel

**Territorio del “Tigullio occidentale”**

altre realtà di volontariato:

**A.I.D.O.** (Associazione Italiana Donatori d'Organo), raccoglie adesioni morali ed economiche per sviluppare la pratica della donazione degli organi.

**A.V.A.D.** (Associazione Volontari Assistenza Domiciliare)<sup>73</sup> – “E’ un’associazione aperta a qualsiasi persona, purché maggiorenne, che sia motivata ad aiutare in forma volontaria e gratuita persone in situazione di disagio. L’Associazione porge a coloro che non si trovano nella pienezza delle proprie doti fisiche o psichiche, vivano esse in casa o presso Residenze Protette, un interessamento fraterno, fatto di presenza attiva (prestazione di piccoli servizi, come la spesa, aiuto a mantenere il contatto con il mondo esterno, disbrigo di pratiche burocratiche), una presenza, sempre, intessuta di sincera umana attenzione. Nella gran maggioranza dei casi, i volontari dell’Avad offrono la loro attività a favore delle persone anziane. L’attività dell’Associazione si svolge nei Comuni di Rapallo e S. Margherita Ligure, in stretta collaborazione con i rispettivi Servizi Sociali. Gli aderenti all’Associazione (circa 40) sono tenuti a frequentare un Corso di formazione che si tiene con frequenza almeno biennale”.

---

<sup>73</sup> BRUNO CHIANTORE, volontario, luglio 2004.

**A.V.O.** (Associazione Volontari Ospedalieri)<sup>74</sup> – Coadiuvata nell'assistenza di tipo familiare e umanitario. Sedi di Chiavari, Lavagna, Sestri Levante, Rapallo, S. Margherita Ligure. E' l'Associazione a carattere nazionale di volontari che dedicano gratuitamente parte del loro tempo (tipicamente 2 ore alla settimana) al servizio dei malati. L'Associazione, senza fini di lucro, è aperta a tutte le persone di buona volontà che ne condividano motivazioni e finalità e che siano maggiorenni. L'Avo. Monte Portofino è presente nelle Strutture Ospedaliere e pii istituti di S. Margherita Ligure e Rapallo con ininterrotta attività dal 1981, con circa 100 volontari. L'Associazione intende assicurare una presenza amichevole ed offrire ai malati, durante la loro degenza, l'aiuto materiale per bere e alimentarsi, calore umano, dialogo, aiuto per lottare contro la sofferenza e la solitudine con un servizio volontario, gratuito e disinteressato. E' una presenza che integra e non sostituisce i compiti e le responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale. Collabora con le Istituzioni per la migliore umanizzazione delle strutture, ponendo il sofferente al centro di ogni attività. Per prestare servizio come volontario Avo occorre frequentare un corso di formazione che consiste in 10 lezioni bisettimanali, di un'ora ciascuna, tenute da esperti nonché da medici e psicologi.

---

<sup>74</sup> BRUNO CHIANTORE, volontario, luglio 2004.

## CAPITOLO IV

### L' AZIENDA SANITARIA LOCALE 4 “ CHIAVARESE ” CON I COMUNI E I DISTRETTI SOCIO-SANITARI DEL “ TIGULLIO OCCIDENTALE ”

#### 1. L' A.S.L. 4 “ CHIAVARESE ” E LA SUA ORGANIZZAZIONE <sup>75</sup>

##### ***Il servizio religioso***

*In tutti i poli ospedalieri dell'Asl si trovano Cappelle della Chiesa Cattolica, sempre aperte a tutti: l'orario dei riti festivi è riportato sui cartelli esposti.*

*I Cappellani sono a disposizione dei degenti per qualunque esigenza personale.*

I praticanti di altre confessioni religiose non cattoliche o che comunque desiderano ricevere da esse assistenza spirituale, possono chiedere al Caposala che tramite la Direzione Sanitaria si rivolgerà alla Comunità competente.

I Ministri delle Confessioni religiose, non cattoliche, che hanno stipulato un'intesa con lo Stato, hanno diritto di libero accesso senza limitazione di orario (per garantire l'assistenza spirituale ai ricoverati). Tali ministri sono muniti di tesserino di riconoscimento rilasciato dagli organi competenti delle confessioni di appartenenza.

Anche i ministri delle confessioni religiose che non hanno intese con lo Stato, possono avere accesso previa richiesta alla Direzione Sanitaria.

##### ***Volontariato***

*Nelle strutture ospedaliere sono molto attive organizzazioni umanitarie e Associazioni di volontariato quali:*

- **A.V.O.** (Associazione Volontari Ospedalieri), coadiuva nell'assistenza di tipo familiare e umanitario. Sedi di Chiavari, Lavagna, Sestri Levante, Rapallo, S. Margherita Ligure.
- **A.N.E.D.** (Associazione Nazionale Emodializzati), sostiene le esigenze di questo tipo di pazienti ed è presente presso il Servizio di Dialisi di Sestri Levante.
- **A.I.D.O.** (Associazione Italiana Donatori d'Organo), raccoglie adesioni morali ed economiche per sviluppare la pratica della donazione degli organi.

##### ***La tutela del malato***

All'interno degli ospedali operano inoltre rappresentanze degli organismi di volontariato e tutela dei diritti del cittadino, alle quali ognuno può rivolgersi per la segnalazione di osservazioni e reclami al Tribunale per i Diritti del Malato (sezione Tigullio), Sestri Levante.

##### ***Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)***

Gli ospiti, oltre ad usufruire dell'assistenza sanitaria, vengono seguiti sotto il profilo relazionale e ricreativo, grazie anche alla **collaborazione di Associazioni di volontariato**.

Attività - La struttura ha lo scopo di fornire **accoglienza, prestazioni sanitarie assistenziali, recupero funzionale e sociale**, a persone non autosufficienti, non curabili a domicilio, provenienti dall'ospedale o dal proprio domicilio dopo una fase acuta e/o episodi di riacutizzazione di malattia, affetti da patologie diverse e richiedenti trattamenti sanitari continuativi non fornibili a domicilio. I ricoverati sono assistiti da

---

<sup>75</sup> A.S.L. 4 “CHIAVARESE”, sito internet, luglio 2004.

medici geriatri, caposala, infermieri professionali, operatori tecnici addetti all'assistenza, terapisti della riabilitazione, educatore professionale.

In reparto è infine presente uno psicologo che collabora attivamente per le attività di animazione e per soggetti affetti da deterioramento cognitivo.

La R.S.A. comprende: 80 posti letto - Palestra per attività riabilitative - Sala per attività di animazione - Soggiorno con TV.

Ogni ambiente ha particolari colori, arredi e disposizione per facilitare agli ospiti l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi.

### ***Obiettivi assistenziali***

- *Riabilitazione globale* (esiti di fratture, di ictus cerebrali, ecc.) per permettere all'ospite il rientro a domicilio
- *Riabilitazione di mantenimento*, al fine di evitare un peggioramento, qualora non vi siano margini di miglioramento funzionale
- *Riattivazione psico-sociale* per evitare emarginazione ed isolamento
- *Prevenzione della sindrome da immobilizzazione* negli ospiti non autosufficienti e stabilmente allettati.

Anziani - La possibilità di un orario di visita prolungato consente di mantenere il legame dell'anziano con il proprio ambiente familiare, favorendo il recupero dell'autonomia e il ritorno al proprio domicilio.

E' possibile, con l'autorizzazione del medico o della caposala, assistere durante tutto il giorno e la notte il proprio congiunto.

Il servizio cure domiciliari predispone, in collaborazione ai Servizi Sociali del Comune di residenza e sotto la responsabilità del Medico Curante, dopo aver predisposto il piano assistenziale, le seguenti prestazioni:

- riabilitative, infermieristiche, aiuto domestico da parte del servizio competente, assistenza sociale (Asl/Comune), fisioterapia
- in particolare è rivolto a cittadini anziani, disabili gravi, portatori di Malattia di Alzheimer e di patologie oncologiche, anche in fase terminale.

Assistenza sociale: in caso di necessità sociali l'assistente sociale svolge un colloquio con l'anziano ospite ed i parenti e, se necessario, viene richiesto l'intervento dell'assistente sociale del comune di residenza dell'ospite.

Aree e programmi: per il miglioramento della qualità dei servizi l'Azienda può individuare Aree organizzative e responsabilità di programmi con valenza aziendale o interaziendale.

Gli impegni, condivisi e sostenuti dai medici, dagli infermieri, dagli educatori, dagli impiegati, dagli operai che lavorano all'interno della nostra Asl, sono ispirati a questi principi fondamentali:

- *Informazione* sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso;
- *Accoglienza*, instaurando con il cittadino relazioni tali da limitare i suoi disagi e da metterlo in grado di esprimere i suoi bisogni;
- *Tutela*, attivando iniziative volte al superamento di eventuali disservizi ed alla ricezione dei reclami;
- *Eguaglianza* dei cittadini senza distinzioni di sesso, razza, lingua, religione, opinione politica;
- *Partecipazione*, predisponendo sistemi di rilevazione del gradimento da parte dell'utenza e favorendo l'adeguamento delle strutture e delle attività alle esigenze del cittadino;
- *Imparzialità*, garantendo obiettività e giustizia nei confronti di tutti;
- *Continuità* e regolarità nell'erogazione delle prestazioni
- *Efficacia ed efficienza* gestionale.

### ***Il Distretto***

Rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda, alla cui missione contribuisce assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni di *tipo sanitario* e di *tipo sociale* ad elevata integrazione sanitaria.

Il distretto assicura inoltre agli Enti Locali un supporto tecnico nel processo di individuazione dei bisogni e nella realizzazione delle attività di promozione della salute.

L'A.S.L. 4 "Chiavarese" si articola in *tre distretti*:

- **distretto n. 1 - Sestri Levante** (Responsabile Dott. Susanna Erba);
- **distretto n. 2 - "Tigullio Orientale"** (Responsabile Dott. Elisabetta Barbiroglio);
- **distretto n. 3 - "Tigullio Occidentale"**<sup>76</sup> (Responsabile Dott. Carlo Arturo Belli).

### ***Presidio Ospedaliero***

Rappresenta l'articolazione organizzativa dell'Azienda deputata alla produzione di prestazioni specialistiche di ricovero o di tipo ambulatoriale, destinate a persone affette da condizioni patologiche - mediche e chirurgiche - in fase acuta e post acuta che, per gravità e complessità non possono essere assistite, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali.

Garantisce altresì la dimissione protetta, attraverso l'affidamento dei ricoverati ai servizi territoriali, residenziali e semiresidenziali e alle cure domiciliari.

Garantisce inoltre le prestazioni specialistiche ai servizi territoriali.

L'assistenza ospedaliera è erogata dall'unico presidio ospedaliero, denominato "Ospedale del Tigullio", che comprende i poli di Sestri Levante, Lavagna, Rapallo e Santa Margherita Ligure. Il presidio ospedaliero prevede la direzione medica e la direzione amministrativa che concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale.

### ***Organizzazione Dipartimentale***

Il Dipartimento è un modello organizzativo costituito da strutture semplici e complesse e da funzioni professionali che perseguono comuni finalità e sono pertanto tra loro interdipendenti. I dipartimenti assicurano:

- la produzione di prestazioni e servizi assistenziali - centrati sul bisogno della persona e caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, efficacia, qualità tecnica ed umanizzazione - l'organizzazione e la gestione efficiente delle risorse assegnate;
- migliora l'efficacia della didattica e promuove il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e competenze tecniche e professionali che a vario titolo e livello di responsabilità operano all'interno del Dipartimento, attraverso la programmazione, la formazione, l'aggiornamento e l'attività di ricerca;
- garantisce, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed equità, la gestione globale del caso clinico e degli aspetti socio-sanitari correlati, attraverso la definizione e l'applicazione di linee-guida, il coordinamento e l'integrazione tra le varie fasi assistenziali e i diversi professionisti.

### ***Strutture Organizzative***

Sono articolazioni dell'Azienda nell'ambito delle quali sono aggregate competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strutturali) finalizzate all'assolvimento di funzioni - di amministrazione, programmazione, produzione di prestazioni e servizi sanitari - la cui complessità organizzativa o la cui valenza strategica oltrepassano un livello che rende opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate. Le strutture organizzative si distinguono in Semplici e Complesse.

---

<sup>76</sup> Zona riguardante il presente lavoro di tesi, vedi, medesimo paragrafo, nota 77, p. 84.



### ***Il Territorio in un unico ambito***

L' A.S.L. 4 "Chiavarese", al fine di garantire a tutti i cittadini uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie ed omogeneità nella erogazione delle prestazioni stesse, è articolata in un *unico ambito territoriale*.

Nell'ambito eterogeneo della A.S.L. 4, suddiviso in **30 Comuni**, sono state individuati **3 distretti**, che rappresentano le articolazioni tecnico funzionali per l'erogazione dell'assistenza sanitaria di base:

- 1) **distretto n. 1 - Sestri Levante** (Resp.le: Dott. Susanna Erba) - Sestri Levante, Castiglione Chiavarese, Casarza Ligure, Moneglia, Carro, Maissana, Varese Ligure.
- 2) **distretto n. 2 - "Tigullio Orientale"** (Responsabile: Dott. Elisabetta Barbiroglio) - Chiavari, Carasco, Leivi, San Colombano Certenoli, Lavagna, Cogorno, Ne, Coreglia Ligure, Favale di Malvaro, Cicagna, Lorsica, Moconesi, Neirone, Orero, Tribogna, Rezzoaglio, S. Stefano d'Aveto, Borzonasca, Mezzanego.
- 3) **distretto n. 3: "Tigullio Occidentale"**<sup>77</sup> (Responsabile: Dott. Carlo Arturo Belli) - Rapallo, Zoagli, Santa Margherita Ligure, Portofino.

In un colloquio avuto con il Responsabile del 3° distretto sono emersi *dati* che riguardano tutto il Territorio della A.S.L. 4 "Chiavarese", progetti di studio in parte realizzati e preziose osservazioni a favore della *Persona*:

- esami di specialistica ambulatoriale: n. **1.700.000** (70%); ricoveri: n. **28.700**; costo interventi delle Pronte Assistenze: **€ 635.000**;
- occupare sempre meno le strutture sanitarie impegnando invece gli operatori socio-sanitari a non allontanare l'ammalato dal suo ambiente naturale coinvolgendo sempre più i familiari incoraggiati e sostenuti da necessari sussidi economici meno onerosi per l'azienda ospedaliera (che subisce anche 300 euro giornalieri per letto);
- permettere che l'ammalato venga seguito sempre dal medico di famiglia anche in caso di ricovero (alcuni medici già lo fanno). Il medico curante ha conoscenze della persona che possono risultare molto preziose per quanto riguarda il rapporto con la salute del suo paziente, con il quale, ha instaurato la massima fiducia);
- ricoveri necessari solo nei casi più complessi e gravi come per esempio i lungodegenti terminali. In questo caso è in considerazione un progetto per far accedere, senza limiti di orario, oltre che gli assistenti, anche i familiari, dove la loro presenza costante renderebbe il cammino del sofferente più dignitoso e sopportabile;
- consapevolezza e l'impegno di considerare non solo la malattia ma anche il malato come *persona* che va ascoltata, capita e seguita, per rendergli più semplici le procedure burocratiche (prima, durante e dopo la degenza) sollevandola da inutili ansie e preoccupazioni che esulano dal problema salute.
- si è evidenziato anche un tipico aspetto sociale della sanità: il servizio trasporto in ambulanza, non di pronto soccorso, ma come assistenza vera e propria per far accedere alle strutture sanitarie malati e disabili.

---

<sup>77</sup> Vedi *Premessa*, nota 2, p. 1 della tesi.

## **2. IL COMUNE DI RAPALLO** **E I DISTRETTI SOCIO-SANTARI**<sup>78</sup>

**Rapallo, Capofila zona 3 A.S.L. 4 Chiavarese e capofila distretto 80,**  
*ha un sistema organizzativo e gestionale dei Servizi Sociali strutturato su due livelli: mentre da un lato assicura il necessario supporto alla Zona attraverso la Segreteria Tecnica dall'altro eroga i servizi di competenza attraverso una struttura gestionale operativa articolata in servizi Anziani, Adulti- Minori con la presenza di personale tecnico assistenti Sociali, Assistenti domiciliari e amministrativi. Sono poi formalizzate collaborazioni con cooperative del privato sociale in importanti settori quali l'Assistenza educativa domiciliare, la Residenza protetta per anziani "M. Castagneto" dove vi è assicurato personale particolarmente esperto e qualificato, mentre incarichi professionali assicurano la collaborazione di psicologi, pediatri, ecc..*

L'equipe sociale del settore assicura tutte le attività di prevenzione, informazione, orientamento, accompagnamento, presa in carico, trattamenti assistenziali propri di Servizi Sociali con interventi e prestazioni dirette o assicurando interventi e prestazioni in regime di convenzione. Proprio per l'utenza cui si rivolge e per gli importanti compiti assistenziali assegnati il Servizio costituisce un rilevante centro di spesa e di governo delle esigenze sociali.

### **2.1. LA CONFERENZA DI ZONA 3**

La *normativa regionale* vigente (L.R. 30/98 e Piano Triennale Servizi Sociali 99-2000-2001) ha comportato la necessità di **rideterminare** l'articolazione del Territorio dell' A.S.L. 4 in **tre Zone sociali**.

La Conferenza dei Sindaci del 22/3/99 ha individuato tali zone e la **Zona n. 3** è risultata così costituita: Comuni di **Rapallo - Zoagli e Santa Margherita Ligure - Portofino**.

**Si è provveduto quindi a tutti gli adempimenti conseguenti:**

- definizione del Regolamento per il funzionamento
- individuazione della sede
- nomina del Presidente
- individuazione, costituzione della Segreteria Tecnica
- modalità di riparto tra i Comuni dei costi di funzionamento della Segreteria Tecnica
- definizione, articolazione territoriale dei Distretti Sociali (**n. 79 Santa Margherita Ligure-Portofino**, e **n. 80 Rapallo-Zoagli**).

**Il Comune di Rapallo è diventato *Comune Capofila di Zona, sede della Conferenza di Zona n. 3 e della Segreteria Tecnica e Presidente della Conferenza era stato eletto l' assessore Dott. Pierangelo Paganini* [ora, dopo le elezioni amministrative 2004, sostituito dal consigliere incaricato il dott. Roberto Zunino della nuova Giunta comunale di Rapallo - n.d.r.]**

**La Zona diviene così la delimitazione territoriale  
al cui interno i Comuni programmano l'organizzazione e la gestione  
dei servizi socio-assistenziali di competenza,  
ed eventualmente gestiscono servizi sovradistrettuali  
e programmano d'intesa con l'Asl i servizi a rilevanza socio-sanitaria.**

---

<sup>78</sup> COMUNE DI RAPALLO, relazione Servizi Sociali , da sito Internet, maggio 2004.

In particolare, nel **triennio di vigenza del Piano** la *Conferenza di Zona* dovrà provvedere alla:

- *predisposizione del Piano di Zona* dei Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari
- *approvazione* dei programmi distrettuali dei Servizi Sociali.

La *Conferenza di Zona* si avvale di una Segreteria Tecnica come supporto professionale e amministrativo con funzioni e compiti connessi alle attività di programmazione di Zona, di promozione dei Distretti Sociali, di collaborazione con i servizi sanitari, per una integrazione delle prestazioni sull'utente.

### **Il Distretto Sociale 80: Comuni di Rapallo e Zoagli**

In riferimento alla normativa regionale vigente il Distretto sociale risulta essere un presidio polivalente che, in modo coordinato e integrato realizza gli interventi e gestisce le attività socio-assistenziali di base.

#### **La Conferenza di Distretto in particolare provvede:**

- alla approvazione del programma locale dei Servizi Sociali ed il relativo piano dei finanziamenti e spese;
- verifica lo stato di attuazione del programma locale;
- adotta l'intesa di Distretto da sottoporre ai Comuni partecipanti;
- propone le intese per l'uso coordinato e integrato delle loro risorse e strutture al fine di assicurare livelli assistenziali adeguati e prestazioni accessibili e integrate a tutta la popolazione del Distretto.

#### **La Convenzione tra il Comune di Rapallo e quello di Zoagli, per l'anno 2000/2001 prevede in gestione associata:**

- il filtro e accesso ai servizi sociali di base;
- l'assistenza domiciliare;
- la consulenza psicologica;
- l'assistenza socio-educativa ai minori e disabili.

## **2.2. IL SERVIZIO ANZIANI**

Il servizio *anziani* fornisce una risposta piuttosto articolata ai problemi dei residenti di questa fascia, non tralasciando inoltre di raccogliere situazioni particolarmente delicate di anziani presenti sul Territorio, ma non residenti effettivamente nel Comune.

Il servizio eroga interventi di segretario Sociale, di facilitazione all'accesso ai servizi specialistici, di *sostegno e tutela della persona* in favore di circa **315** casi di famiglie anziane o singoli.

#### **Gli interventi per la popolazione anziana:**

*Servizio Sociale professionale* attivato da n. **2** operatori (*Assistenti Sociali*) che consiste nelle seguenti attività principali:

- filtro e accesso ai Servizi (ricevimento pubblico, visite domiciliari, ospedaliere e in struttura, progetti, valutazioni etc.);
- segretariato sociale;
- attivazione e coordinamento risorse del Territorio;
- coordinamento con Servizi Sanitari (Servizio infermieristico, riabilitativo, geriatrico, etc.).

Assistenza domiciliare: erogata attraverso n. **6** operatori (*assistenti domiciliari*) di cui n. **2** part-time coordinate da un'Assistente Sociale con attività e compiti assolti da tali operatori che consistono in aiuti rivolti a favorire l'autosufficienza dell'anziano nell'attività giornaliera:

- aiuto nelle attività della persona su se stessa (alzarsi dal letto; pulizie personali; vestizione; assunzione dei pasti; corretta deambulazione; movimento di arti invalidi; uso di accorgimenti per una giusta posizione degli arti in condizioni di riposo; uso di accorgimenti per lavarsi, vestirsi, mangiare da soli, camminare, mobilitazione della persona costretta a letto);
- aiuto per il governo dell'alloggio e le attività domestiche (cura delle condizioni igieniche dell'alloggio; riordino del letto e della stanza; cambio della biancheria; e utilizzo del servizio lavanderia; preparazione pasti e acquisti; eventuale fornitura dei pasti a domicilio e simili);
- accompagnamento dell'utente per visite mediche, scuole, pratiche varie e altre necessità.

Aiuti volti alla tutela igienico-sanitaria:

- prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione inserite in un programma globale di assistenza e in collaborazione col servizio sanitario;
- rilevamenti della temperatura e del polso;
- assistenza per la corretta esecuzione delle prescrizioni farmacologiche;
- segnalazione al servizio sanitario competente di qualsiasi anormalità nelle condizioni dell'utente.

Collaborazione nel settore del segretariato sociale e dell'educazione sanitaria:

- informazioni su diritti, pratiche e servizi e svolgimento di piccole commissioni;
- informazioni sull'educazione sanitaria.

Interventi volti a favorire la relazione anche in collaborazione con altri operatori:

- coinvolgimento di vicini e parenti;
- rapporti con le strutture ricreative e culturali del Territorio.

## **Anno 1999**

Nuclei familiari che hanno usufruito di tale servizio: n. **106** di cui n. **17** adulti disabili e/o emarginati.

Assistenza economica erogata con il criterio del "*minimo vitale*" e consistente nell'erogazione di quote "*una tantum*" per bisogni straordinari e temporanei e quote sistematiche mensili per il sostegno nel pagamento di canoni di locazione, spese condominiali, riscaldamento, utenze varie, medicinali, etc.

Utenti che hanno usufruito di tale beneficio: n. **73**.

Assistenza Residenziale diretta: presso la residenza protetta comunale "M. Castagneto" e presso strutture accreditate del Territorio, presso IPAB e presso strutture private.

Utenti in carico economico parziale o totale del Comune n. **57**.

Assistenza Residenziale indiretta. Raccolta, dati, documenti per valutazioni:

- per ammissione in R.S.A.
- per ammissione in R.P. posti accreditati

### ***La residenza protetta “M. Castagneto”***

La residenza protetta è una struttura residenziale per anziani residenti, autosufficienti e non autosufficienti nelle attività del vivere quotidiano. L'istituto è *riaperto dopo una ristrutturazione* complessiva, alla fine del **1995**, consente di poter accogliere **20 persone**, in stanze composte al massimo da tre letti. In un ambiente completamente rimodernato, dall'atmosfera familiare della piccola comunità, fornisce un servizio di primo livello attraverso il costante sforzo di miglioramento della qualità dell'accoglienza. Ovviamente non possiede barriere architettoniche al suo interno. Oltre ad occuparsi delle attività ordinarie di accudimento della persona, offre anche interventi di animazione, *mantenendo una “porta aperta”* alle iniziative del volontariato e privato sociale del Territorio.

Infine è stata approvata la *ristrutturazione* di un immobile di proprietà comunale, l'ex ospizio “Tasso” allo scopo di realizzare un altro modulo di residenza protetta per **n. 20 anziani**. La Regione Liguria ha a tal fine approvato la concessione di un consistente contributo in conto capitale. Allo stato attuale hanno avuto inizio lavori.

## **2.3. IL SERVIZIO ADULTI**

### ***Gli interventi per la popolazione adulta e disabile***

*Servizio Sociale professionale attivato da n. 1 Assistente Sociale.*

I supporti a favore degli adulti forniti dal servizio sono piuttosto articolati e eterogenei, risentono cioè del grado di complessità dei bisogni di questa fascia.

Sono seguiti con assistenza economica erogata con il criterio del "minimo vitale" e consistente nell'erogazione di quote "una tantum" per bisogni straordinari e temporanei e quote sistematiche mensili per il sostegno nel pagamento di canoni di locazione, spese condominiali, riscaldamento, utenze varie, medicinali, sfratti, etc.

**Anno 1999** - Nuclei familiari che hanno usufruito di tale servizio: n. **123**.

Oltre al sostegno, al segretariato sociale e ai trasferimenti economici, a cui si fa riferimento nella premessa introduttiva del servizio, vengono messi in atto *altre tipologie di aiuto sociale* complessivamente in favore di circa **350** persone.

### ***I trasporti ai Centri riabilitativi***

Sono attivati **20 trasporti** ai centri riabilitativi, all'interno dei quali sono previsti anche interventi per attività di tipo motorio-riabilitativo.

A questi si aggiungono n. **15** interventi di *trasporto per disabili* presso il locale centro A.N.F.F.A.S.

## **2.4. IL SERVIZIO MINORI**

Servizio Sociale professionale attivato da n. 2 assistenti sociali.

Il servizio è indirizzato a sostenere le famiglie nei problemi di crescita dei propri figli, nelle situazioni di crisi economica, nelle difficoltà di ordine relazionale all'interno della coppia in presenza di bambini.

Le situazioni seguite dai due servizi sono oltre 200.

Per ciò che attiene il servizio alle famiglie con minori, gli operatori sociali producono interventi di segretariato sociale, sostegno alla persona, al bambino, attraverso diversi strumenti di supporto. Fra i primi si cita l'appoggio domiciliare, l'appoggio educativo,

psicologico, il supporto ai minori ed alle famiglie laddove si presentano problemi più complessi. Gli operatori collaborano insieme ai servizi consultoriale e riabilitativo della Asl per le proprie competenze.

Il servizio svolge consulenza e valutazioni per il Tribunale Minori in ordine a situazioni di persistente impasse familiare in presenza di bambini che sfociano talvolta in affidamenti al servizio comunale.

Gli interventi di sostegno alla famiglie, si avvalgono anche di strutture educative pomeridiane per attività ricreative e di sostegno scolastico.

Il servizio lavora inoltre in stretto contatto con le organizzazioni di volontariato, di privato sociale, con le parrocchie, allo scopo di rendere sinergica l'azione di supporto del tessuto sociale, accanto a quello propriamente istituzionale.

Da questo stretto rapporto nascono iniziative di collaborazione ovviamente anche con le scuole pubbliche e private, sia in ordine a casi singoli sia in ordine a iniziative per l'intera comunità.

### ***Il Nido comunale***

Il servizio di nido comunale è attivo da oltre 20 anni sul Territorio di Rapallo, accoglie bambini residenti nel comune, appartenenti alla fascia d'età 0-3, lattanti, semi-divezzi e divezzi.

La struttura può accogliere n. 42 minori.

In osservanza alle normative previste il nido comunale si avvale della consulenza di un pediatra, incaricato del controllo igienico della struttura, (alimentazione, visite di ammissione e di controllo, supporto ai genitori nella cura dei loro figli, con interventi di educazione sanitaria).

Inoltre in merito alle prestazioni educative, fornisce attività consulenziale una psico-pedagogista che assicura la qualità educativa delle scelte didattiche del personale, contribuisce alla individuazione precoce di eventuali difficoltà infantili.

Infine va specificato che l'accesso al nido comunale è agevolato, a parità di iscrizione, a favore di famiglie di lavoratori o di genitori in difficoltà socio-economiche.

### ***Il centro socio-educativo di "S. Pietro"***

Il centro socio-educativo è luogo di interventi di supporto, finalizzato alla formazione di piccoli gruppi di bambini, con obiettivi di socializzazione, sostegno scolastico, attività ludiche, ricreative. Si trova presso un ex plesso scolastico, con uno spazio esterno per le attività all'aperto. Al suo interno è attrezzata anche una stanza per attività di tipo psico-motorio.

Attualmente frequentano questo centro tutti i bambini con affidamento educativo, più un gruppo di 8 bimbi della fascia elementare per alcuni giorni alla settimana, altri bambini inseriti all'interno di attività sperimentali a favore dell'infanzia.

In rapporto all'effettivo decentramento della struttura, si auspica un prossimo spostamento in una sede più comoda in rapporto allo sviluppo urbanistico della città.

### ***Il centro educativo presso "Padri Somaschi"***

Il Servizio sociale si avvale, per situazioni di minori seguiti dai servizi, di un centro diurno per bambini della fascia della scuola media e del secondo ciclo elementare gestito dall'Istituto dei "Padri Somaschi". Gli obiettivi di tale centro risiedono nel miglioramento della socializzazione, nel sostegno alle attività scolastiche, talvolta nel recupero delle stesse, attraverso l'impiego di figure educative.

Il centro si differenzia rispetto a quello di "S. Pietro" per la fascia d'età più elevata. E' offerta la possibilità ai bambini di consumare il pranzo presso la struttura, favorendo in questo modo le famiglie di genitori lavoratori.

I bambini attualmente ammessi sono 15, di cui l'80% consuma giornalmente anche il pranzo.



### ***Gli affidi educativi***

Strumenti di sostegno alla famiglia e a favore dei bambini, gli affidi educativi sono relazioni privilegiate, stabilite individualmente fra educatore e bambino/ragazzino, finalizzate al sostegno della persona, sostegno scolastico, relazionale.

Attualmente gli affidi in corso sono 33, prevalentemente diretti nei confronti della fascia d'età 6-12, realizzati mediante l'impiego di 10 educatori, per oltre 9300 ore annuali di affido.

L'affido educativo è inoltre utilizzato nelle fasi più conflittuali delle separazioni tra coniugi o conviventi, in relazione agli incontri dei bambini con i genitori non affidatari. Molti degli affidi educativi in corso sono rivolti a bambini portatori di handicap come si vedrà oltre.

Tre degli affidi in corso, sono rivolti a persone disabili, nella fascia dei giovani adulti.

### ***I semi convitti***

Sono attivati a favore di 11 bambini, diversi interventi di semi-convitto che consentono ai minori di frequentare scuole più vicine al proprio domicilio o alle proprie necessità educative e di apprendimento.

L'intervento che si caratterizza come più tradizionale rispetto ad altri, tuttavia è stato mantenuto, in ordine all'aumento dell'occupazione in media dei genitori.

### ***Gli inserimenti in comunità educative***

Il servizio realizza per particolari situazioni familiari, inserimenti di minori in comunità educative, qualora vi siano difficoltà persistenti da parte dei genitori e della famiglie allargate nell'accudimento quotidiano materiale, affettivo, psicologico (n. 13).

Pur utilizzando tale soluzione solamente in via residuale, sono tuttora inseriti in comunità circa una decina di bambini, quasi a totale carico della Amministrazione.

### ***Gli affidi familiari***

In presenza di situazioni assimilabili a quelle che richiedono l'inserimento in comunità educative, è possibile talvolta attivare interventi di affido familiare; questi suppliscono temporaneamente ai genitori naturali nella cura dei figli.

La finalità risiede nell'offrire al bambino un ambiente familiare idoneo ad accogliere bisogni che non possono essere differiti; tale strumento richiede il costante mantenimento dei contatti con la famiglia d'origine del minore e sostituisce l'inserimento in istituto.

Purtroppo le famiglie idonee e disponibili a tale compito sono poche ed hanno tempi sovente limitati, per cui il numero di bambini in affido familiare risulta attualmente di solo 8 minori.

A tal proposito, rispettando le indicazioni regionali, è attivo un gruppo di lavoro composto da operatori sociali finalizzato al miglioramento della qualità dell'intervento sul Territorio zonale, (distretti di Rapallo e Santa Margherita Ligure), alla sensibilizzazione e conoscenza dell'affido, in sostanza al reperimento delle famiglie disponibili.

### ***Sostegno psicologico***

Gli interventi di sostegno psicologico ai minori ed alle loro famiglie all'interno del Servizio Sociale si inseriscono in una realtà operativa complessa che vede come prima necessità quella di lavorare in un'ottica interdisciplinare e sistemica, coinvolgendo le diverse professioni sociali facenti parte dell'équipe.

L'attività dello psicologo si svolge prevalentemente su due assi: quello della "consulenza formativa" (attività quali la formazione di gruppi di lavoro, la supervisione agli educatori, la formulazione di progetti ed infine la creazione di un lavoro di rete, che si esprime nell'integrazione e nella collaborazione con altre agenzie presenti sul Territorio) e quello della "consulenza clinica" (attività di valutazione e diagnosi, di sostegno psicologico, di progettazione dell'affido familiare, di controllo sociale e collaborazione con il Tribunale per i Minorenni).

Le attività sopra presentate sono volte non solo alla "presa in carico" del caso, ma anche a "progettare" in termini di *prevenzione* sia primaria, in merito alla tutela della salute psicologica della persona, che secondaria, in merito all'individuazione ed al trattamento precoce dei disturbi cercando di diminuirne la durata.

### ***L'assistenza scolastica***

Questa Amministrazione opera *interventi di assistenza scolastica individualizzata*, prevista dall'art.13 della legge regionale 20/05/80 n. **23** in favore di *soggetti che nel corso dell'attività scolastica abbisognano di aiuto* nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, attraverso l'affidamento del servizio all'Associazione A.N.F.F.A.S. Zona Tigullio, che assicura le prestazioni mediante idonei operatori.

Viene inoltre garantito il *trasporto speciale alla scuola elementare* in favore di **1 minore** portatore di handicap nonché al *trasporto alla Scuola professionalizzante CIF di Chiavari* in favore di altri **3 soggetti**.

Se richiesto dai competenti servizi, l'Amministrazione provvede ad acquistare materiale didattico necessario allo svolgimento delle attività scolastiche.

## **2.5. I PROGETTI**

### **In corso:**

#### Progetto legge 162/97

*Domiciliarità e sostegno a favore di disabili gravi:*

Carattere zonale, casi di Rapallo n. **4**, di cui 1 minore, finanziamento del progetto regionale, servizi coinvolti, servizio riabilitativo e servizio sociale, tempi previsti un anno rinnovabile.

#### Progetto legge 45/99 "in rete 2000"

*Interventi di prevenzione e cura delle tossico e alcooldipendenze:*

Carattere sovrazonale, finanziamento del progetto regionale, servizi coinvolti, enti locali del bacino di Asl, servizi tossicodipendenze, servizio alcoologia, enti di privato sociale, interventi di prevenzione rivolti a minori, a giovani adulti e adulti, fra cui educativa di strada, centri di ascolto, prevenzione ed informazione sanitaria nei luoghi di aggregazione, interventi di sostegno per persone in stato di difficoltà attraverso la presa in carico dei servizi, in particolare per gli alcolisti e loro familiari, inserimenti lavorativi.

### Progetto legge n.285/97

*“Il caleidoscopio e la rete”:*

Carattere distrettuale, finanziamento regionale e comunale in parte.

Servizi coinvolti: i servizi comunali, riabilitativo e consultoriale di Asl, le scuole pubbliche, enti di privato sociale, le **Parrocchie**.

Interventi di carattere preventivo destinati alla fascia pre-adolescenziale costruiti intorno a centri d'interesse per raggiungere l'apertura di uno o più centri di aggregazione.

### Progetto del. ne reg.le n.1347/99

*Assistenza domiciliare integrata:*

Carattere zonale, progetto integrato di rete assistenziale per le cure domiciliari a favore del cittadino.

Servizi coinvolti: il servizio sociale comunale e il servizio riabilitativo della Asl.

Protocollo d'intesa in corso di approvazione.

### **Da attivare:**

*Fascia immigrati stranieri:*

Progetto finanziato dalla Regione, destinato al coordinamento strategico di interventi a favore degli immigrati stranieri, già attivato su alcuni versanti, coinvolge l'ente locale e alcuni soggetti di privato sociale.

## **2.6. RUOLO DELL' “ASSISTENTE SOCIALE” all'interno delle residenze protette per anziani " M. Castagneto " e " Tasso "**

L' Assistente sociale in ambito istituzionale ha una funzione di raccordo con la comunità; l'attività è rivolta al perseguimento del benessere psico-fisico degli anziani ospiti. Gli ospiti delle residenze saranno quindi sostenuti nel mantenimento o nella creazione delle reti sociali indispensabili per un adeguato inserimento . Per una maggiore chiarezza espositiva i compiti dell'assistente sociale all'interno delle residenze protette saranno suddivisi a seconda del fatto che siano espletati a livello individuale o a livello collettivo.

**L'Assistente Sociale infatti interviene sia nell'ambito del rapporto con il singolo utente sia nell'ambito della vita comunitaria delle strutture**

- pone un particolare riguardo alla fase d'ingresso di un nuovo ospite. Occorre sostenere l'anziano già prima dell'entrata al fine di favorire una corretta percezione e valutazione dell'evento. E' inoltre necessario illustrare preventivamente al Direttore Sanitario ed Amministrativo la situazione socio-sanitaria e le caratteristiche della persona segnalandone le inclinazioni e i bisogni particolari. L'assistente sociale sarà presente al momento dell'arrivo in istituto al fine di accogliere l'utente illustrando gli spazi a disposizione, le abitudini dell'istituto e presentando il personale operativo. Durante i primi giorni di soggiorno occorrerà rivolgere verso il nuovo ospite un particolare conforto finalizzato a favorire una corretta e progressiva interiorizzazione delle regole comunitarie.
- saranno inoltre curate le eventuali dimissioni dell'ospite dalle strutture, nonché trasferimenti presso altre residenze o reparti ospedalieri.

- instaura un rapporto di aiuto professionale con tutti gli ospiti delle strutture al fine di favorire l'emergere dei bisogni sociali. L'assistente sociale arriva ad un rapporto tra l'assistente sociale ed i parenti o conoscenti un'approfondita conoscenza degli ospiti sviluppando con essi progetti individualizzati volti alla tutela del benessere psico-fisico dell'anziano (utilizzando strumenti all'uopo costruiti).
- fondamentale risulta il rapporto tra l'*assistente sociale ed i parenti* o conoscenti dell'ospite. E' opportuno che permanga un'integrazione costante con i punti di riferimento personali dell'anziano . E' compito di questa figura professionale agevolare il mantenimento o la creazione dei legami. Al fine di favorire tale compito è individuato un idoneo orario di ricevimento, e qualora si rendesse opportuno, potranno essere concordati incontri periodici volti ad instaurare un rapporto sinergico tra le risorse istituzionali e quelle personali. Sarà comunque resa nota ai parenti la reperibilità dell'assistente sociale presso la sede comunale.
- favorisce e agevola altresì i rapporti degli ospiti tra loro, adoperandosi al fine di individuare eventuali tensioni e sensibilizzando utenti ed operatori alla creazione di un "clima familiare".
- composita risulta altresì l'attività dell'assistente sociale a livello collettivo.
- cura i rapporti con la Direzione Amministrativa e Sanitaria , favorendo la circolazione delle informazioni ed integrando i servizi offerti dalle strutture residenziali con quelli erogati dall'Amministrazione comunale e dal Territorio. In particolare sarà curato il legame con il Centro sociale anziani del Comune, favorendo e stimolando la partecipazione degli ospiti alle attività ordinarie del centro e proponendo eventuali momenti d'incontro specifici (feste di compleanno , ricorrenze).
- *cura il rapporto con le forze sociali del Territorio* (associazioni di volontariato, *parrocchie*, singoli volontari). Tale attività è di tipo bi-direzionale: l'assistente sociale opera sia al fine di "far entrare" all'interno delle *2 Residenze Protette* le energie comunitarie, sia al fine di far partecipare gli ospiti ad attività esterne. Questa funzione è volta a stimolare gli interessi ed alla gestione del tempo libero.

Data la **presenza temporaneamente limitata** dell'assistente sociale all'interno degli Istituti (3 ore settimanali) **risulta fondamentale il mantenimento costante dei rapporti con gli operatori.**

Il monitoraggio costante degli anziani può, infatti , far emergere situazioni di bisogno che l'anziano non è in grado di manifestare autonomamente.

**L'assistente sociale parteciperà pertanto, qualora necessario, alla riunione d'équipe mensile e curerà l'integrazione operativa con gli operatori durante l'orario concordato.**

Si specifica inoltre che l'attività dell'assistente sociale nell'ambito del "*Castagneto*" e del "*Tasso*" non dovrà necessariamente svolgersi all'interno della struttura ma si realizza altresì, anche direttamente dalla sede dei servizi sociali.

### **3. IL “ PIANO DI ZONA SOCIALE 3 ” ( A.S.L. 4 “CHIAVARESE”)**

#### **E I RELATIVI DISTRETTI 79 e 80 DEL “TIGULLIO OCCIDENTALE”<sup>79</sup>**

Distretto **sociale n. 79**: comuni di **S. Margherita Ligure e Portofino**

Distretto **sociale n. 80**: comuni di **Rapallo e Zoagli**

#### **3.1. PREMESSA** (segue aggiornamento)

La legge dell'8 novembre 2000 N.328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (Art.19) e la legge regionale del 9 settembre 1998 N.30 “Riordino e programmazione dei servizi sociali della Regione ... (Art.18) individuano nel Piano di Zona lo strumento programmatico e di pianificazione sociale e socio-sanitaria a livello distrettuale.

La Deliberazione del Consiglio Regionale del 28 nov/4 dic 2001 n.65 “Piano triennale dei Servizi Sociali 2002-2004 e indirizzi ai Comuni per la redazione dei Piani di Zona .Modifiche ” e le successive circolari regionali hanno fornito precise indicazioni per la redazione del Piano di Zona 2002/2004.

Nelle circolari si evidenzia, in particolare, che in considerazione della ristrettezza dei tempi (scadenza inderogabile per la presentazione: 15 maggio 2002) gli stessi atti programmatici dovranno contenere almeno:

- una analisi dell'esistente
- una analisi del bisogno e dei servizi da potenziare
- il budget finanziario dedicato con l'indicazione della quota regionale e della quota a carico dei Comuni
- le modalità prese in considerazione per l'associazionismo e per la gestione da parte dei Comuni capofila delle attività distrettuali e di Zona.

Il presente Piano, in considerazione dei tempi, non potrà risultare correttamente completo ed esauriente sia sotto il profilo del processo preparatorio, metodologico, che sotto il profilo dei contenuti, pur risultando un atto fondamentale per i suoi sostanziali elementi programmatici concordati e sostenibili.

La restante parte dell'anno 2002 non potrà che essere destinata a perfezionare la programmazione integrata ed all'attivazione soltanto di una parte dei previsti nuovi servizi, del rinforzo ed adeguamento degli altri e del miglioramento graduale dei livelli essenziali di assistenza.

La progettualità contenuta nel presente Piano potrà trovare completa attuazione nel triennio di vigenza ed annualmente proporzionalmente ai finanziamenti ad essa destinati.

Eventuali significativi scostamenti verranno valutati ed approvati nell'Assemblea della Conferenza di Zona.

Il presente Piano è riferito ai Comuni della Zona sociale n.3 – Tigullio Occidentale della A.S.L. 4 ed esattamente:

#### ***Popolazione residente al 31/12/2001:***

Distretto **sociale n. 80** - n. **31.955** (**Rapallo n. 29.444 - Zoagli n. 2.511**)

Distretto **sociale n. 79** - n. **10.950** (**S. Margherita Lig. n. 10.404 - Portofino n. 546**)

**Totale Zona n. 42.905**

#### **Il Comune capofila di Zona è Rapallo**

---

<sup>79</sup>.Rapallo e i Distretti Sociali: Zona Sociale n. 3 A.S.L. 4 “Chiavarese” del “Tigullio occidentale”, estratto da CD-R del “Piano di Zona” 2002-2004 (aggiornato al 31 marzo 2004) per una ricerca di Pastorale socio-sanitaria su concessione della responsabile Assistente Sociale G. Canepa, con la collaborazione dell'A. S. M. Borella., luglio 2004, facenti parte della segreteria tecnica assieme a: amministratori informatici: A. Tassara, A.S. A. Ughetti, A.S. R. Locci.

La *Conferenza di Zona* si è formalmente costituita ed insediata per decisione dei Sindaci dei quattro Comuni in Assemblea del 30/09/1999.

L'ambito territoriale della Zona risulta abbastanza omogeneo e con realtà socioeconomiche, culturali ed ambientali simili (tutti Comuni costieri, a vocazione turistica, ecc).

Sono presenti elementi di discreta problematicità legati sia al processo di depauperamento delle attività economiche ed industriali dell'intera provincia di Genova, sia ai tratti peculiari dell'economia del Tigullio, collegata essenzialmente al turismo con carattere prevalentemente stagionale.

Si registra, inoltre, un sempre più crescente flusso migratorio che porta con sé molte e variegate nuove problematiche.

Nonostante la fama di benessere anche a livello internazionale, nei nostri Comuni si registrano molti bisogni, più o meno latenti e con tante situazioni che tendono a rimanere sommerse ed affrontate in un'ottica ancora principalmente riparativa.

### **Aggiornamento** (al 31-3-2004) **“Premessa”**

Gli atti amministrativi previsti ed approvati durante il 1° anno di vigenza del Piano di Zona (fino al 31/03/2003) e cioè:

- la costituzione dell'*Associazione intercomunale* tra i Comuni di Rapallo, Zoagli, Santa Margherita Ligure, Portofino ed il rispettivo *regolamento* di funzionamento;
- un'*unica convenzione* per la *gestione* delle attività svolte in forma associata dai Distretti che va a disciplinare l'organizzazione, le modalità gestionali, le risorse umane e finanziarie;
- un *unico regolamento* per l'applicazione dell'*ISEE* ai Servizi ed alle Prestazioni agevolate comunali;

e l'organizzazione operativa, adottata sia *a livello tecnico* che *politico*, e cioè:

#### **1) a livello tecnico:**

- *Segreteria Tecnica* composta da un Responsabile (Assistente Sociale) impegnato al 75%, un Assistente Sociale ed un Amministrativo informatico impegnati al 100%;
- *Segreteria Tecnica Integrata* con la presenza dei due Coordinatori di Distretto che si incontra settimanalmente a cadenza fissa;
- un *incontro mensile della Segreteria Tecnica con tutte le Assistenti Sociali distrettuali*;
- *attivazione di gruppi tecnici specifici misti* (pubblico - privato sociale - volontariato ecc.); per la stesura, il monitoraggio e la verifica dei singoli progetti (es.affido familiare - progetto L.45 - progetto L.162, ecc.);
- *incontri*, su necessità, con i Dirigenti dei Servizi Sociali dei due Comuni capofila di Distretto Sociale (Rapallo-Santa Margherita Ligure);

#### **2) a livello politico:**

- *Presidenza di Zona* con partecipazione al Comitato di Rappresentanza;
- *Conferenza di Zona* hanno permesso, durante il secondo anno di vigenza del piano (aprile 2003 – marzo 2004) di affermare e sviluppare maggiormente il ruolo di “regia” della Zona Sociale, nonché di meglio valorizzare le risorse del Territorio istituzionali e non, coinvolgendole maggiormente nei processi di programmazione, di co-progettazione e realizzazione (gestione) delle attività e dei servizi tesi al raggiungimento di obiettivi di benessere sociale.

Sono stati realizzati pure tentativi di coinvolgimento e partecipazione alla gestione della cittadinanza in servizi nuovi (es. Ludoteca) e rinforzati altri in servizi già attivi (es. Asilo Nido -Centro Sociale) con la somministrazione di questionari e con comitati che si riuniscono a cadenza fissa.



### ***Processo metodologico***

Il percorso di concertazione approvato dalla Conferenza di Zona ed attuato per la elaborazione e l'approvazione del presente Piano di Zona è stato quello di individuare e costituire due gruppi di lavoro: uno politico ed uno tecnico. Il gruppo politico è costituito dai componenti la Assemblea di Zona (nucleo fisso) e integrato, di volta in volta, dai rappresentanti delle varie realtà del Territorio coinvolte nella concertazione, programmazione e gestione dei servizi.

Il gruppo tecnico è costituito dalla Segreteria Tecnica allargata integrata, di volta in volta, dai rappresentanti tecnici delle varie realtà del Territorio coinvolte nella concertazione, programmazione e gestione dei servizi. I due gruppi così costituiti si sono mantenuti in contatto sistematico.

Si è proceduto quindi:

- a) Alla consultazione, in Conferenza di Zona, del Direttore della A.S.L. 4 e del referente unico all'uopo incaricato dal Direttore, per la programmazione integrata socio-sanitaria; alla consultazione, in Segreteria Tecnica allargata, dei responsabili dei vari Dipartimenti della A.S.L. 4;
- b) Alla informazione e all'invito a tutti i soggetti operanti sul Territorio della Zona, mediante affissione di manifesto a partecipare alla programmazione locale ed alla elaborazione del Piano;
- c) Alla consultazione diretta e partecipazione:
  - della Provincia, Assessorato alle Politiche del Lavoro e della Formazione;
  - delle due IPAB ("Conte Canevaro" - Zoagli e "Opere Pie Pellerano Rainusso" - S.Margherita Lig.) presenti in Zona;
  - della Consulta del Tigullio per i problemi dei portatori di handicap;
  - della locale Sezione A.N.FF.A.S.;
  - delle rappresentanze sindacali confederali, dei pensionati, del Comitato Unitario Pensionati Lavoratori autonomi;
  - dell'Associazione AIMA del Tigullio;
- d) Alla consultazione indiretta di tutti i soggetti conosciuti che operano sul Territorio della Zona in campo sociale (Associazioni - Fondazioni - cooperative - ecc.) mediante l'invio di una scheda all'uopo predisposta e da restituire compilata.

La Segreteria Tecnica integrata dai responsabili di Distretto ha organizzato, attivato e seguito tutto il percorso di concertazione e, con il sostegno dei dirigenti del Centro Servizi Sociali dei due Comuni capofila di Distretto Sociale (Rapallo – Santa Margherita Ligure), ha provveduto a:

- definire una puntuale analisi della domanda e dell'offerta di servizi e prestazioni sociali per Distretto e per Zona - anno 2001;
- definire puntualmente i servizi esistenti per Distretto e per Zona e per livelli di assistenza – anno 2001;
- definire la spesa del Distretto per livelli di assistenza in termini di risorse proprie e di trasferimenti regionali e/o di altri Enti;
- definire una corretta analisi del bisogno anno 2001 per ciascuna area di intervento;
- individuare, definire e proporre alla Conferenza di Zona, i servizi da attivare e/o rinforzare per ciascuna area di intervento, indicando il necessario budget finanziario per l'anno 2002;
- procedere ad una analisi dei punti di forza, delle criticità e delle opportunità .

Il presente Piano sarà approvato dall'Assemblea della Conferenza di Zona con relativo verbale, successivamente si procederà alla definizione di un Accordo di Programma/Protocollo d'Intesa tra i quattro Comuni della Zona, la A.S.L. 4, l'IPAB "Conte Canevaro" di Zoagli.

I Consigli dei quattro Comuni costituenti la Zona provvederanno, con proprio specifico atto, a recepire sia il Piano di Zona 2002-2004, che il relativo Accordo di Programma/Protocollo d'Intesa.

### ***Obiettivi e priorità***

I Comuni componenti la Zona, in quanto enti pubblici territoriali, hanno il ruolo di regia nella programmazione e realizzazione del sistema locale dei Servizi Sociali in una dimensione di rete, perseguendo una politica di sviluppo della comunità mediante il coinvolgimento nella fase di programmazione, progettazione, oltre che di attuazione, di diversi soggetti: tecnici, politici, pubblico e privato, rappresentanti del volontariato e delle altre istituzioni rilevanti dal punto di vista sociale.

Il tavolo di concertazione che ha avuto come interlocutori proprio questi soggetti istituzionali e non, presenti ed operanti sul Territorio della Zona, ha permesso al gruppo tecnico precedentemente costituito di raccogliere, secondo le indicazioni del Piano Triennale dei Servizi Sociali, le istanze del Territorio riguardanti l'individuazione delle priorità e degli obiettivi da considerare per la programmazione locale dei servizi.

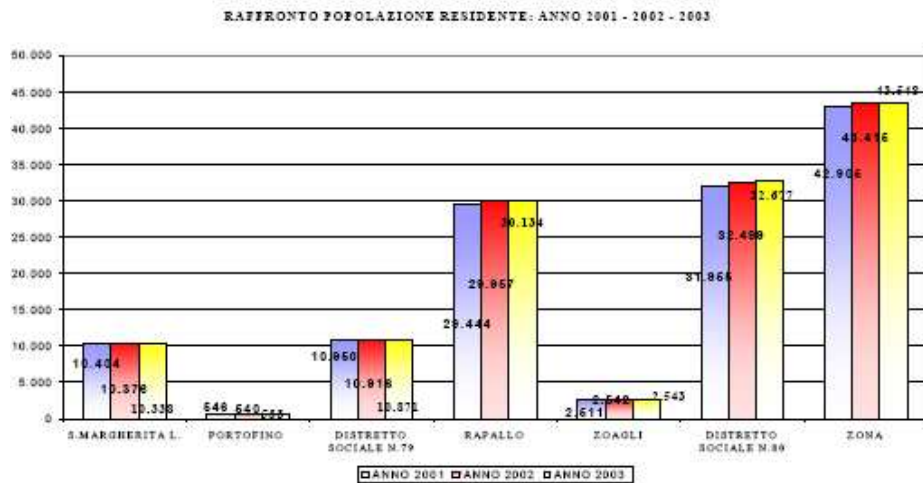
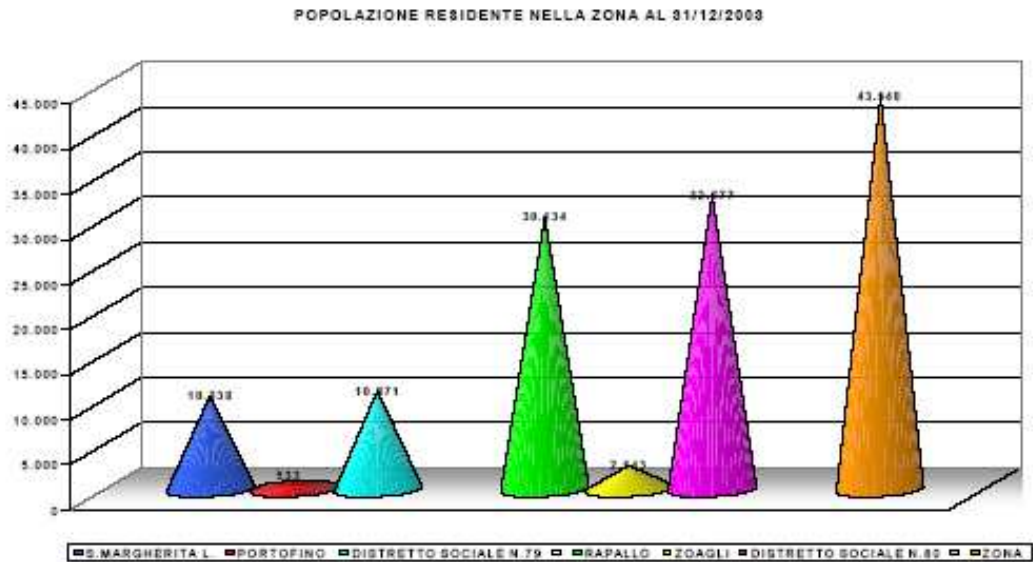
Ciò al fine di andare ad individuare e stabilire attraverso il Piano di Zona le modalità atte a favorire l'organizzazione a livello operativo dei diversi interlocutori operanti nelle varie aree di problematicità sociali e sanitarie, così da sviluppare azioni ed interventi integrati e rispondenti il più possibile alle richieste dei cittadini secondo un'ottica di sussidiarietà orizzontale.

In questo momento di consultazione e di iniziale verifica è stato possibile constatare e riflettere sullo stato attuale dei servizi resi e delle richieste portate dagli interlocutori sociali, riuscendo a focalizzare alcune carenze o assenze di servizi ed a individuare strutture sul Territorio come potenzialmente idonee a rispondere in modo adeguato alle esigenze della popolazione, in ordine a quelli che sono i principi del reinserimento sociale, di non emarginazione, di ricerca del ben-essere e di responsabilizzazione comunitaria.

In seguito a tale rielaborazione della realtà ed in considerazione delle priorità e dei finanziamenti comunicati dalla Regione Liguria, la Zona si è data i seguenti obiettivi e priorità :

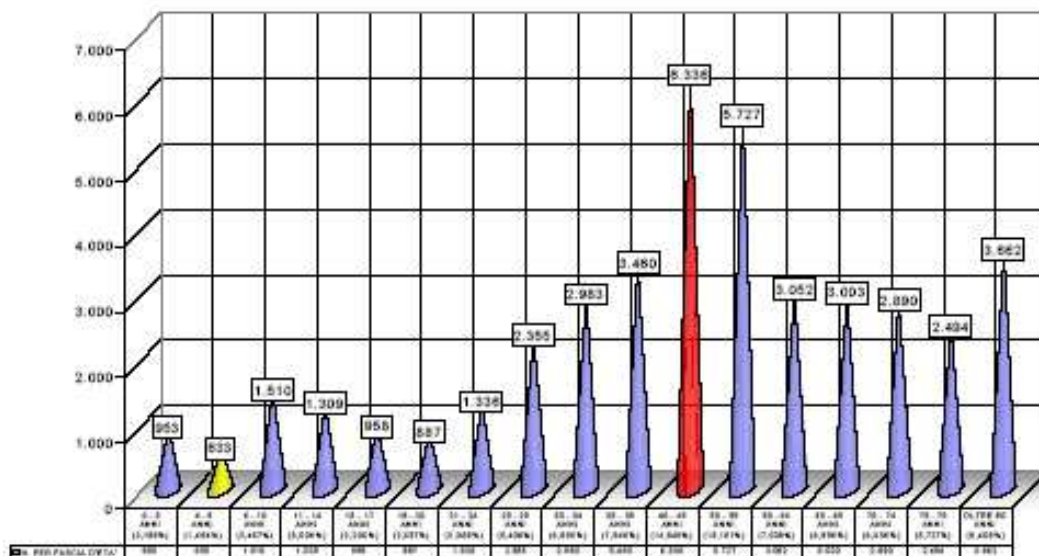
- a) Mantenere la rete di offerta di servizi sociali secondo i livelli essenziali di assistenza attuali per ciascuna area di priorità procedendo al consolidamento ed al graduale miglioramento, potenziamento e rinforzo dei servizi e dei livelli di assistenza in modo omogeneo su tutto il Territorio della Zona;
- b) Attivare nuovi servizi assenti e/o carenti sul Territorio, anche a livello zonale, in risposta ai bisogni emergenti;
- c) Individuare percorsi condivisi per realizzare una reale integrazione socio – sanitaria ed un sistema sociale integrato, coinvolgendo più significativamente e responsabilmente il terzo settore, il volontariato, il privato nella partecipazione alla definizione dei bisogni, nella formulazione degli obiettivi di ben-essere, nella progettazione, nella realizzazione del sistema integrato dei servizi e nella verifica;
- d) Qualificare la spesa con un impiego coerente delle risorse finanziarie;
- e) Sostenere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori per consentire la crescita delle competenze professionali;
- f) Individuare ed attuare le modalità per meglio definire e attivare l'associazionismo intercomunale per la gestione sia delle attività distrettuali, che zonali.

3.2. DATI SULLA POPOLAZIONE DELLA ZONA SOCIALE N. 3  
 “TIGULLIO OCCIDENTALE”  
 (al 31-12-2003)



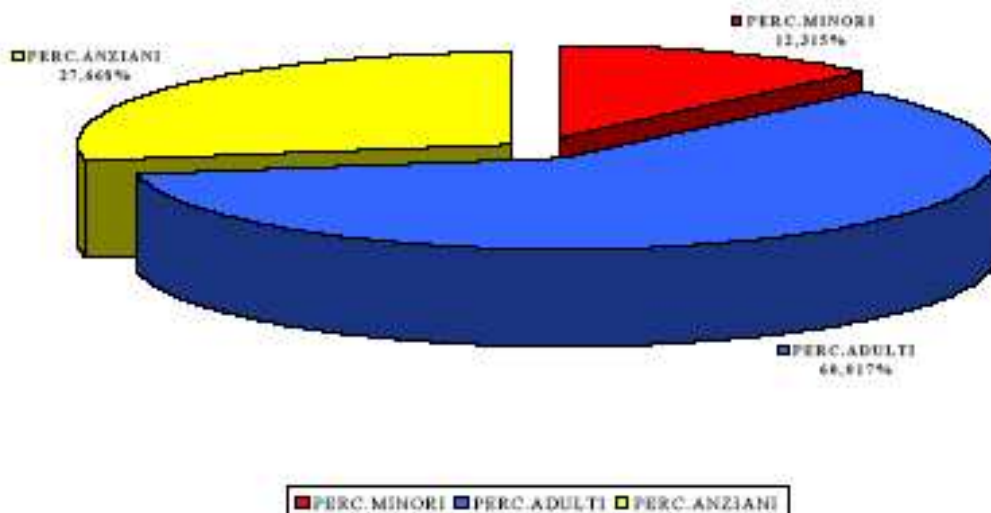
Il Distretto Sociale N.79 registra un calo da 3 anni.  
 Il Distretto Sociale N.80 registra un aumento da 3 anni determinato soprattutto dall'incremento nel Comune di Rapallo.

POPOLAZIONE ZONA PER FASCE D'ETA' al 31/12/2003



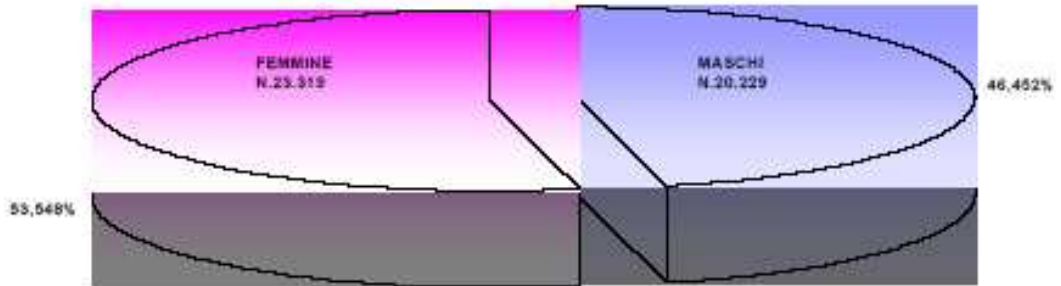
Discreto incremento nelle fasce d'età 40-49 anni e oltre 80 anni dal 2001 al 2003; decremento fascia 0-3 anni dal 2002 al 2003.

PERCENTUALE MINORI - ADULTI - ANZIANI NELLA ZONA AL 31/12/2003



Aumento dell'1,13% circa della fascia anziani rispetto al 2002. Lieve calo minori rispetto al 2002.

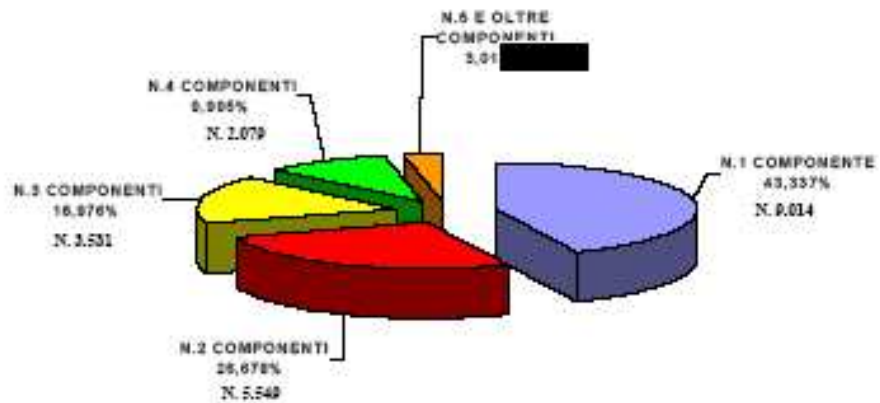
POPOLAZIONE DELLA ZONA AL 31/12/2003 PER SESSO



CITTADINI MASCHI     CITTADINI FEMMINE

Aumento progressivo delle presenze dal 2001 al 2003 più consistente per le femmine (l'aumento è anche probabile conseguenza della regolarizzazione stranieri es. colf, badanti, ...)

COMPOSIZIONE NUCLEI FAMILIARI DELLA ZONA AL 31/12/2003 \*



N.1 COMPONENTE     N.2 COMPONENTI     N.3 COMPONENTI     N.4 COMPONENTI     N.5 E OLTRE COMPONENTI

\* NEL GRAFICO NON SONO STATI CONSIDERATI I DATI DEL COMUNE DI PORTOFINO PERCHE' NON DISPONIBILI

### 3.3. SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI COMUNALI E DISTRETTUALI

#### DISTRETTO SOCIALE N. 79

Utenza	N. utenti (2003)		
	Santa Margherita Ligure	Portofino	Totale
<i>Famiglia e Minori</i>	454	20	474
<i>Disabili</i>	633	1	634
<i>Anziani</i>	516	29	545
<i>Dipendenti</i>	12	/	12
<i>Immigrati</i>	4	/	4
<i>Disagio adulti</i>	63	10	73
<i>Altro (Salute Mentale)</i>	15	1	16
<i>Multitenza</i>	/	/	/

#### DISTRETTO SOCIALE N. 80

Utenza	N. utenti (2003)		
	Rapallo	Zonzi	Totale
<i>Famiglia e Minori</i>	694	40	734
<i>Disabili</i>	118	4	122
<i>Anziani</i>	591	39	630
<i>Dipendenti</i>	15	1	14
<i>Immigrati</i>	265	/	265
<i>Disagio adulti</i>	60	/	60
<i>Altro (Salute Mentale)</i>	28	1	29
<i>Multitenza</i>	12	/	12



**DISTRETTO SOCIALE N. 79**

(Dati cumulativi comunali + distrettuali - raffronto anno 2001-2002-2003)

Utenza	N. utenti (2001)	N. Utenti (2002)	N. utenti (2003)
<i>Famiglia e Minori</i>	1256	567 (*)	743
<i>Disabili</i>	36	44	653
<i>Anziani</i>	433	191	1027
<i>Dipendenti</i>	5	5	12
<i>Immigrati</i>	23	15	5
<i>Disagio adulti</i>	90	4	135
<i>Altro (Salute Mentale)</i>	/ (**)	/ (**)	18
<i>Multitenza</i>			154

(\*) Il computo anno 2002 non include i minori che utilizzano prestazioni sociali erogate dal settore istituzioni scolastiche (B. libro - borse di studio - buoni mensa).

(\*\*) Negli anni 2001 e 2002 l'utenza psichiatrica è ricompresa nelle altre aree.

**DISTRETTO SOCIALE N. 80**

(Dati cumulativi comunali + distrettuali - raffronto anno 2001-2002-2003)

Utenza	N. utenti (2001)	N. Utenti (2002)	N. utenti (2003)
<i>Famiglia e Minori</i>	1487	1281 (*)	1397
<i>Disabili</i>	87	108	159
<i>Anziani</i>	659	709	692
<i>Dipendenti</i>	15	15	14
<i>Immigrati</i>	78	108	267
<i>Disagio adulti</i>	100	100	63
<i>Altro (Salute Mentale)</i>	12	13	29
<i>Multitenza</i>			331

(\*) Il computo anno 2002 non include i minori che utilizzano prestazioni sociali erogate dal settore istituzioni scolastiche (B. libro - borse di studio - buoni mensa).

In nessuna area viene ricompresa l'utenza relativa al progetto della L.45/99 "In rete 2000" in quanto trattasi di interventi sovrazonali realizzati dalla A.S.L. 4 "Chiavarese" – Servizio Ser.T., dai due Enti ausiliari "Villaggio del ragazzo" e Cooperativa "La Fattoria", il Consorzio "R.Tassano" e dai Comuni capofila di Distretto: Chiavari, Lavagna, Rapallo, Santa Margherita Ligure, Sestri Levante.

Gli obiettivi e quindi le azioni riguardano la prevenzione primaria e secondaria dell'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, la formazione integrata degli operatori, il potenziamento dell'attività territoriale dei "centri di ascolto" e dei "centri giovani", la attivazione di iniziative territoriali di aggregazione giovanile finalizzata ad attività di informazione ed educazione sanitaria e di intervento sul disagio adolescenziale, la messa in rete di risorse-informazioni progetti in corso , la prosecuzione ed il potenziamento dell'intervento di cura e riabilitazione per soggetti alcool dipendenti, il reinserimento sociale e lavorativo di soggetti ex tossicodipendenti e/o alcoolisti.

Non è possibile quantificare i destinatari anche perché gli stessi migrano da una città all'altra.

#### **3.4. ANALISI RISORSE PUBBLICHE E PRIVATE PRESENTI SUL TERRITORIO DELLA ZONA**

*Servizi e interventi attivati presso TUTTI i Comuni della Zona:*

- polo di accesso ai Servizi Sociali
- Segretariato Sociale e filtro
- counseling sociale
- assistenza domiciliare ordinaria e integrata
- sostegno e consulenza psicologica per minori
- assistenza economica
- ricoveri in strutture diurne e residenziali
- interventi di affidamento e sostegno familiare
- trasporto ai centri di riabilitazione, socializzazione per disabili
- assistenza scolastica
- centri estivi per minori
- inserimenti lavorativi
- trasporti scolastici
- buoni mensa
- buoni libro
- servizi della L. 431/98
- contributi per famiglie numerose
- interventi per nuovi nati
- interventi conseguenti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per minori
- attività integrate: Unità di Valutazione geriatrica con visite sistematiche settimanali (geriatra- Assistente Sociale) presso l'ospedale locale
- assistenza domiciliare disabili gravi L.162/98
- centri di aggregazione e di socializzazione minorile dislocati nei comuni Capofila di distretto ma aperti all'utenza distrettuale

Servizi ed interventi attivati  
presso ALCUNI Comuni della Zona:

RAPALLO

- Servizio pasti (mensa centralizzata e conferimento a domicilio)
- Semiconvitti
- Soggiorni anziani
- Centro sociale per anziani
- Centri socio educativi
- Presenza di una pedagoga
- Gestione ordinaria temporanea in attesa di provvedimento di tutela o curatela per gli anziani
- Interventi collegati alla L.40/98: mediazione culturale - iniziative per l'integrazione sociale, scolastica e sostegno educativo - sostegno economico - alfabetizzazione
- N.1 residenza protetta
- Informagiovani
- Gestione in convenzione delle funzioni affidate residue (separazione- adozione) con la A.S.L. 4
- Accademia Culturale - Terza Età
- Asilo Nido

ZOAGLI

Doposcuola

S. MARGHERITA LIGURE

- Soggiorni anziani
- Centro sociale per anziani
- Conferimento pasti a domicilio
- Trasporto asilo nido
- Presenza di N.1 pedagoga
- Informadisabili
- Informagiovani
- Gestione in convenzione delle funzioni affidate residue (separazione- adozione) con la A.S.L. 4
- Asilo Nido.

Scuole Pubbliche:

RAPALLO

*Materne:* "S. Anna", "Rainusso"; *Elementari:* "Marconi", "Pascoli", "Antola", "Dellepiane"; *Medie:* "Giustiniani"; *Medie superiori:* "Da Vigo"; *Liceo classico, linguistico, psico-pedagogico:* "Liceti"; *Istituto tecnico:* "De Ambrosis".

## ZOAGLI

*Elementari*: "Teramo Piaggio".

## S. MARGHERITA LIGURE

*Materna*: Via Romana", "Di Corte"; *Elementare*: "Scarsella"; *Media*: "V.G.Rossi".

**Altre risorse**: (I.P.A.B., O.N.L.U.S., Privati, ecc.)

## RAPALLO

Residenze Protette per anziani:

*Pubbliche*: "M. Castagneto" (I modulo) - "Villa Tasso" (II modulo)

*Private*: "Villa Sorriso" - "Villa Chiara" - "Villa S. Fortunato" - "Casa Laura"

Parrocchie e attività connesse:

Parrocchia di Sant'Anna - Punto di aggregazione giovanile: Saletta parrocchiale Sant'Anna, Centro pastorale "MAMRE" (via Mameli / via Fico) e "L'ANGOLO" (via Rizzo); "EDITH STEIN" (Associazione di volontariato culturale e di ricerca) con sede presso il Centro pastorale; punto sociale COXANNA (Centro Operativo Caritas di Sant'Anna, via Mameli 320): centro di ascolto referente delle principali associazioni locali e nazionali come: il C.A.V. (Centro d' Aiuto alla Vita), l'U.N.I.T.A.L.S.I. (Unione Nazionale Italiana Trasporto Ammalati a Lourdes e Santuari Internazionali), le A.C.L.I. (Associazione Cristiana Lavoratori Italiani) - Recapiti utili: Centro operativo telefono 0185/52.659 - e-mail: [coxanna@yahoo.it](mailto:coxanna@yahoo.it) e [www.geocities.com/coxannait/](http://www.geocities.com/coxannait/) - Centro parrocchiale: telefono/fax 0185/51.286 - [www.parrocchiadisantanna.it](http://www.parrocchiadisantanna.it) - e-mail: [parrocchiasantanna@interfree.it](mailto:parrocchiasantanna@interfree.it).

Parrocchia dei S.S. Gervasio e Protasio - Caritas: (Centro di ascolto) guardaroba parrocchiale; Centro Sociale Parrocchiale per Anziani di Via Betti; Parrocchia di S. Pietro: punto di aggregazione giovanile, Banco Alimentare; e le parrocchie di S. Massimo, S. Andrea di Foggia, S. Martino di Noceto, S. Maria del Campo, S. Maurizio dei Monti e S. Michele di Pagana.

Mensa serale interparrocchiale:

Parrocchie dei S.S. Gervasio e Protasio e di Sant'Anna.

Pubbliche Assistenze:

C.R.I. (Croce Rossa Italiana) - Croce Bianca - Volontari del Soccorso di Sant'Anna.

Patronati:

C.I.S.L. (Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori) - C.G.I.L. (Confederazione Generale Italiana del Lavoro) - A.C.L.I. (Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani) - C.N.A. (Confederazione Nazionale dell' Artigianato e della piccola e media impresa).

Associazioni - Fondazioni - O.N.L.U.S. - Privati:

Associazione Ragazzi Artigiani per Rapallo - A.N.M.I.L. (Associazione Nazionale Mutilati Invalidi del Lavoro) - A.N.F.F.A.S. Tigullio Ovest, ONLUS, centro diurno disabili, struttura residenziale di riabilitazione - Associazione "Gli Ultimi" - Società S. Vincenzo de Paoli - Gruppo "Famiglie per l'accoglienza" - A.I.M.A. Tigullio (Associazione Italiana Malati Alzheimer) - A.V.A.D. (Associazione Volontari Assistenza Domiciliare) - Associazione Manoamica - Associazione culturale "Edith

Stein” - Consulta del volontariato - Fondazione Mario e Lina Zavattaro “Piccolo IARD” - S.M.O.M. (Sovrano Militare Ordine di Malta) - Telefono Azzurro - Centro Sociale Sordomuti - C.A.T. (Club Alcolisti in Trattamento) - C.I.S.O.M. (Corpo Italiano Soccorso Ordine di Malta).

Scuole Private:

“Gianelline”: materna, elementare, medie, centro estivo; “Orsoline”: materna-elementare; “Emiliani”: medie, liceo scientifico; “Benedettine”: materna, elementare; “S. Girolamo”: nido, materna, elementare; “Villa Lina”: materna; “Brigida Morello”: materna, elementare.

ZOAGLI

Parrocchie:

Parrocchia S. Ambrogio - Parrocchia S. Pietro - Parrocchia S. Martino.

Fondazione “Infermeria Conte Canevaro” ex IPAB:

Residenza Protetta per anziani - Centro Diurno per anziani.

Pubblica Assistenza:

Presidio Croce Bianca.

Scuola Materna: S. Ambrogio.

S. MARGHERITA LIGURE

Residenze Protette per anziani private:

Az. Pubbl. Servizi alla persona “Pii Istituti Riuniti”, “Villa Attilia”, “Villa R. Pacis”.

Parrocchie e attività connesse:

Parrocchia S. Siro - Parrocchia S. Giacomo - Mensa dei Frati Cappuccini - Parrocchia S. Margherita V.M. - “Istituto Colombo”: punto di aggregazione parrocchiale e mensa per senza fissa dimora - Banco alimentare - Parrocchia S. Lorenzo della Costa - Parrocchia di Nozarego - G.L.A.I. (Gruppo Ligure Affamati e Lebbrosi).

Pubbliche Assistenze:

C.R.I. (Croce Rossa Italiana) - Croce Verde.

Patronati:

C.G.I.L.. (Confederazione Generale Italiana del Lavoro) - A.C.L.I. (Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani) - E.P.A.S.A. (Ente Privato Attività Sociali ed Assistenziali).

Associazioni - Fondazioni - O.N.L.U.S. - Privati:

Società S. Vincenzo de Paoli - Associazione famiglie per l’educazione - Associazione nazionale difesa dei fanciulli abbandonati - AVAD (Associazione Volontari Assistenza Domiciliare) - AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) - Centro d’ascolto CARITAS - F.R.S.L. (Federazione Regionale Solidarietà e Lavoro) - “Nido Traverso” di Mamma Isa: Comunità Educativo Assistenziale - C.A.T. (Club Alcolisti in Trattamento) - Liceo privato Larco C.S. Araldi.

Scuola Materna

Doposcuola pomeridiano “Il punto”.

### Centri Estivi per Minori

#### Scuole Private:

“Larco C.S. Araldi”: Liceo; “Pippi calze lunghe”: Baby Parking.

### PORTOFINO

Pubblica Assistenza: Portofino.

Parrocchia: S. Martino.

Asilo infantile: “S. Giorgio”.

### **3.5. ANALISI DELLE PRIORITÀ PER AREA DI INTERVENTO CON RELATIVO BUDGET FINANZIARIO DESTINATO (anno 2002) OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI**

#### ***Sostegno all’associazionismo intercomunale***

L’Assemblea della Conferenza di Zona ha provveduto ad approvare ed autorizzare l’integrazione dell’organico della Segreteria Tecnica che attualmente risulta così costituita:

- n. 1 Responsabile di ruolo (part-time 75%)
- n. 1 Amministrativo full-time a tempo determinato
- n. 1 Assistente Sociale part-time a tempo determinato

L’adeguamento si è reso possibile utilizzando il fondo regionale all’uopo finalizzato; ugualmente si è reso possibile il mantenimento degli attuali organici distrettuali con l’utilizzo dei fondi regionali a ciò finalizzati.

Inoltre, con il presente Piano, i Comuni della Zona si assumono l’impegno a rideterminare i contenuti degli atti convenzionali vigenti per il funzionamento dei Distretti, secondo lo schema tipo che verrà proposto dalla Regione Liguria, nonché a disciplinare il funzionamento, ad individuare le competenze ed a riconfermare la costituzione della Zona con specifico Accordo di Programma.

#### ***Applicazione ISEE***

I Comuni facenti parte della Zona intendono, in ottemperanza a quanto disposto dal D.lgs.109/98 così come modificato dal Decreto Legislativo 3 maggio 2000 N.130, approvare un regolamento di disciplina dell’applicazione dell’ISEE (indicatore della situazione economica di equivalenza) come strumento di calcolo atto a definire, il più uniformemente possibile nel Territorio della Zona, la situazione economica di coloro che chiedono di accedere ad agevolazioni, prestazioni, benefici o servizi a tariffa agevolata erogati dai Comuni in forma singola o associata.

E’ intendimento della Zona predisporre un regolamento generale che si applicherà, nel rispetto del principio che ogni persona gode di pari dignità e nell’ottemperanza della legge che prevede l’applicazione dell’ISEE a quei servizi non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche, nonché a tutti gli interventi di cui alla L.328/00.



Si procederà all'adozione di uno schema regolamentare generale di Zona, cui seguirà la definizione di un regolamento di disciplina dei singoli servizi per ciascun distretto:

***Area “Anziani” - Area “Disabili” - Area “Dipendenze” - Area “Salute Mentale”.***

**Area “Anziani”** (segue aggiornamento)

Secondo quanto emerge dai dati anagrafici dei quattro Comuni componenti la Zona gli anziani sono n. **11.337** su un totale di n. **42.905** abitanti quindi circa **il 26%** della popolazione.

Tale situazione frutto del progresso in campo medico e del miglioramento generale delle condizioni di vita presenta alcuni aspetti problematici che chiedono alla società ed in particolar modo agli enti preposti, di attivare risorse nuove nell'ottica di un lavoro di rete con le forze, pubbliche e private, presenti ed operanti sul Territorio così da poter offrire un ventaglio di servizi il più possibile flessibile, funzionale e rispondente alle necessità delle famiglie e della popolazione.

Conformemente con quanto indicato dalla normativa nazionale e regionale vigente le politiche sociali dei Comuni devono prevedere, secondo i bisogni rilevati sul Territorio, interventi e servizi a favore dell'anziano e della sua famiglia al fine, quando possibile, di permettere la permanenza a domicilio delle persone anziane, attraverso interventi sia domiciliari, che di inserimento in strutture semiresidenziali, nonché servizi residenziali per coloro che in seguito ad una forte limitazione dell'autonomia o per la tipologia di patologia di cui sono affetti, non siano assistibili a casa. Secondo tale indicazione *il Comune di Rapallo ha già provveduto alla realizzazione di un secondo modulo di Residenza Protetta, “Villa Tasso” per anziani con n. 20 posti letto* e di ormai prossima apertura.

Gli indirizzi del *Piano Triennale* dei Servizi Sociali della Regione Liguria per l'elaborazione del Piano di Zona sono:

- 1) diffusione dell'assistenza domiciliare – dotazione telesoccorso
- 2) attivazione di almeno un centro diurno per Zona
- 3) potenziamento residenzialità sociale
- 4) potenziamento dei servizi di sollievo per sostenere, d'intesa con la A.S.L. 4, gli anziani non autosufficienti e le famiglie che li assistono.

Significativa è la corrispondenza tra ciò che la Regione individua come interventi prioritari e quanto programmato con il presente Piano. In base all'analisi delle richieste e dei bisogni emergenti sul Territorio di competenza, unitamente al Dipartimento della A.S.L. 4 e all'Associazione “Aima Tigullio” la Conferenza di Zona ha individuato le seguenti priorità operative:

- a) Attivazione Centro diurno (servizio per la Zona):

Utenza - Anziani/adulti non autosufficienti per totale di N.12-20 utenti;

Obiettivi specifici - Predisposizione di un luogo atto alla socializzazione ed al mantenimento di alcune capacità personali al fine di evitare l'emarginazione sociale – sostenere la famiglia che cura presso di sé l'anziano e/o l'adulto non autosufficiente, tramite un' intervento di sollievo che in base al progetto individuale sulla persona può variare dalle 4 alle 8 ore al giorno per uno o più giorni alla settimana.

Risultati attesi - *Aumento della motivazione nelle famiglie a concepire come realizzabile la permanenza dell'anziano e/o adulto non autosufficiente all'interno del proprio nucleo familiare; diminuzione dei ricoveri degli adulti-anziani non autosufficienti con conseguente aumento del numero di anziani e/o adulti accuditi in famiglia.*

Ubicazione - Dopo la consultazione delle forze del Territorio e l'aver preso atto delle possibili strutture disponibili ed atte ad accogliere al proprio interno tale progetto, si è concretizzata la possibile attivazione del Centro Diurno presso la struttura dell'IPAB "Conte Canevaro", sita in Zoagli.

L'Associazione "AIMA TIGULLIO" si è impegnata a fornire la propria collaborazione e consulenza.

Progetto - Da definire unitamente tra : Zona - ASL - IPAB "Conte Canevaro" - "AIMA Tigullio".

Costo di attuazione a carico dell'IPAB "Conte Canevaro".

La "Zona" provvederà ad organizzare ed attivare il servizio di trasporto ed a concorrere al pagamento della retta per i meno abbienti. Budget: € 39.511,02 (£. 76.504.000) (contributo regionale anno 2001) + € 52.445,95 (£. 101.549.529) (contributo regionale anno 2002).

- b) Potenziamento posti letto accreditati in Zona (attualmente sono 91) in accordo con la A.S.L. 4

Utenza - Persone anziane parzialmente autosufficienti e non autosufficienti.

Obiettivi specifici - Rispondere in termini brevi alle richieste di ricovero; sostenere la famiglia che non può curare e tenere presso di sé l'anziano tramite l'inserimento in struttura convenzionata; sostegno dell'anziano solo sia parzialmente autosufficiente che non, con l'inserimento in luogo idoneo.

Risultati attesi - Riduzione liste di attesa; miglioramento della vita di anziani soli che non riescono a provvedere adeguatamente a sé stessi;

Progetto da definire unitamente alla A.S.L. 4 (adeguamento ipotizzato N. 20 posti letto accreditati).

- c) Potenziamento dell'Assistenza Domiciliare:

Utenza anziani parzialmente autosufficienti e non;

Obiettivi specifici - permettere all'anziano di mantenersi al proprio domicilio; sostenere la famiglia che cura presso di sé l'anziano tramite un intervento mirato in base al progetto individuale; tendere, nell'arco dei tre anni (2002-2004), insieme ai Servizi della A.S.L. 4, alla diffusione dell'assistenza domiciliare con l'aumento del 3% nel triennio, fino a raggiungere nel 2004 una risposta pari al 4,5% degli ultrasessantacinquenni; miglioramento della qualità dell'assistenza domiciliare.

Risultati attesi - diminuzione, rispetto al momento attuale, dei ricoveri degli anziani che per le loro caratteristiche potrebbero rimanere nel proprio ambiente di vita; aumento della motivazione nelle famiglie a concepire come realizzabile la permanenza dell'anziano all'interno del proprio nucleo familiare.

Progetto - Potenziamento organico dei Comuni e/o ampliamento delle ore in convenzione con le Cooperative già operanti nel Territorio.

- d) Sperimentazione dell'"assegnò di cura familiare" per il mantenimento a domicilio dei non autosufficienti.

Per "assegnò di cura familiare" si intende un intervento di provvidenza economica attuato in favore di persone non autosufficienti o semiautosufficienti atto a consentire alle persone prive di autonomia di continuare a vivere nel proprio domicilio o nel nucleo familiare di appartenenza, quindi, persone prive di autonomia che pur abbisognevole di un ricovero residenziale continuativo abbiano la possibilità di ricevere appropriati interventi assistenziali e di rilievo sanitario nel proprio domicilio.

Di questi bisogni si fa carico la famiglia quale unico e insostituibile luogo di cura della persona non autosufficiente.

Il concorso finanziario giornaliero/mensile, le condizioni di accesso al servizio, il sistema di rilevazione, le scale di valutazione, i criteri di attribuzione e di

erogazione verranno preventivamente disciplinati con apposita regolamentazione ed approvati dalla Conferenza di Zona ed attuati a livello distrettuale.

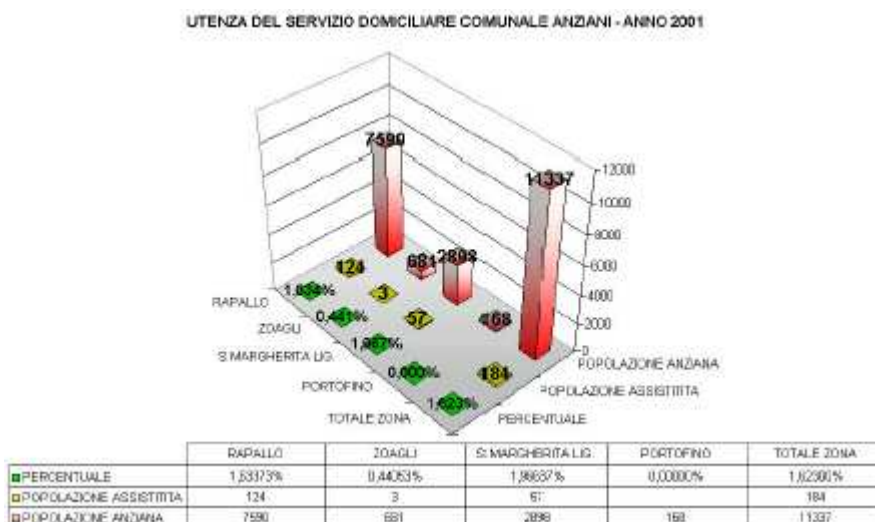
- e) Definizione protocolli operativi con la A.S.L. 4 per il funzionamento dell'U.V.G. e dell'assistenza domiciliare ordinaria integrata territoriale, da predisporre entro il 2002.
- f) Realizzazione indagine epidemiologica (anziani non autosufficienti) sul Territorio della Zona attivata dalla A.S.L. 4 con oneri organizzativi a suo carico ed in collaborazione con i Servizi Sociali distrettuali.
- g) Rinforzo attività di sostegno del Centro Sociale comunale di Rapallo.

Si rende necessario rinforzare la presenza dell'incaricato per le attività di animazione, coordinamento e vigilanza adeguando il numero di ore giornaliere.

**Quota finanziamento regionale - Anno 2002:**  
(mantenimento+potenziamento)

Distretto sociale n. 79: € 2.495,21 ( L. 179.095.700)

Distretto sociale n. 80: € 208.928,65 ( L. 404.542.277)



**Aggiornamento** (al 31-3-2004) *area "Anziani"*:

- a) *Centro Diurno per anziani non autosufficienti* (progetto in corso – fase di sperimentazione)

In data 03/10/2003 la Regione Liguria con la Delibera n°1195 "Approvazione degli indirizzi sui requisiti strutturali, funzionali e di personale per l'autorizzazione al funzionamento dei Centri Diurni per anziani", ha indicato due tipologie di Centri Diurni per anziani (1° e 2° livello) distinguendoli a seconda del più o meno elevato grado di compromissione cognitiva degli ospiti; sono stati pertanto individuati, differenti parametri di personale e di costo stabilendo due rette giornaliere pari a € 29 per il 1° livello ed € 39 per il 2°.

All'interno del Piano di Zona 2002/2004 e nel successivo aggiornamento al 31/03/2003 nella sezione relativa all'area anziani, si è indicata l'attivazione di un Centro Diurno presso alcuni locali dell'ex IPAB "**Infermeria Conte Canevaro**" di Zoagli già Residenza Protetta per anziani: a partire dal 22/12/2003 è funzionante sulla mezza giornata un Centro Diurno zonale accreditato con la A.S.L. 4

“Chiavarese” per n. 5 posti di 1° livello e n. 5 posti di 2°. Al 31/03/2003 gli ospiti frequentanti sono n. 5; a breve termine avverrà la messa a regime sull’intera giornata.

La A.S.L. 4 “Chiavarese” sostiene il 50% della retta giornaliera; la Zona Sociale n. 3, per il primo anno di sperimentazione, coprirà l’intero costo del servizio trasporto degli ospiti (affidato ad una P.A. locale) e parte della retta giornaliera per tutti gli ammessi; i Distretti Sociali provvederanno ad integrare l’ulteriore quota scoperta qualora l’ospite non ne abbia la possibilità.

- b) *Potenziamento posti letto accreditati in Zona in accordo con la A.S.L. 4* (progetto in corso).

A partire dal 15/12/2003 sono stati accreditati n. 10 nuovi posti sul Territorio della Zona e precisamente presso la Residenza Protetta “Infermeria Conte Canevaro” di Zoagli. A partire invece dal 1° gennaio 2004 sono stati accreditati ulteriori 6 posti presso la Residenza Protetta “Infermeria Conte Canevaro” e n. 10 posti presso la Residenza Protetta “Villa Attilia” a S. Margherita L.

- c) *Potenziamento dell’Assistenza Domiciliare* (progetto in corso)

Il Comune di Rapallo, capofila di Distretto Sociale n° 80 ha affidato ad una cooperativa la gestione di una parte del servizio di Assistenza Domiciliare con il conseguente potenziamento del servizio già esistente; in particolare è stato esteso l’orario anche nei giorni festivi e nelle ore notturne. Il numero di utenti è passato da n. 128 nel 2002 a n. 180 nel 2003 di cui n. 23 in A.D.I.

Per quanto riguarda il Comune di S. Margherita L., capofila del Distretto Sociale n. 79, non si è provveduto al potenziamento delle ore, ma si è esteso il servizio anche nel Comune di Portofino.

- d) *Assegno di cura familiare* (progetto in corso)

In sede di Conferenza di Zona è stato approvato il regolamento relativo all’erogazione

dell’Assegno di cura familiare, strumento volto a sostenere economicamente le famiglie che assistono a domicilio anziani non autosufficienti senza fare ricorso al ricovero in Residenza Protetta. L’erogazione dell’assegno di cura deve essere preceduta da un progetto redatto da parte dell’Assistente Sociale distrettuale in collaborazione con il geriatra della Asl e con la famiglia tutor: in particolare nel contratto assistenziale vengono delineati l’impegno della famiglia a prendersi cura dell’anziano con il consenso, laddove possibile, dell’anziano stesso e le attività assistenziali che la famiglia deve svolgere. Trimestralmente l’Assistente Sociale provvederà ad effettuare le verifiche sull’andamento del progetto d’intervento che potrà essere sospeso o revocato qualora si evidenziasse la scarsa o inesistente collaborazione della famiglia.

Ad oggi sul Territorio della Zona sono stati attivati n° 13 assegni di cura familiare, tutti all’interno del Distretto Sociale n. 80.

- e) *Definizione di protocolli operativi con la A.S.L. 4 per il funzionamento dell’UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) e dell’Assistenza Domiciliare Integrata* (progetto in fase di attivazione).

Ci sono stati alcuni incontri con il responsabile del Dipartimento della A.S.L. 4, ma ad oggi non si è definito ancora alcun protocollo.

- f) *Indagine epidemiologica per anziani non autosufficienti* (progetto non attivato).

- g) *Rinforzo attività di sostegno del Centro Sociale Comunale per anziani di Rapallo* (progetto in corso)

Si è provveduto all’ampliamento delle ore di presenza dell’animatore presso il Centro Sociale Comunale di Rapallo, nonché si è garantita una presenza maggiore dell’Assistente Sociale.

### Area “Minori” (segue aggiornamento)

Secondo quanto indicato dall’art.30 della nostra Costituzione è la famiglia il luogo privilegiato dove il minore deve essere educato, mantenuto ed istruito, ma con la riforma del Diritto di famiglia essa viene ad assumere, nel diritto così come culturalmente, una maggiore importanza.

Viene infatti intesa non solo come luogo dell’accudimento, ma soprattutto diventa l’ambito all’interno del quale il minore comincia ad instaurare le prime relazioni, a percepire la differenziazione tra sé e gli altri, ad intuire che esiste una realtà esterna a sé.

E’ proprio in questo contesto che si realizza l’apertura del soggetto verso le altre formazioni sociali, la maturazione della volontà e del senso critico, nonché la capacità giuridica di godere dei diritti civili e politici che lo caratterizzano come cittadino.

E’ per tale motivazione che la tutela dei minori e della famiglia sono diventati in questi ultimi anni prioritari e punto di riflessione, infatti con il cambiamento della struttura familiare, da allargata a nucleare, e con il modificarsi dei ruoli assunti all’interno di essa, sono emersi una serie di esigenze di sostegno multifattoriale alla famiglia ed in particolar modo al minore, soggetto questo che deve essere protetto sempre più dai pericoli esterni alla famiglia ma anche, e soprattutto da quelli che si vengono a creare all’interno della stessa.

Gli indirizzi del *Piano Triennale dei Servizi Sociali regionale* sono:

- misure di sostegno alle responsabilità genitoriali
- forme di sostegno per la conciliazione tra responsabilità familiari e lavoro
- agevolazioni e misure di sostegno economico
- forme di agevolazione e sostegno delle famiglie con figli minori in caso di particolare carico di cura
- realizzazione di servizi per la prima infanzia
- offerta spazi gioco fascia 0-3anni
- luoghi di gioco guidato per favorire socializzazione, tolleranza...
- misure di incentivazione dell’affido familiare
- servizi di tipo prescolastico
- servizi di sostegno, cura, recupero psico-sociale di vittime di abusi
- sostegno psicologico e sociale per nuclei familiari a rischio di comporti violenti
- strutture di accoglienza per donne con figli
- consolidare e dare organicità ai servizi per minori già presenti
- promuovere idee ed iniziative anche sperimentali per la conoscenza dei bisogni giovanili.

Nel Territorio della nostra Zona dove i *minori* sono n. **5.428** su n. **42.905** abitanti quindi il 12,5% circa, si è riscontrata la necessità di lavorare con i genitori con modalità di sostegno ed attività facilitative della comunicazione con i figli e con i ragazzi sull’informazione e l’aggregazione.

Vengono evidenziate le seguenti priorità rispetto a quest’area:

- a) Attivazione progetto sovrazonale per adozione nazionale ed internazionale di formazione ed informazione nel Territorio dell’intera A.S.L. 4 (già costituiti gruppo di lavoro regionale e gruppo di lavoro zonale).

Budget finanziario regionale: € 41.547,86 (L. 80.440.124). Progetto in via di attuazione.



- b) Avanzamento dei due progetti distrettuali già programmati ed approvati con specifico *Piano di Zona 2000/2002* (L. 285/97) e relativi all'attivazione, potenziamento di "Spazio gioco " e di Centri di aggregazione giovanile con attivazione entro il 2002 di incontri di educazione alla legalità nelle scuole con operatori del Centro di Giustizia Minorile.

*Budget finanziario regionale:*

Distretto Sociale n. **79**: € 14.321,12 (L.27.729.555)

Distretto Sociale n. **80**: € 41.192,60 (L.79.760.000)

- c) Riattivazione progetto affido (progetto zonale già attuato in passato) con:
- incontri con i medici pediatri
  - incontri con gruppi di coordinamento affido
  - campagna promozionale
  - incontri con le famiglie

Utenti - famiglie della Zona-Minori

Obiettivi - reperimento famiglie disponibili ad accogliere temporaneamente i minori - possibilità al minore di assentarsi dalla famiglia per un periodo di tempo limitato così da permettere ai genitori, con il sostegno dei servizi sociali, di rimuovere le condizioni che hanno causato l'allontanamento.

- d) Attivazione di un "gruppo di coordinamento" tra operatori dei Comuni e della A.S.L. 4 quale momento di confronto e di integrazione sia per le singole situazioni che per problematiche più generali
- e) Protocollo d'intesa disciplinante il funzionamento del gruppo di coordinamento e l'accesso dei casi ai servizi
- f,g) Revisione convenzioni vigenti (A.S.L. 4 con Comune di Rapallo e S. Margherita Ligure) per funzioni socio-assistenziali relative a richieste sociali e valutazioni psicologiche per casi di separazione, divorzio, adozioni
- h) Mantenimento del coordinamento ed integrazione con la A.S.L. 4 per la realizzazione del "progetto immigrati" L. 40/98 (organizzazione incontri con famiglie - educativa per madri ecc.)
- i) Prosecuzione progetto Sostegno Educativo Adolescenti per orientamento lavorativo in collaborazione con la Provincia
- j) Prosecuzione collaborazione con A.S.L. 4 per attuazione progetto "In rete 2000", "In rete 2002" per la parte relativa agli adolescenti
- k) Copertura finanziaria della retta per l'inserimento residenziale di minori affidati dal Tribunale
- l) Adeguamento delle risorse finanziarie da destinare agli affidi educativi ed alla residenzialità per il Distretto sociale n.80.

***Quota finanziamento regionale - Anno 2002:***

(mantenimento+potenziamento)

Distretto **sociale** n. **79**: € **93.049,82** ( L. 180.169.575)

Distretto **sociale** n. **80**: € **295.193,04** ( L. 571.573.428)



**Aggiornamento** (al 31-3-2004) *area “Minori”*:

a) *Progetto sovrazonale per adozione nazionale ed internazionale di formazione e informazione* (progetto in corso)

Il progetto, finanziato e coordinato dalla Regione Liguria, ha determinato la costituzione di un gruppo di lavoro a livello regionale ed uno a livello zonale ed ha portato alla programmazione e realizzazione di un corso di formazione regionale che ha visto coinvolti operatori del settore sia sociale che sanitario.

Attualmente il gruppo regionale sta lavorando alla stesura di un manuale che possa diventare uno strumento di facile consultazione, ma anche divulgativo e di richiamo.

Il Comune di Rapallo, capofila di Zona, risulta destinatario di un fondo regionale per il Territorio dell'intera A.S.L. 4, destinato a sostenere la quota di spesa, pari ad un quinto, per la realizzazione del corso, del manuale e delle altre eventuali iniziative indicate dalla Regione fino all'esaurimento del fondo stesso.

b) *Progetti ex L. 285/97* (progetti conclusi ed in prosecuzione)

Sono giunti al termine i due progetti distrettuali ricompresi nel Piano Territoriale Triennale di Intervento anni 2000/2002 relativi all'attivazione e al potenziamento di “Spazi Gioco” e Centri di Aggregazione Giovanile (C.A.G.). Di seguito lo stato attuale degli interventi.

Distretto Sociale n. 79 (S. Margherita L. – Portofino) :

- il C.A.G. è diventato un servizio consolidato dell'Ente e pertanto sostenuto con finanziamenti locali;
- le attività del C.A.G., svolte da un'équipe di 7 educatori, di cui uno referente, sono tornei sportivi, laboratori, gite, proiezioni di film, attività musicali; progetto sulla genitorialità
- gli iscritti al C.A.G. nell'anno 2003 sono stati n. 120;
- è stata anche incentivata la presenza di ragazzi tra i 12 e i 15 anni, obiettivo posto precedentemente.

Rispetto al “gruppo di coordinamento” tra operatori dei Comuni e della A.S.L. 4, il relativo Protocollo Distretto Sociale n. 80 (Rapallo-Zoagli)

- il C.A.G. di Rapallo ha visto n.110 iscritti con un'età media intorno agli anni 14 ed una frequenza giornaliera di 15/20 per pomeriggio;
- lo “Spazio gioco”: Ludoteca “Il mondo delle nuvole” di Rapallo vede una frequenza media di circa 20 minori per pomeriggio e offre anche uno sportello per i genitori;
- “Giochincontro” a Zoagli ha visto l'Iscrizione di 32 bambini ed una frequenza media di 20 minori.

c) *Progetto “Promozione Affidato Familiare”* (progetto in corso)

Il progetto elaborato dal gruppo tecnico zonale mirava alla realizzazione di una Campagna Promozionale dell'Affido Familiare, con l'obiettivo di sensibilizzare la cittadinanza e di creare una banca dati di famiglie disponibili all'affido. Sono state contattate le scuole elementari e medie del Territorio a cui è stata chiesta collaborazione per la realizzazione di disegni ed elaborati a tema da utilizzare come materiale promozionale. Tra i disegni pervenuti uno è stato scelto per la realizzazione di un manifesto da affiggere presso scuole, parrocchie, associazioni, etc. come strumento di diffusione delle iniziative organizzate dal gruppo tecnico.

Sono state organizzate anche due manifestazioni presso le Sale Consiliari dei Comuni di Rapallo e S. Margherita L. per l'esposizione degli elaborati (disegni e temi) dei bambini e per presentare il progetto; in tale occasione gli operatori hanno potuto incontrare le persone interessate all'argomento e raccogliere i nominativi per mantenere i contatti e continuare, in modo più dettagliato, la campagna informativa.

- d), e), f), g) Sono poi iniziati i contatti con tutte le agenzie del Territorio che lavorano con i minori e/o con le famiglie (es. Parrocchie, Associazioni di settore, ecc.), per organizzare una serie di incontri più specifici e capillari per chi desiderasse saperne di più, incontri che sono in corso d'Intesa e la revisione delle convenzioni vigenti (A.S.L. 4 con Comune di Rapallo e S. Margherita Ligure) per funzioni socio-assistenziali (richieste sociali, valutazioni psicologiche per casi di separazione, divorzio, adozioni), ad oggi non si è ancora attivato niente.
- h) *Coordinamento e integrazione con A.S.L. 4 per "progetto immigrati" ex L. 40/98* (progetto non attivato).  
Nell'anno 2003 non sono continuati il coordinamento e l'integrazione con la Asl per il "progetto immigrati" ex L. 40/98.
- i) *Progetto Sostegno Educativo Adolescenti (S.E.A.) del Distretto Sociale n. 80* (progetto prorogato).
- j) *Collaborazione con il Dipartimento delle dipendenze per l'attivazione del progetto "In rete 2003"* (progetto in prosecuzione).
- k) *Copertura finanziaria della retta per l'inserimento residenziale di minori affidati dal Tribunale* (prosecuzione)
- l) Sono state adeguate le risorse finanziarie da destinare agli affidi educativi ed alla residenzialità per il Distretto Sociale n. 80. Prosegue l'affidamento in appalto ad una cooperativa per la fornitura di educatori; sono stati inoltre assunti a tempo determinato dal Comune di Rapallo n. 3 educatori.

Sono stati attivati due *nuovi progetti* con fondi pervenuti dalla Regione Liguria ed esattamente:

"Progetto per la prevenzione di abuso e maltrattamento di minori" – ex L. 269/99 -

Progetto sovrazonale a livello di ambito territoriale Asl

Un gruppo tecnico sovrazonale (operatori del Dipartimento delle Dipendenze, del Consultorio e delle Zone Sociali) ha lavorato per la stesura di un progetto articolato in: elaborazione di un programma per un corso di formazione su maltrattamenti e abuso all'infanzia destinato ad operatori scolastici, operatori sociali, operatori sanitari, forze dell'ordine, terzo settore e operatori del Tribunale dei Minorenni al fine di sviluppare capacità di osservazione degli operatori per poter individuare i fattori di rischio e i segnali di disagio relativi al fenomeno; costituzione di un gruppo operativo di riferimento (a livello sovrazonale) rappresentato dalla rete dei Servizi Specialistici Istituzionali nonché di eventuali gruppi di lavoro territoriali all'interno delle Zone per proporre temi formativi di approfondimento.

Il corso, articolato in 5 giornate formative, si è già concluso.

Progetto Liguria Famiglie - La Regionale Liguria con Delibera di Giunta Regionale n. 930 del 01/08/2003 “Indirizzi regionali per una politica a favore dell’infanzia e della famiglia: Progetto Liguria Famiglie”, ha approvato la destinazione di fondi alle Zone Sociali per:

- adeguamenti e ristrutturazione di Asili Nido già esistenti ed operanti;
- la realizzazione di servizi innovativi integrativi al nido per la prima infanzia (bambini da 0 a 3 anni).

Per quanto concerne i fondi destinati agli Asili Nido la Conferenza di Zona Sociale n. 3 ha provveduto a definire criteri e modalità per l’attribuzione del contributo ai due Asili Nido del Territorio e cioè quello del Comune di S. Margherita Ligure e quello del Comune di Rapallo.

Per quanto riguarda i Servizi Innovativi Integrativi si è provveduto ad elaborare un progetto zonale approvato e finanziato dalla Regione Liguria, articolato in due parti, una inerente i servizi da attivare per tutto il Territorio della Zona (3 moduli di mamma accogliente, 1 modulo di educatrice familiare, 1 modulo di educatrice domiciliare e “Asilo con le rotelle”) l’altra per i servizi da attivare per i singoli Distretti (“L’isola che non c’è” area morbida 0-3 anni per il Distretto Sociale n. 79 e “Club delle mamme” per il Distretto Sociale n. 80). La realizzazione dell’ “Asilo con le rotelle”, nonché la prevista formazione della “mamma accogliente”, l’aggiornamento dell’ “educatrice familiare”, dell’ “educatrice domiciliare” e la promozione di questi nuovi servizi sono stati affidati ad una cooperativa già operante sul Territorio e nel settore (il progetto è in fase di attivazione).

### **Si è avviata una *collaborazione* con il “Villaggio del Ragazzo”**

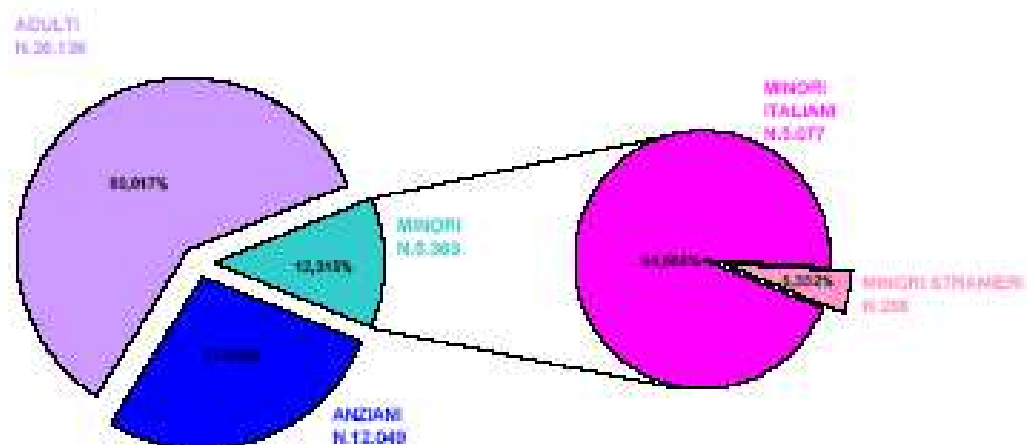
#### **di San Salvatore di Cogorno destinatario di fondi regionali (Art.14 L.R.23/80)**

Nel 2003 una Psicologa ed una Pedagogista presso le scuole elementari di Rapallo hanno attivato uno sportello di consulenza psicopedagogica per docenti aperto una volta alla settimana da ottobre 2002 a maggio 2003 per circa 10 ore settimanali; i docenti che ne hanno usufruito sono stati 22. Sono stati avviati anche due incontri alla fine del percorso; uno con i docenti coinvolti e l’altro con docenti e genitori. Inoltre è stato aperto uno sportello di consulenza per genitori sempre presso le scuole elementari di Rapallo; una Psicologa interviene una volta alla settimana alternando attività di sportello e consulenza su appuntamento.

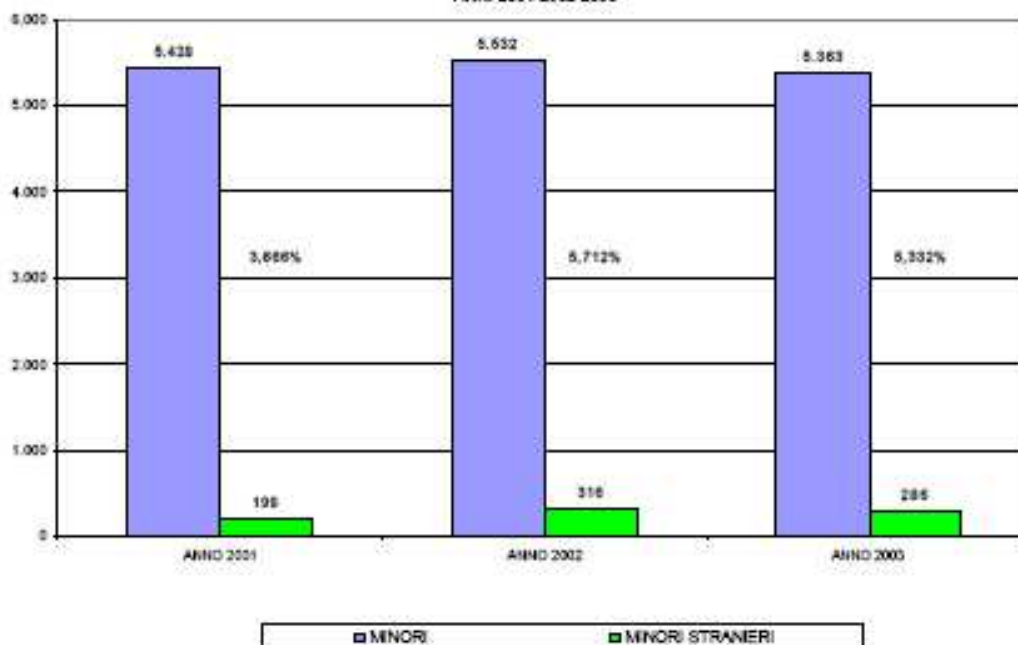
Allievi di scuole elementari e medie di Rapallo, Zoagli e Santa Margherita Ligure hanno partecipato ai percorsi di laboratorio che si sono svolti presso il Villaggio del Ragazzo nei seguenti ambiti: “*bottega del fabbro*”, “*bottega del falegname*”, “*laboratorio di elettronica*”, “*laboratorio di informatica e studio televisivo*”.

I percorsi della durata di una mattinata o di una giornata intera erano finalizzati anche alla scoperta di attitudini, di interessi, di capacità manuali e organizzative.

INCIDENZA DEI MINORI SULLA POPOLAZIONE DELLA ZONA E  
DEI MINORI STRANIERI SUI MINORI AL 31-12-2003



RAFFRONTO INCIDENZA MINORI STRANIERI SU TOTALE MINORI  
ANNI 2001-2002-2003



Discreta tendenza all'aumento delle presenze di minori stranieri, con un picco elevato nell'anno 2002 (numero medio delle presenze pari al 4,9%)

### Area “Disabili” (segue aggiornamento)

Con il termine disabile viene comunemente individuata una persona affetta da una qualche insufficienza, impedimento, svantaggio rispetto ad uno standard culturalmente e socialmente condiviso.

La storia della disabilità ci permette di evidenziare i progressi dal punto di vista sociale e le conquiste da un punto di vista culturale e giuridico che tale categoria di persone ha ottenuto negli anni, da soggetti emarginati e senza diritti, negli anni '50 (periodo della separazione-chiusura) a “persone” riconosciute come portatrici di diritti all'integrazione, ai mali sociali attivi, ad una dignitosa qualità della vita (periodo della pratica dell'integrazione). In quest'ultima fase, quella attuale, vengono dati legislativamente degli indirizzi per la nascita e il consolidamento di servizi a sostegno dell'integrazione con particolare riferimento all'inserimento nella scuola dell'obbligo, ma anche nella formazione professionale e nel lavoro.

Gli indirizzi del *Piano Triennale regionale* sono:

- Individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica e psichica;
- Sviluppo di servizi di assistenza a domicilio
- Sviluppo di piani di apprendimento e recupero di capacità per la gestione della vita quotidiana
- Misure volte a consentire ai disabili una vita di relazione e sociale il più possibile piena ed indipendente (es. mezzi di trasporto)
- Soluzioni residenziali di emergenza o di sostegno domiciliare per necessità temporanee ed imprevedibili
- Sviluppo di centri diurni
- Misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo per disabili non gravi
- Sperimentazione di programmi di assistenza, anche in forma indiretta ed autogestita, per la vita indipendente delle persone non autosufficienti.

I disabili residenti nei Comuni della nostra Zona sono n. **245** con una predominanza di patologie psichiche (N. 95) e motorie (N. 66) (dati aggiornati con censimento condotto dalla A.S.L. 4 nel 1998/1999).

Secondo i bisogni evidenziati dal Territorio l'esigenza prioritaria è quella di evitare l'isolamento e l'emarginazione di questa categoria di persone, soprattutto di coloro che per impedimenti fisici e psichici sono nell'incapacità di autogestirsi e di usufruire di alcuni servizi pubblici (es. trasporto) e soprattutto di fornire sollievo alla famiglia che ha, quasi sempre, in carico il maggior onere assistenziale.

La Zona, insieme al Dipartimento della A.S.L. 4 e dopo la consultazione della locale Sezione dell'A.N.F.F.A.S. e della Consulta del Tigullio per i problemi dei portatori di handicap, individua questi interventi prioritari:

a) Attivazione progetto sperimentale di Zona per “celebrolesi”:

Utenza - N. 3 persone (da individuare da parte di un gruppo tecnico misto-operatori sociali comunali e neuropsichiatria della A.S.L. 4) che a causa di trauma cranico o in conseguenza ad esiti di patologie cerebrali gravi acquisite abbiano subito una alterazione permanente dello stato di coscienza e che necessitino di un intervento di assistenza domiciliare permanente e continuativo;

Obiettivi specifici - Sostenere la famiglia che vive al proprio interno questa situazione di disagio; andare ad individuare se tale progetto sperimentale possa in futuro diventare una risorsa da consolidare.

Risultati attesi - Miglioramento della gestione quotidiana di questi pazienti da parte dei familiari; possibilità che questi soggetti vengano accuditi dai propri familiari nel proprio ambiente di vita.

Ubicazione - domicilio della persona

Progetto - da definire ed attivare

Costo di attuazione - € 13.675,78 (L. 26.480.000)

- b) Attivazione da parte della locale Sezione A.N.FF.A.S. di una “Casa Famiglia”:

Utenza - n. 6-8 disabili con patologie più lievi

Obiettivi specifici - Creare una struttura residenziale in cui queste persone possano sviluppare o almeno mantenere le capacità gestionali individuali residue; creare una struttura che permetta la socializzazione e limiti l’esclusione dal tessuto sociale di tale tipologia di utenti

Risultati attesi - Reinserimento sociale dei soggetti meno gravi grazie ad una gestione di tipo familiare; mantenimento della capacità individuali; acquisizione di una modalità di convivenza con altri soggetti

Ubicazione - In struttura individuata dall’A.N.FF.A.S. in Rapallo.

Progetto e costi di attuazione - In via di definizione da parte dell’ANFFAS con la A.S.L. 4 e la Regione Liguria.

- c) Aggiornamento e potenziamento funzionamento ufficio sovrazonale della A.S.L. 4 “Informa Handicap” in collaborazione con i Servizi Sociali distrettuali

Utenza - Tutti i disabili che necessitano di informazioni

Obiettivi specifici - Creare un punto di informazione in rete sul Territorio e di supporto nello svolgimento di pratiche riguardanti il disabile

Risultati attesi - Maggiore informazione e conoscenza dei diritti e dei servizi di cui questi soggetti possono essere fruitori

Ubicazione Rapallo-Sede Servizi della A.S.L. 4 - Piazza delle Nazioni

Progetto e Costo di attuazione - Sono stati sostenuti dalla A.S.L. 4 con la collaborazione operativa (raccolta dati, informazioni, aggiornamento) dei Comuni

- d) Attivazione e funzionamento di una Unità di Valutazione Multidisciplinare

- e) Prosecuzione dell’Assistenza Domiciliare (L.162/98) per disabili gravi (progetto zonale già approvato ed attivato il cui budget è incluso nel totale dell’area)

- f) Protocolli d’intesa con il servizio disabili della A.S.L. 4 per individuare competenze e modalità operative rispetto a:

- assistenza scolastica

- modalità operative educatori comunali

- definizione tipologia di patologie

- definizione competenze assistenziali e competenze sanitarie

- g) Collaborazione e integrazione con la A.S.L. 4 per l’attivazione:

- Progetto “Aladino” per chi esce dalla formazione professionale

Utenza disabili di media gravità

Obiettivi specifici - mantenimento abilità di socializzazione e lavorative acquisite durante il percorso di integrazione legate alla formazione. Progetti polintegrati (sono previsti progetti mirati per ogni singolo utente)

### ***Quota finanziamento regionale - Anno 2002:***

(mantenimento+finanziamento)

Distretto sociale n. 79: € 12.996,52 (L. 25.164.772)

Distretto sociale n. 80: € 42.324,17 (L. 81.951.021)



**Aggiornamento** (al 31-3-2004) *area “Disabili”*:

- a) *Progetto obiettivo a favore di famiglie con disabili gravi con riferimento anche ai cerebrolesi* (progetto in fase di attivazione)

È stato costituito un gruppo tecnico di lavoro a livello zonale (Zona - Distretti Sociali - Asl) che ha provveduto a chiedere chiarimenti alla Regione Liguria ed a concordare con le Associazioni di categoria presenti sul Territorio (ANSIIE e Consulta portatori di Handicap del Tigullio) i criteri di accesso al servizio. Successivamente alla pubblicizzazione ad alla raccolta delle domande si è provveduto alla loro valutazione e quindi alla stesura di una graduatoria di priorità. Il fondo regionale destinato alla nostra Zona ha permesso di fornire risposta a 5 situazioni. Il servizio è tuttora in corso.

- b) *Attivazione di una Casa Famiglia da parte della locale sezione ANFFAS* (progetto in fase di attivazione)

L'immobile destinato a “Casa Famiglia”, acquistato dalla locale sezione ANFFAS è stato sottoposto ad interventi di ristrutturazione e adeguamenti per la messa a norma; è stato adeguatamente arredato ed è in attesa di ottenere l'autorizzazione al funzionamento come Comunità Alloggio destinata ad ospitare n° 7 disabili che per motivi legati al decesso dei genitori o per l'impossibilità degli stessi a continuare a prendersi cura di loro, non possono più rimanere a vivere nel proprio domicilio.

Sono stati necessari numerosi incontri tra la Zona Sociale, la A.S.L. 4 e l'A.N.F.F.A.S. per definire l'esatta tipologia della struttura e dei livelli essenziali di assistenza. Anche con l'intervento dei funzionari regionali si è definita una retta giornaliera pari a € 80 di cui € 50 a carico della Asl. Una Unità di Valutazione Multidisciplinare provvederà a valutare le ammissioni ed a mantenere aggiornata la lista d'attesa.

- c) *Aggiornamento e potenziamento InformaHandicap* (progetto in corso)

A seguito dell'attivazione a Rapallo dello sportello informativo per disabili (valenza sovrazonale ossia per tutto il Territorio della Asl), il gruppo tecnico di lavoro, costituito da operatori della Asl e delle Zone, ha continuato ad incontrarsi, ogni tre mesi circa, per provvedere agli aggiornamenti del sito web. È in fase di studio l'ipotesi di affiggere materiale cartaceo, presso le bacheche dei Comuni capofila di Zona e dei servizi Asl, recante alcuni degli avvisi più importanti e di maggiore interesse, al fine di dare più visibilità e diffusione per chi non ancora accede al sito web.

- d) *Attivazione e funzionamento Unità di Valutazione Multidisciplinare* (progetto non attivato)

**La Conferenza di Zona Sociale n. 3 - “Tigullio Occidentale”, la Consulta per i problemi dei portatori di Handicap e la Tigullio Trasporti S.p.A. hanno sottoscritto un Protocollo d'Intesa impegnandosi, ognuno per la parte di competenza, ad operare per l'abbattimento degli ostacoli che impediscono o riducono la possibilità di mobilità dei cittadini, a partire dalla piena accessibilità agli autobus di linea.**

A seguito di tale sottoscrizione, sono stati effettuati dei sopralluoghi da tecnici incaricati per verificare l'adeguatezza delle varie fermate di linea sulle direttrici principali al fine, ove necessario, di adeguarle alle piattaforme dei nuovi autobus. In particolare ad oggi sono state adeguate diverse fermate nella principale direttrice che va dal Casello autostradale di Rapallo fino al Covo di Nord Est a S. Margherita L.

**Inoltre si è provveduto a segnalare adeguatamente i bus e le fermate accessibili alle persone disabili.**

**Attualmente è allo studio un progetto di trasporto su chiamata.**

### Area “Tossicodipendenze” (segue aggiornamento)

Diversamente da quanto è stato possibile fare per le altre aree, per questa non si può stabilire quanti soggetti tossicodipendenti sono residenti nel Territorio della Zona.

È significativo cercare di evidenziare qual è il target e quali sono i fattori che inducono i soggetti ad avvicinarsi alla dipendenza andando ad individuare, come la Zona ha già fatto attraverso una prima fase di un progetto in collaborazione con il Dipartimento per le tossicodipendenze, quali siano le zone di maggior rischio sul Territorio per poter definire un progetto specifico di prevenzione.

*Il problema delle tossicodipendenze non nasce mai come problema isolato, ma come conseguenza e causa di problemi sociali, psicologici ed economici che richiedono alla società una risposta adeguata sia in termini di riduzione del danno che in termini di prevenzione.*

*La società ed in particolar modo le istituzioni e le associazioni di volontariato sono chiamati a farsi carico, come promotori, di iniziative di prevenzione e di reinserimento sociale dei soggetti coinvolti in tali problematiche.*

Gli indirizzi a livello regionale su tale area sono:

- Caratterizzare il ruolo del Comune nelle azioni di inclusione di questi soggetti attraverso i progetti di cui alla L.45/99
- Formazione e informazione ai giovani sulle responsabilità personali nel considerare gli stupefacenti
- Sostegno alla famiglia e alla scuola per azioni preventive
- Interventi di informazione sugli effetti nocivi
- Promozione di interventi che propongano modelli giovanili di rifiuto delle sostanze
- Riqualificazione del tessuto sociale ed urbano offrendo opportunità di aggregazione
- Misure per la costruzione di relazioni di fiducia fra generazioni per sviluppare senso di appartenenza attraverso la promozione della loro diretta partecipazione a costruire politiche giovanili.
- La Zona, come indicato dalla Regione, focalizza la sua attenzione e concentra le sue azioni sulla prevenzione nella fase giovanile, attraverso dei progetti in collaborazione con la A.S.L. 4.

In collaborazione con il Dipartimento delle Tossicodipendenze ed in particolare con le Cooperative “Villaggio del Ragazzo” e la “Fattoria”, i Comuni della Zona hanno individuato al proprio interno queste azioni prioritarie:

- a) Prosecuzione progetti “In rete 2000” e “In rete 2002” della A.S.L. 4 (mappatura - iniziative varie: educativa di strada, “tracce di musica”, giornata AIDS) con attività di prevenzione presso le discoteche.

Utenti - Adolescenti e giovani adulti

Obiettivi specifici - Conoscenze delle modalità di interrelazione e coinvolgimento tra gruppi adolescenziali e risorse testate

- Un sempre più diretto contatto con i ragazzi grazie all’acquisizione degli strumenti necessari per poter programmare interventi di educativa di strada via via più mirati, a seconda del bisogno emerso
- organizzazione, con partecipazione diretta dei ragazzi alla gestione di iniziative di socializzazione, ludiche o sportive dei quali possano essere protagonisti i gruppi spontanei
- monitoraggio della realtà giovanile con particolare riguardo ai territori periferici per un lavoro capillare di prevenzione ed informazione rispetto all’uso di sostanze stupefacenti, sostanze psicostimolanti e all’abuso di alcool.

Risultati attesi

- maggiore responsabilizzazione e conoscenza dei problemi legati alla tossidipendenza.
- minor abuso di sostanze

Ubicazione Territorio della Zona.

Progetto e Costo di attuazione a carico della A.S.L. 4:

- b) Attivazione progetto "EQUAL" della A.S.L. 4 ad integrazione progetti "In rete 2000", "In rete 2002" con potenziamento servizio informatico reso con educatori su camper e teso anche all'inserimento lavorativo
- c) Attivazione di un "gruppo operativo" di Zona per il coordinamento locale delle attività e delle iniziative varie, oltre al coordinamento di Zona già istituito
- d) Intesa tra i Comuni e A.S.L. 4 e protocollo operativo per meglio individuare le patologie per il problema della doppia diagnosi
- e) Attivazione "Assegno di Socializzazione e Formazione" per reinserimento sociale alla fine del percorso terapeutico in comunità (L. 200.000/250.000 mensili).

Utenti tutti gli utenti che sono a 6 mesi dalla fine della comunità

Obiettivi specifici permettere una lenta risocializzazione con la gestione di un minimo economico.

Risultati attesi capacità di gestione delle risorse economiche

- f) Attivazione ed incentivazione "Borse Lavoro" leggere (£. 450.000/500.000 mensili).

Utenti soggetti inseriti in comunità

Obiettivi specifici reintegrare il soggetto nella società secondo un modello di "borse lavoro" che non sia per lui troppo rigido inserimento nel Territorio di provenienza

Risultati attesi recupero della gestione di una parziale autonomia-adequamento alle regole ed ai rapporti di dipendenza sul lavoro

- g) Collaborazione per l'attivazione di "Appartamenti protetti", da parte della A.S.L. 4, per il reinserimento dopo l'uscita dalla comunità.

Utenti soggetti uscenti da comunità con percorso positivo

Obiettivi specifici "accompagnamento seguito" dei soggetti ancora deboli per un inserimento nel tessuto sociale

- evitare quanto più possibile ricadute cercando di integrare sul proprio Territorio tali soggetti

- limitare la coltre di silenzio intorno a tali soggetti

Risultati attesi reinserimento totale dei soggetti nel loro ambiente.

- h) Collaborazione per l'attivazione, da parte della A.S.L. 4, di risposte per l'ospitalità notturna e l'emergenza.

***Quota finanziamento regionale - Anno 2002:***

(mantenimento+potenziamento)

Distretto **sociale** n. **79**: € **10.275,13** ( L. 19.895.426)

Distretto **sociale** n. **80**: € **5.164,57** ( L. 10.000.000)

**Aggiornamento** (al 31-3-2004) *area “Tossicodipendenze”*:

- a) Progetto *“In rete 2003”* (progetto prorogato)  
Proseguono le attività del progetto sovrazonale *“In rete 2000”* e successive annualità (*“Tracce di Musica”*, *“Una festa per tutti” a Giacobiane, ...*), su cui sono impegnati il Dipartimento delle Dipendenze della A.S.L. 4 Chiavarese, le Comunità *“Villaggio del Ragazzo”* e *“La Fattoria”* e le tre Zone Sociali. Per quanto riguarda le attività di prevenzione svolte all’interno e all’esterno della discoteca *“Covo di Nord Est”* di S. Margherita L., a seguito della chiusura del locale, le attività stesse sono state sospese; le ore prima ad esse destinate sono state ridistribuite sugli altri servizi previsti dal progetto sovrazonale.  
Nell’**anno 2003**, a seguito del bando ex L.45/99 aperto dalla Regione Liguria per l’accesso a finanziamenti su presentazione di progetti, e a seguito della valutazione dei progetti pervenuti da parte di gruppi multidisciplinari locali costituiti a livello di ambiti Asl, il Consorzio Agorà è risultato destinatario di un finanziamento per la realizzazione di interventi sul Territorio della Zona Sociale n. 3.  
Il progetto presentato prevede l’utilizzo di un *“apino”* (motocarro a tre ruote) che possa facilmente spostarsi sul Territorio (raggiungendo anche i luoghi più periferici) per conoscere e monitorare il mondo giovanile, avvicinare i ragazzi, fornire informazioni, coinvolgere i giovani, facilitare la comunicazione. Tale mezzo verrà utilizzato per varie finalità: *“Ape Meccanica”*, *“Ludoape”*, *“Ape che informa”*.  
Le attività verranno svolte da un’équipe territoriale formata da educatori del Consorzio Agorà più un esperto di meccanica.
- b) Progetto *“EQUAL” - Unità Mobile* (progetto in corso) - Sul Territorio della Zona sono continuati gli interventi dell’Unità Mobile interattiva.
- c) *Gruppo tecnico operativo di Zona* (progetto prorogato)  
Continua il lavoro del gruppo tecnico operativo di Zona per il coordinamento locale delle attività.
- d,e,f) *Protocollo d’Intesa e operativo tra A.S.L. 4 e Comuni -Attivazione “Assegno di socializzazione e Formazione” per reinserimento sociale alla fine del percorso terapeutico in comunità - Attivazione ed incentivazione “Borse Lavoro leggere”* (progetti non attivati).  
Non essendo pervenute richieste in merito all’attivazione di assegni di socializzazione e formazione, né in merito a borse lavoro leggere, ad oggi non si è ancora provveduto all’attivazione di tali servizi, né alla stesura del Protocollo d’Intesa e operativo.
- g,h) *Collaborazione per l’attivazione di “appartamenti protetti” da parte della A.S.L. 4 - Collaborazione per l’attivazione, da parte della A.S.L. 4 di risposte per l’ospitalità notturna e l’emergenza* (progetti non attivati).  
Ad oggi non sono ancora stati attivati *“appartamenti protetti”* né risposte per l’ospitalità notturna e per l’emergenza.
- i) *“Ecologia della mente e dell’ambiente”* (progetto nuovo in fase di attivazione).  
A seguito del finanziamento regionale di fine anno pari a € 162.328,36 erogato per la programmazione di ulteriori interventi inerenti il settore delle tossicodipendenze, è stato elaborato il progetto *“Ecologia della mente e dell’ambiente”* da parte del *“Villaggio del Ragazzo”*, della Comunità Terapeutica *“La Fattoria”*, del Consorzio *“Tassano”* e del Consorzio Agorà (soggetti attuatori) in collaborazione con le Zone Sociali n. 1, n. 2 e n. 3 della A.S.L. 4 “Chiavarese”.

**La Zona sociale n. 1 “Tigullio Orientale”  
è stata individuata come “Referente” per tutte e tre le Zone della A.S.L. 4.**

Il progetto prevede per tutto il Territorio della Asl: l'attivazione di **15 borse lavoro**; l'avvio di *stage di formazione*; la *bonifica* di 3 zone del Territorio della A.S.L. 4 Chiavarese; l'accompagnamento alla ricerca del lavoro e dell'autoimprenditoria.

**Area “Salute Mentale”** (segue aggiornamento)

Anche per quest'area non è possibile determinare il numero di soggetti portatori di disturbi/patologie mentali. Il disturbo/patologia mentale va ad incidere in modo più o meno lieve sugli aspetti della vita quotidiana di questi soggetti e dei loro familiari, così da creare un'esigenza più o meno marcata di un sostegno proveniente dall'esterno, fino ad ipotizzare, nei casi più gravi, un totale affidamento a qualche struttura .

I Comuni della Zona rispondono già in parte alle richieste e ai bisogni emergenti da questa problematica, ma, per l'attuazione dei servizi maggiormente differenziati in base alle capacità mantenute dal soggetto, in una prospettiva progettuale a lungo e medio termine è necessaria l'adozione di modalità operative integrate tra le Amministrazioni Locali e la A.S.L. 4.

La Zona ha avvertito la dirompente necessità di inserire tra le priorità proprio l'integrazione tra i due servizi così da raggiungere un coordinamento di prestazioni e non una settorialità.

Gli indirizzi della Regione ai Piani di Zona sono:

- Individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica e psichica
- Sviluppo di servizi di assistenza a domicilio
- Sviluppo di piani di apprendimento e recupero di capacità per la gestione della vita quotidiana
- Misure volte a consentire ai disabili una vita di relazione e sociale il più possibile piena ed indipendente (es. trasporto)
- Soluzioni residenziali di emergenza o di sostegno domiciliare per necessità temporanee ed imprevedibili
- Sviluppo di centri diurni
- Misure di sostegno all'inserimento scolastico e lavorativo per disabili non gravi
- Sperimentazione di programmi di assistenza, anche in forma indiretta ed autogestita, per la vita indipendente delle persone non autosufficienti.
- La Zona, insieme al Dipartimento della A.S.L. 4 ed alla territoriale Associazione Ligure Famiglie Pazienti Psichiatrici, ha individuato sul proprio Territorio come prioritarie le seguenti azioni:
  - a) Collaborazione per la realizzazione del progetto “In giro per il mondo - Vivere alla giornata” e per la realizzazione del progetto “Una rete per la riabilitazione psichiatrica”

Utenti singoli e/o gruppi di utenti in carico alla struttura complessa Assistenza Psichiatrica

- utenti del Servizio Salute Mentale che necessitano di spazi di apprendimento, di competenze specifiche legate all'acquisizione di una accettabile soglia di abilità e risocializzazione, autonomia nella cura di sé e nelle uscite.

Obiettivi specifici - promozione della partecipazione degli utenti ad attività sportive, ricreative per stimolare le loro capacità residue

- mantenere e consolidare l'autonomia della persona
- promuovere il lavoro in rete tra i soggetti pubblici e del volontariato nell'ambito del Territorio della A.S.L. 4 sulla problematica del disagio sociale



- creare una nuova rete di operatori volontari per il sostegno domiciliare di utenti psichiatrici
- aiutare, nei casi in cui è presente il nucleo familiare, fornendo un sostegno concreto allo svolgersi della quotidianità, aprendo nuovi momenti liberi per gli utenti e per i familiari, che permettano di occuparsi delle loro esigenze
- divulgare informazioni e sensibilizzare sulle tematiche inerenti il disturbo psichico

Risultati attesi - Miglioramento / mantenimento delle capacità e funzioni residue

- migliore gestione di pazienti con disturbo psichico
  - creazione rete di servizi di supporto alla persona
- b) Definizione Protocolli d'intesa ( es.: per presa in carico situazioni, per inserimenti lavorativi, ecc.)
- c) Attivazione gruppo di coordinamento zonale (A.SL. 4 - Comuni )
- d) Collaborazione per la realizzazione del progetto “Centro di consultazione per l'adolescenza ed il disagio giovanile” che vede coinvolte oltre al Dipartimento Salute Mentale della A.S.L. 4 anche il Ser.T. ed il NOAC per: attivazione di centri di primo contatto formali ed informali presso i poli di aggregazione giovanile, nelle scuole ecc. con azione di filtro, invio all'Ambulatorio di Consultazione di Salute Mentale per:
- attività di educazione alla sessualità e all'affettività
  - attivazione ambulatorio di consultazione di Salute Mentale per l'adolescenza
- e) Attivazione agevolazioni tariffarie, erogazioni contributi economici per il trasporto, onde favorire l'accesso ai vari servizi (es. Centro Diurno della A.S.L. 4) ed alle varie attività organizzate (es. attività sportive, tornei, ecc.).

**Quota finanziamento regionale - Anno 2002:**  
(mantenimento+potenziamento):

Distretto **sociale n. 79:** € **10.275,13** ( L. 19.895.426)

Distretto **sociale n. 80:** € **5.164,57** ( L. 10.000.000)

**Aggiornamento** (al 31-3-2004) *area “Salute mentale”*:

- a) *Progetto “In giro per il mondo” - ri-vivere alla giornata* (progetto in corso).  
È proseguita la collaborazione e l'integrazione tra la Zona Sociale n. 3, il Dipartimento Salute Mentale della A.S.L. 4 e l'Associazione A.L.Fa.P.P. territoriale per l'attivazione del progetto sovrazonale (articolato in sei ambiti) mirato alla realizzazione di attività per il singoli e/o gruppi per il tempo libero, le serate, i fine settimana, i soggiorni estivi, lo sport.  
La fase esecutiva del progetto della durata di 30 mesi ha avuto inizio a gennaio **2002** ed è stata sostenuta con il finanziamento regionale con cui si è provveduto a coprire le spese del personale (educatori), delle attrezzature e delle attività.  
Al termine dei 30 mesi (giugno 2004) e quindi del finanziamento, la Zona Sociale n. 3, in base ad una rendicontazione semestrale delle presenze da parte del Dipartimento della Asl, interverrà sostenendo economicamente i costi delle attività per i soggetti partecipanti residenti nei Comuni della Zona stessa. Nel primo semestre **2003** *i partecipanti della Zona n. 3 sono stati n. 8* ed in particolare: n. **6** partecipanti alle attività organizzate per il *tempo libero* e per le serate; n. **3** partecipanti al gruppo di *pallavolo*; n. **5** partecipanti alle *vacanze estive*; n. **3** partecipanti ai *fine settimana*; n. **1** intervento individuale; **nessun** partecipante al *gruppo dei burattini “Su il sipario”*.



- b) Ad oggi risultano sottoscritti n. 2 Protocolli Operativi tra gli operatori della SCAP (Struttura Complessa Assistenza Psichiatrica) della A.S.L. 4 “Chiavarese”, dei Distretti Sociali e della Zona in materia di “Inserimenti lavorativi/borse lavoro in favore di soggetti affetti da patologia psichiatrica” ed in materia di “Criteri per accedere all’erogazione di agevolazioni tariffarie per il trasporto”: entrambi i protocolli definiscono in maniera comune e chiara le prassi operative.
- c) *Gruppo di coordinamento zonale (A.S.L. 4 - Comuni)* (progetto prorogato) Continua il lavoro del gruppo di coordinamento zonale formato da operatori Asl e operatori dei Comuni della Zona Sociale n. 3.
- d) *“Centro di consultazione per l’adolescenza e il disagio giovanile”* (progetto prorogato) Continua l’attività del Centro di consultazione giovanile avviato a Chiavari; tale Centro offre copertura su tutte e tre le Zone Sociali.
- e) *Agevolazioni tariffarie per trasporto* (progetto attivato).  
In riferimento al Protocollo Operativo di cui alla lett. b), gli utenti che nell’anno 2003 hanno usufruito delle agevolazioni tariffarie per i mezzi di trasporto sono n° 7 (tutti di Rapallo).
- f) *Apertura CAUP (Comunità Alloggio Utenza Psichiatrica) da parte del Dipartimento di Salute Mentale A.S.L. 4 “Chiavarese”* (progetto nuovo in fase di attivazione).  
Il Dipartimento di Salute Mentale ha programmato l’apertura di una CAUP, per l’ospitalità di persone in uscita da comunità terapeutiche; è già stata individuata la struttura che avrà una capienza di 6-8 posti; la finalità è il reinserimento sociale e l’incentivazione dell’autonomia personale e relazionale. Tale struttura avrà valenza sovrazonale e pertanto destinata ad ospitare persone provenienti dai Comuni di tutta la A.S.L. 4; si considera la possibilità di avviare in futuro una CAUP in ciascuna Zona.

**Area di “Contrasto alla Povertà e all’ Esclusione sociale”** (segue aggiornamento)

Anche per questa area non è possibile fare una stima di quanti tra gli abitanti della Zona si trovino in tale situazione, dal momento che la tipologia di persone che possono essere in esso incluse è vasta: dagli ex carcerati agli immigrati, dai soggetti dipendenti ai senza fissa dimora fino ad arrivare a soggetti in temporanea condizione di difficoltà. Certamente il fenomeno “extracomunitari “ va assumendo dimensioni sempre più importanti.

L’obiettivo che in generale la Regione indica è quello di attivare servizi e prestazioni a favore di tali soggetti così da garantire loro le condizioni minime adeguate per condurre una vita dignitosa, facendo sì riferimento alle competenze delle amministrazioni comunali, ma sostenendo la necessità, per dare risposte non frammentarie e occasionali, ma funzionali e progettuali di coinvolgimento del terzo settore.

Le difficoltà incontrate che portano un soggetto a vivere situazioni di povertà, spesse volte estreme, mancando delle più basilari risorse (es.: alloggio, alimenti) sono causate da situazioni di emarginazione da parte della società, e di un perpetuarsi di tale condizione che trae spesso parziale risoluzione tramite un reinserimento lavorativo del soggetto e attraverso un percorso di recupero delle capacità personali e relazionali all’interno di un progetto individuale di sostegno ed accompagnamento sociale e di formazione.

*Gli indirizzi della Regione per i Piani di Zona risultano:*

- Rilevazione delle condizioni di povertà a livello zonale con evidenziamento di aree critiche comunali
- Forme di collaborazione tra scuola e servizi sociali per prevenire l'evasione scolastica
- Servizi di accompagnamento sociale per persone fragili come prevenzione all'esclusione sociale
- Razionalizzazione delle forme di sostegno al reddito esistenti
- Sperimentazione di pacchetti contro la povertà
- Sperimentazione di contratti di inserimento in applicazione di misure europee sull'inclusione sociale.

**Aggiornamento** (al 31-3-2004):

**Area di “*Contrasto alla povertà e all'esclusione sociale*”**

- a) *Progetto “Interventi in favore di stranieri extracomunitari” - ex L. 40/98* (progetto in corso). È stato approvato il progetto zonale anno 2003 (fondi 2002) inerente gli interventi per le politiche migratorie. Al suo interno il progetto è articolato in differenti attività, alcune da avviare a livello di Zona, altre a livello di Distretto. Per quanto riguarda le attività di Distretto si tratta per lo più di prosecuzione degli interventi già avviati negli anni precedenti. Le attività zonali consistono invece in: avvio di un tavolo di collaborazione con tutte le Risorse del Territorio che si occupano concretamente dei *problemi legati all'immigrazione (Scuole, Forze dell'Ordine, Parrocchie, Associazioni di volontariato, Asl, sportelli informativi per immigrati,...)*; attività di sostegno degli “sportelli informativi” per immigrati già esistenti; servizio di mediazione culturale; rilevazione della consistenza numerica della presenza di stranieri regolari e non regolari. Il servizio di mediazione culturale e la rilevazione della consistenza numerica del fenomeno immigrazione sono stati affidati in convenzione all'Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere – C.I.S.L. Tigullio. Per quanto riguarda il *Distretto Sociale n. 80* è in fase di pubblicazione una Guida ai Servizi per gli immigrati.
- b) *Adeguamento risorse finanziarie per sostenere le necessità ed i bisogni primari* (prosecuzione su necessità)
- c) *Attivazione di soluzioni di ospitalità temporanea e per emergenze* Si veda lett. h) punto 2.
- d) *Rinforzo politiche attive del lavoro*  
Non sono ancora state sufficientemente rinforzate le politiche attive del lavoro.
- e) *Sperimentazione “Buoni Acquisto”* (progetto in corso)  
Nel Distretto Sociale n. 80 non sono ancora stati erogati buoni acquisto, poiché a seguito di problemi pratici nell'attivazione, è stato impossibile dare avvio al servizio. L'attivazione è prevista a breve.  
Nel Distretto Sociale n. 79 nell'anno 2003 (da marzo a dicembre) sono stati attivati per n. 9 utenti buoni acquisto pari a € 4.000,00; è previsto un potenziamento per l'anno 2004.
- f) *Consolidamento e collaborazione e coordinamento con la Provincia ed il Centro per l'impiego* (progetto in fase di attivazione)  
Il settore Servizi Sociali della Provincia, attraverso alcuni operatori e funzionari, ha preso contatti con le tre Zone Sociali dell'ambito della A.S.L. 4 richiedendo la visione dei Piani di Zona e la disponibilità per un confronto nella previsione di una futura collaborazione su diversi settori. Per quanto riguarda il Centro per l'impiego è stata rilevata una maggiore disponibilità e collaborazione anche in merito ad incontri con gli operatori dei Distretti.

- g) *Sp. In.-Tigullio (Sportello informativo - integrazione detenuti)* (progetto nuovo in fase di attivazione)

Presso la Sala Consiliare del Comune di Rapallo si è svolta una conferenza di presentazione delle attività dello Sportello Informativo per detenuti (Sp.In.) già funzionante a Genova. Tale sportello a Rapallo è stato promosso dalla Associazione “Mano amica”. L’attività è strettamente legata al CSSA (Centro Servizio Sociale Adulti) del Ministero di Giustizia consiste nell’agevolare la compilazione dell’istanza per le misure alternative (legge Simeone), nel dare informazioni sui requisiti e procedure per accedere alle stesse e nel fornire informazioni sulle risorse istituzionali e di volontariato presenti sul Territorio al fine di favorirne l’accesso. Si rivolge principalmente a: persone detenute ed ex detenute, coloro che hanno problemi di giustizia, detenuti e persone libere in attesa di scontare una condanna, familiari dei detenuti, servizi del Territorio. Attualmente è in fase di avvio un corso di formazione per operatori volontari organizzato dallo Sp.In. e CSSA di Genova: la sede di tale corso è stata messa a disposizione dal Comune di Rapallo. La partecipazione è gratuita ed aperta alla cittadinanza del Tigullio, in particolare è rivolta alle persone che già prestano la loro opera di volontariato presso associazioni del Territorio, nonché agli operatori dei servizi alla persona del Comune e della Asl.

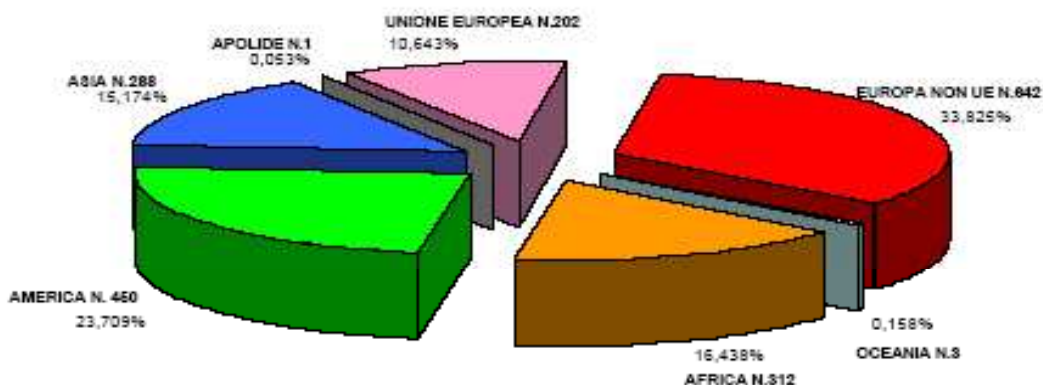
- h) *Programma regionale “Povertà estreme ed immigrazione* (progetto in fase di avvio) La Regione Liguria ha assegnato a fine anno dei *finanziamenti al “Villaggio del Ragazzo”* e alla *Caritas Diocesana* per la realizzazione di progetti sul Territorio della A.S.L. 4 “Chiavarese” nell’ambito del programma regionale “Povertà estreme ed immigrazione”.

In particolare i destinatari dei finanziamenti saranno soggetti attuatori dei seguenti progetti:

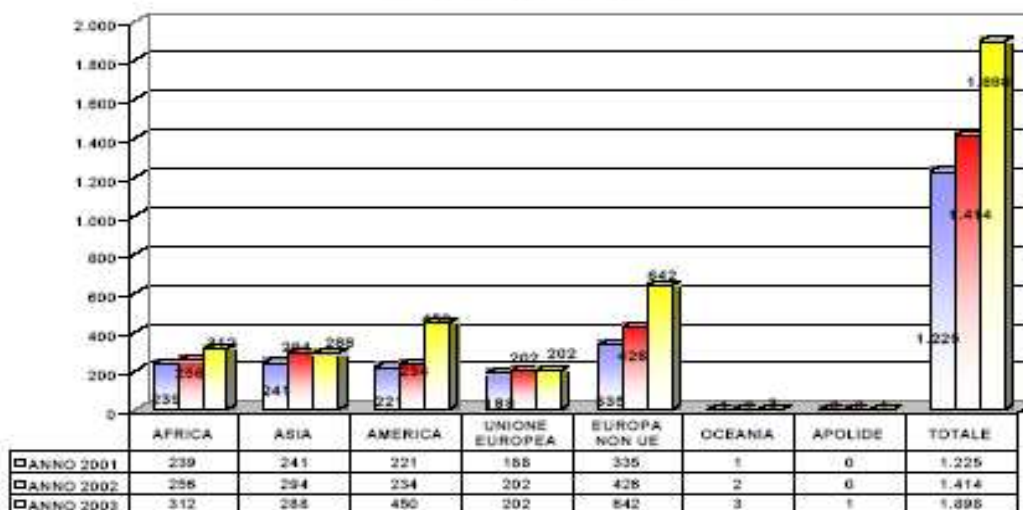
- 1) Il “Villaggio del Ragazzo”, attraverso il Centro “Benedetto Acquarone” provvederà all’“Accoglienza minori extracomunitari” (finanziamento assegnato € 46.770,62). Il progetto riguarda i Comuni delle Zone Sociali n. 2 (Tigullio) e **n. 3 (Tigullio Occidentale)** e prevede la disponibilità, presso il Centro “Benedetto Acquarone”, di n. 6 posti letto per la pronta accoglienza urgente di minori extracomunitari, con rapporto educativo 1/1 per le prime 72 ore d’intervento d’emergenza; è prevista inoltre la prosecuzione dell’intervento di emergenza per un massimo di permanenza di tre mesi; verranno altresì erogati interventi educativi ed assistenziali e, ove necessario, ore di mediatori culturali ed interpreti. Il costo globale del progetto è di € 50.620,00; i costi eccedenti il finanziamento regionale (€ 3.849,38) verranno ripartiti equamente tra le due Zone. Per concordare le modalità di erogazione dei servizi da parte del Centro “B. Acquarone”, nonché i costi relativi agli interventi, è stato sottoscritto un Protocollo d’Intesa fra le tre parti interessate (Zona n. 2, Zona n. 3 e l’Opera Diocesana Madonna dei Bambini Villaggio del Ragazzo). Mensilmente il Centro “B. Acquarone” si impegnerà a comunicare alle Zone Sociali n. 2 e n. 3 le giornate impegnate, gli interventi effettuati ed i relativi costi, in modo da consentire il monitoraggio del progetto e della spesa.
- 2) Caritas Diocesana di Chiavari, “Interventi per le estreme povertà” (finanziamento assegnato € 46.150,62). Il progetto riguarda i Comuni delle Zone Sociali n. 1, n. 2 e n. 3; gli interventi previsti nel progetto consistono nell’ampliamento dei posti e dei tempi di accoglienza presso l’Asilo Notturmo “Casa Betania” di Cavi di Lavagna, presidio di ospitalità notturna già attivo per 4 posti gestito dalla Caritas e nel potenziamento dei Centri d’Ascolto Caritas per l’accoglienza, l’ascolto e

l'erogazione di aiuti concreti per situazioni di emergenza, *in collaborazione con i Distretti Sociali*. È in fase di definizione un Protocollo Operativo tra la Caritas Diocesana, in quanto soggetto attuatore del progetto, e le Zone Sociali.

POPOLAZIONE STRANIERI DELLA ZONA PER CONTINENTE DI PROVENIENZA AL 31/12/2003

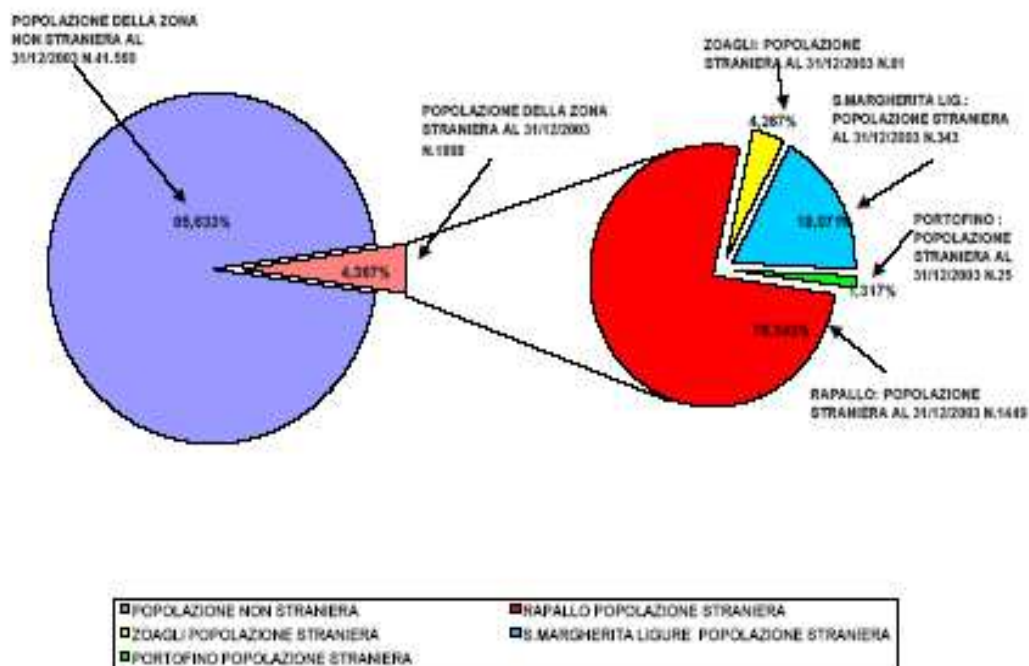


POPOLAZIONE STRANIERA PER CONTINENTE PRESENTE NELLA ZONA  
RAFFRONTO ANNO 2001 - 2002 - 2003

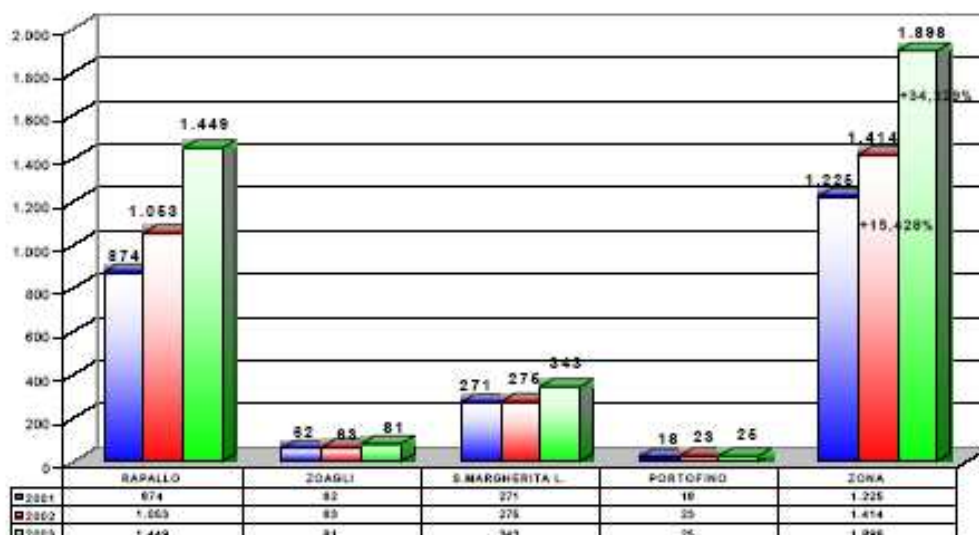


Rilevante aumento nel triennio delle presenze di stranieri provenienti da Europa non UE e America (anche per regolarizzazioni ex L. 189/2002)

INCIDENZA POPOLAZIONE STRANIERA SULLA POPOLAZIONE DELLA ZONA AL 31/12/2003



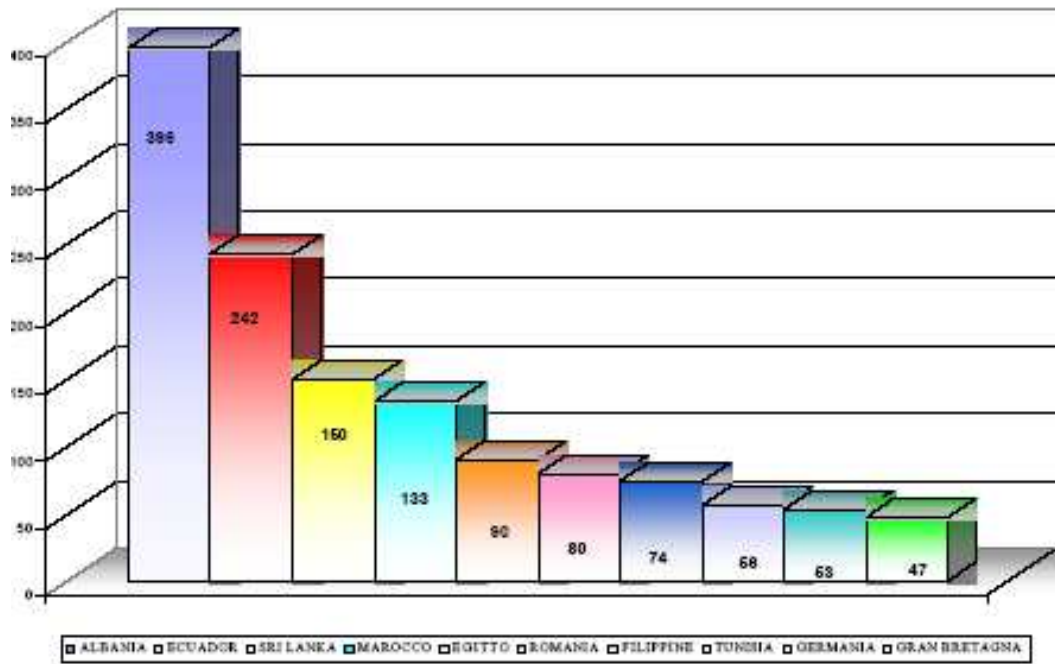
POPOLAZIONE STRANIERA PRESENTE NEI QUATTRO COMUNI DELLA ZONA  
RAFFRONTO ANNO 2001 - 2002 - 2003



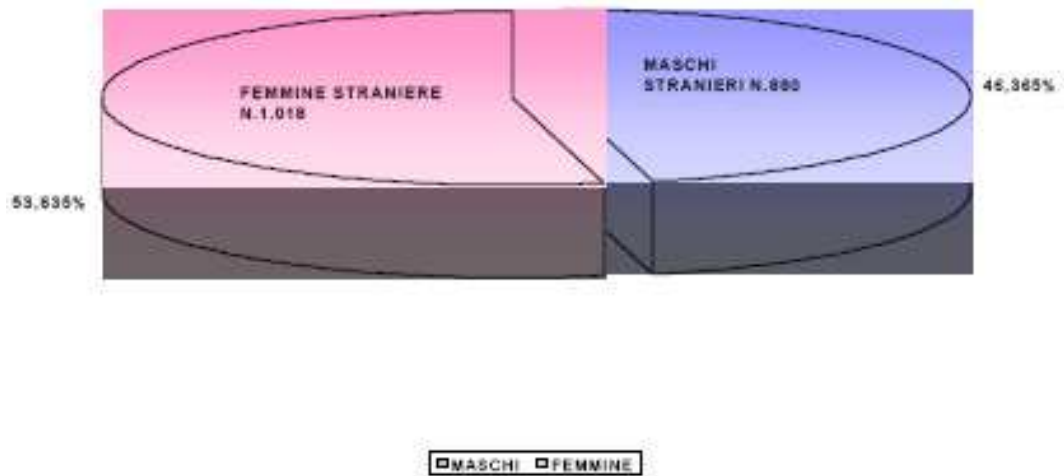
Aumento delle presenze straniere nel triennio in particolare dal 2002 al 2003.



NAZIONALITA' CITTADINI STRANIERI MAGGIORMENTE PRESENTI NELLA ZONA AL 31/12/2003

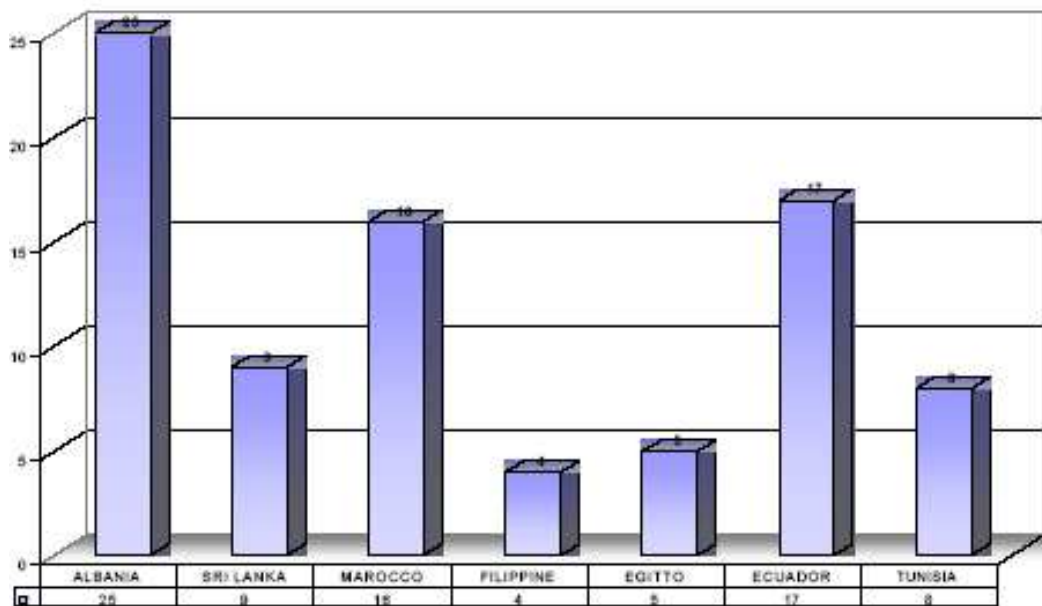


CITTADINI STRANIERI AL 31/12/2003 DIVISI PER SESSO





CITTADINI EXTRACOMUNITARI MAGGIORMENTE PRESENTI NELLA ZONA ISCRITTI AL CENTRO PER L'IMPIEGO DI CHIAVARI - ANNO 2003



### 3.6. ANALISI DEI PUNTI DI FORZA, DELLE CRITICITÀ E DELLE OPPORTUNITÀ (segue aggiornamento)

Dal lavoro di analisi e ricerca svolto per la elaborazione del Piano di Zona e dall'esperienza dei tecnici che sul Territorio lavorano, si sono andati delineando alcuni punti di forza, alcune criticità, alcune opportunità che non interessano specificatamente singole aree, ma che sono trasversali a queste.

È importante sottolineare come, ad oggi, alcuni aspetti considerati punti di forza per la Zona, portino con sé delle criticità rispetto alle quali gli interventi e le azioni previste dal Piano di Zona si pongono come agenti di cambiamento in positivo.

***Punti di forza*** riscontrati sul Territorio:  
(intesi come aspetti endogeni al Territorio  
su cui si può agire con le azioni proposte nel Piano di Zona)

- 1) Presenza di varie Associazioni di Volontariato operanti principalmente nelle aree dei minori, anziani, contrasto alle povertà;
- 2) Presenza di N.2 IPAB, una a Zoagli e una a Santa Margherita Ligure che erogano servizi essenziali soprattutto per quanto concerne i bisogni dell'area anziani;
- 3) Presenza di una Sezione ANFFAS con disponibilità alla collaborazione con i servizi socio-sanitari dell'A.S.L. 4 e della Zona;
- 4) Parziale omogeneità degli interventi, dei servizi e delle modalità operative dei due distretti sociali;
- 5) Presenza sul Territorio di alcune strutture e servizi pubblici e privati per le aree dei minori e degli anziani (es. Centri di aggregazione, C.E.A., Centri Sociali., ecc.);
- 6) Disponibilità da parte della A.S.L. 4 a disciplinare ed attuare l'integrazione socio-sanitaria nelle varie aree di intervento.

***Punti di criticità:***

(intesi come aspetti negativi endogeni al Territorio su cui si può agire con le azioni previste dal Piano di Zona)

- 1) Carenza di coordinamento tra le forze del volontariato e tra queste e gli Enti Locali;
- 2) Carente integrazione e coordinamento tra gli Enti Locali e i Dipartimenti della A.S.L. 4;
- 3) Insufficiente omogeneità dei criteri di accesso alle prestazioni ed ai servizi tra i due distretti sociali componenti la Zona;
- 4) Sensibile disomogeneità territoriale, organizzativa ed amministrativa tra Comuni Capofila di Distretto (Rapallo - Santa Margherita Ligure) ed i restanti Comuni facenti parte del Distretto (Zoagli - Portofino)
- 5) Problemi derivanti dalla scarsa diffusione della “cultura distrettuale” ovvero del lavoro tra comuni. La progettazione distrettuale non viene sempre pienamente condivisa e partecipata soprattutto dalle Amministrazioni locali
- 6) Carente definizione di contenuti, ruoli, modalità operative negli atti amministrativi costitutivi e disciplinanti il funzionamento della Zona e dei Distretti Sociali;
- 7) Necessità di definire con maggior chiarezza l'autonomia distrettuale, nonché i compiti e il ruolo dei Responsabili tecnici di distretto;
- 8) Difficoltà di collaborazione e comunicazione con alcune scuole locali;
- 9) Insufficiente presenza di strutture residenziali e semiresidenziali per le varie aree di intervento
- 10) Mancanza di servizi pubblici adeguati per il trasporto dei disabili e insufficiente abbattimento delle barriere architettoniche su tutto il Territorio con particolare riguardo alle strutture pubbliche.

***Opportunità:*** (intese come elementi positivi esterni al Territorio che possono contribuire alla realizzazione delle azioni previste dal Piano)

- 1) Possibile collaborazione, soprattutto nell'area del contrasto alle povertà e delle politiche attive del lavoro con il Consorzio “Tassano” di Sestri Levante
- 2) Collaborazione con la Provincia di Genova ed il Centro per l'impiego per quanto concerne le politiche attive del lavoro
- 3) Possibile collaborazione con l'Ufficio Servizi Sociali Minori
- 4) Possibile collaborazione con il Ministero di Giustizia

**Aggiornamento** (al 31-3-2004):

***Rilettura “Analisi dei punti di forza, delle criticità e delle opportunità”***

**RESTA UN PUNTO DI CRITICITÀ**

**lo scarso coordinamento tra le varie forze del volontariato!**

A Rapallo, a suo tempo, per migliorare la situazione era stata fondata, con la regia del Comune, la *Consulta del Volontariato* cui avevano aderito la maggior parte delle associazioni presenti sul Territorio, ma dopo un breve periodo di attività numerose sono state le dimissioni e man mano la Consulta è andata esaurendosi fino alla *attuale totale inattività*. Per contro, nel tempo è migliorato il coordinamento e la collaborazione tra alcune *Associazioni e gli Enti Locali*.

Come già evidenziato nella *Premessa* di questa relazione

**è venuta a mancare una progettualità socio sanitaria comune ed organica tra i Distretti Sociali, la Zona Sociale e la A.S.L. 4 “Chiavarese”;**

si affrontano specifici problemi di volta in volta con i singoli responsabili dei Dipartimenti e dei vari settori.

Sono stati nominati i responsabili dei distretti sanitari, ma la programmazione ed i finanziamenti dei servizi socio-sanitari e quindi i L.E.A., senza la regia della Regione Liguria vengono interpretati unilateralmente e talvolta in maniera che appare contrastante con la normativa vigente.

Permangono difficoltà di collaborazione con alcune scuole locali con particolare riferimento al Distretto Sociale n. 79. Recentemente è stato sottoscritto un protocollo d'intesa tra il Comune di Santa Margherita Ligure ed il Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo "V.G. Rossi" per meglio disciplinare le loro relazioni, l'uso di alcuni spazi, le competenze, ecc.. Con la Provincia di Genova c'è stato soltanto un incontro con alcuni responsabili del settore Servizi Sociali e quindi si è appena avviato un contatto. Pressoché assenti risultano le azioni per attivazione dell'Agenda Europea 2000-2006.

Rispetto alle criticità evidenziate negli anni precedenti si può affermare che la costituzione dell'Associazione di Zona, l'approvazione del suo regolamento per il funzionamento, la definizione e l'approvazione di un'unica convenzione distrettuale per la gestione delle attività svolte in forma associata, hanno favorito una crescita significativa della "cultura sociale e distrettuale", della partecipazione, della chiarezza dei ruoli e delle modalità operative, anche se vanno ancor meglio definiti il ruolo e le competenze del Coordinatore del Distretto Sociale.

Con l'approvazione di un unico regolamento zonale per l'applicazione dell'ISEE ai servizi ed alle prestazioni agevolate comunali si è giunti ad una omogeneità dei criteri di accesso alle prestazioni ed ai servizi in tutti i Comuni della Zona, così come con l'attivazione di servizi a livello zonale (es. interventi ex L.162/98, Centro Diurno per anziani, ecc.) oltre che a garantire una omogeneità nell'erogazione dei servizi (su tutto il Territorio della Zona in riferimento ai bisogni reali), *si sono superate logiche campanilistiche e si sono verificate economie*.

Con la realizzazione: della "**Casa Famiglia dopo di noi**", Comunità alloggio della Sezione A.N.FF.A.S. di Rapallo; l'attivazione del **Centro Diurno per anziani** presso la Fondazione "*Infermeria Conte Canevaro*" di Zoagli (Ex IPAB); l'apertura a Rapallo del II modulo "**Tasso**" della residenza protetta comunale "*M.Castagneto-Tasso*", *si è rinforzata la presenza di strutture residenziali* per le varie aree di intervento.

### 3.7. MODALITA' DI VALUTAZIONE E VERIFICA

La verifica così come la valutazione sono parti integranti della programmazione del Piano di Zona in quanto momenti fondamentali per una attuazione coerente, efficace ed efficiente degli interventi e delle azioni programmate.

Questi due momenti, per essere significativi nell'ottica di responsabilizzazione della società nei confronti di chi è in situazione di bisogno, dovrebbero essere partecipati da tutti i soggetti che hanno contribuito alla programmazione e che andranno in fase operativa a concretizzare quanto stabilito come priorità ed interventi dal Piano di Zona così da poter rileggere in fase di attuazione, in base al modificarsi delle condizioni della realtà sociale,

l'aderenza di quanto stabilito e progettato per l'arco dei tre anni.

L'attività di verifica che precede temporalmente quella di valutazione andrà a rilevare l'efficienza, l'efficacia e la soddisfazione rispetto agli obiettivi progettati così da poter valutare se i risultati attesi e ipotizzati nel piano siano stati raggiunti secondo le modalità e le indicazioni temporali previste o per altrimenti rilevare quali difficoltà hanno impedito il raggiungimento dei risultati in modo da poter procedere ad una riprogettazione dell'intervento.

È quindi necessario, poiché la programmazione si estende nell'arco dei tre anni, andare a verificare e valutare la corrispondenza tra ciò che è stato programmato e ciò che effettivamente sarà stato eseguito.

Fondamentale per la progettazione di questo Piano di Zona è stata la fase di verifica e valutazione iniziale che ha permesso di effettuare una analisi dei bisogni, dei servizi presenti, delle realtà territoriali, delle possibilità di compartecipazione tra i vari soggetti interessati, che ha portato alla definizione degli obiettivi e delle priorità che questo piano si è dato.

La successiva fase di verifica e valutazione avverrà in itinere al fine di riadattare, qualora fosse necessario, le azioni del Piano, soprattutto per il 2003 e 2004.

A tal proposito viene costituito un Comitato Tecnico di valutazione e verifica di Zona, costituito da:

- Responsabile della Segreteria Tecnica di zona
- Responsabili dei due Distretti sociali n.79 e n.80
- Referenti dei vari enti firmatari dell'Accordo di programma per l'attuazione del Piano stesso.

Tale comitato si riunirà alla fine di ciascun anno di vigenza operativa del Piano di Zona (2002-2003-2004) sia per monitorare e verificare lo stato di attuazione del Piano, che per valutare i risultati raggiunti e, ove necessario, proporre le variazioni e/o integrazioni del Piano stesso.

Per le valutazioni lo stesso Comitato provvederà ad individuare gli strumenti e gli obiettivi della valutazione e quindi gli indicatori. Le riunioni del Comitato tecnico saranno verbalizzate e verranno relazionate al Collegio di vigilanza di cui all'accordo di programma, che a sua volta provvederà a valutare l'andamento del Piano e dei progetti, i risultati

raggiunti, quelli inattesi, gli effetti ed i cambiamenti determinati nelle istituzioni, nella comunità locale e nelle varie aree di intervento.

Sarà effettuato un continuo monitoraggio delle attività svolte atte alla realizzazione degli obiettivi individuati come prioritari, al fine di verificare lo stato di avanzamento dei progetti e delle attività del Piano così da poter aver un riscontro il più possibile immediato tra ipotesi di attuazione e attuazione in modo da rilevare tempestivamente le possibili ed eventuali discrepanze nell'iter di realizzazione.

Un'ultima fase di verifica e valutazione sarà quella finale, allo scadere del triennio di validità del Piano, che avrà il duplice compito di valutare l'andamento del triennio rispetto agli impegni oggi assunti dalle parti che firmano l'accordo, ma allo stesso tempo quello di porre le basi per il successivo Piano di Zona, permettendo una continuità di azione e di riprogettazione in base alle richieste della società.

*Rapallo, 14 maggio 2002.*

Il *Presidente di Zona*: dott. Pierangelo Paganini [subentrerà, nel luglio 2004, come consigliere comunale incaricato ai servizi sociali, sanità e igiene pubblica, il dott. Roberto Zunino - n.d.r.].

## CONCLUSIONE

(riflessione personale)

### La chiamata è per tutti !

- *servire* il Signore anche se ci sentiamo imperfetti. Egli ci modella: è il Vasaio, il Creatore (nulla Gli è impossibile!). Non scoraggiarsi: la perfezione è “oltre” la nostra natura umana
- fra i *ministeri di fatto* (catechisti, sacristi, cantori, lettori, ecc.) sono compresi i Ministri straordinari dell’Eucaristia, i quali, consapevoli del loro mandato, e a maggior ragione, devono svolgere, se occorre, nei limiti del possibile, anche i servizi più umili (come Gesù ci ha insegnato)
- apertura ai ministeri istituiti dalla Chiesa per distribuire l’Eucaristia, ecc.; *il Signore accoglie tutti*, con la Fede e la Preghiera
- fiducia nello Spirito Santo: “Dio chiama, assiste e guida”.

### Verso il “nostro” prossimo

- bussiamo discretamente alla loro porta e facciamo il primo passo aiutandoli a “*non avere paura*” ma ad “*aprire, anzi spalancare la porta della loro casa a Cristo*”<sup>80</sup> per unirli in un’unica casa che è la Chiesa, rappresentata dalla comunità parrocchiale, diocesana, universale, dove possiamo corresponsabilmente e umilmente offrire un contributo per il bene comune
- *aiutiamo le persone a pregare e a ringraziare Dio con l’Eucaristia* (consigliata anche a casa insieme ai propri familiari) - Dopo la presentazione: chi siamo e il nostro nome, chiedendo il loro (che nomineremo durante il momento eucaristico). Invitiamo con fiducia alla preghiera a Dio: essenziale fondamento e aiuto per l’agire umano. Gli atteggiamenti e le parole corretti (diversi da persona a persona, letto dopo letto) scaturiscono spontaneamente. Spesso ci meravigliamo per come il dialogo prosegua positivamente: è il frutto dello Spirito Santo che guida
- essere gioiosi senza peccare di buonismo, nella veridicità del nostro essere. Se siamo veri, saremo fedeli e credibili con un approccio basato su tre graduali punti: *incontro-accoglienza, ascolto, dialogo*
- facciamo in modo che ci riconoscano che siamo Suoi e accorreranno a servirLo
- umanizzazione: prima la solidarietà *vera*, poi la cura
- lasciamo che a parlare loro sia l’Amore, che è come una lingua universale che si esprime e si fa comprendere da tutti allo stesso modo, quando è associato a Dio, la Sua fonte inesauribile
- non scoraggiarsi di fronte al senso di disagio che assale, direi quasi sempre, e che demotiva l’intento nel prodigarsi verso il prossimo. Credo sia la principale tentazione di tutti coloro che vogliono donare qualcosa
- esprimersi (parlare) con gli occhi (in silenzio) più che con parole che disturberebbero

---

<sup>80</sup> GIOVANNI PAOLO II, con Vittorio Messori, *Varcare le soglie della Speranza*, cap. 34, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1994.

- prima di affrontare un argomento religioso, è necessario l'*ascolto*, che apre alla conoscenza della persona sofferente individuandone l'argomento più consono e costruttivo, orientato all'esperienza di vita reciproca, come di altra natura. Instaurata un po' di fiducia (di solito in una ragionevole porzione di tempo), con amore e discrezione, iniziamo l'approccio religioso in modo semplice e spontaneo facendoci *portatori ed interpreti della Speranza*. In ogni casa e accanto ad ogni letto meditiamo insieme al malato la Parola di Dio della domenica.

### **La preparazione, la cultura, aiutano,**

### **ma i doni gratuiti dello Spirito Santo sono la base del tutto**

- posso affermare che prima di una preparazione adeguata che certamente aiuta, abbiamo innati alcuni doni personali. Gli atteggiamenti, le percezioni e le intuizioni giusti per rapportarci con le persone nascono anche dalla nostra interiorità. Sono il frutto di una legge naturale che fa parte di noi e ci fa unici e irripetibili. Lo studio di autorevoli testi, poi, aiuta ad approfondire, a comprendere meglio e migliorare il nostro agire per il bene comune.

Il documento *La pastorale della salute nella Chiesa italiana* (Roma, 1989) ricorda:

**“E’ sulla base di una calda umanità** [cioè “è con l’*Amore*, e non solo mossi dalla *com-passione* che si instaura un rapporto interpersonale. Senza l’Amore viene *meno* il rispetto verso la persona, provata da una qualsiasi forma di sofferenza sia fisica che morale. Guai a minare e far crollare la preziosa dignità rimasta inducendola al nascondimento e alla *vergogna*”]<sup>81</sup> **che trova il primo appoggio l’accompagnamento pastorale del malato. Rispettando i bisogni e i tempi del paziente, il Cappellano** [con il diacono, l’accolito e il ministro straordinario dell’Eucaristia - n.d.r.] **saprà anche essere propositivo di un conforto e di una Speranza** [“*Voi ci portate la Speranza*” è l’esclamazione-invocazione che ho sentito. Incoraggia noi e loro a proseguire fiduciosi il sentiero più o meno faticoso o doloroso della vita - n.d.r.] **che vengano dalla Parola di Dio, la preghiera e i sacramenti”**.

---

<sup>81</sup> *Ibidem*, vedi II cap., sottopar. 1.4, nota 18, p. 21.



## BIBLIOGRAFIA

- ALBERICH EMILIO, "La catechesi oggi", Torino, ElleDiCi, 2001.
- ISTITUTO DI CATECHETICA, UPS, Torino, ElleDiCi, 2002.
- AA.VV., *Burnout: lo stress dei professionisti nella cura degli altri*, in *Famiglia Oggi*, n. 4, aprile 1994, pp. 13.
- AA.VV., *Dizionario di pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 1997.
- BERRY C. R., *Quando aiutare te fa male a me*, Gruppo editoriale Armenia, Milano 1993.
- BLANDINO G., *Tolleranza e sofferenza nel lavoro dell'operatore sociale*, in *Animazione sociale*, n. 1, gennaio 1993, pp. 13-20.
- CARKHUFF R., *L'arte di aiutare*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1989.
- COLOMBERO G., *Cammino di guarigione interiore. Per abitare meglio se stessi*, Edizioni San Paolo, Alba 1996.
- CORSETTI S. (a cura di), *Aiuto! Ma a me chi mi aiuta?*, in *Il Delfino*, n. 6, nov-dic 1994, pp. 22-41.
- DEL RIO G., *Stress e lavoro nei servizi. Sintomi, cause e rimedi del burn-out*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990.
- GALLINO L., *Dizionario di Sociologia*, Utet, 1978.
- Nuovo Dizionario Sociologia*, p.324, Paoline Roma).
- GENEVAY B. - KATZ, R., *Le emozioni degli operatori nella relazione di aiuto*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1994.
- KRECH D. - CRUTCHFIELD R.S., *Individuo e società*, Il Mulino, 1970.
- MASLACH C., *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*, Cittadella Editrice, Assisi 1992.
- MISSILDINE W.H., *Il bambino che sei stato*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 1996.
- BEAUCHAMP P., *L'uno e l'altro Testamento* (biblioteca di cultura religiosa, 46), Paideia, Brescia, 1985.
- MARCEL G., *Homo viator*, Borla, Roma 1980
- ELLENA A., voce *Volontariato*, in DE MARCHI F. -ELLENA A., (edd.), *Nuovo Dizionario di sociologia*, p. 324, Paoline, Roma.

FALSINI R. (a cura di), *Il mistero della sofferenza*, Contributi di: SALTARINI G., STELLINI A., MANNUCCI V., SPINSANTI S., LODI E., BO C., BATAZZI F. - Edizioni G.G., Milano 1982.

“*Gaudium et spes*, Costituzione pastorale del Concilio ecumenico Vaticano II sulla Chiesa nel mondo contemporaneo, Edizioni Paoline, Roma 1967.

PAOLO VI, *Populorum progressio*.

GIOVANNI PAOLO II, *L'umanizzazione della medicina*, Discorso ai partecipanti alla conferenza internazionale, 10/11/1987, in *Dolentium hominum*, 7

GIOVANNI PAOLO II, Discorso in occasione del 120° anniversario della fondazione dell'ospedale “Bambin Gesù” di Roma, 18 marzo 1989, in *Insegnamenti*, XII/1, 605-608, n. 2.

GIOVANNI PAOLO II con Vittorio Messori, *Varcare le soglie della Speranza*, cap. 34, Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1994.

GIOVANNI PAOLO II, “*Fides et ratio*”, lettera enciclica, Edizioni Piemme, 1998.

GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, 1999.

GIOVANNI PAOLO II, “*Salvifici doloris*”, lettera enciclica.

GIOVANNI PAOLO II, *Dies Domini*, lettera apostolica sulla santificazione della domenica, Edizioni Paoline, Milano, 2ª ed. 1999.

GIOVANNI PAOLO II, “*Nuovo millennio ineunte*”, lettera apostolica al termine del Grande Giubileo dell'anno 2000, n. 50, Edizioni Paoline, 3ª ed. 2001.

GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia de Eucaristia*, lettera enciclica, Edizioni. Paoline, 2ª ed. 2003.

GIOVANNI PAOLO II, “*Sollicitudo rei socialis*”, lettera enciclica.

*Rito dell'Unzione*, n. 8.

*Redemptionis sacramentum* - Congregazione per il culto divino e la disciplina dei sacramenti, Istruzione, EDB (Edizioni. Dehoniane Bologna) 2004.

“*Immensae caritatis*”, istruzione Congregazione per il culto divino e la disciplina dei dei Sacramenti, 29 gennaio 1973.

CONSULTA NAZ. CEI PER LA PASTORALE SANITARIA, *Orientamenti per il volontariato pastorale nel mondo della salute*, sussidio, Camilliane, Torino 1995, n. 15).

CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana*, n. 19, Roma 1989.

- CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia*, nota pastorale, Edizioni Paoline, 2004.
- PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari* n. 4, Poliglotta Vaticana, Roma 1994.  
 “Il giorno del Signore”, nota pastorale della C.E.I, Ediz. Paoline , Roma 1984.
- Eucharisticum mysterium*, istruzione della Sacra congregazione dei riti sul culto del mistero eucaristico, Edizione Paoline, Roma 1969.
- CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, *I sacramenti di guarigione*, n. 1421, Libreria Editrice Vaticana, 1992.
- GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per l’VIII Giornata mondiale del malato*, “Insieme per servire” n. 41, Rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 15-22.
- BRUNO MAGGIONI,: Breve sintesi de *Felicità e grazia mi saranno compagne*, Nutrirsi della Parola e saper pregare i Salmi, Atti del XIX Convegno Nazionale dell’A.I.P.A.S., “Insieme per servire” n. 58, Rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XVII, n.4, ottobre-dicembre 2003, pp. 37-38.
- SERGIO CARRARINI, *Un salmo attualizzato: il salmo 40* - Nutrirsi della Parola e saper pregare i Salmi - Atti del XIX Convegno Nazionale dell’A.I.P.A.S., “Insieme per servire” n. 58, Rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XVII, n.4, ottobre-dicembre 2003, pp. 38-43.
- MAURIZIO CHIODI,: *Homo viator. Il senso del pellegrinaggio*, “L’ancora nell’unità di salute (A.U.S.)”, rivista del Centro psicopedagogico etico e spirituale dei Silenziosi Operai della Croce, Centro Volontari della Sofferenza, anno XIX 2ª serie, n. 2, marzo-aprile 2004, pp. 108-120, Roma.
- ARCIDIOCESI DI MILANO, “*Andate, insegnate e guarite*”. *La pastorale della salute in un mondo che cambia*, Documento dell’Ufficio per la Pastorale della sanità presso la Curia Vescovile, “Insieme per servire” n. 49, rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XV n. 3, luglio-settembre 2001, pp. 29-41.
- LUCIANO SANDRIN, *Chiesa comunità sanante: riflessione teologico-pastorale*, “Insieme per servire” n. 41, Rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 3-14.
- UFFICIO CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La sofferenza è stata redent*, “Insieme per servire” n. 41, Rivista dell’Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 23-40.
- SERGIO PINTOR, intervistato dal C.d.R.R. per la *XII Giornata mondiale del malato: “Guarire con la solidarietà”*, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.
- PIETRO PUDDU, *XII Giornata mondiale del malato: “Guarire con la solidarietà*, Dossier rivista “Panorama della Sanità”, n. 4, 2 febbraio 2004.

CORRADO DE ROSSI RE, intervista ad ANTONIO CICHETTI per la *XII Giornata mondiale del malato: "Guarire con la solidarietà"*, Dossier rivista "Panorama della Sanità", n. 4, 2 febbraio 2004.

UFFICIO NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, sussidio in occasione della *XII Giornata mondiale del malato: "Guarire con la solidarietà"*, Dossier rivista "Panorama della Sanità", n. 4, 2 febbraio 2004.

ORNELLA SCARAMUZZI, *I nuovi operatori di Pastorale Sanitaria: dimensione laicale e femminile*, "Insieme per servire" n. 41, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria - Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 48-52.

VALENTIN A. RIENZO, *Pastorale ospedaliera e "Nuova ospitalità"*, "Insieme per servire" n. 41, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIII n. 3, luglio-settembre 1999, pp. 34-61.

BIANCA ZARATTINI, *Progettare la Pastorale della Salute in parrocchia. Esperienza di un triennio*, "Insieme per servire" n. 43, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIV, n.1, gennaio-marzo 2000, pp. 34-39.

SERGIO MANCINELLI, *La Pastorale della Salute nel, per e con il Territorio, sSintesi di "Diaconia Christi"* (n. 25, dicembre 2000, pp. 6-7), progetto Pastorale per l'anno 2000-2001, diocesi di Roma, 8 novembre 2000, "Insieme per servire" n. 47, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XIV, n.1, gennaio-marzo 2001, pp. 69-72.

PAOLA PESSINA, *La stanchezza di Elia. Il burn-out del volontariato*, "Insieme per servire" n. 49, Rivista dell'Associazione italiana di Pastorale Sanitaria, Verona, anno XV, n.3, luglio-settembre 2001, pp. 19-27.

AUGUSTO BERGAMINI, Segue fino a "notizie storiche" un estratto de *Il ministro Straordinario dell'Eucaristia*, Edizioni Paoline s.r.l., Torino 1991, pag. 1-21.

EDOARDO SIMONOTTI, *"La filosofia degli affetti"* da Schopenauer, Nietzsche fino a Scheler, relazione tenuta nell'Associazione di volontariato culturale e di ricerca "Edith Stein", parrocchia di Sant'Anna a Rapallo, 26 giugno 2004.

BOLLETTINO INTERPARROCCHIALE "CAMMINIAMO INSIEME", numero speciale 30° anniversario di istituzione della parrocchia di Sant'Anna a Rapallo, 1998.

FRANCESCO GASTALDI, *La parrocchia di Sant'Anna a Rapallo: una realtà sociale complessa e multiforme*, numero speciale per il 30° anniversario di istituzione della parrocchia di Sant'Anna, Bollettino interparrocchiale "Camminiamo insieme", nn. 3-4, maggio-agosto 1998.

ALBERTO MARIA CAREGGIO, presentazione *Dialoghi nel tempo: intervista un anziano*, numero monografico a cura di Coxanna (Centro Operativo Caritas) della parrocchia di S. Anna a Rapallo, supplemento al n. 3, 2003.

AA.VV., *“I nonni raccontano”*, a cura di COXANNA (Centro Operativo Caritas della parrocchia di S. Anna) a Rapallo, con il patrocinio del Comune di Rapallo, 2002.

ASL 4 CHIAVARESE, sito Internet luglio 2004.

GIORNALE “IL SECOLO XIX”, rassegna stampa Asl4 Chiavarese, sito Internet luglio 2004.

COMUNE DI RAPALLO, relazione Servizi Sociali, sito Internet maggio 2004.

RAPALLO E I DISTRETTI SOCIALI, Zona Sociale n. 3 Asl 4 Chiavarese “Tigullio Occidentale”, estratto da CD-R del Piano di Zona 2002/2004.

# INDICE

PREMESSA.....	1
---------------	---

## Capitolo I

### *LA SACRA SCRITTURA E LA CHIESA DALLA PARTE DEL MALATO*

1. FELICITÀ E GRAZIA MI SARANNO COMPAGNE .....	3
2. UN SALMO ATTUALIZZATO: IL SALMO 40 .....	4
2.1. Capire il salmo biblico .....	4
2.2. Attualizzare il salmo.....	6
3. “HOMO VIATOR: IL SENSO DEL PELLEGRINAGGIO”.....	8
3.1. Il deserto tra promessa e compimento della vita: l’esodo .....	9
3.2. Il profilo antropologico del pellegrinaggio.....	10
4. IL SANTO PADRE E IL MALATO - Messaggio di Giovanni Paolo II .....	16

## Capitolo II

### *LA PASTORALE SANITARIA DEI MALATI*

1. “ANDATE, INSEGNATE E GUARITE” .....	17
1.1. Cos’è la pastorale sanitaria.....	17
1.2. Gli ambiti di intervento .....	18
1.3. La sanità in un mondo in trasformazione .....	19
1.4. Problemi pastorali ed etici .....	20
1.5. L’azione sacramentale e spirituale .....	22
1.6. Chi deve attuare la pastorale sanitaria .....	22
1.7. Gli operatori sanitari.....	23
1.8. Le strutture sanitarie cattoliche .....	24
1.9. Il volontariato sanitario .....	25
1.10. Indicazioni pastorali .....	26
2. PER UNA PASTORALE “SANANTE” .....	27
2.1. Una salvezza integrale.....	28
2.2. Evangelizzare sanando .....	28
3. LA SOFFERENZA E’ STATA REDENTA .....	30
3.1. I molti volti del dolore umano .....	30
3.2. Le due facce dell’esistenza: dimensione luminosa e dimensione notturna .....	30
3.3. Non è più opportuno tacere e ascoltare?.....	31
3.4. Il Dio di Gesù Cristo: “uno di noi”.....	31
3.5. “La sofferenza umana è stata redenta” .....	33
4. “LA CURA PER UN MONDO MALATO” .....	35
5. UN PECULIARE STILE DI SERVIZIO .....	36
6. LA SOLIDARIETÀ PAGA, SEMPRE .....	37
7. LE DECLINAZIONI DELLA SOLIDARIETÀ .....	38
8. NUOVE FIGURE DI AIUTANTI ACCANTO AL MALATO.....	41
9. L’OPERATORE DI PASTORALE.....	42
10. PROGETTARE LA PASTORALE DELLA SALUTE IN PARROCCHIA.....	44
11. LA PASTORALE DELLA SALUTE NEL, PER E CON IL TERRITORIO .....	46
12. IL FENOMENO “VOLONTARIATO” .....	48
12.1. Il “burn-out” .....	49
12.2. Specificità del "burn-out" nel volontario.....	49
12.3. Il volontario "bisognoso di aiuto".....	50



Capitolo III  
*LA PARROCCHIA  
NELLA REALTÀ PASTORALE, SOCIALE, SANITARIA, CULTURALE  
E DI VOLONTARIATO*

1. REALTÀ PASTORALE .....	53
2. REALTÀ SOCIALE .....	64
3. REALTÀ SANITARIA .....	72
4. LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E CULTURA .....	73

Capitolo IV  
*L'AZIENDA SANITARIA LOCALE 4 "CHIAVARESE"  
CON I COMUNI E I DISTRETTI SOCIO-SANITARI  
DEL "TIGULLIO OCCIDENTALE"*

1. L'A.S.L. 4 "CHIAVARESE" E LA SUA ORGANIZZAZIONE .....	81
2. IL COMUNE DI RAPALLO E I DISTRETTI SOCIO-SANITARI.....	85
2.1. La Conferenza di Zona 3 .....	85
2.2. Il Servizio Anziani.....	86
2.3. Il Servizio Adulti .....	88
2.4. Il Servizio Minori .....	88
2.5. I progetti .....	91
2.6. Ruolo dell' "Assistente Sociale" .....	92
3. IL "PIANO DI ZONA SOCIALE 3 " ( A.S.L. 4 "Chiavarese") E I RELATIVI DISTRETTI 79 e 80 DEL "TIGULLIO OCCIDENTALE " .....	94
3.1. Premessa.....	94
3.2. Dati sulla popolazione .....	98
3.3. Servizi e prestazioni sociali comunali e distrettuali .....	101
3.4. Analisi risorse pubbliche e private .....	103
3.5. Analisi delle priorità per Area di intervento: anziani, minori, disabili, tossicodipendenze, salute mentale, contrasto alla povertà e all'esclusione sociale .....	107
3.6. Analisi dei punti di forza delle criticità e delle opportunità .....	132
3.7. Modalità di valutazione e verifica .....	134
<i>CONCLUSIONE</i> .....	136
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	138