

## La cappellania come modello di azione pastorale<sup>1</sup>

Padre Edoardo Gavotti, MI

Dividerò il mio intervento in due parti. La prima per dire cos'è la *cappellania ospedaliera* e i suoi fondamenti teologico-pastorali, le sue finalità e compiti, le problematiche che presenta. La seconda, molto più breve, per presentare alcuni dati dell'*esperienza della Provincia Lombardo-Veneta*.

### 1. La cappellania ospedaliera, allargata o mista

Per cappellania ospedaliera s'intende un'equipe pastorale che opera all'interno di un'istituzione sanitaria o socio-sanitaria. Si potrà obiettare se il termine cappellania, che ha soprattutto un rimando culturale, sia il termine più felice. Tant'è!<sup>2</sup>

I documenti della Chiesa sono piuttosto avari per quanto riguarda la figura del cappellano.<sup>3</sup> Si fa un accenno esplicito alla "cappellania ospedaliera" nella NOTA DELLA CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, 1989, ai n. 79-81, con indicazione dell'identità, delle componenti e della finalità.

La cappellania ospedaliera è intesa come "espressione del servizio religioso della comunità cristiana nelle istituzioni sanitarie. Essa è composta da uno o più sacerdoti cui possono essere aggregati anche diaconi, religiosi e laici". Dunque, il concetto di cappellania viene allargato perché non s'intende più solo l'insieme di sacerdoti addetti al servizio religioso in un ospedale, ma un'equipe articolata composta anche da altre figure ecclesiali.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> La relazione ha un debito di riconoscenza a padre Leonardo Di Taranto, che ha svolto il presente tema in un incontro presso i cappellani e loro collaboratori pastorali della Provincia Lombardo-veneta dei Camilliani. Il contesto della relazione è soprattutto a partire dal panorama pastorale italiano.

<sup>2</sup> Dal luogo di custodia della "cappa" di S. Martino di Tours è nato il termine *cappella*, che è diventato il modo di chiamare un piccolo luogo di culto (od oratorio), generalmente posto all'interno di un complesso architettonico più ampio (convento, castello, corte, caserma...). A partire dal secolo XIII il sacerdote cui è affidata l'ufficiatura di una cappella è andato assumendo il nome di *cappellano*. Il termine *cappellania* nel periodo del Concilio di Trento è intesa come un ente ecclesiastico creato a scopo di culto. Per esprimere la realtà della cappellania nella sua valenza ospedaliera è necessario fare riferimento alla Francia, dove passa ad esprimere un organismo pastorale, comprendente più persone unite dall'unica finalità di servire i malati.

<sup>3</sup> Nel Codice di Diritto Canonico si parla dei cappellani in genere ai can. 564-572. "Il cappellano è il sacerdote cui viene affidata in modo stabile la cura pastorale, almeno in parte, di una comunità o di un gruppo particolare di fedeli e che deve essere esercitata a norma del diritto universale e particolare." (CIC, c. 564). Un accenno esplicito al cappellano ospedaliero al can. 566 sulle facoltà speciali. Un fugace accenno al cappellano ospedaliero nel documento pastorale della CEI, *Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi* (1974, al n. 166).

<sup>4</sup> In questo senso Giovanni Paolo II, nel messaggio per la Giornata mondiale del malato del 2003, citava per la prima volta in un documento ufficiale della Chiesa la "cappellania ospedaliera".

## 1.1. L'ambito entro cui matura la cappellania ospedaliera

La nascita della cappellania ospedaliera si deve ad un percorso interno all'esperienza cristiana, dovuto però anche a suggestioni provenienti dal mondo sanitario.

### Stimoli dal mondo della sanità

Il mondo della sanità, almeno per quanto riguarda il mondo occidentale, ha investito molto sia in termini economici, che tecnologici, che di ricerca, parallelamente ad un accentuato interesse culturale, sociale, politico. A livello internazionale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha cercato di veicolare un nuovo rapporto del cittadino con la salute, un bene fisico ma anche più generale, individuale ma anche sociale, nazionale ma anche mondiale. Le nuove idee sono state recepite nelle Legislazioni dei vari paesi, con grosse implicazioni economiche e politiche. Ovviamente anche con possibilità di realizzazione diverse, perché i diritti socio-economici vanno di pari passo con le risorse di cui ogni paese dispone.

All'interno di questa macchina complessa, in una ricerca olistica della salute, in un mondo sempre più secolarizzato e all'insegna della specializzazione e parcellizzazione, quale *nuovo ruolo* il cappellano è chiamato a rivestire? Per esempio in Italia la Legge quadro n. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale apre preziose opportunità<sup>5</sup> ma anche notevoli rischi.<sup>6</sup>

Fra i soggetti sociali, anche la Chiesa è chiamata ad offrire il suo contributo originale per: il rispetto della dignità dell'uomo, la tutela della salute, un autentico progresso della società, la difesa della vita e per il significato della morte, l'assistenza spirituale e religiosa dei malati e dei loro familiari, risposte etiche agli interrogativi posti dalla biotecnologia.

Dalla crescita del volontariato organizzato la comunità ecclesiale<sup>7</sup> può apprendere un modo nuovo di rendersi presente nelle istituzioni con un volontariato dalla specifica connotazione spirituale-pastorale.

In un contesto di secolarizzazione e pluralismo religioso, il cappellano-sacerdote cattolico diventa sempre meno indispensabile, e si allarga sempre più lo spazio per un'assistenza spirituale o umanistica che prescinda da una precisa connotazione cattolica e sacramentale.<sup>8</sup>

### Cammino interno alla Chiesa

*Una nuova ecclesiologia.* La cappellania ospedaliera trova il suo fondamento teologico nell'ecclesiologia di comunione maturata nel Concilio Vaticano II, che ha parlato della Chiesa primariamente come Popolo di Dio nel quale ognuno concorre, nella diversità e complementarità

---

<sup>5</sup> E' sufficiente ricordare: l'uguaglianza dei cittadini nell'assistenza sanitaria; il riconoscimento giuridico dell'assistenza religiosa nei luoghi di cura; il riconoscimento del contributo del volontariato ai fini istituzionali; l'importanza data alla prevenzione; l'allargamento dell'assistenza al territorio...

<sup>6</sup> La politicizzazione eccessiva delle istituzioni sanitarie; le lentezze burocratiche e i disservizi; l'aziendalizzazione sanitaria in una filosofia imprenditoriale; gli enormi interrogativi etici posti dalla ricerca; l'eccessiva specializzazione e separazione di compiti. Tutto questo porta spesso a una carenza di umanizzazione.

<sup>7</sup> Anche se non sotto il nome di volontariato, la Chiesa ha sempre usufruito della collaborazione volontaristica di laici nelle sue attività pastorali (catechesi, liturgia...), anche in campo assistenziale e sanitario.

<sup>8</sup> Non sarà lontana neppure in Italia l'evenienza della cappellania composita, formata da preti e non, cattolici e non, credenti e umanisti. Che non accada che, mentre si temporeggia ad avviare cappellanie ospedaliere composte da diverse figure ecclesiali, intanto la realtà culturale e civile ci abbia a travolgere.

dei ministeri e carismi, a far crescere il Regno. In questo progetto anche i laici sono corresponsabili per la missione che è loro peculiare.

A livello teologico e pastorale i documenti conciliari fondamentali per la pastorale della salute sono due: la costituzione dogmatica *Lumen gentium*, che ha delineato il nuovo volto della Chiesa comunione; la costituzione pastorale *Gudium et spes* secondo la quale la Chiesa ha il compito di rispondere agli interrogativi più profondi dell'uomo, come il mistero del male e della morte.

Nel periodo post-conciliare sono maturati i frutti di tale ecclesiologia: gli organismi di comunione e di partecipazione, il ruolo dei sacerdoti visto principalmente come pastori, la riscoperta del diaconato permanente, l'importanza dei religiosi e delle religiose in nuovi servizi pastorali, la dignità dei laici e il contributo all'evangelizzazione, l'apporto originale della donna alla vita ecclesiale.

*Una nuova pastorale nel mondo della sanità.* Gli orizzonti della pastorale della salute si sono enormemente ampliati negli ultimi vent'anni, riscontrabile negli interventi magisteriali,<sup>9</sup> nella nascita di nuovi organismi<sup>10</sup> ed iniziative pastorali.<sup>11</sup>

*La drastica diminuzione delle vocazioni consacrate.*<sup>12</sup> In campo sanitario, dove per tanti motivi già in passato la tipologia del cappellano lasciava a desiderare almeno per quanto riguarda l'età o la salute, si assiste ancor più all'invecchiamento dei sacerdoti e all'inesorabile ritiro delle religiose infermiere. Molte di queste suore hanno operato un felice passaggio dal servizio infermieristico a mansioni prettamente pastorali.

*La valorizzazione della donna nella teologia e nella vita della chiesa.* C'è un progressivo cammino d'attenzione della Chiesa verso la donna, che nella pastorale della salute può offrire il contributo originale del suo "genio femminile".<sup>13</sup>

## 1.2. Identità e funzioni della cappellania ospedaliera

Le istanze ecclesiologiche e pastorali sopra indicate postulano un soggetto pastorale nuovo. Infatti, come può il solo cappellano (o cappellani) essere espressione di Chiesa? Quali sono i luoghi dove si rende visibile la comunità, i volti, gli stili, i progetti? Come rispondere alla molteplicità delle esigenze, in un arco che va dalla visita pastorale, alla formazione, al culto, alla riflessione etica, all'umanizzazione? Solo un gruppo coordinato e preparato, con suddivisione di

---

<sup>9</sup> Tre documenti possono essere considerati la *magna charta* della nuova pastorale della salute: *Salvifici doloris* (1984), lettera apostolica sul significato cristiano della sofferenza umana; la *Christifideles laici* (1988), esortazione apostolica postsinodale su vocazione e missione dei laici nella chiesa e nel mondo (n. 53-54); per quanto riguarda l'Italia, la già citata Nota CEI, *La pastorale della salute nella chiesa italiana* (1989).

<sup>10</sup> Il Pontificio Consiglio per la pastorale della salute (Cf. motu proprio *Dolentium Hominum*, 1985); la Consulta e l'Ufficio nazionali per la pastorale della Sanità; gli Uffici e Consulte a livello regionale e diocesano. Da non dimenticare la Pontificia Accademia per la vita (1994).

<sup>11</sup> Istituzione della *Giornata mondiale del malato* (Giovanni Paolo II, 1992); nascita dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria *Camillianum* di Roma (1997); organizzazione dei *Centri di formazione di pastorale sanitaria* con moltiplicazione di *Scuole di pastorale sanitaria*. Promozione del *volontariato sociosanitario* e nascita di fatto della nuova figura dell'*operatore pastorale sanitario* che integra quella del ministro straordinario della comunione.

<sup>12</sup> Strana coincidenza o segno dei tempi? Sta di fatto che l'ampliamento d'orizzonte della Chiesa e dei suoi compiti è andato di pari passo col venir meno della tradizionale manodopera.

<sup>13</sup> Cf. Lettera apostolica *Mulieris dignitatem* di Giovanni Paolo II (1988). La presenza della donna nel mondo sanitario è fondamentale e lo attesta ancor oggi la nutrita quantità di infermiere; ora anche di donne-medico.

compiti secondo le competenze, può tentare di dare una risposta adeguata ad un'organizzazione ospedaliera complessa.

La cappellania ospedaliera, *équipe pastorale*, è l'organismo che in nome della Chiesa e con finalità pastorali è in grado di operare nell'ambito di una struttura sanitaria, svolgendo un'attività ordinaria in favore dei malati, dei loro familiari e degli operatori sanitari. Essa cerca di costruire ponti di solidarietà fra il malato e l'*équipe* sanitaria,<sup>14</sup> il malato e la comunità d'appartenenza,<sup>15</sup> il malato e la famiglia,<sup>16</sup> aiutandolo altresì a riconciliarsi con se stesso, col passato e coi progetti interrotti,<sup>17</sup> e a ritrovare la speranza in un rinnovato rapporto col Dio della vita, della salute e della salvezza.<sup>18</sup>

Per questo, a ragion avveduta la cappellania si propone come *comunità dell'alleanza*, nel duplice senso di "sacramento qui ed ora" della Chiesa universale, popolo dell'alleanza, ma anche di gruppo di credenti alleati tra loro nel servizio pastorale dei sofferenti. Con questa sua peculiarità s'inserisce altresì nell'alleanza terapeutica di tutti gli altri operatori sanitari per un servizio integrale e polivalente al cittadino.

### **Le finalità della cappellania ospedaliera**

La cappellania si propone il raggiungimento in ospedale delle molteplici finalità della pastorale della salute, che non si riduce più a pastorale ospedaliera ma che tuttavia trova nell'ospedale molteplici sfide. La NOTA CEI al n. 81 le illustra in quattro proposizioni:

- presentare nell'istituzione sanitaria un *segno ecclesiale*, che renda possibile un'azione missionaria;<sup>19</sup>
- essere luogo dove Dio *rivela la sua tenerezza* e si mette al servizio dell'uomo;<sup>20</sup>
- *coordinare le forze* cristiane presenti nell'organizzazione ospedaliera attraverso idonei strumenti;<sup>21</sup>
- contribuire al *coinvolgimento della Chiesa* locale nella promozione della salute e nell'assistenza dei malati.<sup>22</sup>

---

<sup>14</sup> La medicina antropologica parla di "alleanza terapeutica" per indicare il patto tra l'operatore sanitario e la persona malata, uniti nel recupero del bene perduto della salute. Intesa correttamente, essa è superamento sia del paternalismo medico che defrauda il malato della sua autonomia sia del neocontrattualismo che riduce il medico a distaccato consulente.

<sup>15</sup> La cappellania ha un osservatorio privilegiato, il mondo della malattia, ed è proprio da essa che possono arrivare alle comunità parrocchiali gli stimoli per "convertirsi" sempre più alla pastorale della salute.

<sup>16</sup> La malattia sovente non è che lo sbocco di sofferenze relazionali. La malattia può diventare il luogo per una presa di coscienza di rapporti da ricostruire, risorse da attivare, amore da rinverdire.

<sup>17</sup> Non c'è come lo stato di malattia che denuda la persona di tante maschere e chimere insegue, per riportarla alla *sobrietas*, cioè la capacità di comprendere ciò che veramente è essenziale nella vita.

<sup>18</sup> A partire dall'oscurità della malattia e dello spettro della morte, può nascere un percorso di un incontro col vero volto di Dio, come lo è stato nell'esperienza del salmista.

<sup>19</sup> Quale terra di missione evangelicamente più fertile si può trovare, dove s'incontrano i vicini e i lontani, con la possibilità di arrecare la "buona notizia": il vangelo della vita, il vangelo della sofferenza, il vangelo della carità!

<sup>20</sup> In tutto ciò che dice e fa la cappellania offre il volto di Dio misericordioso: persone, attività, gesti (anche sacramentali ma non solo ...), facendosi compagni di viaggio con chi è nella prova, aiutandolo a "vivere" fino alla fine.

<sup>21</sup> Ci sono forze già operative ed altre latenti nel personale ospedaliero, persone che oltre ad una professionalità hanno una fede: medici, infermieri, tecnici, ausiliari, operatori vari... Si tratta di farle sentire ed agire come comunità cristiana, come credenti che fanno del proprio servizio una missione. Lo strumento principale di cui avvalersi per catalizzare queste risorse è il *Consiglio pastorale ospedaliero*, il quale può essere composto dai rappresentanti delle varie categorie lavorative e di volontariato.

## **I compiti, i progetti, le iniziative**

Considerata nell'insieme delle sue funzioni, la cappellania ospedaliera si presenta allora come una comunità dai molteplici servizi, intesi come:

- *umanizzazione*. È, questa, una via efficace di pre-evangelizzazione ed evangelizzazione: richiamare la centralità del malato; fare una pastorale della relazione e dell'accompagnamento; contribuire ai progetti d'umanizzazione degli ambienti, dei servizi e dei rapporti nelle istituzioni sanitarie; promozione del volontariato pastorale; etc.

- *nuova evangelizzazione*. E' urgente far conoscere il vangelo della vita, della salute e della sofferenza, della carità: fare catechesi sul valore della vita, sul significato della salute, sul senso salvifico della sofferenza, sul mistero della morte, sulla speranza cristiana;

- *celebrazione della salvezza*. Si tratta di assicurare quotidianamente il "sacramento della presenza" (la propria) per arrivare alla "presenza dei sacramenti", soprattutto ai tre sacramenti del tempo della malattia che corrispondono a tre bisogni esistenziali di chi soffre: riconciliazione (Penitenza), comunione (Eucaristia) e forza nella lotta (Unzione degli Infermi);

- *testimonianza della carità*. La carità è l'altro volto dell'evangelizzazione. Anche in ospedale si possono avviare micro-progetti d'aiuto concreto per le "urgenze" degli ultimi (poveri, immigrati, tossicodipendenti, malati di AIDS, barboni,...), come centri di ascolto, strutture d'accoglienza dei familiari dei malati, lavoro a rete con centri di soccorso, aiuto alle missioni, etc.

- *formazione*. La chiesa è presente nel mondo della sanità con una propria proposta antropologica basata sul rispetto assoluto della vita, sempre e comunque. Agli interrogativi sempre più pressanti posti dalla pratica medica occorre saper dare risposte tempestive e plausibili: diffusione degli interventi magisteriali; attività formativa nella facoltà di medicina per i medici e gli infermieri; presenza nei comitati etici, etc.

- *laboratorio di Chiesa sanante*. La koinonia non può restare solo una parola, ma deve diventare stile che struttura i rapporti fra le persone, relazioni improntate all'igiene relazionale che diventa sorgente di benessere anche fisico e spirituale: stile generale di collaborazione e progettualità comunitaria; costituzione del Consiglio pastorale; rapporto con le associazioni di volontariato socio-sanitario; etc.

- *dialogo ecumenico e interreligioso*. La cappellania incontra in via ordinaria credenti d'altre chiese o confessioni. Si tratta d'essere uomini e donne d'autentico dialogo e comunione con tutti, anche con chi è su posizioni diverse, a partire dall'interrogativo persistente che tutti accomuna circa il senso del vivere e del morire perché non un posticino anche sul foglio pastorale?); sarà preoccupazione della cappellania far sì che l'ospedale rispetti il dettato di non far mancare il servizio religioso ai non cristiani;

- *ponte sul territorio*. Dal suo osservatorio privilegiato la cappellania può far arrivare alle comunità parrocchiali gli stimoli per convertirsi sempre più alla pastorale della salute: attraverso forme di animazione nei consigli pastorali e nei centri giovanili; attraverso un contributo formativo a sacerdoti e diaconi, ai ministri straordinari della comunione, alle associazioni ecclesiali, agli addetti alla catechesi, liturgia e carità; facendo nascere associazioni di e per i malati, di aiuto agli anziani e malati cronici, di accompagnamento dei malati terminali e loro familiari, di pastorale del lutto, etc.

---

<sup>22</sup> Infatti il primo soggetto della pastorale della salute è la comunità cristiana in quanto tale (Cf Nota CEI nn. 23-25), attraverso un'azione che dia priorità all'evangelizzazione e alla catechesi (n. 21); diventando comunità sanante e prossima ai malati anche attraverso specifici ministeri (ministri straordinari della comunione); tessendo rapporti con le cappellanie per una continuità pastorale (collaborazione tutta da inventare!).

### 1.3. Composizione, problematiche, prospettive della cappellania allargata

#### I membri

La cappellania è costituita da varie componenti del popolo di Dio perché così meglio lo rappresentano: sacerdoti e diaconi, religiosi e religiose, laiche e laici (sposati e non).

*Sacerdote:* alcune facoltà gli sono peculiari e non derogabili.<sup>23</sup> La gente s'aspetta il sacerdote nella visita, tuttavia mostra di gradire anche altre presenze quando queste sorprendono positivamente e non cercano di scimmiettare la figura tradizionale del cappellano. Il cappellano si trova nella situazione psicologica che io chiamo "sindrome del cadetto", riassumibile nella espressione "questi vengono a portarci via il nostro lavoro". Un trapasso dalla cappellania sacerdotale a quella allargata non potrà non fare i conti con le aree di immaturità dei cappellani e con il loro livello di aggiornamento pastorale.

*Diacono:* la pastorale della salute è un'ottima opportunità per questo ministero ordinato che ancora fa fatica ad essere percepito dal popolo di Dio nella sua visibilità. Nella situazione italiana con più facilità può essere assunto nell'organico delle Amministrazioni ospedaliere. Il diacono può meglio esprimere l'aspetto del servizio.

*Religiosa e religioso:* la tradizione favorisce la presenza della religiosa nell'ospedale, la quale anche in passato pur svolgendo il ruolo di caposala si assumeva delle mansioni pastorali (liturgiche).<sup>24</sup> Poca o nessun'attenzione invece c'è per il religioso uomo.

*Laici e laiche:* la responsabilità data a laici in altri campi della pastorale (catechesi, liturgia, carità) è una prassi e dottrina consolidata.<sup>25</sup> Si tratta di individuare quale figura e ruoli specifici i laici possano assumere nell'ambito della pastorale della salute, dove peraltro sono stati sempre presenti.<sup>26</sup>

#### I requisiti dei collaboratori pastorali

L'importanza e delicatezza del compito affidato all'èquipe pastorale richiede nei membri alcuni requisiti umani e formativi.

*Esperienza di comunità cristiana.* Lì si nasce alla fede, si cresce nella comprensione della Parola di Dio e nei Sacramenti, ci si verifica, s'impara il servizio. Soprattutto, ci si abitua a pensarsi non come credenti singoli ma come comunità.<sup>27</sup>

*Maturità umana.* Essa comprende una serie di qualità umane che gli permettono di rapportarsi in modo equilibrato ed efficace sia al sofferente<sup>28</sup> sia agli altri membri della cappellania.<sup>29</sup>

---

<sup>23</sup> È in crescita la bibliografia sulla figura del cappellano (Cf la bibliografia in fondo).

<sup>24</sup> Anche sulla religiosa e la pastorale della salute c'è una bibliografia.

<sup>25</sup> Sulla scorta del Decreto conciliare *Apostolicam Actuositatem* e del *Codice di Diritto Canonico* (can. 224-231), vedi anche l'esortazione apostolica *Christifideles laici* (Giovanni Paolo II, 1988).

<sup>26</sup> Si pensi solo a quanto bene abbiano fatto nelle Associazioni cattoliche dedite all'accompagnamento dei malati.

<sup>27</sup> La cappellania ha bisogno nel confronto onesto per trovare pian piano il suo volto, il suo stile. E occorrono concreti spazi e momenti di vita comunitaria.

<sup>28</sup> Sapendo al contempo offrire vero ascolto e partecipazione, senza tuttavia cadere in forme di coinvolgimento emotivo distruttive.

<sup>29</sup> Imparare ad operare in èquipe è una sfida per tutti. Occorre stima, comprensione, capacità di sorvolare i limiti altrui, senso pratico, comunicazione corretta, etc.

*Spiritualità del servizio.* Il Cristo crocifisso resta il paradigma del servizio al prossimo. Un serio discernimento preserva il collaboratore pastorale dal cercare inconsciamente gratificazioni per se stesso.<sup>30</sup>

*Formazione teologica.* Avere elementi di base della teologia aiuta a dare una lettura di fede al proprio servizio e di rapportarsi in modo efficace ai problemi spirituali posti dalle persone.<sup>31</sup>

*La "missio".* Il mandato ricevuto pubblicamente dal Vescovo, o almeno dal responsabile della cappellania, è importante sia per il suo significato sia per la novità di questo, che sta diventando un ministero di fatto e non va semplicemente assorbito nel già istituito ministero straordinario della comunione.<sup>32</sup>

### **Questioni aperte, prospettive, difficoltà...**

La fisionomia dell'operatore pastorale sanitario è agli albori e manca un modello di riferimento. Sono tutti da inventare e sperimentare i percorsi di servizio secondo la specificità di ciascuna vocazione.

*Aspetti formativi e organizzativi.* Per la preparazione di base c'è difficoltà ad avere dei *curricula* soddisfacenti. Pur di avere qualcuno si fanno entrare *oves et boves*. L'orientamento dell'AIPAS (Associazione Italiana di Pastorale della Salute) è di esigere un biennio appositamente istituito, possibilmente comprendente un corso d'iniziazione al dialogo di relazione d'aiuto. Ma forse è ancora poco... Circa la formazione permanente, spesso essa si trova a tappare le falle della formazione iniziale carente.<sup>33</sup> In Italia l'AIPAS da vent'anni organizza un Convegno nazionale annuale e pubblica una rivista trimestrale.<sup>34</sup> Decisivi ai fini della vera collaborazione e della verifica sono gli incontri periodici del gruppo pastorale di programmazione<sup>35</sup> e coordinamento<sup>36</sup>, d'aggiornamento e d'accompagnamento.<sup>37</sup> Alcune domande nascono per quanto concerne l'assegnazione dei compiti e dei reparti: fin dove è sostituibile il cappellano? È opportuno che un laico abbia la completa cura pastorale di un reparto? Ci sono reparti più adatti di altri per costoro? È accettabile che qualcuno della cappellania svolga solamente compiti formativi, o d'animazione liturgica o di segreteria?

*Aspetti giuridici ed economici.* Davanti alle novità di un servizio pastorale nasce il problema del suo riconoscimento, sia ad intra da parte della Diocesi (si resta fermi al mandato del vescovo o si arriverà ad un "ministero della consolazione"?), sia ad extra da parte dell'Amministrazione.<sup>38</sup> La mancata chiarezza induce un senso d'inadeguatezza e frustrazione nei collaboratori pastorali.

---

<sup>30</sup> Ce se ne rende conto quando i nodi vengono al pettine nella prassi (incomprensioni, invettive, manipolazioni, etc.).

<sup>31</sup> Questo requisito purtroppo rischia di essere il più penalizzato, in quanto le persone normalmente più disponibili a questo servizio sono anche di una certa età, e non più tanto elastiche e disposte a investire nell'apprendimento.

<sup>32</sup> È pericoloso arruolare ipso facto i ministri straordinari della comunione, anche se è auspicabile che i collaboratori laici siano "anche" ministri straordinari della comunione. Infatti nascerebbe l'equivoco che il laico va dal malato solo a portare la comunione.

<sup>33</sup> Si noti bene che qui ci si riferisce anche ai cappellani di vecchia pezza, non solo ai nuovi arrivati.

<sup>34</sup> *Insieme per servire.*

<sup>35</sup> I collaboratori non sono solo dei lavoratori, ma intervengono anche nella pianificazione pastorale.

<sup>36</sup> I raduni della cappellania avranno necessariamente anche carattere coordinativo per risolvere intuibili difficoltà nell'intesa fra il cappellano referente del reparto e i non sacerdoti addetti a quel reparto.

<sup>37</sup> Resta il problema della supervisione: chi la fa e ne ha le competenze?

<sup>38</sup> In Italia in questi anni si andati un po' allo stato brado: alcune Regioni hanno sottoscritto degli accordi. Altre stentano. La CEI esita a forzare l'interpretazione del Concordato.

*Aspetti psico-dinamici.* Le novità si prestano a resistenze, si sa. Qui possono provenire dalle aspettative della gente e dai cappellani stessi. La gente ha bisogno di capire il senso di nuove forme di servizio e di abituarsi, ma occorre tempo.<sup>39</sup> Per quanto riguarda i vecchi “addetti ai lavori”, i cappellani, non si può negare l’atteggiamento generale di demotivazione, di fissità nell’azione pastorale, d’impermeabilità ad ogni proposta innovativa e d’aggiornamento, che preclude la comprensione stessa dei cambiamenti in atto e della necessità di nuovi modelli pastorali. Altre difficoltà possono venire da aree critiche della personalità.<sup>40</sup> Di contro, va detto che anche da parte dei “nuovi arrivati” possono sorgere difficoltà dovute ad aree d’immaturità.<sup>41</sup>

*Rapporti col Consiglio pastorale ospedaliero.* In molti ospedali sono già funzionanti i CPO, che si sono strutturati secondo le esigenze locali per quanto concerne componenti e competenze. In quale rapporto sta il CPO con la nascente cappellania, visto che entrambi si interessano della pastorale sanitaria in ospedale? Chi dei due organismi stende il progetto pastorale? Chi lo mette in opera? Tutta la cappellania deve stare nel CPO o solo una parte di essa?

Credo che il criterio generale sia di vedere il CPO come il pensatoio che dà uno sguardo alla realtà pastorale e offre suggerimenti (è un consiglio!), mentre la cappellania è collocata più su un piano operativo. Dopodiché il CPO può essere “anche” una risorsa a servizio della cappellania per portare avanti eventuali iniziative.

## **2. Le cappellanie ospedaliere allargate in provincia Lombardo-Veneta**

I dati sono di una modesta ricerca dell’aprile 2005, in occasione di una *Due giorni* di formazione, nel secondo dei quali peraltro si parlava proprio di cappellania mista.

La presenza ospedaliera dei Camilliani della PLV è così distribuita: Bologna (2 cappellani), Como (3), Sondrio (2), Milano Vialba (3), Milano S. Paolo (2), Padova (8), Pavia (3), Cittadella PD (2), Rovigo (3), Treviso (5), Venezia Mestre (3), Verona B.go Trento (7), Desenzano BS (2).

A questi si aggiungono cappellanie di una persona per lo più in Opere nostre: case di cura (4), di case di riposo (3), alcune piccole opere socio-assistenziali.

Le cappellanie ospedaliere allargate sono presenti in: Padova (+9), Verona B.go Trento (+7), Venezia Mestre (+4), Como (+2), Bologna (+2), Milano Vialba (+2). Si sta per avviare qualcosina in altre.

I **rispondenti** al presente questionario sono 24, e si tratta solo dei collaboratori aggiunti ai cappellani:

8 uomini e 16 donne;

7 religiosi, 8 coniugati, 4 celibe/nubile, 5 vedovi;

12 ministri della comunione, 4 diaconi;

---

<sup>39</sup> Se pensiamo che ancora oggi molti non accettano di ricevere la comunione da un laico...! Imperante è ancora un’idea d’assistenza religiosa basata sui sacramenti, e da lì possono provenire la maggior parte delle incomprensioni.

<sup>40</sup> L’individualismo nell’agire pastorale, la paura del confronto; il bisogno di potere o prestigio che si esprime come autoritarismo, manipolazione, svalutazione del lavoro altrui, etc.; la difficoltà a relazionarsi col mondo femminile.

<sup>41</sup> Vocazioni mancate e ricerca di ruoli, ripetizione di modelli tradizionali e superati, permalosità, gelosie, rivalse, presunzioni, proiezione di bisogni personali non riconosciuti, etc.

7 pensionati;

Età media anni 64,2: 3 fra i 43/49 anni; 2 sui 56/57 anni; 13 tra i 60/69 anni; 4 fra i 70/79; 1 di 84.

#### Circa la **formazione di base**:

La *teologia accademica* solo per i 4 diaconi. Per 12 la teologia per laici. Per 8 corsi sporadici.

Per la *pastorale sanitaria*, 14 il corso biennale a frequenza settimanale; 7 il corso base di Relazione d'aiuto (DRA); 7 corso base per volontariato ospedaliero; 7 autodidatta (letture, corsi vari); 4 corso breve (dalle 3 alle 7 lezioni); 3 preparazione sommaria del cappellano; 2 corso di Pastorale clinica (CPE); 2 niente di specifico; 1 Camillianum; 1 Scuola pedagogia.

L'**immissione nella pastorale** per 8 è avvenuta prima della formazione; per 12 contemporaneamente. Per quasi nessuno, dunque, la formazione è stata previa all'azione pastorale. Se la formazione iniziale abbia effettivamente aiutato nella prassi pastorale, 14 dicono molto, 10 abbastanza.

Se ci sia stata un'ufficializzazione del mandato, per 15 sì (13 col mandato del vescovo e 5 del cappellano), per 9 no. Il riconoscimento economico c'è solo per 2 (1 part-time e 1 a progetto).

La **tipologia dei reparti** affidati complessivamente è così risultante: 21 medicine (tra generali e specialistiche); 10 chirurgie; 8 pediatrie; 3 maternità.<sup>42</sup>

La media generale di degenti visitati da ogni collaboratore è di 63 pazienti (circa 2 reparti a testa).

Per 14 i reparti sono in collaborazione col cappellano, mentre per 6 sono totalmente affidati al collaboratore. Per 1 solo e l'una e l'altra cosa. Quando è totalmente affidato, c'è comunque un cappellano referente per la celebrazione di sacramenti. Al bisogno, si fa una segnalazione ai cappellani, in particolare al cappellano di guardia.

Il numero di **visite settimanali** in reparto: 3 visite (10 collaboratori); 5 visite (3); 4 visite (3); 2 visite (4); 7 visite (2); 1 visita (2). Media: 3,3.

In genere si tratta di giorni fissi (21 casi): martedì 14, venerdì 14, giovedì 11, lunedì 10, domenica 8, mercoledì 8, sabato 6.

Durante la visita pastorale **l'attenzione dedicata alle varie categorie** di persone è così ripartita:

*Ai malati ricoverati*: 15 molto e 6 abbastanza; *ai famigliari*: 7 molto e 10 abbastanza; *al personale infermieristico* 2 molto e 9 abbastanza; *al personale medico* 1 molto e 3 abbastanza; 6 poco e 11 niente.

All'interno della visita pastorale, **quale tipo d'intervento** si privilegia?

In ordine d'importanza troviamo: l'*ascolto* al primo posto (molto 16, abbastanza 5); seguono a pari merito la *santa comunione* (molto 9, abbastanza 8), il *sostegno psicologico* (molto 9, abbastanza 7) e la *preghiera* (molto 8, abbastanza 8).

Solo pochi e comunque poco tendono a: dare consigli di vario genere, creare mediazioni, l'informare, lo sdrammatizzare e distrarre, l'invitare ad accostarsi ai sacramenti, l'insegnare o fare catechesi.

Quasi nessuno intende far capire gli sbagli della vita, convertire i lontani, portare a delle decisioni.

Praticamente quasi niente di sostegno materiale (procurare cose, fare telefonate, lavare panni...).

---

<sup>42</sup> Infettivi 6, pediatria 4, medicina 4, geriatria e lungodegenza 4, chirurgia generale 3, neurochirurgia 3, ostetricia 3, ginecologia 3, oncologia 1, oncoematologia pediatrica 1, chirurgia pediatrica 1, patologia neonatale 1, rianimazione pediatrica 1, chirurgia plastica 1, chirurgia vascolare 1, cardiocirurgia 1, urologia 1, neurologia 1, nefrologia 1, dialisi 1, psichiatria 1, rianimazione 1, astanteria 1, dozzinanti 1, obitorio 1. RRF 1.

Fra coloro che distribuiscono **la santa Comunione** (circa 17), il momento più opportuno è considerato: il pomeriggio per 8, il mattino per 7. La modalità è di farla al momento, dopo avere chiesto chi intende farla (16), ma anche a chi si era precedentemente prenotato (8). Generalmente è preceduta da una breve preghiera (19) o addirittura inserita in una breve liturgia (13).

Per quanto riguarda il sacramento dell'**Unzione degli infermi**, la questione viene delegata al cappellano (11), ma anche proposta direttamente (10). Circa metà assistono alla celebrazione (11), cerca di coinvolgere i famigliari presenti (13). In 7 precedono con una breve catechesi. Pochi coinvolgono il personale presente (4) e nessuno cerca di organizzare forme collettive di celebrazione

**Altre attività** esercitate oltre la visita in reparto: partecipazione al Consiglio pastorale ospedaliero 11; tessere rapporti con le parrocchie 9; preparare o condurre le liturgie 6.

Solo uno o due invece si dedicano anche ad altro: formazione della chiesa locale; benedizioni di salme; lavori di segreteria; centro ascolto; formazione del personale ospedaliero; conduzione di gruppi di volontariato o d'auto-mutuo-aiuto. Nessuno a fare catechesi. Un diacono fa l'omelia fissa alla messa vespertina.

Circa la qualità dei **rapporti con la Comunità** dei cappellani religiosi, dal punto di vista relazionale paiono essere ottimi per la stragrande maggioranza (19)<sup>43</sup>, mentre dal punto di vista organizzativo sono più che altro discreti (11): solo uno su quattro li considera ottimi.<sup>44</sup>

Quando però si va a vedere quali siano in generale gli aspetti più problematici dell'intera esperienza di collaborazione pastorale in cappellania, la più parte riguardano proprio l'area dei rapporti con i cappellani: poca conoscenza reciproca, timore del cappellano di perdere territorio, fatica a sentirsi chiesa-comunione, età avanzata di alcuni cappellani, nei giovani cappellani squilibrio fra troppa formazione e poco servizio, assenza dei cappellani negli incontri della cappellania; poco entusiasmo e gioia...

Altri problemi sono invece legati alla pastorale **nei riguardi del malato**: dover affrontare casi molto complessi o penosi; incapacità a entrare nel problema del sofferente per farlo sentire meno solo, senso d'impotenza di fronte a tanto dolore; mancanza di tempo; interruzioni da parte di altri operatori sanitari.

Alcune tipiche problematiche sono **legate al ruolo**: non si ha una chiara identità davanti al malato che resta perplesso; mancata autorizzata a dare la comunione; rapporto coi non credenti o con extracomunitari.

Alcune ulteriori osservazioni si soffermano su: la riconoscenza ai camilliani per poter collaborare a questo carisma; felice scoperta dell'efficacia della propria presenza di donna (come sposa e madre) nella pastorale sanitaria; l'opportunità per i diaconi di poter amministrare l'Unzione degli infermi; il sotto-utilizzo dei laici in questa pastorale; dannosa scarsità di catechesi sull'Unzione degli infermi nelle parrocchie.

---

<sup>43</sup> Discreti 4, scarsi 1, totalmente assenti 0, conflittuali 0.

<sup>44</sup> Ottimi 6, scarsi 4, totalmente assenti 2, conflittuali 0.

## **Bibliografia**

CONSULTA NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ (Nota CEI), *La pastorale della salute nella chiesa italiana*, 1989.

BRUSCO A. (a cura di), *Curate i malati. La pastorale della salute nella chiesa italiana*, Camilliane, Torino 1990.

BRUSCO A., *Cappellania ospedaliera*, in DIZIONARIO DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA, Camilliane, Torino 1997, pp.165-169.

SGRECCIA E., *La cappellania: un progetto di comunità pastorale*, in “Insieme per servire”, 3 (1990), pp. 42-46.

CASERA D., *L'assistente religioso nel mondo della salute*, Camilliane, Torino 1991.

BRUSCO A., L. BIONDO (a cura di), *Religiose nel mondo della salute*, Camilliane, Torino 1992.

MARINELLI S., *Il cappellano ospedaliero. Identità e funzioni*, Camilliane, Torino 1993.

BRUSCO A., L. SANDRIN, *Il cappellano d'ospedale. Disagi e nuove opportunità*, Camilliane, Torino 1993.

DI TARANTO L., *La cappellania ospedaliera mista. Una novità ecclesiale nelle istituzioni sanitarie*, Camilliane, Torino 1999.