

La Pastorale della Salute nell'Anno della fede

“Tutto quello che avete fatto a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l'avete fatto a me” (Mt 25,40). L'apostolo Giacomo affermava: “A che serve, fratelli miei, se uno dice di avere fede, ma non ha le opere? La fede: se non è seguita dalle opere, in se stessa è morta” (Gc 2,14-18).

La fede, lungi dal rinchiudersi negli angusti ambiti del privato, chiede al cristiano di impegnarsi anche nel vario e complesso mondo della salute, nel senso ampio del termine, facendo propria la dimensione quanto mai urgente di una “nuova evangelizzazione.”

“L'anno della fede - indetto da Benedetto XVI - ci ricorda un'affermazione di Giovanni Paolo II: **“Una fede che non diventa cultura, è una fede non pienamente accolta, non interamente pensata, non fedelmente vissuta”**, ha rammentato il Patriarca Francesco.

Gli scenari che in questi ultimi decenni si sono ampliati e costituiscono un mutato ambito di testimonianza e di annuncio del Vangelo, non lasciano indifferente il mondo della salute, incalzato soprattutto dalla ricerca scientifica e tecnologica, con il conseguente porsi di problemi che investono, tra l'altro, il delicato rapporto tra bioetica e pastorale. Il compito classico e tradizionale della pastorale viene pertanto arricchito ed ampliato. Se, infatti, da una parte bisogna assistere il malato dall'altra non ci si può esimere dal **formare le coscienze e dal promuovere la cultura della vita e dal salvaguardare, sempre e in ogni circostanza l'inviolabile dignità della persona umana nella costante ricerca della giustizia nonché del perseguimento del bene comune.**

La Pastorale della Salute, ancora oggi concepita ed esercitata in modo tradizionale, deve essere ripensata, cosicché in tutte le sue articolazioni – ammalati, famiglie, personale sanitario, cappellani, mondo del volontariato, esperti di politiche sanitarie -, da forma secondaria e ristretta all'ambito ospedaliero e, a volte, poco considerata nell'insieme delle attività delle Chiese locali, riscopra e dia concretezza ad una rinnovata ed urgente opera evangelizzatrice, nella quale non è possibile delegare la cura, il lenimento delle sofferenze e la guarigione soltanto alla comunità scientifica, in quanto essa investe ogni cristiano e la Chiesa nel suo insieme. Si tratta, quindi, di un dovere al quale, come cristiani, non possiamo sottrarci, tenuto conto che in Cristo ogni uomo diventa la via della Chiesa e, in modo speciale, quando nella sua vita entra la sofferenza (cfr. Giovanni Paolo II, lett. ap. *Salvifici doloris*, n. 3)

Soltanto in questa prospettiva, **l'Anno della fede** potrà divenire un'occasione propizia per **promuovere una rete di assistenza più prossima ai bisogni delle persone** e, nel contempo, maggiormente orientata al **bene comune**, al riconoscimento della **tutela della salute** come diritto senza esclusione, come ha esortato il Papa durante la Sua visita nella “terre di Marco”. (cfr. Discorso nella Basilica di Aquileia 7.5.2010) e secondo le indicazioni emerse del Convegno ecclesiale Aquileia 2.

Il bene comune “tutela della salute” “ è la difesa della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana senza discriminazione di età, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, d'ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra”

Affinché la fede si trasformi in carità, come esorta l'apostolo Giacomo, l'**evangelizzazione** non può mai essere disgiunta dalla **promozione umana**. In questa prospettiva, per una valida ed incisiva pastorale della salute, adeguata alle esigenze attuali nel mondo della salute, “conditio sine qua non” è la conoscenza della Nota pastorale della CEI **“Predicate il Vangelo e curate i malati”**, pubblicata nel 2006..Essa è la stella polare di riferimento per un orientamento strategico, ma poi i suoi contenuti vanno calati nella realtà quotidiana, secondo piani operativi e linee d'azione coerenti, che non possono prescindere da una altrettanto adeguata conoscenza dei Piani socio-

sanitari regionali e locali da parte di quanti intendono testimoniare la propria fede nel “*prendersi cura*” dei sofferenti e per il *bene comune*.

La testimonianza presuppone una risposta convincente all’inquietante domanda: “*Ha ancora un senso credere oggi, in un mondo in cui scienza e tecnica hanno aperto orizzonti, soprattutto in campo biomedico, sino a poco tempo fa impensabili, e che tuttavia non hanno diradato le ombre delle nuove schiavitù che affliggono l’uomo?* “ La testimonianza diviene possibile allorché si è sperimentato che, in forza del Battesimo, **la fede non è semplice assenso intellettuale dell’uomo a delle verità particolari su Dio, ma dono di Dio e atto assolutamente libero e umano di affidamento al suo amore**. Il nocciolo duro della fede è la passione, morte e resurrezione di Gesù ed evangelizzare significa innanzitutto far conoscere Cristo, il salvatore, annunciare Dio che ci ama.

Il **Credo** come consapevolezza del grande dono della fede che si è ricevuta, che si accoglie come norma di vita, e che ci si impegna a trasmettere con la testimonianza, rappresenta la porta di ingresso nella rivelazione cristiana. E’ il punto d’inizio e il centro direzionale verso il quale convergono tutte le dichiarazioni ed esposizioni sulla fede enunciate nei secoli.

In un mondo che cambia, anche la pastorale, pur non conformandosi al mondo, deve però confrontarsi con esso, mai smarrendo l’oggetto del suo esistere, e cioè il malato, colto nella sua pluridimensionalità di corpo, di anima e di spirito. Anche quando la scienza medica abbia risposto a tutte le sue domande – ha sostenuto Ludwig Wittgenstein – non ha ancora neppure sfiorato i problemi della vita dell’essere umano. La malattia e la morte, infatti, attingono al mistero, non al segreto, e come tali non possono essere svelate.

Di fronte alla complessità e alle problematiche del reale i valori evangelici, la solidarietà e la fraternità rappresentano ancora una proposta convincente ed attuabile, pur in un contesto di pluralismo. Il cristiano deve farsi prossimo con l’ascolto, con la testimonianza, nella proposta di un Dio misericordioso, di un Cristo crocifisso, ma che risorgendo ha vinto la morte, offrendo la speranza e conferendo un significato nuovo al dolore, alla malattia e alla vita.

Programma pastorale 2012-2013

“I temi della salute e del welfare socio-sanitario, con le loro urgenze e le loro questioni aperte, costituiscono un banco di prova fondamentale per l’antropologia e la morale cristiana e, insieme, un terreno decisivo per la nuova evangelizzazione” (S. E. Mons. Mariano Crociata, segretario generale CEI) **Alla luce di queste evidenze, il programma pastorale intende:**

- 1. Continuare lo sviluppo di un programma culturale nelle varie sezioni del sito, relazionando altresì sugli avvenimenti più recenti che interpellano e coinvolgono la pastorale della salute.**

Da qualunque presupposto le si guardi la società e la sanità sono in rapido cambiamento. Se è vero, come affermava papa Paolo VI nell’enciclica **Populorum Progressio** (n.85), che “*il mondo soffre per carenza di pensiero*”, è necessario tornare a pensare al senso vero e integrale dell’uomo e della società, quali coordinate in cui si iscrive l’agire sanitario.

Per coordinare gli sforzi, per divenire efficaci, per costruire insieme evitando la babele delle lingue, la frammentazione, l’autoreferenzialità tanto dannosa, è indispensabile la conoscenza della Nota pastorale dei vescovi italiani del 2006, cui seguono come corollario altri documenti recenti che interessano le diocesi del Nordest.

- “ **Predicate il Vangelo e curate i malati** “, Nota pastorale della CEI (sigla PVCM).

Rispetto ai vasti e complessi problemi del mondo sanitario, risposte parziali e disarticolate si mostrano insufficienti. La Nota intende offrire alle comunità ecclesiali criteri di discernimento e indicazioni pastorali per un'adeguata evangelizzazione e una incisiva testimonianza della speranza cristiana nel mondo della salute. Essa intende anche invitare la comunità cristiana nel suo complesso a sentirsi soggetto corresponsabile della pastorale della salute, integrandola in una pastorale d'insieme. (cfr. sezione documenti magisteriali)

- **“Contributo alla preparazione del Convegno ecclesiale Aquileia 2”**, redatto in collaborazione con gli Uffici diocesani di pastorale della salute del Triveneto e inviato al Comitato preparatorio dell'evento.

Il contributo vuole essere una risposta alle domande: **“Quale apporto può avvenire dalla Pastorale della salute alla nuova evangelizzazione del Nord Est, alla cultura ed al bene comune ? Quali sinergie mettere in atto ?** Negli ultimi anni, a partire dal **Convegno di Verona** e dalla riflessione sulla **fragilità**, si sono poste le basi per un salto di qualità della presenza della Chiesa nella pastorale della salute (§§ 1, 2). Alla luce della Nota pastorale della CEI **“Predicate il Vangelo e curate i malati”**- sinteticamente illustrata al § 3 -, vengono delineati gli impegni organizzativo- programmatici per il **bene comune “tutela della salute”** a livello interdiocesano, diocesano, parrocchiale in collaborazione con le istituzioni civili (§ 4)

- **“Impegnati per il bene comune” (Convegno Aquileia 2)** **“Assumere e comunicare «la vita buona del Vangelo»** è, in estrema sintesi, la strategia missionaria che le Chiese del Nordest debbono adottare per essere all'altezza del nostro tempo, carico di inquietudini ed urgenze, ma anche di segni di speranza”. (messaggio finale scaturito dal Convegno ecclesiale “Aquileia 2”). **In questo contesto è' necessario promuovere una rete di assistenza più prossima ai bisogni delle persone** e, nel contempo, maggiormente orientata al **bene comune**, al riconoscimento della **tutela della salute** come diritto senza esclusione.

- **XIV Convegno nazionale della pastorale della salute. Urge un nuovo paradigma per la sanità in Italia in quanto “ non possiamo non guardare con preoccupazione alla diversa quantità e qualità dei servizi offerti da regione a regione, alla rottura dell'alleanza medico-paziente, con le ben note conseguenze di conflittualità e di medicina difensiva, alle prevedibili conseguenze di ulteriori tagli alla spesa sanitaria”** (Saluto al Convegno di S. E. mons. Mariano Crociata, Roma 18.6.12).

L'esperienza insegna che ogni organizzazione se vuole essere efficiente ed efficace deve trovare un equilibrio così che il suo assetto possa essere il migliore possibile per ottenere, dati i vincoli, i risultati che sta raggiungendo. **Se vogliamo, dunque, risultati doversi dobbiamo cambiare l'organizzazione.**

- **Riflessioni e proposte della Commissione regionale della pastorale della salute per la definizione del Piano Socio sanitario Regionale 2012 – 2016.** Queste proposte furono inviate alla Programmazione della Regione Veneto nel gennaio 2010, prefigurando già un nuovo paradigma per la sanità.. La conoscenza di queste proposte, integrate con quelle presentate al XIV Convegno nazionale della pastorale della salute nel 2012, risulta utile al personale sanitario, cappellani, operatori pastorali, mondo del volontariato, esperti di politiche sanitarie e a tutti i cittadini che hanno a cuore il **bene comune tutela della salute.**

- **“L'umanizzazione dell'assistenza “ e “Azioni per valorizzare le risorse umane” nel Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016** (sigla PSSR Veneto): Questo importante aspetto dell'assistenza interessa tutti i cittadini ed in particolare gli operatori sanitari, pastorali, i volontari socio-sanitari. Nel sito, “area education”, la tematica è stata sviluppata in parecchi documenti utili alla **“formazione continua”** di quanti per professione o scelta volontaria si prendono cura dei sofferenti.

2. Promuovere una “rete di assistenza” più prossima ai bisogni delle persone

“La comunione e la collaborazione non potranno essere efficacemente promosse senza il passaggio dall’agire improvvisato alla progettualità e senza un coordinamento intelligente delle risorse presenti nella comunità” (PVCM n. 59) “E’ necessario promuovere una maggiore integrazione tra l’assistenza spirituale assicurata nelle strutture sanitarie e la cura pastorale ordinaria nelle parrocchie, sviluppando forme di collaborazione tra le cappellanie ospedaliere e le comunità ecclesiali territoriali “ (PVCM n. 4)

- **nelle comunità cristiane parrocchiali** (cfr. “la pastorale della salute nella comunità”, PVCM nn. 65-67)

C’è bisogno di una nuova evangelizzazione, che abbia il coraggio di parlare più di malattia, di morte e di vita eterna per preparare le persone ad affrontarle e viverle nella luce di Cristo, per farne momenti di salvezza anziché di disperazione.

Oggi giorno i ricoveri ospedalieri sono sempre più brevi e riservati ai soli casi acuti, mentre con l’allungamento della vita media e la conseguente maggior diffusione delle malattie “cronico - degenerative” sono aumentati e aumenteranno sempre di più i malati che avremo nelle nostre comunità: malati oncologici, malati in fase terminale, malati psichici, anziani delle 3^a e 4^a età, specialmente non autosufficienti, con carichi assistenziali insopportabili per le famiglie (cfr. PVCM n. 59)

Aiutare la persona, specialmente se fragile e malata, a vivere la sua *vocazione* cristiana è un compito affidato a tutta la Chiesa, da quella universale a quella locale. Ed è la **comunità parrocchiale** ad avere, in questo senso, un ruolo del tutto particolare, in quanto essa è il soggetto ecclesiale più concreto, spesso a misura d’uomo, capace quindi di relazioni interpersonali immediate e profonde, ricco di carismi e di risorse che lo rendono luogo dell’incontro della varietà e dell’unità del servizio ai malati e ai sofferenti. (cfr. CEI, *Il volto missionario delle parrocchie in un mondo che cambia* - nn. dal 9 al 13 - 2004).

L’esperienza dell’accompagnamento delle persone nei passaggi difficili della vita, la testimonianza di una prossimità ricca di umanità, costituiscono un vero e proprio cammino di educazione alla speranza. (EVBV n. 54)

A livello parrocchiale o interparrocchiale non si tratta di fare concorrenza o sostituzione all’opera medica o infermieristica, ma di saper integrare l’azione pastorale di aiuto, sostegno, conforto con quella sanitaria. Occorre una **“rete di prossimità”** quotidiana per accompagnare le persone e le famiglie, così da integrare i servizi socio-sanitari necessari alle loro esigenze

- **nei luoghi di ricovero e cura (Ospedali, Case di riposo, Hospices, ecc.)**. (cfr. “la pastorale della salute nella comunità”, PVCM nn. 66 -67)

La cura della salute come oggi si presenta nella struttura ospedaliera, fa intravedere cambiamenti pastorali di non lieve entità: degenze estremamente brevi, settori di ultraspecializzazioni, day hospital, malati molto più esigenti, diminuzione di interesse per ciò che è religioso per via del fenomeno razionale, tecnico e scientifico della malattia, ecc.

Proprio nel momento in cui il malato ricoverato in ospedale è portato a riflettere, fuori dal turbine della vita quotidiana, sulla fede, sulla vita, sulla salute, sulla salvezza, ponendosi “domande di senso” e “domande religiose” che hanno bisogno di una risposta chiara e profonda, anche se graduale, non ci sono i tempi “fisiologici”, per aiutare a far maturare una “conversione”, se già in precedenza non esisteva un *humus* predisposto, recettivo, anche se poco coltivato. Pertanto, come si rende indispensabile una continuità delle cure mediche al ritorno della persona dall’ospedale nella propria casa, altrettanto dovrebbe esserci una continuità nell’assistenza relazionale e spirituale, che non sempre è garantita dalla parrocchia.

Le cappellanerie operanti negli ospedali per acuti, che già assicurano le cure relazionali e spirituali, si preoccupino di assicurare tali cure non solo durante le degenze, divenute estremamente brevi, ma anche la continuità delle stesse alla dimissione.

3. Incentivare la promozione del *bene comune* “*tutela della salute*” (cfr. PVCM nn. 8-18 e 25-37, i “documenti corollario alla Nota pastorale” elencati al § 1, in particolare “Riflessioni sul nuovo PSSR Veneto” e “Umanizzazione dell’assistenza” nel PSSR Veneto 2012-2016.)

Operatori sanitari

Per gli operatori sanitari il *bene comune* “*tutela della salute*” significa “*difesa della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della vita e della dignità della persona umana senza discriminazione di età, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, d’ideologia politica e di qualsiasi altra natura in tempo di pace come in tempo di guerra*”

Per la “**formazione continua**” degli operatori sanitari negli aspetti dell’*etica*, della *bioetica*, dell’*umanizzazione dell’assistenza* questo sito offre documenti di approfondimento, soprattutto nell’area “education”. Si propongono inoltre:

- Il **Corso di bioetica** (biennale) che, programmato dall’Istituto Superiore di Scienze Religiose “San Lorenzo Giustiniani” del Patriarcato, avrà inizio con il prossimo anno accademico 2012-2013 (Info: segreteria @marcianum.it)
- **Incontri sui grandi temi della salute e dell’umanizzazione dell’assistenza**
- In collaborazione con l’Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Venezia attraverso la “**Scuola di etica clinica**”, avviata nel 2010 con la partecipazione di trenta medici, è proseguita nel 2012. Essa continuerà la propria attività nel prossimo anno.

Operatori pastorali

Per “incarnare” il Vangelo nell’oggi, è assolutamente necessario **formarsi per formare** e trovare il modo di **fare rete**, che non spunta automaticamente, ma implica impegno e fatica, molta fatica.

Per una valida ed incisiva pastorale della salute, soprattutto nel territorio (parrocchie), è essenziale la conoscenza dei punti programmatici sviluppati nella Nota pastorale “**Predicate il Vangelo e curate i malati**” al n. 67. E’ altrettanto necessaria la conoscenza di come viene gestita la sanità nel territorio ed erogata l’assistenza secondo il PSSR Veneto 2012-2016 (cfr, i “documenti corollario alla Nota pastorale” elencati al § 1)

Per la “**formazione continua**” degli **operatori di pastorale della salute, nell’ambito** di *sapere, saper fare, saper essere* (PVCM 67), il sito offre approfondimenti dei documenti del magistero e culturali.

Oltre ai documenti elencati al § 1, un valido strumento di lavoro viene offerto dal **Vademecum**, ovvero **Linee guida per l’applicazione della Nota PVCM**, redatto a livello nazionale e pubblicato in questo sito “area education”. **Esso** è stato pensato per fare da base progettuale-organizzativa ed essere spunto delle iniziative di pastorale della salute. Rivolto agli operatori pastorali che si impegnano ad “incarnare” la “buona notizia” dell’amore del Padre in opere e segni concreti, avvalendosi dei linguaggi contemporanei, l’agile strumento aiuta ad **individuare azioni che possano tradurre le idee in pratiche virtuose e i principi in esperienze.**

Volontariato

Il volontariato socio-sanitario è “**un aiuto per vivere pienamente la nostra vita di fede e aiutare a investire i frutti in una generosa testimonianza negli ambienti caritativi in cui viviamo, perché la grazia fatta a ciascuno di noi diventi pane spezzato e donato ai fratelli**” (Card. Marco Cè, patriarca emerito della diocesi di Venezia).

La realtà socio-sanitaria della diocesi anche nella prospettiva del nuovo Piano socio sanitario veneto 2012-2016, fa intuire che le risorse di operatori socio-sanitari che le istituzioni potranno mettere a disposizione, senza considerare la gravità dell’attuale congiuntura economica, non

saranno mai sufficienti per coprire interamente il fabbisogno del numero di persone anziane fragili dimoranti nei nostri territori parrocchiali.

*“È il momento che associazioni e movimenti, riscoprendo ciascuno la propria valenza iniziatica, si innestino in una pastorale integrata, che sia di compagnia alle solitudini di oggi e rilanci in concreto la missione sul territorio “ (card. Bagnasco, *Prolusione all’Assemblea dei vescovi italiani*, 21.5.2012)*

Occorre **un’alleanza esistenziale** tra il malato, i suoi familiari, il personale sanitario, i volontari disponibili, l’assistente religioso in ospedale, il parroco a domicilio e i loro collaboratori laici nel campo della pastorale della salute, che permetta un approccio globale alla persona malata e consenta il passaggio dalle molteplici prestazioni ad una vera **“relazione d’aiuto”**, umana, solidale, adeguata ad un integrale accompagnamento della persona sofferente. Che in un certo senso prefiguri quella che in Inghilterra e negli Stati Uniti viene denominata **community care** e che si va delineando anche nel nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto 2012-2016.

Per una **“formazione continua”** dei volontari socio-sanitari in questo sito vengono proposti approfondimenti. Anche per i volontari è fondamentale la conoscenza della Nota pastorale della CEI **“Predicate il Vangelo e curate i malati”**, in particolare ai nn. 25-37 e 65-67 e dei “documenti corollario alla Nota pastorale” elencati al § 1.

4. Contribuire alla celebrazione della XX Giornata Mondiale del Malato (11.2.2013)

E’ constatazione di fatto come la Giornata Mondiale del Malato non rappresenti un punto di arrivo e di partenza all’interno di un itinerario pastorale, ma un episodio isolato che non ha continuità nella pastorale ordinaria. La GMM è percepita solo come una delle tante giornate di sensibilizzazione su alcuni temi delicati., ma non ha particolare visibilità e seguito. **“Tale giornata deve fare un salto di qualità, sviluppando, oltre alla dimensione culturale, già diffusa e sentita nelle parrocchie, anche quella culturale...”** (cfr. PVCM, 67d).

Sarà nostra cura comunicare il tema della prossima GMM appena verrà reso noto dal Santo Padre.

- Per esigenze pastorali e locali, la Giornata potrà essere celebrata anche in date diverse dall’11 febbraio.
- Nel mese di gennaio p.v., in questo sito sarà pubblicato il programma di un ciclo di incontri culturali inerenti il tema della Giornata Mondiale del Malato 2013

5. Sviluppo di temi inerenti l’educazione alla *tutela della salute*, secondo gli Orientamenti pastorali per il decennio 2011-2020 (documento CEI)

I danni alla salute che dipendono dalle scelte libere, per esempio quelli che provengono dalla tossicodipendenza, dall’alcolismo, dall’inquinamento doloso e colposo dell’ambiente, dagli sperperi e disordine nel campo del divertimento, del traffico e del libertinaggio sessuale, con le relative ricadute negative psicofisiche individuale e le conseguenze familiari, rientrano nel contesto dell’**emergenza educativa** che nello sviluppare gli **Orientamenti pastorali per il decennio 2011-2020**, programmato dalla CEI, andrà affrontata con energia.

E’ noto che **sapere, saper essere, e saper fare** sono i tre cardini di un processo dinamico alla base di ogni autentica crescita personale e di ogni apprendimento operativo davvero efficace. Oltre ai documenti già inseriti nel sito per un approfondimento di queste tematiche, offriamo collaborazione:

- **in ambito ecclesiale** con la pastorale della famiglia, dei giovani, degli universitari, della scuola, del sociale e del lavoro, degli anziani, degli immigrati
- **in ambito socio-sanitario** con l’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Venezia, i Collegi degli infermieri e delle Ostetriche;
- **in ambito associativo** con le associazioni di ispirazione cristiana e non dei medici, degli infermieri, del volontariato socio-sanitario.