

Contributo alla preparazione del Convegno ecclesiale “Aquilaia 2”

dr. Olmo Tarantino

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?

Rispondendo a queste domande la Commissione per la Pastorale della Salute del Triveneto intende offrire il proprio contributo alla preparazione del Convegno ecclesiale “Aquilaia 2” indicando sinteticamente i problemi pastorali di fondo, le sfide che provengono dal “mondo della salute” e che chiedono alla Chiesa una risposta animata dalla speranza.

Anche in questo ambito “è l'ora di una nuova *“fantasia della carità”, che si dispieghi non tanto e non solo nell'efficacia dei soccorsi prestati, ma nella capacità di farsi vicini, solidali con chi soffre*” (NM, n. 50, 2001). In questa prospettiva è nostro desiderio dare un contributo affinché le Chiese del Nord Est riflettano sulla “salute delle loro relazioni pastorali”, del loro andare ancora oggi al largo per stabilire relazioni con le tante persone che, nei momenti fragili della vita, rischiano di perdersi e cercano qualcuno che accetti le provocazioni del loro domandare.

1. L'impegno della pastorale della salute

La pastorale della salute è stata variamente interpretata dalla comunità cristiana lungo i secoli, in sintonia con la cultura, la scienza medica e lo sviluppo della riflessione teologica. Non sempre, però, è stato compreso il significato evangelizzatore racchiuso nella guarigione dell'essere umano come esperienza di liberazione a partire dal quale annunciare la salvezza totale di Dio. Per cui, da una parte è andata sfumando la valenza terapeutica dell'evangelizzazione e della fede in generale. Dall'altra, l'attenzione al modo degli infermi si è a volte ridotta ad un impegno di carattere caritativo- assistenziale e ad una assistenza religiosa intesa soprattutto nella prospettiva della preparazione alla morte.

Uno dei primi compiti oggi consiste nel recuperare “il segno messianico della guarigione”, sviluppando la dimensione terapeutica dell'evangelizzazione. Che non è equiparabile ad un intervento medico professionale, ma è una guarigione integrale dell'essere umano, come processo di recupero della vita, crescita positiva della persona, esperienza privilegiata per annunciare e offrire la salvezza di Dio.

Ciò significa che l'evangelizzazione nel mondo della salute non deve essere qualcosa di aggiunto all'azione terapeutica, ma deve integrarsi in questo sforzo di guarigione dell'essere umano. Non si tratta dunque di aggiungere iniziative di tipo catechetico o liturgico alle attività degli operatori sanitari, quanto di **collaborare alla cura e all'assistenza integrale della persona** in modo che questo diventi segno di un Dio Amico e Salvatore e invito ad accogliere la sua salvezza.

Spesso delegata ad alcuni specialisti del settore (cappellani ospedalieri, professionisti sanitari, ordini e congregazioni religiose) è **oggi riconosciuta come compito della comunità ecclesiale in quanto tale**. E l'impegno della pastorale della salute è, dunque, passato **dalla cura dell'anima del malato ad un prendersi cura, in prospettiva salvifica, della salute integrale della persona**.

Dal 1989 la pastorale della salute viene descritta “*come la presenza e l'azione della chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti ne prendono cura. Che non viene rivolta solo ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione, ai valori della vita e della salute*” (CEI – La pastorale della salute nella Chiesa italiana - n. 19, 1989). Pertanto l'azione e presenza della Chiesa accanto ai sofferenti perde la sua limitata connotazione di “**pastorale sanitaria o ospedaliera**” e si configura come “**pastorale della salute**”, estendendo così il proprio raggio d'azione anche a tutto il territorio, analogamente a quanto fa la sanità per incontrare e soddisfare i bisogni della popolazione lì dove essa vive, nei Distretti sanitari, nei quartieri, in famiglia.

Inoltre, poiché il concetto di **salute** è molto più vasto rispetto a quello di **sanità** (quest'ultima vi concorre soltanto per il 20%), comprendendo oltre alla cura della malattia fisica la **cura integrale della persona** e tanti altri ambiti come la prevenzione, l'educazione, la formazione, gli stili di vita, i problemi demografici, la famiglia, il lavoro, lo sport, l'ecologia ed altro ancora, ciò ha comportato un ampliamento del cosiddetto “**mondo della salute**” che viene così ad abbracciare l'intero tessuto sociale.

2. “Ascolto” dell'uomo sofferente e della sua storia

Lo scenario dei cambiamenti avvenuti negli ultimi vent'anni nella sfera culturale, in campo economico, politico, sanitario, relazionale- sociale, etico, religioso in presenza di una società in perdurante crisi demografica per il calo delle nascite, mentre aumenta considerevolmente la quota degli anziani con

l'allungamento della vita media, evidenza come debba evolvere anche la pastorale della salute per far fronte alle nuove sfide.

Al di là delle cifre e percentuali offerte dal "rapporto" della Fondazione Nord Est, prendendo in esame alcuni indicatori, si tratta di incontrare i volti, di **"mettere la persona al centro"** come chiave di volta di ogni scelta pastorale prioritaria, ovvero l'**uomo** con le sue debolezze, le sue attese le sue speranze, le sue contraddizioni, le sue sofferenze, le sue fragilità. E' il messaggio lanciato dal Convegno ecclesiale di Verona (ottobre 2006), riecheggiando la Nota pastorale della CEI **"Predicate il Vangelo e curate i malati"** (PVCN), pubblicata quattro mesi prima dell'evento veronese e di cui il Comitato preparatorio di quell'assise ha tenuto debito conto. (cfr. PVCN, presentazione)

In sintonia con la scelta compiuta a Verona, le Chiese del Nord Est nelle loro testimonianze sottolineano come una delle **esigenze pastorali emergenti** nelle loro comunità sia quella di **"mettere la persona al centro, la sua unità e gli ambiti in cui essa si trova e in cui vive anche la sua stessa esperienza di fede"** (cfr. *In cammino verso Aquileia 2*, pag 157, 2011). In questo contesto la **"fragilità"** è emergenza pastorale vasta, complessa, ineludibile, da affrontare con decisione, come si evince da quanto segue in questo documento.

Ogni condizione di dolore, di disagio, di esclusione, in cui l'uomo è impotente a vincere la propria e altrui debolezza è **fragile**. Se la fragilità è indissolubilmente legata alla condizione umana, essa si mostra in modo particolarmente significativo in alcuni momenti dell'esistenza. Nella vita che nasce come nella vita che volge al termine, l'uomo è fragile, ma lo è anche e comunque *in itinere*, cioè

nella malattia, nell'handicap, nella disabilità, nelle condizioni di povertà, nel disagio. E, dunque, in tutte le situazioni di **fragilità** viene meno la **salute**, intesa in senso qualitativo e personalistico come equilibrio dinamico, gerarchico e armonico tra il corpo, la psiche e lo spirito in sintonia con l'ambiente che consenta alla persona di esplicare la sua realizzazione.

"Mettere la persona al centro" significa puntare molto alla **relazionalità** con pazienza, coraggio, costanza, rispondendo ad un desiderio di comunicazione e amicizia che è radicato nella nostra stessa natura di esseri umani. E, poiché in tutte le situazioni di **fragilità** è pesantemente e dolorosamente coinvolta la **famiglia**, essendo essa il crocevia nel quale le relazioni umane più autentiche trovano la loro naturale confluenza, anch'essa richiede la massima attenzione.

Ed è proprio nella sofferenza che i credenti cercano il segno della misericordia e della compassione divina, la cura che guarisce e che salva.

a. "Mettere la persona al centro" nei luoghi di ricovero e cura.

Di fronte ai veloci e sconvolgenti cambiamenti della società, l'uomo in genere, ma in particolare il malato, pone **"domande di senso"** e **"domande religiose"** che hanno bisogno di una risposta chiara e profonda, anche se graduale. Da qui la necessità di una **"nuova evangelizzazione"** perché l'uomo sia orientato verso la salvezza, e al momento della malattia e della morte possa ricevere il sostegno, non solo della scienza, ma anche della grazia del Signore.

E' nei luoghi di ricovero e cura che la Chiesa accoglie i cristiani, ma è in questi stessi luoghi che può incontrare anche coloro che non credono o professano altre religioni, soprattutto Ortodossia ed Islam, in relazione al considerevole numero di immigrati presenti nei nostri territori. I concetti di malattia e di cura possono essere profondamente diversi nelle varie culture, per cui l'accompagnamento del sofferente dovrà essere il più possibile personalizzato. Ciò implica il passaggio da una pastorale confessionale ad una pastorale ecumenica e interreligiosa.

L'accoglienza inizia con l'**ascolto**, poiché proprio in questi luoghi l'uomo è portato a riflettere, fuori dal turbine della vita quotidiana, sulla fede, sulla vita, sulla salute, sulla salvezza.

"Il primo servizio che si deve al prossimo è quello di ascoltarlo. Come l'amore di Dio inizia con l'ascoltare la sua parola, così l'inizio dell'amore per il fratello sta nell'imparare ad ascoltarlo. E' per amore che Dio ci dà la sua Parola, ma ci porge anche il suo orecchio. Altrettanto è opera di Dio se siamo capaci di ascoltare il fratello." (Dietrich Bonhoeffer)

L'ospedale, che nella struttura della società moderna rappresenta la risorsa più importante e insostituibile di ogni organizzazione sanitaria, è diventato una macchina complessa, non sempre rispettosa dei diritti delle persone. D'altra parte, la **cura integrale** dell'uomo fragile implica non solo la cura di una specifica malattia o tipologia di ammalato, ma un percorso di "presa in carico" che includa i bisogni profondi della persona e sia attento alle necessità spirituali e morali del sofferente. E' un lavoro di squadra, poiché è impossibile "farsi carico" integralmente e da soli di una persona sofferente. L'accompagnamento richiede la collaborazione degli operatori sanitari, delle famiglie, dei volontari. Ciò eviterà, tra l'altro, che il sacerdote venga chiamato al capezzale di un malato solo "in articulo mortis" o a trapasso avvenuto.

Ma l'auspicata risposta chiara, profonda e graduale oggi in ospedale, dati i brevissimi tempi di degenza per ridurre i costi, salvo casi particolari, diventa assai problematica: 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. Non esiste una ricerca in proposito. Tuttavia alla luce dei dati sulla religiosità in rapida trasformazione nel Nord Est, si può arguire quanto questo “humus predisposto”, si vada assottigliando (cfr. *Presente e futuro della religiosità nel Nord Est* – Seminario di studio con l'Osservatorio Socio-religioso Triveneto, 18.2.12).

Oggi, con il processo di progressiva deospedalizzazione, infatti, i servizi sanitari sono sempre meno concentrati entro le strutture di ricovero e cura e sempre più orientati nel territorio, nei Distretti sanitari, nei quartieri, in famiglia. Le degenze in ospedale sempre più brevi fanno sì che le persone più deboli, fragili, indifese, non autosufficienti, come i poveri, gli anziani, i malati, i disabili dimorino soprattutto nel territorio. Talora alla malattia si aggiunge il dramma della solitudine, essendo essa stessa causa di fragilità provocata dalle ansie per il futuro, soprattutto in tempi di crisi come gli attuali.

b. “Mettere la persona al centro” nel territorio, costruendo “comunità sananti”

L'invecchiamento della popolazione è la caratteristica principale della dinamica demografica più recente - come ha messo in evidenza anche il “rapporto” della Fondazione Nord Est - dovuto all'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La struttura demografica del Nord Est si caratterizza per una forte componente di anziani, sostenuta da una quota ristretta di adulti in età lavorativa e con pochi giovani a rappresentare il ricambio generazionale. La popolazione “anziana”, che spesso si trova in condizioni di “**fragilità**”, con maggiore esposizione al rischio di sviluppare una o più patologie cronicodegenerative, caratterizzate frequentemente da disabilità, riguarda le fasce di età degli ultra 75-enni. E non solo

Le modificazioni intervenute nella struttura familiare impattano fortemente sulla capacità della stessa di assistere i propri componenti in condizioni di svantaggio cronico o temporaneo.

Nel Triveneto risiedono 7.210.942 persone, di cui 565.752, pari al 9% sono residenti stranieri (dati ISTAT 2007). Il 27% degli anziani non ospitati in strutture socio-assistenziali vive solo; di questi, il 62% ha compiuto i 75 anni e l'80 % sono donne. I parenti rimangono il punto di riferimento dell'anziano che vive solo; infatti, il 90% degli intervistati dichiara di poter contare sull'aiuto di un familiare, magari coadiuvato da aiuti esterni, mentre il 4 % non può contare su alcun tipo di aiuto.

Ne deriva l'urgenza di **costruire “comunità sananti”** (cfr. PVCM n. 51), **che si mettano in ascolto dei sofferenti del proprio territorio.** L'espressione “comunità sananti” intende sottolineare l'esigenza di integrare la pastorale della salute e della vita nell'azione ordinaria di ogni comunità ecclesiale ad iniziare dalla parrocchia, in quanto luogo più prossimo alle persone.

E' un impegno per il **bene comune**, che significa la collaborazione di tutti, aprendosi ad una sincera accoglienza dei malati ed impegnandosi a far sì che nessuno di loro sia solo nella prova.

E' l'intera comunità nella varietà dei suoi componenti il soggetto protagonista della cura verso i malati del proprio territorio: malati oncologici, malati in fase terminale, malati psichici, anziani non autosufficienti. Il progressivo diffondersi di questa consapevolezza favorirà il passaggio da un atteggiamento di passività e di delega ad un attivo coinvolgimento e corresponsabilità di tutti: la comunità parrocchiale, la famiglia, i gruppi spontanei di fedeli, le associazioni di volontariato.

Questo “prendersi cura dei sofferenti” è stato esplicitamente sollecitato da Benedetto XVI durante la Sua recente visita nella “terra di Marco”: **“Continue con energia a testimoniare l'amore di Dio anche con la promozione del “bene comune: il bene di tutti e di ciascuno”. “La missione prioritaria che il Signore vi affida oggi, rinnovati dall'incontro personale con Lui, è quella di testimoniare l'amore di Dio per l'uomo. Siete chiamati a farlo prima di tutto con le opere dell'amore e le scelte di vita in favore delle persone concrete, a partire da quelle più deboli, fragili, indifese, non autosufficienti, come i poveri, gli anziani, i malati, i disabili, quelle che san Paolo chiama le parti più deboli del corpo ecclesiale (cfr 1 Cor 12,15-27). Le idee e le realizzazioni nell'approccio alla longevità, preziosa risorsa per le relazioni umane, sono una bella e innovativa testimonianza della carità evangelica proiettata in dimensione sociale”.** (Basilica di Aquileia, 7.5.11)

Povertà non è solo mancanza di cose. Povero è chi manca di sé, di vita, di amore, di fiducia, di coscienza, di umanità, di speranza, di solidarietà; povero è chi non ha rapporti con sé, con la realtà, con gli altri.

3. La Nota pastorale della CEI “*Predicate il Vangelo e curate i malati*”

La Nota pastorale della Commissione episcopale per il servizio della carità e della salute della CEI **“Predicate il Vangelo e curate i malati”** descrive l'attuale **“mondo della salute”** come **“crocevia dell'umanità”** e **“terra del Vangelo”**, dove si intersecano cammini diversi, problemi complessi e decisivi per l'esistenza dell'uomo come conseguenza dei forti cambiamenti intervenuti.

Nel documento si dice che “l'assetto attuale del mondo della salute va compreso alla luce di alcune tendenze della cultura contemporanea e del progresso scientifico e tecnico che hanno inciso sul modo di concepire la salute e la malattia, la vita e la morte.” (PVCM n. 8)

La **prima parte** del documento “Il **“mondo della salute”** presenta una panoramica sintetica della situazione attuale del mondo sanitario nei suoi diversi aspetti, caratterizzato da luci ed ombre che la pastorale della salute non può ignorare.

Il “*degrado di umanità*” presente nei servizi al malato, “*l’atteggiamento prometeico*” della scienza nei confronti del vivere e del morire (ad esempio con l’accanimento terapeutico e l’eutanasia), i problemi della bioetica, il passaggio da “*una medicina dei bisogni ad una medicina dei desideri*” appartengono alle ombre. Inoltre, fanno notare i vescovi della Commissione della CEI, “*un’eccessiva libertà di iniziativa rischia di emarginare i soggetti più deboli, mentre l’exasperazione dell’uguaglianza dei servizi socio-sanitari*” può “*ingenerare burocratizzazione della risposta, passività ed acquiescenza dell’utente*”. “*Anche l’adozione indiscriminata del modello aziendale in ambito sanitario, seppur motivata dall’esigenza di organizzare i servizi in maniera più efficiente, si presta al rischio di privilegiare il risultato economico rispetto alla cura della persona*”. Anche i problemi della bioetica, al centro dell’odierno dibattito culturale, evidenziano nell’opinione pubblica “*un’insufficiente conoscenza delle posizioni sostenute dalla Chiesa, che sono spesso riportate in maniera impropria o sono giudicate inadeguate al tempo presente*” per non parlare poi del passaggio da una “*medicina dei bisogni*” ad una “*medicina dei desideri*”. In altri termini, “*se fino a ieri l’obiettivo prioritario della medicina era quello di far vivere, oggi essa si pone quello di far vivere bene*”.

Aspetti positivi sono dati dalla considerazione del malato nella sua individualità e globalità, dai notevoli progressi in campo scientifico e tecnologico, dal coinvolgimento di tante persone, dall’interesse per la promozione della salute.

La **seconda parte** della Nota “**Rendere ragione della speranza nel mondo della salute**” può essere chiamata la parte teologica. Si tratta prima di tutto di contemplare il volto dolente e glorioso di Cristo, che dona salute e salvezza agli uomini e poi di “**riscrivere la parabola del Buon Samaritano**”, proponendo “*l’ideale di una comunità che si prende cura, difendendo e promuovendo la persona nella sua globalità e coinvolgendo la famiglia, gli operatori sanitari e pastorali*”. In sostanza “**una comunità ospitale**” tesa verso “**l’umanizzazione del mondo sanitario**”.

La **terza parte** della Nota presenta gli orientamenti pastorali e i mezzi per realizzare una pastorale adeguata ai tempi, partendo dalla reale conoscenza della situazione della sanità del proprio territorio.

Nel Nord Est, di fronte ad un “**mondo della salute**” carico di luci ed ombre analogo a quello succintamente descritto nella Nota, ad una religiosità in rapida trasformazione, al crescere della complessità socio-sanitaria, vi è, nel campo della pastorale della salute, l’esigenza di azioni maggiormente efficaci ed articolate, sempre rimanendo fedeli agli imperativi della “missione”.(cfr. per maggiori dettagli “*Indagine conoscitiva*” espletata dalle Regioni ecclesiastiche italiane nel 2001 su incarico dell’Ufficio nazionale della pastorale della sanità-CEI; *Presente e futuro della religiosità nel Nord Est* – Seminario di studio con l’Osservatorio Socio-religioso Triveneto, 18.2.12).

a. Le linee portanti della Nota.

Apertamente o velatamente alcune linee particolari attraversano tutto il testo della Nota pastorale del 2006, riassumibili in cinque parole: **cambiamento, ospitalità, umanizzazione, responsabilità e collaborazione**, tutti decisivi per il **bene comune “tutela della salute”**. Le stesse cinque parole riassumono il nostro contributo.

A sei anni dalla sua pubblicazione la Nota “**Predicate il Vangelo e curate i malati**” rimane pienamente attuale e, anzi, chiede di essere maggiormente conosciuta, recepita e valorizzata nei suoi contenuti da parte di quanti, a vario titolo, operano a servizio dell’umanità sofferente. E non solo. La Nota, infatti, precisa: “La **comunione** converge nella realizzazione dell’obiettivo comune a tutto il popolo di Dio, **l’evangelizzazione**: **“le sfide della missione, infatti, sono tali da non poter essere efficacemente affrontate senza la collaborazione, sia nel discernimento che nell’azione, di tutti i membri della Chiesa. Difficilmente i singoli possiedono la risposta risolutiva: questa invece può scaturire dal confronto e dal dialogo. In particolare, la comunione operativa tra i vari carismi non mancherà di assicurare, oltre che un arricchimento reciproco, una più incisiva efficacia nella missione”**. (PVCM n. 56.)

b. Umanizzazione

“**Mettere la persona al centro nel mondo della salute**” significa “**umanizzazione dell’assistenza**”

Oggi si parla molto di **umanizzare** le strutture sanitarie e gli stessi rapporti degli operatori sanitari con i malati. Tutto il testo della Nota è un richiamo chiaro a realizzare questo aspetto importante per il bene del mondo sanitario. Si tratta di coinvolgere i singoli fedeli delle comunità parrocchiali e tutte le persone che operano presso i sofferenti: “*La Chiesa ritiene che l’umanizzazione del mondo sanitario sia un compito urgente e perciò la include nell’ambito dell’azione pastorale, convinta della valenza evangelizzatrice di ogni iniziativa volta a imprimere un volto più umano all’assistenza e alla cura dei malati. Infatti, quando tali gesti sono informati dalla carità – tradotta in dedizione generosa, approccio caloroso, sensibilità attenta, presenza umile e gratuita – possiedono una forte carica interna che li trascende, ponendo domande di senso,*

allargando gli spazi di comprensione e d'intesa comune, costituendo una piattaforma da cui partire per ulteriori traguardi, aprendo la mente e il cuore a orizzonti nuovi, diventando proclamazione silenziosa, ma assai efficace, del Vangelo.

Da ciò deriva che, mentre offre il proprio contributo all'umanizzazione del mondo della salute, il credente non solo pone le premesse per l'evangelizzazione di tale realtà, ma già realizza un'attività evangelizzatrice. I gesti che egli compie, infatti, proclamano che l'uomo, anche quando subisce il degrado del corpo e della mente, mantiene il suo valore di figlio di Dio, merita di essere trattato come persona e aiutato a riconquistare la salute nel senso integrale del termine". (PVCN, n. 26).

Questa interpretazione del concetto di **"umanizzazione"** non va affatto data per acquisita e interiorizzata nella cultura corrente. Nell'ambito sanitario il termine **"umanizzazione"** assume un significato molteplice, che può essere tradotto con i concetti di "accoglienza", "ospitalità", "comprensione", "informazione". Però i comportamenti non sempre vi corrispondono.

L'umanizzazione della sanità è un ideale multipolare, in quanto investe quanti si trovano in questo campo sia come soggetti della relazione sia come destinatari della stessa. E a condizione che l'ideale dell'umanizzazione venga percepito come applicabile sia alle persone che alle strutture. Ciò richiede il miglioramento delle strutture, accompagnato da un processo di coscientizzazione da parte delle persone implicate in questo lavoro e servizio.

Il termine **"umanizzazione"** può addirittura nascondere pericolose e inaccettabili derive spacciate per "umanitarie", come l'accanimento terapeutico o, all'opposto, l'eutanasia (es.: stati vegetativi permanenti) e l'aborto (es. ritenuto necessario per la salute psichica della donna)

4. Impegno per il bene comune a livello interdiocesano, diocesano, parrocchiale, in collaborazione con le istituzioni civili

Davanti all'esigenza di capire come continuare a trasmettere la fede in un contesto secolarizzato e multiculturale e di fronte ai vasti e complessi problemi del mondo sanitario o più estesamente del mondo della salute, nello scenario attuale di una società in perdurante crisi demografica ed economica, risposte parziali e disarticolate si mostrano insufficienti. Da qui l'esigenza di azioni maggiormente efficaci ed articolate a livello diocesano, ma anche superando i confini delle singole realtà diocesane del Nord Est, per una nuova evangelizzazione radicata nella fede di secoli e rinnovata nel vigore.

a. Quali sinergie mettere in atto a livello interdiocesano Triveneto ?

La nostra Commissione si prefigge lo scopo di aumentare la capacità di agire nel contesto della pastorale della salute del Triveneto e di operare delle scelte, facendo leva sulle risorse già presenti nelle singole diocesi per aumentarne l'autodeterminazione, così da poter esprimere al meglio le proprie capacità innovative e creative. In una parola si tratta di promuovere un processo di **"empowerment"**, come si direbbe in lingua anglosassone.

In questa prospettiva, coniugando la Nota pastorale del 2006 con le esigenze emergenti dalle Testimonianze delle diocesi del Nord Est, riflettendo sulla religiosità in rapida trasformazione in questa regione, occorre passare dall'agire improvvisato alla progettualità e al coordinamento intelligente delle risorse presenti nelle comunità, premesse indispensabili per una efficace promozione della comunione, della collaborazione non solo all'interno della singola diocesi, ma anche tra le diocesi. (cfr. PVCN nn. 55, 56) Occorre trovare il modo di **"fare rete"**, di coordinare gli sforzi per divenire efficaci, costruire insieme evitando la babele delle lingue, la frammentazione, l'autoreferenzialità tanto dannosa.

Molte persone - operatori pastorali, professionisti della sanità ed esperti -, avendo riflettuto sui contenuti della Nota pastorale del 2006, hanno rimarcato quanta strada ancora si debba fare per giungere ad un agire pastorale che esprima la comunione ecclesiale e supporti i lavori di quanti, nella pastorale della salute, si impegnano ad **"incarnare"** - presenza e azione - la **"buona notizia"** dell'amore del Padre in opere e segni concreti.

Chiaramente la Nota 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. **In un'ottica di "incarnazione", avvalendosi dei linguaggi contemporanei, si tratta di individuare azioni che possano tradurre le idee in pratiche virtuose e i principi in esperienze.** Ad esempio: quali modalità di intervento di aiuto intraprendere, nell'ambito della pastorale della salute, nelle complesse situazioni assistenziali che si vengono a determinare quando un evento distruttivo - di origine naturale o umano - colpisce una popolazione provocando situazioni di vulnerabilità fisica, psicologica, spirituale ?

Nell'orizzonte dell'evangelizzazione del **"mondo della salute"** è questo il programma che la nostra Commissione intende perseguire affinché questa metodica di **"incarnazione"** sia adottata non solo in ogni diocesi del Nord Est, ma anche nelle parrocchie, dove la Nota pastorale risulta essere pressoché sconosciuta, mentre - come ricordato - proprio nel territorio, nei Distretti socio-sanitari, nei quartieri, nelle famiglie oggi dimora la gran parte delle persone sofferenti.

In questo contesto è nostra intenzione sostenere lo sforzo di discernimento cui negli ultimi anni i Vescovi italiani hanno richiamato tutte le Chiese. Si tratta di approfondire il ruolo che le istituzioni ecclesiali sanitarie e sociali operanti nel Triveneto possono ricoprire nel **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. Ad oggi le opere ecclesiali sanitarie e sociali esistenti nel Triveneto sono 1.589 con numero di servizi e densità per ogni 10.000 abitanti disomogenei da diocesi a diocesi (cfr. CEI, *I servizi ecclesiali assistenziali e sociosanitari*, novembre 2011)

Le finalità di questo sforzo vanno collocate all'interno di una triplice attenzione pastorale condivisa con le diocesi, ossia **conoscere** non solo le povertà, ma anche le risorse "buone" presenti nel proprio territorio; **avere cura** di queste risorse, sostenerle là dove ce n'è bisogno, o cambiarle se non più adeguate; infine **tesserle in rete**, a partire dagli ambiti di comune impegno (malati, anziani, diversamente abili, ecc.).

Nel segno della comunione ecclesiale il programma prospettato richiede un coordinamento - inteso come metodologia di lavoro e non sporadico accostamento -, ed una collaborazione **"nel discernimento e nell'azione"** (PVCN n. 55) anche con altre Commissioni della Conferenza Episcopale Triveneta. Soprattutto con quelle affini alla pastorale della salute come Caritas, famiglia, ecc.

b. Quali sinergie mettere in atto in ogni singola diocesi ?

Il servizio ai malati e ai sofferenti è per la Chiesa parte integrante e irrinunciabile della sua missione ed è compito di chi lavora nella pastorale della salute **rendere visibile** questa realtà richiamando tutta la comunità cristiana perché si impegni nella cura del malato, sostenga la sua famiglia e sia una presenza incisiva nel complesso mondo sanitario e sociale.

Il singolo Ufficio diocesano per la pastorale della salute, in quanto fulcro dell'azione capillare sul proprio territorio, ha un ruolo centrale nell'animazione pastorale del mondo della salute ed è responsabile della diffusione dei contenuti della Nota, affinché essa sia conosciuta e apprezzata dall'intera comunità cristiana, dai sofferenti e dagli operatori professionali e dal volontariato.

Tuttavia l'estensione del concetto di moderno **"mondo della salute"**, precedentemente delineato, evidenzia come sia indispensabile una stretta collaborazione tra Uffici pastorali diocesani, in quanto

è necessario tendere ad una maturazione che consentirà il passaggio da una pastorale dei malati ad una pastorale della salute, da una pastorale sacramentale ad una pastorale di annuncio e di evangelizzazione, **da una pastorale autonoma e isolata ad una pastorale ordinata e armonizzata, da una pastorale ospedaliera a una pastorale della comunità cristiana**, da una pastorale di indottrinamento ad una pastorale di accompagnamento, da una pastorale di improvvisazione ad una pastorale di progetti e di formazione.

Bisogna, con pazienza, cercare spazi nei quadri di pastorale già esistenti, ad esempio nella formazione dei ministri dell'eucaristia, nel percorso formativo dei diaconi permanenti, nella commissione che prepara il piano pastorale diocesano, nel biennio di formazione post-ordinazione, ecc.

Creare una rete di collaborazione pastorale tra parrocchie e strutture sanitarie (ospedali, case di riposo, ecc.). Se possibile, dare vita alle cappellanie ospedaliere, in modo da essere presenze significative e propositive nel territorio (vicariati) dove sono presenti gli ospedali, magari con l'inserimento del sacerdote nelle congreghe, del diacono nel coordinamento pastorale vicariale, della religiosa (o ministro straordinario dell'eucaristia) nella Caritas zonale. Si tratta di sbrigliare con intelligenza la **"fantasia della carità"**

Si provveda affinché sia maggiormente valorizzato il Sacramento dell'Unzione, che non deve essere considerato un sacramento "minore", ma presentato e celebrato in tutta la sua valenza teologica e pastorale.

a. Quali sinergie mettere in atto a livello parrocchiale o interparrocchiale affinché divengano "comunità sananti" ?

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. La Nota pastorale **"Predicare il vangelo e curare i malati"** così lo sintetizza: *"La presenza e l'azione della Chiesa nel mondo della salute trovano la loro realizzazione concreta nelle comunità particolari in cui si articola la sua presenza. È al loro interno che i fedeli sono chiamati a porre attenzione alle situazioni di sofferenza presenti nel territorio e a conoscere le molteplici strutture che, in esso, promuovono la salute e attuano la cura dei malati"* (n. 48).

La comunità parrocchiale 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. 9-13, 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, 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.

A livello parrocchiale è necessaria un'opera di sensibilizzazione, poiché non è possibile abbracciare ciò che non si conosce né impegnarsi in esso. La conoscenza e le idee danno la spinta ed il sostegno all'agire, partendo da un ascolto attento e premuroso, superando la barriera psicologica che separa la comunità dai suoi malati. Fino a quando questa barriera non sarà superata, la malattia continuerà ad essere vissuta dalle famiglie dei malati sempre più spesso come un fatto privato, da tenere nascosto e di cui occuparsi solo tra le mura domestiche

Tenendo presente il carico di impegni pastorali cui è soggetto il singolo parroco, le **comunità pastorali**, "luogo" ecclesiale di una collaborazione stabile ed organica tra più parrocchie di un determinato territorio, guidate da un Consiglio di Comunità (cfr. *In cammino verso Aquileia 2*, § 234), potrebbero più agevolmente discernere come "incarnare" – presenza e azione - la "buona notizia" dell'amore del Padre in opere e segni concreti nel proprio territorio. Un presbitero o un laico potrebbe approfondire, con il supporto ed in collaborazione con l'Ufficio pastorale diocesano, come agire concretamente in tal senso e rendere edotto l'intero Consiglio di Comunità affinché si passi decisamente dalle parole ai fatti, alle testimonianze.

Non in tutte le diocesi esistono le comunità pastorali. Analoga funzione e con identiche modalità potrebbe essere svolta a livello di Consiglio vicariale.

b. Quali collaborazioni instaurare con le istituzioni civili ?

Non è possibile, oggi, essere presenti nel mondo sanitario senza prendere coscienza dei cambiamenti già avvenuti e ancora in corso nei vari settori (culturale, legislativo, economico, relazionale- sociale, etico, religioso, ecc.) senza cercare di rendere la pastorale sempre più adeguata nelle finalità e nei metodi attuativi. (Cfr. "Indagine conoscitiva" espletata dalle Regioni ecclesiastiche italiane nel 2001 su incarico dell'Ufficio nazionale della pastorale della sanità- CEI)

Il modo di realizzare la pastorale della salute nella comunità deve superare lo spontaneismo per intraprendere la via della progettualità, con il conseguente impegno a vivificare tutti i mezzi a disposizione, non solo "ad intra" come le Consulte, i consigli pastorali, le associazioni di ispirazione cristiana, le cappellanerie, ma anche "ad extra" come le comunità e le istituzioni civili (Comune, Aziende Sanitarie Locali, ecc.), gli Ordini dei medici, dei farmacisti, il Collegio degli infermieri, le diverse associazioni di volontariato che si occupano di persone in difficoltà (dipendenze, disagio psichico, alcolismo, gioco, handicap, ecc.). Questo "costruire ponti" costituirebbe, oltreché un arricchimento reciproco, una forte testimonianza di impegno culturale, sociale e umano. In questo contesto vengano valorizzate le potenzialità dei laici, in particolare della donna non solo come servizio e assistenza, ma anche per la sua cultura e visione del mondo. (cfr. PVCM n. 58)

Lavorare "**in rete**" è un'esigenza di buon senso e insieme un requisito indispensabile per un'efficace organizzazione sanitaria ospedaliera e territoriale. Anche nel servizio pastorale è opportuno che istituzioni e persone operino insieme; ciò risulta proficuo sia dal punto di vista umano, sia nella prospettiva del dinamismo della comunione, tipico della vita cristiana (cfr. PVCM, n. 55)

Occorre conoscere i Piani Socio-Sanitari della propria regione civile (PSSR), la gestione della sanità nei luoghi di ricovero e cura (ospedali, case di cura, case di riposo, hospices, ospedali di comunità, ecc.) e soprattutto nei Distretti delle proprie Unità Sanitarie Locali, poiché, essendo i ricoveri ospedalieri riservati ai casi acuti, i malati cronici dimorano soprattutto nel territorio.

E' importante offrire collaborazione nell'ambito dell'umanizzazione dell'assistenza (ascolto, accoglienza, solidarietà) nei luoghi di ricovero e cura e nel territorio, prevista nei PSSR, ma che stenta a divenire cultura diffusa secondo una corretta interpretazione del concetto.

Collaborare nel "creare cultura" Far riscoprire, e insegnare che la vita vale più della salute, perché la vita può esistere e conservare il suo valore anche senza la perfetta salute. Possono esistere malattie inguaribili; non esistono mai malati incurabili. Illuminare le coscienze sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, la cosiddetta "legge sul fine vita", e la pillola dei cinque giorni, che è anche pillola abortiva. Incoraggiare politiche a sostegno della vita e della famiglia.

Quali mezzi per raggiungere lo scopo sono utili convegni, incontri culturali, corsi di aggiornamento, articoli o rubriche fisse sui settimanali diocesani, attraverso "Telechiara", in siti internet dedicati, ecc.

Collaborare alla responsabilizzazione (etica, bioetica; personale e sociale degli operatori sanitari e delle comunità), alla **formazione di base e continua degli operatori pastorali** (seminaristi, sacerdoti, diaconi permanenti, ministri straordinari della comunione, catechisti), **dei professionisti della sanità** (etica clinica o etica pratica al letto del malato, relazione, comunicazione, superamento della deriva specialistica), **dei volontari socio-sanitari** (imparare a personalizzare il più possibile l'accompagnamento del sofferente, così da entrare "in punta di piedi" in relazione con lui e con il suo contesto culturale e affettivo), all'**educazione soprattutto dei giovani alla vita buona del Vangelo**, per mezzo di programmi elaborati e condivisi con loro, allo scopo di aprire loro gli occhi sui 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 disordini nel campo del divertimento, del traffico e del libertinaggio sessuale, con le relative ricadute psicofisiche individuali e le conseguenze familiari. Una ricerca del 1996 ha messo in evidenza che se si riuscisse ad evitare tali danni, taglieremmo forse una spesa sanitaria tale da riequilibrare i bilanci dello Stato.

Si dovrebbe pensare ad una proposta formativa, permanente, profonda su tre livelli: spirituale (per far riscoprire il senso della vita: sia per i cristiani che per i non cristiani il senso è mettersi a servizio di chi si ha vicino), sociale (per vedere, accorgersi della realtà sociale circostante: è necessario conoscere chi si ha vicino per iniziare a svolgere al meglio il proprio servizio), relazionale – psicologico e sanitario (per mettersi a servizio in modo competente: è importante sapere come relazionarsi e come aiutare concretamente chi si ha vicino).

Dal Convegno "Aquileia 1" scaturì un comune sentire delle Chiese del Nord Est, e si costituirono le basi per iniziative importanti, tra le quali la costituzione della Facoltà teologica del Triveneto.

Per l'evangelizzazione del **"mondo della salute"** e per vincere le sfide che lo travagliano con azioni maggiormente articolate ed efficaci da "Aquileia 2" dovrebbe scaturire, tra l'altro, un forte impulso ad una formazione in pastorale della salute di livello accademico, potenziando gli istituti che già esistono nella nostra Regione ecclesiastica o creandone nuovi, un laboratorio antropologico che si intrecci a doppio filo con le dinamiche della formazione delle coscienze. E' essenziale da un punto di vista propedeutico una ricerca sulla religiosità nel mondo sanitario, compiuta dall'Osservatorio Socio- religioso del Triveneto.

I nuovi mezzi di comunicazione offrono, altresì, la possibilità di iniziative innovative tra le quali corsi a distanza e/o su piattaforma *e-learning*.

A monte dei programmi e dei mezzi per attuarli occorre sicuramente ***"un rilancio deciso di una azione pastorale capace di sostenere e di promuovere attenzione, vicinanza, presenza, ascolto, dialogo, condivisione, aiuto concreto verso l'uomo nei momenti nei quali a causa delle malattie e delle sofferenze sono messe a dura prova non solo la sua fiducia nella vita, ma anche la sua stessa fede in Dio e nel suo amore di Padre"*** (Giovanni Paolo II, *Christifideles laici*, n. 54).