

Convegno ecclesiale Aquileia 2 “Impegnati per il bene comune”

Testimoni di Cristo, in ascolto

“Assumere e comunicare «la vita buona del Vangelo» è 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”. E’ questo in estrema sintesi il messaggio finale scaturito dal Convegno ecclesiale “Aquileia 2”, svoltosi dal 13 al 15 aprile 2012 nella sede dalla quale tanti secoli fa si diffuse il cristianesimo in quest’area e in tutto il centro Europa. Le Chiese del Nordest si sono incontrate alla ricerca di una comunione di fede e di apostolato per una nuova evangelizzazione, tenendo conto dell’uomo postmoderno e delle sue sensibilità, di dover prendere atto dei cambiamenti, delle trasformazioni socio-economiche e socio-religiose e dell’incontrarsi di nuove genti (immigrati); cogliendo, infine, le possibilità di annunciare la portata umanizzante della fede in Cristo Salvatore.

Tre parole-chiave hanno delineato il senso del programma del Convegno “Aquileia 2”: **memoria – discernimento – profezia**, ed ispirato il metodo pastorale “sinodale” che ha sostenuto il cammino di preparazione all’evento. *Fare memoria e narrare* attraverso le *testimonianze*, raccolte nella fase preparatoria del Convegno, i “frutti” dell’azione dello Spirito, maturati nelle Chiese del Nordest, a partire dal Convegno ecclesiale triveneto “Aquileia 1” del 1990; *discernere* ciò che lo Spirito dice alla Chiese attraverso le difficoltà, i problemi, le sfide e le esigenze che esse incontrano nel Triveneto; *profezia* nell’affrontare “*le sfide che superano i confini delle singole realtà diocesane, in una nuova evangelizzazione radicata nella fede dei secoli e rinnovata nel vigore*”.

Ascolto. L’atteggiamento di fondo è stato l’*ascolto* di “*ciò che lo Spirito dice alle Chiese*”: ascolto della situazione, del contesto storico e locale per poter intrecciare un dialogo onesto, accogliente e insieme profetico con gli uomini e le donne di questo tempo e di questo territorio triveneto.

Dall’ascolto e dalla riflessione condivisa sulla situazione religioso-spirituale odierna, sono emersi come tratti comuni un volto di Chiesa pronta a una profonda conversione personale e comunitaria: il «primo annuncio», la formazione di cristiani «adulti nella fede», la corresponsabilità ecclesiale, cooperazione pastorale e ministerialità. Sei le parole chiave evidenziate: essenzialità, ascolto, relazione, laici, semplicità, linguaggio. Ricco e articolato appare il quadro delle risorse e delle potenzialità da condurre a progetto pastorale e sono individuabili principalmente nelle comunità cristiane, nella pluralità di iniziative pastorali, nella capacità di affrontare con slancio missionario ciò che è nuovo e ciò che è mutato.

Ascolto e dialogo. Le due voci, evocative di uno stile più che di un obiettivo preciso, sono ricorse come un *mantra* sia negli incontri preparatori, sia nello svolgimento dei lavori, sia negli interventi. Indicano, davanti all’indebolimento della compagine ecclesiale e della perdita di rilevanza sociale, la rinuncia a una reazione condannatoria o anche soltanto rinunciataria. Si chiede una maggiore consapevolezza identitaria per poter intavolare un dialogo al quale si abbia qualcosa di “proprio” da portare.

Ascolto della parola del Papa. Benedetto XVI, durante la visita apostolica nel maggio 2010 nelle “terre di Marco” aveva indicato obiettivi ben precisi: **«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*

*Abbiate cura di mettere al centro della vostra attenzione la **famiglia**, culla dell’amore e della vita, cellula fondamentale della società e della comunità ecclesiale; questo impegno pastorale è reso più urgente dalla crisi sempre più diffusa della vita coniugale e dal crollo della natalità.*

*In tutta la vostra azione pastorale sappiate riservare una cura tutta speciale per i **giovani**: essi, che guardano oggi al futuro con grande incertezza, vivono spesso in una condizione di disagio, di insicurezza e di fragilità, ma portano nel cuore una grande fame e sete di Dio, che chiede costante attenzione e risposta!».*

I tre Seminari di studio in preparazione al Convegno avevano evidenziato uno “spaccato” della realtà in cui viviamo nel Nordest e che le Chiese sono chiamate ad evangelizzare dal punto di vista delle trasformazioni socio-economiche e socio-religiose e secondo una visione teologica. Queste trasformazioni, che sono ancora in atto, hanno avuto rilevanti ripercussioni sulla visione della vita e sulla pratica della fede, toccando, altresì, alcuni perni istituzionali della vita ecclesiale: come parrocchie, ministeri, vita consacrata, scuole etc.

A queste trasformazioni interne, si sono aggiunte la globalizzazione e il fenomeno della immigrazione che ha cambiato il tessuto demografico e, insieme, culturale e religioso della società. Anche la tipicità del Nordest, rispetto alle altre regioni dell'Italia, è venuta meno in modo sensibile.

Gli ambiti pastorali. Alla luce delle esortazioni del Papa, espresse durante la sua visita apostolica nelle "terre di Marco" e delle testimonianze delle 15 diocesi del Nordest, i partecipanti al Convegno hanno compiuto un discernimento su tre ambiti pastorali: «**Una nuova evangelizzazione del Nordest**», «**In dialogo con la cultura del nostro tempo**», «**Impegnate per il bene comune**». In queste tre tematiche, pur non essendo stati esplicitamente puntualizzati, sono stati inseriti trasversalmente i tre ambiti tradizionali della pastorale (catechesi, liturgia, carità) e i cinque ambiti vitali proposti dal Convegno ecclesiale nazionale di Verona 2006 (vita affettiva, lavoro e festa, fragilità, tradizione, cittadinanza)

Le proposizioni finali emerse dai 30 gruppi di lavoro, ai quali hanno partecipato i 600 delegati al Convegno, hanno sottolineato la necessità non solo di nuove progettualità, ma anche di cambiare metodologia pastorale, di formare gli operatori pastorali, di rinnovare anche strutture e strategie di azione. Ritorna di frequente l'urgenza della formazione specie degli adulti. Peraltro, tale esigenza è confortata dall'emergere di un nuovo protagonismo: le comunità cristiane stanno riscoprendo infatti le «competenze» e la «professionalità» di laici preparati. Si tratta di comunità in divenire, che accettano il cambiamento e si lasciano trasformare, mentre con questo sguardo sul futuro, le fatiche e le resistenze sembrano non spaventare. I problemi, infatti, e gli interrogativi che si affrontano quotidianamente, più che problemi sono delle opportunità offerte alla nuova evangelizzazione, che aprono ad un confronto sempre nuovo con la cultura, ad un impegno per il *bene comune* per le terre del Nordest.

Conclusioni e non. "Aquileia 2 non può finire qui" ha dichiarato il vescovo presidente Dino De Antoni in conclusione, mentre chiedeva che il Comitato per Aquileia 2 non venisse sciolto per poter continuare a promuovere il "convenire", affinché proseguiva il cammino di recezione e di attualizzazione delle proposte emerse dal Convegno stesso e sulle quali i Vescovi discernessero per individuare gli orientamenti che daranno alle Diocesi.

La "fragilità" quale ambito di propria competenza della pastorale della salute nel contesto del tema "Impegnati per il bene comune" è stato oggetto di riflessione nella fase preparatoria al Convegno. Facendo propria l'esortazione di mons. De Antoni, il discernimento continuerà sia nell'ambito dell'apposita Commissione triveneta, che a livello di singolo Ufficio diocesano per la pastorale della salute. In proposito richiamiamo l'attenzione su due documenti distinti, ma che si integrano nel proporre nuove prospettive per la pastorale della salute:

- **Il contributo alla preparazione del Convegno Aquileia 2**, elaborato dalla Commissione per la pastorale della salute del Triveneto, e inviato al Comitato preparatorio, rispondendo alla domanda: **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?**
- **Alcune note a margine delle riflessioni sul tema "Impegnati per il bene comune"**. Certamente ai convegnisti non era stato richiesto di trovare ricette conclusive, quanto piuttosto di individuare delle piste da percorrere insieme nelle 15 Diocesi per una nuova evangelizzazione. Pur tenendo conto del tempo estremamente limitato, alcune importanti piste sono state completamente ignorate, molto probabilmente per una non conoscenza di documenti magisteriali inerenti la Dottrina sociale della Chiesa per quanto riguarda la pastorale della salute, e non avendo adeguata percezione dei gravi problemi inerenti la "tutela della salute" che richiedono non solo l'impegno della società civile, ma anche una presa di coscienza e un'azione decisa delle comunità cristiane.

1. La nozione di *bene comune* e la sua promozione.

Il **bene comune** consiste nel "rendere accessibile all'uomo tutto ciò di cui ha bisogno, per condurre una vita veramente umana" (GS 26). Il compito di promuovere il **bene comune** spetta prima di tutto alla comunità civile. Ma a questo proposito la comunità civile deve valorizzare "l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati, sulla base del principio di sussidiarietà" (Costituzione italiana, art. 118). Tra i cittadini associati, da valorizzare, sono anche le comunità ecclesiali.

Il **bene comune** non è la somma di beni individuali ma il "bene indivisibile per tutti" - fondato sull'uguale dignità di tutte le persone - , che comprende e trascende il bene dell'individuo per estendersi a tutta la comunità e a tutte le comunità, non solo a parte di esse. Riflettendo su questa nozione si coglie quanta strada ci sia da fare da parte di tutti, nell'ambito sociale, politico ed anche ecclesiale. La Chiesa ha promosso nei secoli il *bene comune* con dedizione, inventando e consolidando strutture nell'ambito educativo (scuole), sanitario (ospedali), economico (banche)..., che sono entrate poi nel dettato

costituzionale come esigenze da garantire da parte di tutti e di ciascuno. Per cui, si legge in alcune schede compilate dalle Diocesi per la preparazione immediata di Aquileia 2, *“è necessario adoperarsi per il bene comune facendosi prossimi ai casi concreti di persone e famiglie in questo tempo di crisi; sostenere la presenza e l'attività della Caritas”*

La promozione del bene comune e impegno civile. *“La comunità civile e la chiesa sono indipendenti e autonome l'una dall'altra nel proprio campo. Ma tutte e due, anche se a titolo diverso, sono a servizio della vocazione personale e sociale degli stessi uomini. Esse svolgeranno questo loro servizio a vantaggio di tutti in maniera tanto più efficace, quanto più coltiveranno una sana **collaborazione** tra loro, secondo modalità adatte alle circostanze di luogo e di tempo”* (GS 76).

“Raccomando anche a voi, come alle altre Chiese che sono in Italia, l'impegno a suscitare una nuova generazione di uomini e donne capaci di assumersi responsabilità dirette nei vari ambiti del sociale, in modo particolare in quello politico” (Benedetto XVI ad Aquileia, 7.5.2011)

Incontro con i poveri e testimonianza della carità. 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.

Un modo preferenziale di testimoniare la carità è la solidarietà verso chi è povero, indifeso, non autosufficiente, perché vecchio, malato, disabile, immigrato, alcolizzato, drogato, barbone. Sono quelli che Paolo chiama le parti più deboli del corpo ecclesiale (1 Cor 12,15-27). Senza questa solidarietà concreta, senza attenzione perseverante ai bisogni spirituali e materiali dei fratelli, non c'è vera e piena fede in Cristo. (mons. Lucio Soravito, vice presidente Comitato preparatorio Convegno Aquileia 2)

2. Esigenze pastorali emergenti dalle testimonianze e dalle proposizioni finali

Accanto alle fatiche e alle sfide che le comunità ecclesiali incontrano, le *testimonianze* delle 15 diocesi del Nord Est, compilate nella fase preparatoria del Convegno, hanno sottolineato alcune esigenze pastorali emergenti, a cui è necessario rispondere. Tra queste esse hanno annoverato la realtà dei poveri al cui riconoscimento si accompagna pure l'invito a coglierne la “sacramentalità”: *“Quello che avete fatto all'ultimo dei miei fratelli, l'avete fatto a me”* (cfr. Mt. 25)

A questo riguardo Benedetto XVI, durante la Visita pastorale nel Nord Est, aveva lanciato messaggi molto concreti: *“Continuate a testimoniare l'amore di Dio anche con la promozione del **bene comune: il bene di tutti e di ciascuno**. Continuare ad offrire il vostro contributo per umanizzare gli spazi della convivenza civile. Suscitare una nuova generazione di uomini e donne capaci di assumersi **responsabilità dirette nei vari ambiti del sociale**, in modo particolare in quello politico, capaci di **edificare una “vita buona” a favore e al servizio di tutti.**”*

Papa Benedetto aveva proseguito esortando, come riferito sopra: *“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”*

Alla luce dell'esortazione del Pontefice e delle testimonianze, condivise lungo il cammino di preparazione, le Diocesi hanno proseguito il loro discernimento sul ruolo che hanno le Chiese nella promozione del **bene comune**, ossia *“il bene di tutti gli uomini e di tutto l'uomo”*

In questo ambito sono stati posti i seguenti quesiti:

- Su quali aspetti, che paiono carenti o particolarmente bisognosi, le comunità cristiane oggi sono maggiormente stimolate a impegnarsi per perseguire il **bene comune** ?
- Quali settori o aspetti socio-culturali del Nord Est sollecitano oggi la collaborazione e la partecipazione attiva delle nostre Chiese ? Con quali realtà e soggetti pubblici è prioritario oggi collaborare sul territorio in vista del **bene comune** ?

3. L'impegno per il bene comune espresso sia nei documenti preparatori all'evento che nelle proposizioni finali del Convegno

Le testimonianze delle Chiese del Nord Est hanno richiamato le molteplici esperienze di comunione e di collaborazione vissute dalle comunità cristiane per la promozione del **bene comune** e l'urgenza di tenere vivo questo impegno di collaborazione e di solidarietà con le istituzioni pubbliche.

Complesso è l'ambito della promozione del *bene comune* e dell'*impegno civile* dove si esprime la responsabilità dei laici credenti. L'oggi chiede di essere meno tiepidi dinanzi ai problemi, più profetici ed esempi di trasparenza, legalità e partecipazione, capaci di ascoltare e dar voce agli ultimi e di non tacere

situazioni di ingiustizia. La passione per il *bene comune* passa attraverso la capacità di mettersi in discussione, fare rete e accoglienza.

Tra le proposte si chiede la continuità nell'analisi dell'Osservatorio Socio Religioso Triveneto per favorire un discernimento consapevole; la revisione e la rete tra scuole sociopolitiche con la valorizzazione delle buone pratiche e uno specifico «luogo Triveneto» di confronto ed elaborazione di un pensiero sociopolitico come sviluppo della dottrina sociale della Chiesa. Si auspica il coordinamento dei media diocesani; l'attenzione ai nuovi linguaggi, la valorizzazione delle aggregazioni laicali; una rete più articolata tra Caritas diocesane, associazioni, forme di vita consacrata che operano per la carità. Sul fronte dell'uso dei beni si sottolinea con forza il rischio rovinoso di una contro-testimonia.

4. Il *bene comune* salute e tutela della salute

Mentre in più testimonianze ritorna l'esigenza di ricollocarsi in rapporto all'impegno socio-politico, leggendo le schede compilate per la preparazione immediata all'evento e le proposizioni finali, però, non è dato di vedere incluse nella categoria "***bene comune***" le nozioni di "***salute***" e di "***tutela della salute***". Eppure ben tre articoli della Costituzione italiana (art. 2, 3, 32), ispirandosi alla "***Dichiarazione dei diritti universali dell'uomo***" (1948), annoverano tra i ***diritti fondamentali della persona e interesse della comunità*** quello della ***tutela della salute***. Principi ripresi nella prima Riforma Sanitaria (Legge 833/78, art. 1). In particolare, il ***diritto alla salute*** è l'unico espressamente tutelato nella Costituzione italiana (art. 32)

Per la *Gaudium et Spes* il ***bene comune*** consiste nel "*rendere accessibile all'uomo tutto ciò di cui ha bisogno, per condurre una vita veramente umana*" (GS 26). Il compito di promuovere il ***bene comune*** spetta prima di tutto alla comunità civile. Ma a questo proposito la comunità civile deve valorizzare "*l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati, sulla base del principio di sussidiarietà*" (Costituzione italiana, art. 118). Tra i cittadini associati, da valorizzare, sono anche le comunità ecclesiali.

In campo sanitario e della ***tutela della salute*** il ***bene comune*** "*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*" (Conferenza internazionale degli Ordini dei Medici, gennaio 1987).

Nelle testimonianze delle diocesi, constatata la "crisi etica" perdurante di cui soffre la nostra società, ci si chiede che cosa possa fare la comunità cristiana e, poi, che evoluzione potranno avere le ***scuole diocesane di impegno socio-politico***. Vorremmo suggerire che nei programmi di queste scuole vengano adeguatamente sviluppate, alla luce della Dottrina sociale della Chiesa, le tematiche inerenti "***la salute e la tutela della salute come bene comune***", non solo come arricchimento culturale (sapere), ma soprattutto per le ricadute pratiche che tale nozione può sviluppare nella vita quotidiana delle comunità (saper fare). (cfr. *Contributo alla preparazione del convegno ecclesiale Aquieia 2*, elaborato dalla Commissione per la pastorale della salute del Triveneto)

5. Il principio di socialità e di sussidiarietà a fondamento del *bene comune* "***tutela della salute***"

Le nostre comunità, pervase di individualismo, autosufficienza, qualunquismo e diffidenza, sembrano ignorare il ***principio di socialità***, che impegna ogni singola persona a realizzare se stessa nella partecipazione alla realizzazione del bene dei propri simili. Nel caso della promozione della vita e della salute, ciò comporta che ogni cittadino s'impegni a considerare la propria vita e quella altrui come un *bene non soltanto personale, ma anche sociale*, e impegna la comunità a promuovere la vita e la salute di ciascuno, a promuovere il bene comune promuovendo il bene di ciascuno.

La persona è essenzialmente aperta alla società e la socialità è una caratteristica intrinseca della personalità, e nel caso della vita e della salute, beni primari della persona, la stessa situazione di fatto comprova che la vita e la salute di ognuno dipendono anche dall'aiuto degli altri.

In termini di giustizia sociale il principio obbliga la comunità a garantire tutti i mezzi per accedere alle cure necessarie, anche a costo dei sacrifici dei benestanti.

E' a questo punto che il principio di socialità si salda con quello di sussidiarietà, per il quale la comunità da una parte deve aiutare di più dove più grave è la necessità (curare di più chi è più bisognoso di cure e spendere di più per chi è più malato), dall'altra non deve soppiantare o sostituire le iniziative libere dei singoli e dei gruppi, ma garantirne il funzionamento. (cfr. *Gaudium et Spes*, nn. 31, 63, 65; *Mater et Magistra*, nn.40-44; *Pacem in terris* n. 74)

Il principio di socialità e di sussidiarietà a fondamento del ***bene comune*** "***tutela della salute***" è un richiamo forte alla ***responsabilità di tutti e di ciascuno***.

"***Essere in salute***" significa non solo assenza di malattia, ma comporta anche la "promozione della salute", quale pieno e globale sviluppo della persona, la realizzazione delle sue potenzialità fisiche, psichiche, mentali, spirituali, culturali, familiari e relazionali. Tale "promozione della salute", nella prospettiva del "bene

comune”, va intesa come l'insieme delle opportunità di apprendimento progettate consapevolmente per migliorare le conoscenze (sapere) le abilità (saper fare) e le motivazioni (saper essere) che influiscono sui comportanti individuali e collettivi rilevanti per la salute.

6. L'educazione dei giovani alla vita buona del Vangelo

Per quanto riguarda le **scelte di pastorale giovanile** ricorrono pressoché identici obiettivi: educare i giovani all'incontro con Cristo attraverso educatori-testimoni; fare una catechesi più esperienziale e utilizzare con loro il linguaggio artistico-musicale; favorire l'accompagnamento dei giovani nella ricerca vocazionale; far respirare la cattolicità-mondialità-missionarietà; valorizzare il patrimonio artistico-religioso; valorizzare sport, teatro e iniziative sociali come forme di pre-evangelizzazione.

Tutti obiettivi nobili pienamente condivisibili, sembra, però, completamente dimenticato l'antico proverbio “primum vivere, deinde philosophare”, ignorando che è necessario primariamente **educare i giovani alla responsabilità** per salvaguardare la loro vita e la loro salute dai 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.

Responsabilità nel senso di «tenere conto degli effetti che le proprie azioni hanno su tutti e sul bene degli altri (bene comune): non essere individualisti, non essere narcisisti, camminare verso un rapporto di fraternità, costruire legami di fedeltà». In tal senso solo qualche Diocesi si è espressa.

Occorrono adulti (35-50enni) che possano essere educatori-testimoni, perché non contaminati da quella sindrome degli “arrivati”, secondo cui una volta che è stata raggiunta una certa soglia di benessere e sicurezza, debba venir meno la buona tensione che ci fa essere vigili per non perdere proprio i valori che concorrono oggi a darci un volto, e in passato hanno fatto la nostra storia.

Sono questi adulti educatori-testimoni che devono agire affinché venga combattuta quell'idea di individualismo, oggi imperante nella nostra società, secondo cui il singolo si sente come chi non deve nulla ad alcuno e non ha relazioni impegnative verso gli altri (bene comune), quasi fosse senza genealogia e non sentisse alcuna responsabilità generativa verso il domani. In tal modo potranno educare i giovani alla **solidarietà gratuita** come spazio in cui formulare nuove motivazioni e nuove prassi di vita, per evitare che essi si incartapecoriscono nelle secche dell'individualismo e del qualunquismo; essa ha come punto di partenza la rivelazione dell'*altro* che richiede il loro aiuto.

Far loro capire che la **solidarietà gratuita** è il crocevia insostituibile dell'autentica relazione umana. Questo valore, non è tanto un dato quanto una meta da raggiungere, attraverso il cammino educativo. Ne consegue che la ricerca di **solidarietà gratuita** è una strategia a lungo termine per capovolgere la logica esistenziale verso un modo nuovo di porsi davanti alla nostra vita personale e a quella degli altri.

Un modo nuovo di vivere il rapporto con la natura e il proprio habitat, di pensare il rapporto tra le generazioni e le varie culture, di usare la scienza e la tecnologia, di coltivare il senso dell'esistenza, della vita come dono e mistero, dell'apertura alla realtà trascendente.

7. Mettere la persona al centro

Nella presentazione delle fatiche, delle sfide e delle esigenze emergenti, le Diocesi hanno altresì riconosciuto particolarmente significativa la scelta fatta dal IV Convegno nazionale ecclesiale di Verona: **mettere la persona al centro**, la sua unità e gli ambiti di vita in cui essa si trova e in cui vive anche la sua stesa esperienza di fede.” (cfr. *In cammino verso Aquileia 2*, pag 157, 2011).

“Vita affettiva”, “Lavoro e festa”, “Tradizione”, “Cittadinanza”, “Fragilità” sono stati i cinque ambiti di vita presi in considerazione a Verona. Nelle schede compilate dalle Diocesi del Nord Est come preparazione immediata al Convegno, oltre ad essere ripresi i primi quattro ambiti di vita, nel segno “delle fragilità” (al plurale in luogo del singolare) vengono prese in considerazione condizioni e situazioni problematiche in ambito economico (“nuovi poveri”, precarietà, marginalità); in ambito culturale come crisi della speranza e della ragione (crisi di valori, crisi esistenziale, quasi che in taluni casi o circostanze la vita sia divenuta poco meritevole d'essere vissuta perché disumanizzata). Non risulta, però, adeguatamente presa in considerazione la “**fragilità**” in ambito sanitario o di **tutela della salute** (soggetti a rischio: indifesi, non autosufficienti, come i poveri, gli anziani, i malati, i diversamente abili), nonostante l'esortazione in proposito di Benedetto XVI, pronunciata nella basilica di Aquileia durante la visita apostolica nelle “terre di Marco” (cfr. § 2). Anzi nelle schede di alcune Diocesi il problema non viene neppure accennato. Come pure è completamente ignorato nelle proposizioni finali.

Eppure, “**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 è stato 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 aveva tenuto debito conto. (cfr. PVCM, presentazione)

La "**fragilità**" è emergenza pastorale vasta, complessa, ineludibile, da affrontare con decisione., come è stato chiaramente esposto nel documento "**Il contributo alla preparazione del Convegno Aquileia 2**", elaborato dalla Commissione per la pastorale della salute del Triveneto, e inviato al Comitato preparatorio, rispondendo alla domanda: **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 ?**"

Con la crisi economico-finanziaria in atto tante persone, e famiglie soffrono per la "**fragilità**" nel lavoro: il lavoro che non c'è o non è consono alla dignità della persona; il difficile rapporto tra lavoro e famiglia, la questione del lavoro femminile e delle attività svolte dalle donne in casa e fuori casa; la disoccupazione specialmente giovanile; le esperienze drammatiche del lavoro nero, dello sfruttamento, la presenza della malavita organizzata. Tale "**fragilità**" nel lavoro costringe la persona che ne è colpita a chiudersi in se stessa, può divenire causa di depressione, preludio, talora, al suicidio.

"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. Quando si incontra una sofferenza, il primo atteggiamento (saper essere) che un uomo, una donna dovrebbero avere è quello di fermarsi, per ascoltare, guardare, per vedere e capire, come fece il samaritano. 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. (cfr. Contributo alla preparazione del Convegno Aquileia 2, elaborato dalla Commissione pastorale salute Triveneto, § 2)

Mancando la nozione di **salute** e di **tutela della salute** come **bene comune**, nelle schede compilate come preparazione immediata al Convegno e nelle proposizioni finali non sono stati adeguatamente presi in considerazione tali aspetti come carenti o particolarmente bisognosi di impegno da parte delle comunità cristiane.

Dalle proposizioni finali non risulta che nelle comunità vi sia piena consapevolezza (sapere) che con il processo di progressiva deospedalizzazione 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. (cfr. *Contributo alla preparazione del Convegno Aquileia 2*, elaborato dalla Commissione pastorale salute del Triveneto, § 2 a.)

Soltanto nelle schede di alcune Diocesi si fa presente che "*le comunità cristiane oggi sono chiamate a impegnarsi maggiormente in favore di chi vive in situazioni di povertà, per mancanza di casa, di lavoro, di salute, o in solitudine*", ma non vi è alcun accenno alla barriera psicologica che separa la comunità dai suoi malati e che 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. Con "carichi assistenziali", talora, insopportabili.

Le carenze di analisi dei bisogni assistenziali dei sofferenti nel territorio, riscontrate sia nei documenti preparatori che nelle proposizioni finali, non consentono di condividere l'affermazione che la forma tradizionale della presenza ecclesiale, ossia la parrocchia "*è più vitale dal punto di vista sociale- relazionale che dal punto di vista della capacità di interloquire con la domanda spirituale attuale*" (cfr. *Nord Est: una religiosità in rapida trasformazione*, ricerca dell'Osservatorio Socio-Religioso Triveneto)

Vi è qualche accenno al sostegno offerto dalle Caritas, mentre mancano completamente riferimenti alla pastorale della salute, forse perché quest'ultima è tuttora percepita come "pastorale sanitaria o ospedaliera" delegata esclusivamente ai cappellani nei luoghi di ricovero e cura, ridotta peraltro ad un impegno di carattere caritativo- assistenziale e ad una assistenza religiosa intesa soprattutto nella prospettiva della preparazione alla morte. Da qui risulta evidente la mancanza di conoscenza dell'evoluzione della pastorale della salute da parte delle comunità cristiane, compresi i ministri ordinati.

8. L'evoluzione della pastorale della salute nei documenti magisteriali.

Negli ultimi trent'anni ci sono state diverse occasioni per un rinnovamento della pastorale in ambito sanitario prendendo coscienza e consapevolezza dell'evoluzione culturale avvenuta. Ma ancora tanta è la strada da percorrere, a partire dalla conoscenza più approfondita di alcune mete indicate nei documenti magisteriali: **Salvifici doloris** (1984); **Christifideles laici** (1988, nn. 53-54); **Dolentium hominum** (1985) che costituisce la Pontificia Commissione (oggi Consiglio) per la pastorale degli operatori pastorali; la lettera istitutiva della

Giornata Mondiale del malato del (1992); **Evangelizzazione e sacramenti della penitenza e dell'unzione degli infermi** (1974); **Spe salvi** di Benedetto XVI, dove la sofferenza è indicata come luogo della speranza.

Nella Dottrina Sociale della Chiesa il termine “**salute**” viene inteso non, come invece sostiene l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come benessere fisico, psichico e sociale, ma come benessere fisico, psichico e spirituale, cioè come un'esperienza che, come il suo contrario, la malattia, non riguarda solo il sostato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e unità somato- spirituale. Malattia e sofferenza, quindi sono fenomeni che oltrepassano la sfera della medicina, per toccare l'essenza della condizione umana.

Col termine “sanità” si intende tutto ciò che riguarda la politica, la legislazione, la programmazione e le strutture sanitarie. Essa è considerata come un'attività di promozione umana finalizzata a realizzare il bene del singolo, ma anche il bene comune.

Ciò significa che le risorse devono essere allocate equamente, affinché l'esperienza della malattia possa essere vissuta nella verità. L'attenzione alla salute e alla sanità da parte della Chiesa rientra nell'ambito della sua missione nel mondo. Essa rivendica pertanto, il proprio servizio al malato come un diritto inalienabile e come un preciso dovere dei cristiani.

L'approccio più recente ai temi salute e sanità ha trovato una sintesi nel “motu proprio” di Giovanni Paolo II **Dolentium hominum** (1985). I punti fondamentali del documento possono essere sintetizzati nel modo seguente: a) nel corso dei secoli la Chiesa ha avvertito la necessità del servizio ai malati ritenendolo parte costitutiva della propria missione nel mondo; b) nella sua azione la Chiesa si lascia guidare da una precisa concezione della persona umana e del suo destino nel piano di Dio; c) la persona umana è unica, originale, irripetibile. E' uguale ai suoi simili e quindi non può essere discriminata per nessun motivo; d) l'assistenza sanitaria deve cogliere tutta l'essenza della condizione umana nel mondo. Pertanto tale assistenza non può prescindere dal considerare il soggetto del diritto alla salute come partecipante attivo. Ne consegue l'obbligo del rispetto della persona nella sua integralità e quindi la negazione di un presunto diritto di vita o di morte che l'assistenza sanitaria tende ad arrogarsi; e) debbono andare cambiati i rapporti fra malato e operatore sanitario e struttura sanitaria, ispirandosi a criteri personalistici; f) le risorse umane, economiche e tecnologiche vanno instradate in questa prospettiva e utilizzate in risposta a queste esigenze; g) la Chiesa vuole essere presente in questa azione e fare proprie le ansie di quanti sono inseriti nel settore della sanità; h) i cristiani sono chiamati a intervenire per salvaguardare valori e diritti essenziali connessi con la dignità e il destino della persona umana.

9. Criticità e sfide da affrontare

Negli ultimi vent'anni sono profondamente mutati i bisogni assistenziali della popolazione nel Nordest con l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte:

- dalla crescita della aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione, con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un elevato carico assistenziale;
- dalla precarietà che connota i rapporti familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;
- dalla correlazione tra la fragilità individuale, specie nell'anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;
- dalla rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente, che apporta nuove istanze ed approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

Per far fronte a queste sfide le politiche sanitarie regionali del Nordest prospettano **nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale** con questa motivazione: “*L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.*”

Per la gestione di questa priorità sono previsti *team* multi professionale, coordinati da un “responsabile del caso” (case manager), che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con gli specialisti.

Ma questo non è sufficiente se accanto ai professionisti della salute non vi sarà una adeguata rete di operatori informali, con termine anglosassone denominati “caregivers” (familiari, badanti, volontari socio-sanitari, vicini di casa), adeguatamente preparati.

10. E' indispensabile un salto di qualità

Oggi occorre **"fare rete"**, comunicare le migliori esperienze (best pratique) affinché possano essere replicate da altri. La Nota pastorale della CEI **"*Predicate il Vangelo e curate i malati*"** (2006) ricorda, che *"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"* (PVCN 59) e indica alcune attenzioni prioritarie, tra le quali la formazione degli operatori pastorali "a livello di sapere, saper essere, e saper fare" (PVCN 67). E' questo il processo dinamico alla base di ogni autentica crescita personale e di ogni apprendimento operativo davvero efficace. Questo processo costituisce una sorta di "conditio sine qua non" per rispondere alle sfide pastorali presenti oggi nella sanità o più estesamente nel "mondo della salute" e per valutare la qualità delle risposte date.

Le schede **"impegnati per il bene comune"** ultimamente compilate alla vigilia del Convegno e le proposizioni finali, rivelano un certo grado di "saper essere", avendo fatto proprio l'invito *"Quello che avete fatto all'ultimo dei miei fratelli, l'avete fatto a me"* (cfr. Mt. 25) e, dunque, avendo coscienza del proprio ruolo di cristiani. Un "saper essere" che avanza proposte per un "saper fare" (comportamenti specifici nella pratica), purtroppo limitato o appena abbozzato per mancanza di "sapere", ovvero per una non adeguata conoscenza delle proprie responsabilità per la **"tutela della salute"** intesa come **bene comune** e per scarsa conoscenza delle situazioni di sofferenza nel territorio.

Le proposizioni finali del Convegno hanno sottolineato la necessità non solo di nuove progettualità, ma anche di cambiare metodologia pastorale, di formare gli operatori pastorali, di rinnovare anche strutture e strategie di azione.

In questa prospettiva di comunità in divenire, che non solo accettano il cambiamento, ma lo auspicano, si tratta di **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. Affinché si passi dalle parole ai fatti è indispensabile, però, **"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.)