

CAMILLIANUM

RIVISTA DELL'ISTITUTO INTERNAZIONALE
DI TEOLOGIA PASTORALE SANITARIA



La rivista «Camillianum», nata nel 1990, è promossa dall'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria ed è pubblicata con cadenza quadrimestrale. Raccoglie contributi provenienti dalle aree di attinenza della Teologia Pastorale Sanitaria: teologia, pastorale, etica, bioetica, filosofia, psicologia, sociologia e scienze giuridiche. Sul piano dei contenuti affronta da un punto di vista accademico questioni legate ai temi della salute, della sofferenza e della cura, presentando aggiornate rassegne bibliografiche. Intende infine offrire un contributo sul piano culturale e sociale, vista l'interdisciplinarietà della Teologia Pastorale Sanitaria. I contributi proposti alla pubblicazione sono valutati attraverso la peer review dei referee.

CAMILLIANUM

Rivista dell'Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria
Anno XVII, III quadrimestre, numero 51 (nuova serie)

Proprietà della Curia Generalizia dei Ministri degli Infermi, Roma
Pubblicazione quadrimestrale dell'Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria Camillianum

Direzione e amministrazione

Piazza della Maddalena 53 – 00186 Roma

Redazione

Camillianum – Istituto Internazionale
di Teologia Pastorale Sanitaria
Largo Ottorino Respighi, 6 – 00135 Roma
Tel. 06 32 97 495 – Fax 06 32 96 352
redazione@camillianum.it
www.camillianum.it

Direttore responsabile

Luciano Sandrin

Direttore scientifico

Palma Sgreccia

Comitato di redazione

Palma Sgreccia, Eugenio Saponi, Massimo
Petrini, Luciano Sandrin, Maria Teresa Rus-
so, Flavia Caretta, Giuseppe Marco Salvati,
Antonio Mancini

Segretario di redazione

José Michel Favi

Autorizzazione del tribunale di Roma

N. 87/2001 del 13/03/2001

Poste Italiane Spa – Spedizione in abbona-
mento postale – D.L. 353/2003 (conv. in
Legge 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 2 –
DCB – Roma
Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana

ISSN: 1121-2985

Abbonamento

Italia 40,00 euro
Esteri 55,00 euro
Studenti 30,00 euro
Sostenitori 70,00 euro

Spedizione per via aerea: per l'America, l'Asia,
l'Africa + 2,6 euro; per l'Europa 1,6 euro

L'importo dell'abbonamento va versato su:
Credito Valtellinese – Conto intestato a
Casa Generalizia Ordine Chierici
Regolari Ministri degli Infermi
IBAN: IT02R052160322900000012206

Camillianum

Anno xvii, iii quadrimestre
n. 51/2017 (nuova serie)

Contributi di

Palma Sgreccia, Leocir Pessini, Enrico Dal Covolo
Giuseppe Pulcinelli, Luigi Alici, Giuseppe Marco Salvati
Roberto Garaventa, Vincenzo Paglia, Giuseppe Cinà
Luciano Sandrin, Angelo Brusco, Frank Monks
Filomena Piscitelli, Riccarda Lazzari, Felice Ruffini
Maria Hajnalka Bakó, Marco Brunetti, José Carlos Bermejo
Médard Aboué Koffi Gbékéné, Flavia Caretta, Carmine Cafariello
Raffaella Petrini, Chiara Ariano, Andrea Manto





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXVIII
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 45551463

ISBN 978-88-255-1294-6
ISSN 1121-2985

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: aprile 2018

Indice

- 9 *Editoriale*
Trenta anni del Camillianum
Palma Sgreccia
- 13 Messaggio inaugurale del Moderatore generale
per la celebrazione del trentennale del Camillianum
Leocir Pessini
- 21 Introduzione generale
Palma Sgreccia

Prima sessione **Sofferenza: interpretazioni e senso**

- 29 Lo scandalo del dolore. Ancora sul libro di Giobbe
Enrico Dal Covolo
- 37 Il significato agapico della sofferenza di Cristo
e del suo sacrificio
Giuseppe Pulcinelli
- 55 *Homo fragilis, cura pretiosa*
Luigi Alici

- 73 Custodire il mistero. La teologia tra parola e silenzio
di fronte al dolore
Giuseppe Marco Salvati
- 85 Sofferenza e suicidio
Roberto Garaventa
- 101 La dignità nel soffrire
Vincenzo Paglia
- 109 Profili di spiritualità nella sofferenza. Solo alla luce della
gioia si solleva il velo sul mistero del dolore
Giuseppe Cinà
- 131 Come affrontare il dolore
Luciano Sandrin

Seconda sessione
I luoghi di sofferenza: luoghi camilliani
e centro di gravità della Chiesa

- 149 Camillo de Lellis: santo e riformatore della sanità
Angelo Brusco
- 161 L'apporto della spiritualità camilliana alla civiltà della cura
in un mondo secolarizzato
Frank Monks

- 177 “Corpo e anima”: la formazione infermieristica camilliana
Filomena Piscitelli
- 185 La visita a domicilio: un modello camilliano di assistenza
Riccarda Lazzari
- 195 Iconografia camilliana dei primi cento anni
Felice Ruffini

Tavola rotonda
La formazione del Camillianum: testimonianze
degli ex studenti

- 205 Quintessenza del Camillianum nella pratica quotidiana della pastorale della salute. Sommario di vita personale e comunitaria
Maria Hajnalka Bakó
- 217 La sofferenza e la morte nel prete anziano
Marco Brunetti
- 221 I miei martedì coi vecchi professori. Le lezioni più importanti al Camillianum
José Carlos Bermejo
- 235 La pastorale della salute oggi e la sfida dell’inculturazione in contesto africano
Koffi Gbékéné Médard Aboué

Terza sessione
La cura della salute nell'era digitale

- 261 La vita monitorata: aspetti filosofici ed etici
Palma Sgreccia
- 273 Telemedicina e reti empatiche
Flavia Caretta
- 285 Connected Care: una speranza per gli anziani?
Carminé Cafariello
- 289 Sanità digitale: opportunità e sviluppo
Raffaella Petrini
- 305 Salute digitale e privacy
Chiara Ariano
- 319 Profili di pastorale sanitaria nell'era della salute digitale
Andrea Manto

Appendice

- 329 La sofferenza che porta speranza al cuore umano
e all'umanità! Omelia del Moderatore generale
Leocir Pessini

Trenta anni del Camillianum

PALMA SGRECCIA*

Camillianum: identità e storia

Il Camillianum è un Istituto di ricerca e formazione teologico-pastorale la cui ispirazione proviene dalla carità pastorale che animò san Camillo de Lellis.

Ha le sue radici nell'Istituto di Pastorale Sanitaria della Provincia Romana dell'Ordine dei Camilliani che iniziò le lezioni nel 1984 e anche negli altri centri di pastorale sanitaria, che, nel frattempo, i camilliani di altre Province religiose avevano attivato.

Fattori decisivi per la maturazione e la realizzazione del progetto sono stati la pubblicazione della Lettera apostolica *Salvifici doloris* (11 febbraio 1984) e del Motu proprio *Dolentium hominum* (11 febbraio 1985), con il quale è stata costituita la Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari (divenuta in seguito "Pontificio Consiglio"), confluito ora nel Dicastero per il Servizio allo Sviluppo Umano Integrale.

Il 28 aprile del 1987 l'Istituto fu approvato ed incorporato alla Pontificia Facoltà Teologica "Teresianum" *ad quinquennium*, come corso di specializzazione in Teologia Pastorale Sanitaria del secondo e terzo grado di Teologia (Licenza e Dottorato). Il 28 aprile del 1992 la Congregazione per l'Educazione Cattolica ha rinnovato l'approvazione per altri dieci anni a norma della Costituzione *Sa-*

* Professore straordinario di Filosofia morale e Bioetica, Preside dell'Istituto Camillianum.

pientia Christiana e delle *Ordinationes* annesse. Il 21 ottobre 2002 il Teresianum ha incorporato il Camillianum per un altro decennio.

Dal 23 giugno 2012 il Camillianum è incorporato alla Facoltà di Teologia della Pontificia Università Lateranense che, con la sua attività di ricerca e di formazione, riflette la missione universale della Chiesa ed è attenta alle istanze poste dalla contemporaneità.

L'approfondimento delle tematiche legate alla vulnerabilità della condizione umana e alla speranza cristiana viene svolto da una prospettiva teologico-pastorale in cui dialogano teologia, filosofia e scienze umane. Di questo approccio ne sono frutto il *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, il Manuale *Lineamenti di Teologia Pastorale della Salute*, la Rivista *Camillianum*, la collana *Salute e Salvezza*, le pubblicazioni dei docenti e i vari Convegni organizzati dall'Istituto.

L'Istituto Camillianum ha collaborato con altri Centri e Università: Università Cattolica del Sacro Cuore, l'Università Cattolica del Cile, la Escuela Universitaria de Trabajo Social (ICESB di Barcellona) e Federación Española de Religiosas Sanitarias, con l'Ufficio CEI per la Pastorale Sanitaria, con l'Università SS.ma Maria Assunta (LUMSA) e con l'Università di Tor Vergata. Ha cooperato anche con realtà sanitarie — come il Policlinico Gemelli, il Campus Biomedico, l'Italian Hospital Group — nell'ambito della formazione degli operatori sanitari.

Con metodo interdisciplinare si approfondiscono le coordinate della condizione umana, le pieghe intime e i risvolti socio-sanitari dell'umano soffrire.

Gli studenti sono orientati ad incarnare un insieme di idee, di percezioni profonde, necessarie al rapporto interpersonale, all'ascolto del sofferente. È promossa la crescita della personalità in modo che diventino spontanei il rispetto, l'incoraggiamento alla speranza, il conforto, poiché ogni espressione curativa si radica in queste intime disponibilità.

L'umanesimo socio-sanitario promosso attraverso la Teologia Pastorale Sanitaria si nutre di dialogo e confronto in un contesto pluralista che ci invita a ricercare le convergenze possibili, senza generare contrapposizioni con il mondo secolarizzato o con altre culture religiose.

Si formano docenti di teologia, pastori sanitari, direttori degli uffici di pastorale sanitaria, assistenti spirituali e operatori socio-sanitari.

Il piano di studio è strutturato attraverso corsi di teologia, patrologia, pastorale, filosofia, antropologia medica, etica, bioetica, biogiuridica, diritto canonico, dottrina sociale della Chiesa, psicologia, sociologia, storia della carità, spiritualità e tirocinio pratico.

Il percorso di studio del Camillianum sviscera, da più punti di vista, i temi della salute, della corporeità, della malattia, della sofferenza, del male, della cura, della guarigione, della speranza e della salvezza.

Alcuni dati e punti di forza

Il primo punto di forza dell'Istituto è la didattica, sia per la varietà e la qualità dell'offerta, sia per l'impegno profuso dal corpo docente (28 professori) nello stabilire con gli studenti un rapporto diretto e costruttivo.

L'altro punto di forza è costituito dagli studenti stessi che provengono dai vari continenti, con diversi bagagli culturali che arricchiscono la vita accademica dell'Istituto.

In questi 30 anni abbiamo avuto 1007 studenti iscritti al ciclo di Licenza e Dottorato in Teologia Pastorale Sanitaria, di cui 306 hanno conseguito la Licenza in Teologia Pastorale Sanitaria, 48 il Dottorato e 198 il Diploma. Inoltre 510 hanno frequentato la formazione di base in Pastorale sanitaria, 39 hanno frequentato il Master in Bioetica e Diritti umani organizzato con l'Università LUMSA e 134 il Master in Bioetica e pastorale sanitaria con l'Università Cattolica del Sacro Cuore; 19 studenti stanno ultimando il Corso di Alta Formazione in Pastorale della Cura e della Salute organizzato insieme al Centro Lateranense Alti Studi. Quest'anno accademico abbiamo 22 immatricolati al ciclo di Licenza e Dottorato.

Il terzo punto di forza è costituito dalla Biblioteca con un patrimonio di 57.000 volumi e 375 riviste cui è abbonata.

Autorità ed ufficiali

Dal 1987 si sono susseguiti

- 5 Moderatori generali: P. Calisto Vendrame, P. Angelo Brusco, P. Frank Monks, P. Renato Salvatore e P. Leocir Pessini;
- 5 Presidi: P. Domenico Casera, P. Giuseppe Cinà, P. Luciano Sandrin, Prof. Massimo Petrini, Prof.ssa Palma Sgreccia;
- 7 Vicepresidi: P. Emidio Spogli, P. Luciano Sandrin, P. Arnaldo Pangrazzi, Prof.ssa Maria Luisa Di Pietro, Prof. Massimo Petrini, P. Eugenio Saponi, P. José Michel Favi;
- 8 Segretari: P. Francisco Alvarez, P. Donato Cauzzo, Dott. Giovanni Terenghi, P. Eugenio Saponi, P. Pietro Magliozzi, P. Luigi Maglione, P. José Michel Favi, Dott.ssa Linda Filacchione;
- 3 Bibliotecari: P. Hubert Lepargneur, P. Giovanni Palombaro, Prof. Massimo Petrini;
- 7 Economi: Fr. Gianni Dalla Rizza, Fr. Joaquin Camara, P. Luigi Galvani, P. Clair Antonio Kozik, P. José Michel Favi, Fr. José Ignazio Santaolalla, P. Felice De Miranda.

Messaggio inaugurale del Moderatore generale per la celebrazione del trentennale del Camillianum

LEOCIR PESSINI*

Saluti iniziali

Rivolgo un deferente saluto a S. Ecc.za Rev.ma Mons. Enrico Dal Covolo, SDB, Rettore Magnifico della Pontificia Università Lateranense.

Estendo un cordiale segno di gratitudine alle autorità accademiche di questa nostra istituzione camilliana: alla prof.ssa Palma Sgreccia, Preside dell'Istituto; a p. dr. José Michel Favi, Vice Preside dell'Istituto e a p. ing. Felice De Miranda, quale nuovo economo dell'Istituto.

Voglio manifestare un saluto carico di rispetto e denso di riconoscenza verso tutti i camilliani pionieri che hanno dato vita al Camillianum ed hanno contribuito al suo sviluppo nel corso degli anni, offrendo le loro competenze umane, religiose e professionali come docenti, nella assunzione di incarichi di direzione e di coordinamento come Preside, Vice Preside e Segretario, e di responsabilità accademiche ed amministrative: i Superiori Generali p. Angelo Brusco e p. Frank A. Monks; i confratelli p. Luciano Sandrin, p. Eugenio Saporì, p. Arnaldo Pangrazzi, p. Giuseppe Cinà, fr. Jose Carlos Bermejo, p. Leonhard Gregotsch, p. Germano Policante, p. Mario Bizzotto, p. Rosario Messina, p. Antonio Puca e i tanti

* Superiore generale dell'Ordine camilliano e Moderatore generale del Camillianum.

altri religiosi e laici che ora vivono nella luce beatifica di Dio Padre godendo del premio riservato “ai suoi servi buoni e fedeli” . . .

Siamo lieti che molti di questi religiosi e laici che ho menzionato, siano qui, oggi, a festeggiare con noi, questo lusinghiero traguardo!

Ringrazio tutti voi presenti a questa celebrazione speciale dei trent'anni del nostro Camillianum — Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria e che partecipate al Convegno dal tema “Dolore e sofferenza: interpretazioni, senso e cure” (30–31 ottobre 2017), organizzato per l'inaugurazione del trentesimo anno accademico dell'Istituto.

La mia prolusione in questa sessione inaugurale desidera soffermarsi su tre punti specifici: 1) il Camillianum come un *insigne valore carismatico* all'interno del nostro Ordine; 2) l'ascolto di alcune figure pionieristiche che si sono impegnate nella prima ora di vita dell'Istituto; 3) il Camillianum oggi proteso verso il futuro: alcune sfide ad affrontare.

Riguardo alla formazione permanente (per tutta la vita) e alla vita *ad intra* dell'Ordine

- Nelle nostre Disposizioni Generali leggiamo: “I nostri religiosi acquisiscano una chiara identità e una adeguata preparazione camilliana anche avvalendosi del Camillianum e dei centri di pastorale, di umanizzazione e di formazione. Ogni provincia, vice provincia e delegazione promuova la partecipazione, nei suddetti centri, ai corsi fondamentali e/o il conseguimento dei titoli o gradi accademici. Ove possibile, si ottenga il riconoscimento civile dei titoli” (DG 62).
- Nel Progetto camilliano: per una vita fedele e creativa: sfide e opportunità (2014–2020) si afferma: “Si sottolinea la validità della prosecuzione degli studi teologici per i religiosi più giovani dopo il baccalaureato in teologia. Gli studi di specializzazione però rientrano in un reale programma provinciale o interprovinciale o dell'Ordine (privilegiando il Camillianum o altri centri di pastorale sanitaria e di umanizzazione), e solo dopo un minimo di tre anni di esperienza di vita comunitaria vissuta nell'impegno ministeriale. Si incentivino

tutte le forme possibili per offrire pubblicità al Camillianum, soprattutto nei paesi con maggiore disponibilità di studenti. Ciò sia impegno di tutti i religiosi e in particolare dei responsabili diretti dell'Istituto medesimo. Si favorisca la coordinazione dei centri camilliani di umanizzazione e pastorale sanitaria, a livello macro-regionale, anche in sinergia con il Camillianum”.

- Forum dei direttori dei Centri di Pastorale/Camillianum e medici camilliani. È stato realizzato in Spagna a Madrid, il 21-23 aprile 2016. Tra gli obiettivi di questo raduno c'era quello di “coinvolgere i nostri centri di pastorale, il Camillianum e le università nel rispondere alle sfide attuali nel mondo della salute in particolare nelle situazioni di emergenza e di disastro, costruendo e/o rafforzando la resilienza della popolazione e delle comunità più vulnerabili”.

Nella nascita del Camillianum ascoltiamo attentamente alcune voci pionieri. . .

Desidero ricordare il pensiero di due confratelli camilliani che sono stati tra gli artefici degli inizi del processo di vita del Camillianum e la voce del papa san Giovanni Paolo II.

- *P. Calisto Vendrame*, ex Superiore Generale dell'Ordine, nel discorso d'inaugurazione dell'Istituto, affermava (7 novembre 1987): “Non mi resta che augurare un buon viaggio a questa nave, che parte sotto la guida sicura del padre dott. Domenico Casera, per mari e golfi in parte ancora sconosciuti, forse seminati di mine e percorsi da pasdaran. Veramente l'impresa non è facile”.
- *P. Francisco Alvarez* che dobbiamo ringraziare per essere stato anche il primo segretario dell'Istituto, nel 1993 sosteneva che “è imprescindibile ed urgente approfondire la propria formazione teologica e pastorale (grave lacuna nella vita consacrata sanitaria) e superare la tentazione dell'immediato che naviga per le ‘onde corte della carità’ o per la strada stretta di una professionalità senza missione”. E nel 1987

ricordava che “il linguaggio e i criteri teologico–pastorali nel mondo della salute, della sofferenza e della morte stanno chiedendo un rinnovamento”.

Papa san Giovanni Paolo II, nell’udienza concessa ai religiosi camilliani capitolari nel 1995 disse: “Vi esorto a coniugare sempre l’insostituibile prossimità al malato con l’evangelizzazione della cultura sanitaria, per testimoniare la visione evangelica del vivere, del soffrire e del morire. Questo è un compito fondamentale che avete realizzato negli istituti di formazione della vostra famiglia religiosa e specialmente nell’Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria — Camillianum di Roma”.

Nell’anno 2000, in occasione del 45esimo anniversario dalla nascita di san Camillo, lo stesso san Giovanni Paolo II ci esortava a coltivare “un’attenzione particolare che deve rivolgersi anche alla promozione di una cultura rispettosa dei diritti e della dignità della persona umana attraverso gli istituti accademici, specialmente il Camillianum, i Centri di pastorale e le strutture sanitarie presenti nelle diverse nazioni”.

Il Camillianum oggi proteso verso il futuro: alcune sfide da affrontare con l’intelligenza del cuore e la sapienza di Dio

Il Camillianum è incorporato alla Facoltà di Sacra Teologia della Pontificia Università Lateranense dal 23 giugno 2012 e tale incorporazione è stata recentemente rinnovata per altri cinque anni (2017–2022). Il Camillianum come realtà accademica è impegnato anche a rispettare le esigenze di natura accademica ed amministrative definite da cosiddetto Processo di Bologna, un processo di riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore dell’Unione europea. Il Camillianum è l’unico Istituto accademico di Teologia Pastorale Sanitaria nella chiesa cattolica che da trent’anni prepara docenti in teologia (con specializzazione in Pastorale Sanitaria); esperti del settore socio–assistenziale; referenti diocesani per l’animazione della pastorale sanitaria ed assistenti spirituali (cappellani).

Segnalo brevemente le statistiche di alcuni frutti maturati in questi trenta anni di attività: studenti: 988 (1987–2017), dei quali 135 sono stati studenti “camilliani”; tesi di dottorato: totale di 47, delle quale 13 tesi sono state difese da studenti “camilliani”; licenze conseguite: 301, di cui 93 elaborate da studenti “camilliani”; diplomi totali conseguiti: 192, di cui 3 sono stati conseguiti da studenti “camilliani” (dati forniti della segreteria del Camillianum il 24 giugno 2017 per occasione della visita dei Superiori maggiori dell’Ordine all’Istituto).

Nel corso di questi anni è stata elaborata e curata una produzione di ricerca accademica e scientifica di qualità, soprattutto per riferimento all’ambito proprio della pastorale della salute, della spiritualità e del carisma camilliano, dell’etica e della bioetica, della teologia della salute. . . solo per ricordare alcuni ambiti di ricerca che sono stati esplorati. Si parla di qualche centinaio di testi e volumi; ricordo poi la rivista quadrimestrale *Camillianum* e un’opera interdisciplinare che fa fatto epoca: il *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria* (gennaio 1997), tradotto poi in lingua portoghese e spagnola. Per riferimento a quest’ultima opera è stata presa la decisione in Consiglio di Istituto di rieditarne una nuova versione rivista ed aggiornata: sia auspica possa essere pronta per il mese di luglio 2019 (festa di san Camillo).

Viviamo un momento di criticità a motivo della mancanza di studenti provenienti da alcune parti della geografia camilliana mondiale. È estremamente urgente il rinnovamento del “corpo docente”, con l’inserimento progressivo di nuovi professori camilliani abilitati da titoli accademici adeguati. Come attuale Moderatore generale di questo Istituto, ho detto e ripetuto innumerevoli volte all’interno del nostro Ordine e anche nella sede delle diverse riunioni del Consiglio accademico dell’Istituto, che il Camillianum, adesso che è diventato “adulto”, deve essere “re-inventato”. I tempi sono cambiati radicalmente negli ultimi 30 anni. Più che in un tempo di profondi e rapidi cambiamenti, viviamo un autentico cambiamento di epoca. Secondo questo spirito, esattamente in questo momento storico celebrativo e commemorativo dei trent’anni di esistenza del Camillianum nel panorama della Pastorale della Salute, l’Istituto accademico stesso è oggetto di un’attenta riflessione da parte del Governo generale dell’Ordine.

Riteniamo e siamo convinti che per tentare di rilanciare l'Istituto o, quanto meno, per garantirne la sopravvivenza, e la continuazione delle sue attività sia indispensabile che la sua strutturazione debba essere ripensata sotto il profilo accademico, amministrativo, organizzativo ed economico. I cambiamenti di processi organizzativi e di persone, sono assolutamente necessari.

In questo momento abbiamo individuato tre priorità urgenti:

- il conseguimento del riconoscimento della *personalità giuridica del Camillianum presso lo Stato italiano*, svincolando l'Istituto medesimo dalla Provincia camilliana romana. Ringraziamo vivamente, con profonda riconoscenza, la Provincia camilliana romana per aver accolto e supportato il Camillianum in questi trent'anni;
- la *revisione dello statuto del Camillianum* al quale stiamo lavorando attraverso la consulenza di specialisti nella gestione universitaria: si tratta di una richiesta proveniente dalla stessa Pontificia Università Lateranense in vista di un adeguamento sempre più preciso ad alcuni aspetti accademici (cfr. Processo di Bologna). L'istituto accademico Camillianum è una pertinenza precisa dell'Ordine Camilliano che in questo momento storico avverte l'urgente necessità di ridefinirne l'organizzazione contabile ed amministrativa, dotandolo, in questi ambiti funzionali, di alcune professionalità di carattere universitario, affinché possa rispondere in modo efficace alle sfide attuali. Il Moderatore generale sta vivendo con particolare coinvolgimento questa missione e questo compito, interpretandoli come un'aspettativa di tutto l'Ordine.
- la *questione della sostenibilità economico-finanziaria*. È già terminato il tempo in cui bastava ripetere che questo è un compito solo della Curia generalizia. Dobbiamo cercare tutti insieme una nuova formula creativa per sopperire alla necessaria sostenibilità economico-finanziaria che garantisca continuità alle attività accademiche. Questo compito non è solo, o esclusivo, della Curia generalizia, ma è anche una responsabilità particolare dei responsabili immediati dell'Istituto medesimo. Questa è una sfida che esige la conversione di una nuova cultura nella prospettiva di un umanesimo

professionalizzato (in sintonia con i nostri valori carismatici camilliani, etici, amministrativi e giuridici), che vada oltre la cultura e alla dinamica familiare che ha funzionato discretamente bene fin d'ora, ma che non può più reggere nello stile maturo e responsabile della più moderna gestione universitaria. Pertanto, sia nell'area accademica, che nel comparto amministrativo dobbiamo essere uniti, secondo i medesimi obiettivi istituzionali e carismatici (consapevoli dei diritti — sì! — ma senza dimenticare i doveri) nella prospettiva di lavorare insieme “con e per l'altro” e non “contro l'altro”, come un vero *team work*, come una vera orchestra sinfonica!

Concludo con una fraterna raccomandazione. Per circa vent'anni della mia vita, sono stato impegnato in questa area accademico-amministrativa nell'universitaria in Brasile e da questo mio bagaglio di esperienza posso dire di conoscere un po' le luci e le ombre di questo settore, e come tale credo di poter affermare che se la nostra conoscenza non si trasforma in saggezza per aiutare gli altri, i più bisognosi e i sofferente della nostra società vulnerabile, rimane una conoscenza inutile, serve solamente ad alimentare il nostro ego e di conseguenza si corre il rischio di assumere atteggiamenti improntati all'arroganza, all'autosufficienza, all'autoreferenzialità e al fondamentalismo. Qui i interessi personali rischiano di collocarsi sopra i valori istituzionali e carismatici. Questa è una malattia grave, un vero cancro che dobbiamo estirpare *immediatamente*, non appena viene diagnosticato. Non mi stancherò mai di ricordare e di pregare: *From the PhD God's: deliver us o Lord* (Dai dottori/professionisti che pensano di essere Dio: liberaci o Signore!).

La negazione dell'altro porta facilmente a perdere la visione del contesto di vita in cui siamo inseriti e dello spirito carismatico istituzionale di cui viviamo, ossia l'incommensurabile valore e dignità delle persone e il valore puramente strumentale delle cose. Diventiamo indifferenti e insensibile alla vera novità dello Spirito di Dio. La semplicità e l'umiltà sono e sempre saranno segno della vera saggezza divina che offrirà il vero sapore al sapere scientifico umano. I veri esperti dell'umanità che conosciamo sono molto umili!

Non possiamo tradire lo spirito dell'intuizione originale del nostro fondatore san Camillo de Lellis (1550–1614) che ha creato una *nova schola caritatis* e che ci invita, in tutte le nostre scelte, a mettere “il cuore nelle mani”!

Auguro che la creatività competente dell'amore e l'intelligenza del cuore, possano essere sempre posti da tutti noi al servizio della nobile causa della Pastorale della Salute, il GPS attraverso cui orientare il vero cammino per costruire un futuro di speranza per il nostro Camillianum.

Roma, 30 ottobre 2017

Introduzione generale

PALMA SGRECCIA

Il Convegno prende in esame la complessità del fenomeno dolore–sofferenza dalle prospettive teologica, pastorale, filosofica, spirituale ed etica. È presentata la ricchezza dell’impegno della tradizione camilliana — ormai 4 secoli — a favore dei sofferenti di tutto il mondo. Infine si prenderanno in esame le questioni antropologiche, etiche, giuridiche e medico–sanitarie legate alla gestione della salute nell’epoca digitale.

Il tema del dolore e della sofferenza è centrale per la ricerca dell’Istituto Camillianum, per questo lo si è scelto in occasione del trentennale. S’intende mettere in evidenza alcuni punti principali:

- *Il dolore non concede spiegazioni.* Anche il cristiano non trova una spiegazione e la fede, lungi dal costituire un tranquillo punto di arrivo, rappresenta una travagliata partenza, un impegno per una collettiva ricerca di condizioni che aiutino a lenire il dolore.
- *Il dolore insegna la finitezza,* la consapevolezza che il nostro agire non supererà mai i confini posti dalla condizione umana. Si apprende dall’insegnamento del limite la moderazione dell’agire, la responsabilità della cura fatta di equilibrio, evitando abbandoni e accanimenti.
- *Il dolore impone coraggio,* che significa evitare la fuga di fronte alla sofferenza e alla possibilità remota di un fallimento dell’intervento terapeutico, ma vuol dire anche capacità e determinazione a mettere in atto tutti i mezzi disponibili.
- *Il dolore impone preparazione e risposte organizzate.* Non vi è contrasto tra la compassione e la risposta organizzata, anzi

devono procedere assieme come componenti strutturali di un sistema articolato di supporto.

L'obiettivo prioritario è quello di sconfiggere il senso di rassegnazione di fronte al dolore e alla sofferenza, con l'auspicio che l'ambito socio-sanitario non diventi vittima del fatalismo.

Soprattutto la sofferenza innocente (come quella dei bambini o dei disabili) fa riemergere il problema del senso e del significato del dolore.

La sofferenza può essere intesa come prova, come cammino di maturazione interiore, oppure come una punizione, o può essere interpretata come "inutile".

Dostoevskij presenta la "sofferenza inutile", quella sofferenza che non può diventare né via alla purificazione né mezzo di maturazione interiore. Nei suoi romanzi ci sono molti esempi di disabili o di bambini, la cui passività impedisce di trarre profitto dalla sofferenza che perciò è inutile. È proprio questa sofferenza inutile, innocente, che Ivan Karamazov non può accettare: per lui basta l'esistenza di un solo bambino sofferente per affermare l'assurdità del mondo, cioè per negare l'esistenza di Dio.

Per il cristiano "il dolore è il luogo della solidarietà fra Dio e l'uomo", ma per tutti può essere l'occasione di attivare legami profondi, perché per tutti è rivelativa della nostra costitutiva fragilità e del bisogno di cure reciproche.

Una sofferenza alla quale non si riesca a dare un senso diventa una sofferenza raddoppiata e ci fa essere, riprendendo un'espressione di Nietzsche, come una "foglia al vento, un trastullo dell'assurdo" (Genealogia della morale).

Nella *prima sessione* ci si occuperà del senso della sofferenza. La condizione di sofferenza è spesso il risultato dell'intrecciarsi di fattori fisici e spirituali. L'approccio tecnico al fenomeno del dolore non ha tolto valore e significato ai tentativi di dare una spiegazione metafisico-religiosa a tale problema. Infatti anche un'efficace terapia del dolore non può eliminare la questione del senso dell'esistenza segnata dalla sofferenza e dalla morte.

Per alcune culture, il dolore è dovuto ad uno spirito malvagio che è penetrato nel corpo di chi soffre, per altre è la conseguenza del male commesso in una vita precedente. Per gli antichi greci il

dolore è uno strumento pedagogico, come suggerisce la semantica dei due termini che indicano il “soffrire” e l’“imparare”: *pathos* e *mathos* (Eschilo, *Agamennone*, vv. 175–177).

Per l’Antico Testamento il dolore è fundamentalmente la conseguenza di una colpa dell’uomo. In questa prospettiva la sofferenza è una sorta di punizione divina, che ha lo scopo di indurre l’uomo alla conversione. Occorre sottolineare però che nel libro di Giobbe questo nesso tra punizione e sofferenza viene messo radicalmente in questione e comincia ad affacciarsi l’idea della incomprendibilità dei decreti di Dio.

Nel Nuovo Testamento Gesù non dà una spiegazione della sofferenza, dà piuttosto una risposta con il suo sacrificio, non accetta di legare la sofferenza alla colpa: “né lui ha peccato né i suoi genitori, ma è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio” (Gv 9,2b–3).

La sofferenza è redentiva perché Cristo la fa sua, e come tale diventa luogo di solidarietà fra Dio e l’uomo, luogo d’amore e di misericordia in cui Dio soccorre l’uomo.

È importante depurare la tradizione cristiana dalle forme di dolorismo che interpretano la sofferenza o come punizione per una colpa o come la strada privilegiata per la salvezza. Quello che salva non è il dolore in sé, ma l’amore e la disponibilità a sacrificarsi per gli altri.

In una cultura pluralista, il messaggio cristiano insegna che la sofferenza è rivelativa della nostra costitutiva fragilità, ma nello stesso tempo è occasione di condivisione e di speranza.

Anche al di fuori dell’esperienza di fede, si può riconoscere la possibilità di vedere nella sofferenza l’occasione per attivare solidarietà e legami profondi, perché per tutti è rivelativa della nostra vulnerabilità e del bisogno di cure reciproche.

Con l’allentamento dei legami sociali, purtroppo, la sofferenza non ha lo spazio in cui possa essere espressa e condivisa, quindi diventa esperienza di solitudine e questo determina la dissoluzione del senso. Ristabilire la comunione è il primo passo con cui il cristiano veicola il senso della sofferenza.

La seconda sessione – I luoghi di sofferenza: luoghi camilliani e centro di gravità della Chiesa – ha come fulcro l’impegno compas-

sionevole a favore dei malati e dei sofferenti. Questo è il carisma dei Ministri degli Infermi (Camilliani), delle Suore Figlie di San Camillo e delle religiose Ministre degli Infermi; una tradizione nata da Camillo de Lellis.

La spiritualità camilliana è di stimolo alla cosiddetta umanizzazione della salute.

Umanizzare la salute significa valorizzare le varie dimensioni della persona. Comporta uno sguardo non riduzionista, è vedere il soggetto e non l'oggetto, la persona e non la cosa, l'interlocutore più che l'utente. Significa considerare il soggetto sempre come "qualcuno" e non "qualcosa".

Le qualità femminili — l'attitudine alla cura, la dedizione all'altro, l'empatia, la flessibilità, il senso della concretezza, l'attenzione alla vulnerabilità e alla non autosufficienza — sono elementi fondamentali per contribuire all'umanizzazione della salute.

La dimensione integrale e materna della cura sono tipiche della spiritualità camilliana. Quando nel 1746 il Papa Benedetto XIV proclamò santo Camillo de Lellis, affermò solennemente che Camillo era stato iniziatore di "una nuova scuola di carità".

La spiritualità di san Camillo si racchiude in una parola: misericordia. L'azione di Camillo si rivolse ai più bisognosi e ai più sofferenti. Il suo unico scopo era servire Cristo crocefisso nei poveri Cristi che sono i malati e gli indigenti.

Fu un "riformatore sanitario", capace di dedicarsi a "tutto" l'uomo, non solo alla sua "malattia".

Camillo propose a se stesso e ai suoi seguaci l'ideale di: "servire i malati come fa una madre amorosa con il suo unico figliolo infermo".

Per Camillo era chiaro che l'efficacia di un intervento sanitario, oltre che dal contenuto tecnico dello stesso, dipende dalle modalità con le quali si attua il processo relazionale.

La *Tavola rotonda* — La formazione del Camillianum: testimonianze degli ex studenti — ha costituito una verifica e uno stimolo per l'attività accademica dell'Istituto.

L'*ultima sessione* tratta la cura della salute nell'era digitale. Sono indubbi i risultati positivi dall'utilizzo delle tecnologie digitali in ambito sanitario, soprattutto in un'epoca in cui sono aumentate

le patologie cronicodegenerative e c'è bisogno di incrementare l'assistenza alla non autosufficienza sul territorio.

La tecnologia sta cambiando il modo in cui l'uomo osserva e si rapporta alla propria salute, introducendo il concetto di monitoraggio costante e continuato di sé.

Le app possono permetterci di gestire in modo più autonomo alcuni aspetti della nostra salute. In questo modo si realizza ciò che viene comunemente chiamato *empowerment* del paziente, il paziente incrementa la competenza sanitaria e assume la responsabilità della propria salute. Può gestire la propria salute più attivamente e in modo indipendente presso la propria abitazione grazie alla autovalutazione delle proprie condizioni o il monitoraggio a distanza.

Questa sorveglianza continua e diffusa può però produrre:

- una medicalizzazione e una patologizzazione dell'esistenza quotidiana, alimentare ingiustificati timori e diffusa ipocondria anche tra soggetti sani;
- incentivare antropologie riduttiviste che guardano al Sé come un Sé somatico e quantificato, mettendo da parte la dimensione spirituale e qualitativa;
- mettere in pericolo la privacy, causare discriminazioni ed emarginazioni attraverso l'incrocio indebito dei dati.

Certamente lo stare in rete sta cambiando il modo di essere pazienti, di essere medici, di pensarsi come settore sanitario. Ci sono però degli aspetti che permangono, come il bisogno di relazione, il bisogno, nei momenti di sofferenza, di dolore o di paura, di ritrovare un altro sguardo. Anche la telemedicina ha bisogno di reti empatiche.

Il Camillianum può contribuire, anche nell'era digitale, alla civiltà cristiana della cura, affinché la sanità sia al servizio dell'uomo, "tutto l'uomo, tutti gli uomini e le donne, con particolare attenzione e cura per i soggetti più deboli e svantaggiati, che stentano a far sentire la loro voce, oppure non possono ancora, o non possono più, farla sentire. Su questo terreno la comunità ecclesiale e quella civile si incontrano e sono chiamate a collaborare, secondo le rispettive, distinte competenze" (Francesco, *Discorso al CNB*, 28 gennaio 2016).

PRIMA SESSIONE

SOFFERENZA:
INTERPRETAZIONI E SENSO

Lo scandalo del dolore

Ancora sul libro di Giobbe

ENRICO DAL COVOLO*

Il grido di Giobbe¹ — ovvero lo scandalo del dolore innocente — percorre la storia dell'umanità dall'inizio alla fine, e incrocia “tragicamente” Dio, l'uomo e il cosmo nella questione più importante di tutte: la questione che riguarda globalmente il senso dell'esistenza umana.

Lo attesta un frammento paradigmatico di storia comparata delle letterature mondiali — giusto per fare un esempio, fra i tanti possibili —, quando si confrontano fra loro i poeti tragici del quinto secolo ateniese con i libri veterotestamentari della sapienza, in modo particolare il libro di Giobbe.

Si tratta di due ambiti culturali e religiosi molto diversi, benché coevi, almeno per alcuni momenti. In tutti e due i casi, le domande sono le stesse. È in discussione il senso della vita: eppure, la questione rimane aperta.

Svolgeremo puntualmente questo confronto.

Potremo confermare così — se ancora ce ne fosse bisogno — che la ragione da se stessa non è in grado di dare senso al dolore

* Magnifico Rettore della Pontificia Università Lateranense.

1. Limito a questa sola nota l'apparato di piè pagina, citando i contributi a cui mi sono realmente ispirato, e nei quali si possono rintracciare le indicazioni delle fonti e degli studi più importanti: H.U. VON BALTHASAR, *Le chrétien Bernanos*, Éditions du Seuil, Paris 1956; B. MAGGIONI, *Giobbe e Qohelet. La contestazione sapienziale nella Bibbia* (= Vangelo e vita. Collana di spiritualità), Cittadella Editrice, Città di Castello 1979; E. DAL COVOLO, *Appunti di antropologia greca dedotti dalla problematica tragica*, in B. AMATA (a cura di), *Cultura e lingue classiche* 2, LAS, Roma 1988, 215-232; C.M. MARTINI, *Avete perseverato con me nelle mie prove. Riflessioni su Giobbe*, Centro Ambrosiano Edizioni Piemme, Casale Monferrato 1990.

innocente. Solo una ragione che *si dilata* nella fede e nell'amore può "spiegare" il mistero di Dio e il mistero dell'uomo.

È questo — come vedremo nella conclusione — l'itinerario risolutivo che il libro di Giobbe inaugura, sia pure tra mille esitazioni, e che il Vangelo di Gesù Cristo convalida in maniera potente, attestando la via della croce come via di salvezza.

1. Eschilo, Sofocle, Euripide

Nella tragedia attica del quinto secolo la persona viene colta come "struttura aperta", in dialettica inesausta con forze a lei contrapposte: ne consegue immediatamente l'*areté* distintiva dell'uomo greco, che è la sua prometeica capacità di resistenza.

Già in età arcaica Archiloco di Paro segnava la via al più genuino pensiero greco, quando esortava l'amico Pericle e i concittadini alla "virile fermezza" di fronte alla sventura.

Ma agli occhi del poeta tragico, che interpreta la "storia sacra" del mito, non meno importante di una robusta affermazione delle risorse interiori dell'individuo è l'esigenza di riproporre la questione teologica sulla fede tradizionale nell'esistenza degli dèi e (contestualmente) nella loro giustizia.

È proprio qui — tra la fede nell'autodeterminazione dell'uomo e la fede nella giustizia degli dèi — che il tragediografo incrocia il problema del male come scandalo, come grido di dolore.

Eschilo, più di ogni altro poeta, si affida al mito come al sacro deposito della tradizione. Egli giunge all'"oggettivizzazione" riverente del mito, cercandovi con fede ostinata una risposta all'interrogativo fondamentale, formulato nei termini più immediati: come si spiega la presenza del male nel mondo, se la divinità è giusta e l'uomo è libero nella sua autodeterminazione? Nella prospettiva eschilea, che con tale "griglia" investiga il mito, viene proposta una soluzione: il male è frutto insieme della libera opzione dell'uomo e della giusta punizione della divinità.

Sofocle accosta in altro modo la "pagina sacra". Assumendola nella propria complessa esperienza di vita, si fa "personaggio" del mito, giungendo alla "soggettivizzazione" di esso. La domanda con cui Sofocle "entra" nel mito si pone in termini assai più pro-

blematici rispetto al “pio” Eschilo. Rappresenta da vicino il *grido di Giobbe*. Perché il giusto soffre — si chiede Sofocle —, mentre il malvagio trionfa? È una domanda che nelle sue tragedie rimane senza risposta. Così potremmo dire che la “griglia” sofoclea è quella che maggiormente problematizza il mito; quella che, al limite, lo mette in crisi. Di fatto, nella prospettiva sofoclea vacilla la fede nella giustizia degli dèi e la certezza sulla libertà dell’uomo. Meglio non nascere, dunque (“Non nascere è il mio pensiero più dolce”, recita il terzo stasimo dell’*Edipo a Colono*, l’ultimo dramma del poeta ormai novantenne). Ma, insieme alla coscienza del dolore e del dubbio lacerante, cresce la statura dell’uomo, che — pur soccombendo — continua a lottare contro il destino e resiste a potenze superiori a lui: è il “privilegio” del dolore, di cui vive la personalità poderosa dell’eroe sofocleo.

Il dubbio di Sofocle sulla giustizia degli dèi si radicalizza nel dubbio euripideo sull’esistenza stessa della divinità. Così *Euripide* abbandona la pista teologica e privilegia autonomamente la problematica antropologica. Il mito, “oggettivizzato” da Eschilo e “soggettivizzato” da Sofocle, viene “demitizzato” da Euripide. Così la “griglia” euripidea investiga il mito mentre l’orizzonte teologico perde la sua rilevanza, e l’uomo rivendica un’attenzione esclusiva. Euripide si cala nei personaggi del mito con il suo “dissacrante” acume psicologico, per portare alla luce le pieghe nascoste dell’animo umano, i conflitti interiori più o meno pacificati.

È questa, in definitiva, la parabola della tragedia attica da Eschilo a Euripide: scade l’approccio religioso e balza in primo piano l’indagine psicologica, di fronte al peso del dolore e al mistero impenetrabile del dio e dell’uomo.

2. La letteratura sapienziale dell’Antico Testamento

La caduta dell’orizzonte teologico e l’esame approfondito dell’individuo nei suoi conflitti interiori è uno degli esiti a cui può condurre la domanda sul dolore dell’uomo: ed è questa, come abbiamo visto, la via battuta da Euripide e l’estrema articolazione della problematica tragica. Se ne può concludere e assumere che la tragedia greca — come d’altronde tutta la letteratura classica — rimane percorsa,

senza risposte appaganti, da un'evoluzione di proposizioni interrogative sulla giustizia degli dèi e sulla libertà umana, davanti alla questione globale di senso.

Ma ci sono anche altre vie lungo le quali si snoda la riflessione sull'uomo e sul suo destino, a partire dalla stessa piattaforma di interrogativi.

Prendiamo i libri veterotestamentari della sapienza. Le domande da cui partono i tragici greci e i sapienti dell'Antico Testamento sono in effetti molto simili tra loro.

L'arco cronologico di composizione degli scritti sapienziali veterotestamentari è assai più esteso rispetto al quinto secolo ateniese. In particolare, alla composizione del libro di Giobbe — articolato, com'è noto, in varie parti, di epoche differenti — di solito viene assegnato un lasso di tempo che va dal 600 al 300 a. C. Ma è interessante notare che si può ragionevolmente sostenere un'approssimativa coincidenza cronologica tra alcuni testi sapienziali veterotestamentari e i tragici greci.

Comunque, la coincidenza non è solo cronologica. Si deve parlare piuttosto di una certa "analogia di soluzioni".

L'analogia appare evidente quando si confrontano tra loro i Proverbi più antichi e la "cornice" in prosa del libro di Giobbe con le tragedie di Eschilo (Dio premia i giusti e castiga gli empi, in proporzione ai loro meriti o demeriti); oppure quando si confrontano il Qohelet e le parti in poesia di Giobbe con le cinque tragedie di Sofocle successive all'*Antigone* e all'*Aiace* (dove è smantellata ogni sapienza terrena che tenta di pianificare in modo razionale l'azione della divinità, dato che l'esperienza delle cose umane suggerisce invece l'imperscrutabile mistero di Dio).

Da questo punto, però, l'itinerario diverge, rispetto alla successiva evoluzione — quella euripidea — della problematica tragica, perché l'Autore sacro continua a confessare, nonostante tutto, la sua fede in un disegno provvidenziale, per cui storia ed esperienza vengono ad esso ricondotte, mentre si apre una prospettiva di vita futura (è questa la via del Siracide e del libro della Sapienza e, almeno per alcuni aspetti, del libro di Giobbe). Euripide, invece, percorre la via dell'irrelevanza pratica dell'orizzonte teologico e della demitizzazione radicale.

3. Il grido di Giobbe

Il *grido di Giobbe* è quello di Sofocle. Giobbe vede dileguarsi la sicurezza teologica che l'aveva sostenuto prima, cioè la certezza che Dio è giusto e che le sue benedizioni non vengono mai meno. L'esperienza gli ha dimostrato che esiste il "male ingiusto", non riconducibile al peccato e al castigo individuali. Se invece il dolore fosse solo la conseguenza delle scelte sbagliate dell'uomo, la giustizia di Dio rimarrebbe intatta, dentro schemi ragionevoli, "a misura d'uomo".

Che la colpa comporti un castigo, questo rientra precisamente nel nostro concetto di giustizia. Ma questa fede ingenua ("eschilea") non è possibile. È possibile solo a scapito della realtà. Nasconde una profonda menzogna. Giobbe sa bene di essere innocente. Rivendicando la propria innocenza, egli intende ribellarsi a questa menzogna.

Ma come uscire dal dilemma? Come accettare francamente e lucidamente la presenza di un dolore ingiusto, e tuttavia continuare a credere nell'amore di Dio?

È questo l'interrogativo a cui il libro cerca di rispondere.

La risposta va in una duplice direzione.

Ecco la prima, la più chiara: non è chiudendo gli occhi all'esperienza — come fanno i cosiddetti "amici di Giobbe" — che si giunge alla vera fede.

Ed ecco la seconda, assai più problematica. Non si deve mai abbandonare la certezza dell'amore di Dio, nonostante le contraddizioni della vita.

Di fatto, Giobbe afferma la propria innocenza, ma contemporaneamente — a dispetto delle oscurità che attraversa e dei lamenti che gli sfuggono — continua a credere nella fedeltà di Dio. Il coraggio di questa duplice affermazione fa sì che il dolore ingiusto di Giobbe lo avvii non a negare l'amore di Dio, bensì a intuire che esso è un mistero, profondamente diverso da quel facile concetto di amore a cui spesso noi vorremmo ridurlo.

La domanda fondamentale — il *grido di Giobbe* — è questa: "Io sono stanco della mia vita. . . Perché tu mi hai tratto dal seno materno?" (10,1.18). Il medesimo interrogativo era già presente, con

altrettanta forza, nel lamento iniziale, quando “Giobbe aprì la bocca e maledisse il suo giorno [. . .]: Perisca il giorno in cui nacqui [. . .] Perché dare la luce a un infelice?” (3,1–20).

È la domanda scandalizzata del credente, quando si imbatte in un’esperienza che sembra smentire radicalmente la propria fede.

Eppure — anche “a dispetto” di questa esperienza — Giobbe rimane ostinatamente aggrappato alla certezza di fede che Dio interverrà, e che alla fine egli si comporterà da difensore dei giusti.

Il miracolo del libro consiste precisamente nel fatto che Giobbe non fa un passo per fuggire verso un dio migliore: rimane lì, sotto tiro.

Alla fine di tutto, poi, egli si rifugia in quello stesso Dio che accusa, e il suo *grido di dolore* diventa un *grido di fede*: “Io so che il mio redentore è vivo e che, da ultimo, si ergerà sulla polvere!” (19,25).

Giobbe parla con Dio, tenta in tutti i modi di capire: forse Dio lo ha dimenticato o si è stancato di lui? Forse Dio è cambiato?

Le domande e i sentimenti si susseguono con ritmo incalzante. Ora Giobbe sembra lasciarsi andare, rassegnato e stanco; ora tenta di far ragionare il suo Dio; ora ironizza, con infinita amarezza; ora assume atteggiamenti di sfida.

Ma al fondo di tutto rimane un filo ostinato, costante: la fiducia in Dio.

È la fede di Giobbe: una fede a cui non è permesso rifugiarsi in costruzioni teologiche comode e rassicuranti; una fede che, invece, accetta la sfida dei fatti. Giobbe si pone alla ricerca di Dio non partendo da formule razionali astratte, chiuse in loro stesse, ma partendo dal suo mondo carico di dolore.

Che la conoscenza profonda delle cose dovesse passare attraverso l’esperienza del dolore, questa era una persuasione profonda anche tra i greci. Ma quello che a un certo punto diverge fra la sapienza dei classici e i testi della Bibbia è la fede: la fede in un Dio che si fa egli stesso dolore innocente, ingiusto, e proprio per questa strada svela all’uomo il senso globale dell’esistenza.

4. La via di Gesù Cristo

Spiegava a tale proposito Giovanni Paolo II:

L'umana sofferenza ha raggiunto il suo culmine nella passione di Cristo. E contemporaneamente essa è entrata in una dimensione completamente nuova e in un nuovo ordine: è stata legata all'amore [...] A quell'amore che crea il bene anche ricavandolo dal male, ricavandolo per mezzo della sofferenza, così come il bene supremo della redenzione del mondo è stato tratto dalla Croce di Cristo, e costantemente prende da essa il suo avvio. La Croce di Cristo è diventata una sorgente, dalla quale sgorgano fiumi d'acqua viva. In essa dobbiamo anche riproporre l'interrogativo sul senso della sofferenza, e leggervi sino alla fine la risposta a questo interrogativo (Lettera apostolica *Salvifici doloris*, n. 18).

È questa la rivoluzione del Vangelo di fronte allo scandalo del dolore, un vero e proprio capovolgimento rispetto alla sapienza degli ebrei e dei greci: dal dolore innocente, dalle sue piaghe noi siamo salvati! Si noti: non *a dispetto del* dolore, ma *grazie al* dolore innocente, noi raggiungiamo la speranza e il senso vero della vita.

In questo modo, solo “per Cristo e in Cristo” — colui che svela pienamente l'uomo all'uomo — “si illumina l'enigma del dolore e della morte” (*Gaudium et spes*, n. 22).

Chi ha trattato in maniera singolarmente incisiva il tema del dolore innocente, con specifico riferimento all'opera letteraria di Georges Bernanos, è uno dei più grandi teologi del secolo ventesimo. Alludo manifestamente a Hans Urs von Balthasar, e alla sua poderosa monografia, intitolata *Il cristiano Bernanos*, pubblicata in lingua tedesca nel 1954.

Per concludere questa mia riflessione, non trovo di meglio che postillare un paio di passaggi del quinto capitolo, nella seconda parte del libro, là dove von Balthasar descrive l'agonia del dolore come il “centro stesso della vita”.

“Il Vangelo”, commenta il teologo svizzero tenendo sullo sfondo l'agonia del Getsemani, “ha insegnato a Bernanos che la povertà dello spirito, la spoliazione radicale e la debolezza... fanno un tutt'uno con la beatitudine, quella delle braccia spalancate” (mi riferisco alla traduzione francese di M. de Gandillac, *Le chrétien Bernanos*, 431–433).

Ritornano così — significativamente intrecciati fra loro, e sempre nella contemplazione di Cristo — i grandi temi della passione e della croce, dell'angoscioso silenzio di Dio, dello scandalo del dolore innocente.

È l'agonia del curato di Ambricourt, l'"apostolo abbandonato", a cui Bernanos non ha voluto dare un nome. È la notte di Auschwitz, nella quale — secondo alcuni teologi — "Dio è morto".

Da questa stessa agonia nasce invece, secondo Balthasar, *la comunione dei santi*. Egli spiega:

Affinché si realizzi la comunione dei santi, bisogna che ogni membro del corpo mistico doni il suo essere totale — e radicalmente spogliato —, perché divenga parte di un tutto; bisogna che egli si lasci colpire da quelle ferite, che sole permettono la circolazione del sangue attraverso il corpo intero. Ma dopo il Giardino degli Ulivi, questa ferita ha preso la forma dell'agonia, dell'essere che viene meno nell'angoscia. Il carattere gratuito dell'amore si manifesta nella sofferenza sotto forma di inutilità: "Mi sembra", dice il curato di campagna, "che la mia vita, tutte le forze della mia vita, vadano a perdersi nella sabbia". E finalmente, di fronte alla morte: "Piangevo con gli occhi spalancati, piangevo come ho visto piangere i moribondi: era la vita che usciva da me" (p. 470).

Ancora una volta, siamo di fronte al mistero cruciale del dolore e della "solitudine dell'innocente nel mondo del peccato": quel mistero, per cui il parroco di Torcy — il confidente, o meglio il "direttore spirituale" del curato di campagna — giungeva a parlare "della 'solitudine sorprendente' e della 'tristezza verginale' di Coi che 'era l'innocenza', la Madre di Dio, 'nata senza peccato'..." (p. 474).

E, ancora una volta, la via della croce è consacrata come via di salvezza.

Il significato agapico della sofferenza di Cristo e del suo sacrificio

GIUSEPPE PULCINELLI*

Sulla croce Dio si lascia cacciare fuori dal mondo, Dio è impotente e debole nel mondo, e appunto solo così egli ci sta al fianco e ci aiuta.

(D. BONHOEFFER, lettera del 16 luglio 1944¹)

I. Introduzione

Sarebbe presuntuoso pensare di poter aggiungere qualcosa di nuovo su un tema così centrale per la fede cristiana e la teologia. Ciò che mi propongo è semplicemente di offrire alcuni spunti di riflessione — anche critica — che possano stimolare una sua rilettura complessiva.

Quando si tratta della sofferenza di Gesù Cristo il primo pensiero va ovviamente alla sua morte sul patibolo della croce e più in generale alla fase conclusiva della sua vita culminata con la “dolorosa passione”.

Ma fin dal suo primo esplicarsi, la condizione umana che egli ha assunto con l’incarnazione implica già in se stessa l’essere sottoposti a tutte le limitazioni, debolezze, caducità e vulnerabilità, proprie alla creaturalità umana messa in relazione con il mondo: tutte le dimensioni dell’essere umano, fisiche, psichiche e morali,

* Docente incaricato di Sacra Scrittura, Pontificia Università Lateranense.

1. “Gott läßt sich aus der Welt heraus drängen ans Kreuz, Gott ist ohnmächtig und schwach in der Welt und gerade und nur so ist er bei uns und hilft uns”; cfr. D. BONHOEFFER, *Resistenza e resa. Lettere e scritti dal carcere*, Paoline, Cinisello Balsamo 1988, 440.

in modo diretto o indiretto sono esposte alla sofferenza (oltre che alla gioia, ovviamente!).

In aggiunta, oltre a ciò che appartiene all'esperienza umana in generale, un ulteriore ambito di vulnerabilità e patimenti nel Gesù terreno, è quello strettamente connesso con la sua missione.

Trattando dell'atteggiamento di fondo di Gesù che traspare non soltanto nel momento della prova, della sofferenza e della morte, bensì in tutto ciò che veniamo a sapere di lui, e che comprende la sua attenzione per le persone che incontra — il suo farsi vicino, il suo accogliere, aiutare, curare, consolare, liberare, ecc. — è utile ricorrere a quella categoria omnicomprensiva che è stata felicemente chiamata la sua "pro-esistenza"²: la vita di Gesù vista nella sua interezza come servizio all'uomo (cfr. Mc 10,45; Lc 22,27; Gv 13,1-17; cfr. anche Mt 8,17 che cita Is 53,4: "Egli ha preso le nostre infermità e si è caricato delle malattie"), il suo essere totalmente per gli altri³, fino a "morire per" essi (una particolare rilevanza per sondare questa intenzionalità di Gesù rivestono i gesti e le parole durante l'ultima cena).

2. L'uomo Gesù e il suo soffrire

L'insieme degli scritti neotestamentari lasciano emergere con evidenza che la questione che più delle altre ha occupato le prime generazioni cristiane era quella legata all'evento scandaloso e destabilizzante rappresentato dalla morte di croce del messia: come mai l'inviato di Dio ha dovuto soffrire e subire una morte così ignominiosa e per molti versi totalmente impreveduta?⁴

2. Cfr. H. SCHÜRMAN, "Il Cristo proesistente è il centro della fede di domani? Una meditazione teologica", in ID., *Gesù di fronte alla propria morte: Riflessioni esegetiche e prospettive*, Morcelliana, Brescia 1983, 149-190.

3. Cfr. il contiguo concetto rosminiano di "inaltrarsi", cioè il farsi l'altro per aprirsi e comunicarsi nel tutto di sé; cfr. P. CODA, "Gesù e la ferita dell'altro", in B. SALVARANI (a cura di), *La fragilità di Dio. Contrappunti teologici sul terremoto*, EDB, Bologna 2013, 68. Il termine "inaltrarsi" si trova in A. ROSMINI-SERBATI, *Teosofia*, Vol. II, Tipografia Scolastica, Torino 1863, 175.

4. I vangeli lasciano emergere con tutta evidenza che i discepoli non erano preparati agli eventi della passione culminanti con la crocifissione di Gesù, per cui di fronte ad essi sperimentarono una profonda crisi di fede: al momento dell'arresto di Gesù

E se tutto questo — riletto nell'ottica della fede — rientra nel piano di Dio, che significato e valenza assume tale soffrire e morire?

Non c'è da stupirsi allora se molti di questi scritti manifestano lo sforzo della chiesa nascente di presentare e spiegare il significato positivo-benefico di questo evento "cruciale". L'apporto testuale più consistente proviene da Paolo che condensa tale concetto specialmente nelle formule soteriologiche del "morire per" (o "dare la vita", per noi / per voi / per tutti / per me)⁵; inoltre, tracce evidenti di questa concezione riguardante il significato dell'offerta che Gesù fa della sua vita in favore di altri, si trovano anche nei vangeli, specialmente in alcuni suoi detti e fatti che precedono il racconto della passione (cfr. ad es. Mc 10,45; 14,22-24). Tuttavia il tema del soffrire di Gesù, che va compreso come facente parte in modo essenziale di questa offerta di sé, a ben vedere riguarda tutta la sua esistenza, fin dai suoi inizi.

2.1. *Il verbo carne si è fatto (Gv 1,14: ὁ λόγος σὰρξ ἐγένετο): la sua vulnerabilità*

Il punto di partenza per esaminare il soffrire di Gesù, e che determina anche la prospettiva di fondo, è ovviamente l'incarnazione. La σὰρξ che il verbo assume è la natura reale dell'uomo (cfr. Fil 2,7; Rm 8,3; Eb 2,17), contraddistinta da debolezza, fragilità, precarietà; quella "carne" è infatti esposta alle malattie, alle sconfitte, alla paura e alla morte. L'intuizione che ha l'autore della Lettera agli Ebrei è davvero illuminante, e non soltanto per quanto riguarda la sua passione e la sua morte, bensì in rapporto a tutta la sua vita terrena, fin dai suoi inizi: "Pur essendo figlio, imparò l'obbedienza da ciò che patì" (Eb 5,8). Ed è possibile, e certamente molto fecondo, rileggere tutto il NT, specialmente i vangeli, da questa prospettiva, che lascia intravedere anche l'aspetto pedagogico del soffrire ("imparò... da ciò che patì").

"tutti abbandonatolo fuggirono" (Mc 14,50; cfr. anche Gv 16,32); secondo la narrazione lucana dopo la morte di Gesù alcuni se ne tornavano sconsolati al loro villaggio (cfr. Lc 24,21); secondo il quarto vangelo un gruppo era tornato in Galilea per riprendere il mestiere di pescatori (cfr. Gv 21,1-4).

5. Cfr. G. PULCINELLI, *La morte di Gesù come espiazione. La concezione paolina*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2007, 199-214.

In effetti, questa dimensione della vulnerabilità è presente fin dagli inizi della sua vita terrena. I testi che ci presentano la natività di Gesù ci permettono di gettare uno sguardo sulla sua condizione di totale dipendenza dagli altri: ha bisogno soprattutto dell'amore di una nutrice, senza la quale non sopravviverebbe, e più in generale di qualcuno che si occupi della sua cura e della sua custodia. Stando al racconto del primo vangelo, da bambino egli sperimenta la condizione dolorosa di fuggiasco, profugo, immigrato in paese straniero: la sua vita è ripetutamente messa in pericolo (cfr. Mt 2,13–23). Come ogni altro figlio d'uomo ha dovuto sperimentare la fatica che comporta il crescere, l'imparare le cose, l'iniziare a prendere le proprie decisioni, incluse le immancabili incomprensioni con i propri familiari (cfr. Lc 2,48–50); e poi come ogni giudeo ha dovuto sottoporsi al peso della legge religiosa: il dolore fisico (e il pianto) che a otto giorni ha sperimentato nella "cruenta" circoncisione (Lc 2,21) potrebbe essere visto come la cifra simbolica riassuntiva di tutto il suo vivere sottomesso alla Legge mosaica (cfr. Gal 4,4: "nato sotto la Legge").

Non sarà mancato alla sua umanità quel travaglio di chi da giovane deve comprendere sempre meglio — in una crescita verso la piena maturità — qual è la propria vocazione e missione, e quando è il momento di iniziare a manifestarla (cfr. Gv 2,4). E il dolore per un lutto che egli più volte proverà e manifesterà durante la sua attività pubblica (cfr. il caso dell'amico Lazzaro, Gv 11,33–35; cfr. anche Lc 7,12–13), non gli sarà stato certamente risparmiato nella precedente vita "privata". Anche gli aspetti di rinuncia, mortificazione, mancanza di sicurezze materiali, proposti nella sua predicazione come esigenze legate all'annuncio del Regno di Dio, sono senz'altro in primo luogo il frutto di un suo percorso di discernimento e di scelte personali anche sofferte, per dedicarsi completamente alla causa di Dio (cfr. il distacco dalla famiglia, il celibato, la povertà, l'affidarsi alla provvidenza; cfr. Mc 3,21.31–35; Mt 8,19–20 // Lc 9,57–60; Mc 6,8–9 parr.; Mt 6,25–33).

2.2. Nella vita pubblica

Ciò che lo stesso autore di Ebrei con profonda penetrazione afferma riguardo alle dure prove che Gesù ha dovuto affrontare (Eb 4,15b: "egli è stato messo alla prova in ogni cosa come noi, escluso

il peccato”⁶), certamente non vale soltanto per le tentazioni esplicitamente definite tali (quelle avvenute nel deserto subito dopo il battesimo, cfr. Mc 1,12–13 parr., Lc 4,13; quella rappresentata dal rimprovero fattogli da Simon Pietro, cfr. Mc 8,32–33 parr.; quella suprema sulla croce, cfr. Mc 15,29–32 parr.), ma anche quelle che ha dovuto affrontare nel suo ministero pubblico.

Richiamiamo sinteticamente quelle più evidenti (non saremo quindi esaustivi).

L’inizio della sua attività pubblica è segnato dall’arresto di Giovanni (cfr. Mc 1,14), dal quale evidentemente si era già separato; l’evangelista Matteo riferisce che nel momento in cui riceve la notizia della sua uccisione, Gesù sente il bisogno di ritirarsi in un luogo deserto, senz’altro anche per vivere nella preghiera questo momento doloroso (cfr. Mt 14,12–13; non era forse già un segnale di ciò che si preannunciava anche per lui?). L’opposizione al suo ministero si manifesta fin dall’inizio⁷; quella dei suoi compaesani di Nazaret è particolarmente enfatizzata dall’evangelista Luca (Lc 4,28–29; cfr. Mc 6,1–6; Mt 13,54–58; è possibile che tra questi ci siano stati diversi suoi parenti e amici). Non serve elencare poi le tante dispute e contrapposizioni con gli avversari “classici” con i quali si trova a discutere e a scontrarsi nel corso del suo ministero: scribi, farisei, sadducei, dottori della legge.

Senza inoltrarsi nel filone della psicologia e dei sentimenti di Gesù⁸ — pur molto promettente per indagare l’aspetto della sua vulnerabilità — non si può non menzionare la sua compassione (ben rappresentata dal verbo *σπλαγχνίζομαι*), il dolore che egli prova nel vedere “le pecore senza pastore” (cfr. Mt 9,35–36 e 14,14 [// Mc 6,34]; altre ricorrenze del verbo con soggetto Gesù: Mt 15,32 [// Mc 8,2] al vedere la folla che non ha da mangiare; 20,34 verso i due

6. L’assenza di peccato in Gesù è attestata anche da altri testi neotestamentari (cfr. 2Cor 5,21; 1Pt 2,22; 1Gv 3,5).

7. Cfr. Mc 3,6: “E i farisei uscirono subito con gli erodiani e tennero consiglio contro di lui per farlo morire”. Non dimentichiamo che il quarto vangelo annovera due tentativi di lapidare Gesù (Gv 8,59 e 10,31).

8. Cfr. A. MIRANDA, *I sentimenti di Gesù. I verba affectuum dei Vangeli nel loro contesto lessicale*, EDB, Bologna 2006; G. BARBAGLIO, *Emozioni e sentimenti di Gesù*, EDB, Bologna 2009; G. TANZELLA-NITTI, “La psicologia umana di Gesù di Nazaret e il suo ruolo in una contemporanea teologia della credibilità”, in *Annales theologici* 27 (2013) 267–292.

ciechi; Mc 1,41 con il lebbroso; 9,22 con il ragazzo tormentato dallo spirito; Lc 7,13 al funerale del ragazzo; nelle parabole della misericordia: Mt 18,27 il servo condonato; Lc 10,33 il buon samaritano; 15,20 il padre misericordioso). Ma anche la stessa indignazione da lui provata esprime una profonda sofferenza: in Gesù non è mai motivata tuttavia da un'ingiustizia commessa nei suoi confronti, ma è sempre mossa dal voler prendere le parti — o le difese — degli altri, dei sofferenti (dell'uomo con la mano inaridita, cfr. Mc 3,5; ὀργῆ), dei bambini che si avvicinano per essere benedetti (Mc 10,14: "Gesù si indignò", verbo ἄγανακτέω, cfr. 10,13-16 parr.), o del luogo che custodisce la presenza di Dio (Mc 11,15-17 parr.).

Un altro sentimento doloroso è senz'altro quello provocato dal sentirsi rifiutato dal popolo quale "personaggio non gradito", in almeno due casi (dagli abitanti di Gerasa dopo la liberazione dell'ossesso, cfr. Mc 5,17 parr.; dal villaggio dei samaritani, cfr. Lc 9,52-53); e soprattutto l'afflizione per la mancata conversione di Gerusalemme, che non ha saputo riconoscere la visita del Signore (cfr. Lc 19,41: "alla vista della città pianse su di essa"; cfr. anche 13,34-35; Mt 23,37-39).

Oltre ai motivi di scoraggiamento che aveva per essere stato frainteso dalla gente (quando ad es. moltiplica i pani e vengono per farlo re, cfr. Gv 6,15; o da altri che dopo quel miracolo continuano a chiedergli un segno, cfr. Mc 8,11-13 parr.), più in generale avrà pesato molto la cosiddetta "crisi galilaica" (il fatto che molti, anche tra i discepoli, abbandonano Gesù, cfr. Gv 6,60-66), un'eco della quale si ha quando Gesù constata e denuncia l'incredulità delle città del lago (Mt 11,21-24; Lc 10,13-15). In ogni caso le prove più dure gli provenivano certamente dai discepoli, quelli della cerchia più ristretta, i quali, nonostante avessero già fatto tante esperienze straordinarie nello stare con lui, rimanevano chiusi in logiche terrene e ottuse (cfr. Mc 8,14-21; v. 21: "E disse loro: 'Non comprendete ancora?'"; cfr. anche la richiesta dei figli di Zebedeo, Mc 10,35-41); o anche da chi, amato e chiamato alla sequela, gli oppone un rifiuto (Mc 10,17-22 parr.).

Davvero non è breve la lista dei "fallimenti di Gesù"!

Vale la pena almeno accennare ad un suo pensare ricordato unicamente da Luca — in un passo di non facile interpretazione e che

contiene però anche una venatura positiva — quello legato al desiderio che si compia la sua missione, poiché alla sua “immersione” nella prova finale è legato il diffondersi del vangelo salvifico: “Sono venuto a gettare fuoco sulla terra, e quanto vorrei che fosse già acceso! Ho un battesimo nel quale sarò battezzato (lett. “immerso”), e come sono *angosciato* (συνέχομαι: “oppresso, tormentato”) finché non sia compiuto!” (Lc 12,49–50; cfr. Mc 10,38; un qualche aggancio anche con Lc 22,15–16: “Ho tanto desiderato mangiare questa pasqua con voi”).

2.3. Nella sua “dolorosa passione”

Non mi soffermo molto sul soffrire di Gesù durante la sua passione (venduto da Giuda, arrestato, abbandonato, processato, rinnegato da Pietro, percosso, insultato, crocifisso), oggetto di un’attenzione tutta speciale da parte degli evangelisti (basti considerare la sproporzione di spazio che gli dedicano in rapporto con tutta l’attività pubblica precedente) e poi — giustamente — della pietà cristiana di tutti i secoli, che vi si è sempre soffermata nella meditazione e nella preghiera (si pensi ad esempio alla *Theologia crucis* di Lutero⁹ che a sua volta rappresenta uno sviluppo della mistica medievale).

Anche qui ci lasciamo introdurre dall’acuta riflessione della lettera agli Ebrei che, presentando la sofferenza finale di Gesù sommo sacerdote, non manca di accennare all’intera sua esistenza: “Nei giorni della sua vita terrena [lett.: “della sua *σάραξ*”] egli offrì preghiere e suppliche, con forti grida e lacrime, a Dio che poteva salvarlo da morte e, per il suo pieno abbandono a lui, venne esaudito” (Eb 5,7)¹⁰.

Riguardo alla sofferenza presente nel racconto della passione che troviamo nei vangeli, mi limito dunque a segnalare i verbi più significativi che hanno per soggetto Gesù, quasi tutti sono concentrati in Mc 14,33–35 (parr.): “Prese con sé Pietro, Giacomo e Giovanni e cominciò a *sentire paura e angoscia* (ἐκθαμβεῖσθαι καὶ ἀδημονεῖν).

9. Per quanto riguarda la sua predicazione, cfr. il “Sermone sulla contemplazione della sofferenza di Cristo”, del 1519 (WA 2,130).

10. Per la trattazione del nostro tema in Ebrei, cfr. M. CICCARELLI, *La sofferenza di Cristo nell’Epistola agli Ebrei. Analisi di una duplice dimensione della sofferenza: soffrire–consoffrire con gli uomini e soffrire–offrire a Dio*, EDB, Bologna 2008.

Disse loro: ‘La mia anima è *triste* (περίλυπος) fino alla morte’... poi cadde a terra e pregava che, se fosse possibile, passasse via da lui quell’ora”. Luca descrive questo momento altamente drammatico con la parola ἀγωνία, il tormento nella lotta (Lc 22,44, *hapax* del NT)¹¹. A questi passi possiamo affiancarne un paio del quarto vangelo; nel brano in cui Gesù parla della sua morte, troviamo il verbo ταρασσω al passivo, “essere turbato”: “Adesso l’anima mia è *turbata*; che cosa dirò? Padre, salvami da quest’ora? Ma proprio per questo sono giunto a quest’ora!” (Gv 12,27); ancora: “Dette queste cose [si riferisce all’annuncio del tradimento], Gesù fu profondamente turbato” (Gv 13,21).

La sofferenza più profonda di Cristo e il mistero abissale in cui rimane avvolta, infine vengono manifestati nel grido “a gran voce” che precede il suo morire: “Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?” (Mc 15,34 // Mt 27,46; cfr. Sal 22,1).

Fin qui abbiamo sottolineato come il NT dia ampio spazio al nostro tema, essenzialmente allo scopo di spiegare e dare un senso al soffrire e morire del messia. Ma si può cercare di stabilire che cosa ne pensasse Gesù?

3. Gesù dava un significato salvifico alla sua sofferenza e alla sua morte?

Quasi tutti gli autori del NT interpretano la morte di Gesù come evento salvifico, ma lui cosa ne pensava? È possibile stabilire storicamente che egli dava un significato (e in particolare un significato salvifico) alla sua morte (e quindi implicitamente alla sua vita e alla sua sofferenza)?

In realtà questa domanda, a cui — contrariamente a ciò che si può pensare — non è così facile rispondere, ne presuppone un’altra, invece più semplice: Gesù sapeva di dover morire prematuramente di morte violenta?¹²

11. Da notare che Gesù nella sua angoscia sente il bisogno di un conforto umano: per tre volte si reca dai discepoli a cui aveva chiesto di vegliare e pregare, ma ogni volta li trova addormentati (Mc 14,37–41).

12. Cfr. S. MCKNIGHT, *Gesù e la sua morte. Storiografia, Gesù storico e idea dell’espiazione*, Paideia, Brescia 2015 (Texas 2005), 59–60.67.

Al di là dei famosi preannunci della passione (Mc 8,31–32; 9,31–32; 10,32–34, parr.; si potrebbe aggiungere Mt 12,40; Gv 12,24)¹³, egli aveva certamente sperimentato una crescente ostilità, anche aggressiva nei suoi confronti, inoltre c'era già stato il minaccioso precedente dell'uccisione di Giovanni Battista.

E se non è affatto difficile dimostrare storicamente che Gesù si attendeva una morte violenta, e che pur sapendolo non ha fatto nulla per sottrarvisi, si deve anche ragionevolmente ritenere che egli abbia per lo meno cercato di interpretarla, di darle un senso. Ovviamente il suo primo orizzonte interpretativo era costituito dalle Scritture d'Israele.

In termini più generali, meditando le Scritture e la storia d'Israele Gesù si sarà interrogato, come Giobbe o come il salmista, sul senso della sofferenza che ricade sul giusto innocente (cfr. ad es. Sal 27,12; 35,11; 41,9–10). Più in particolare, come era usuale per il giudaismo del suo tempo, Gesù poteva far riferimento al *topos* biblico della persecuzione anche violenta dei profeti¹⁴ (cfr. Mc 6,4; Lc 11,47–49 // Mt 23,29–35; Lc 13,34 // Mt 23,37¹⁵), ma soprattutto con la parabola dei vignaioli omicidi¹⁶ viene dimostrato che Gesù non soltanto lo conosceva, ma che lo ha applicato a se stesso e alla sua missione (cfr. Mc 12,1–12 parr.; cfr. Mt 22,6). Un modello contiguo a quello profetico è costituito dal caso illustre dei martiri giudei che avevano dato la vita per difendere la causa della fede nel Dio d'Israele, e alcuni testi che ne parlano fanno esplicitamente riferimento al valore positivo e perfino espiatorio di quella morte (cfr.

13. Che, se fosse confermata la loro genuinità, basterebbero per chiudere la questione della consapevolezza di Gesù riguardo alla sua fine violenta (bisogna comunque notare che questi passi non contengono alcun accenno al valore salvifico della morte). Ma a partire da Bultmann si sono sollevate molte obiezioni contro la loro gesuanità.

14. Cfr. 1Re 18,4.13; 19,10.14; 2Cr 24,20–21; 36,15–21; Ne 9,26; Ger 2,30; 7,25; 26,20–24; 29,18–20. Nel giudaismo extra-biblico troviamo più volte l'associazione tra i profeti (o uomini di Dio) e il martirio (cfr. 11QT 54; 61; *Iub.* 1,12; GIUSEPPE FLAVIO, *Ant.* 18,64.116–119).

15. “Gerusalemme che uccidi i profeti e lapidi coloro che sono stati mandati a te”: il riferimento alla lapidazione è un forte indizio per considerare gesuano questo *loghion*, dal momento che era quello il tipo di pena capitale che si aveva in mente in ambito giudaico (e non la crocifissione romana).

16. Parabola risalente con ogni probabilità al Gesù storico, così anche J.P. MEIER, *Un ebreo marginale. Ripensare il Gesù storico. Vol. V. L'autenticità delle parabole*, Queriniana, Brescia 2017 (New Haven – London 2016), 247–272.

2Macc 7,37–38; 4Macc 17,21–22)¹⁷. Infine non si può non menzionare l'imponente figura isaiana del servo sofferente (Is 52,13–53,12)¹⁸; soprattutto questo testo dimostra che nel giudaismo coevo esisteva l'idea di una morte di un uomo che aveva una valenza espiatrice–salvifica (cfr. anche Zac 12,10; LXX Dan 3,39–40; 4QTLevi^d = 4Q54I).

3.1. *Il loghion di Mc 10,45 (e le parole sul calice, Mc 14,24)*

Se questo quadro concettuale rende plausibile che Gesù abbia dato un senso definito alla sua morte, che sicuramente vedeva nell'orizzonte (e alla sua missione complessivamente), allora è ovvio che lo abbia anche fatto trapelare, sia nelle azioni che nelle parole, ai suoi discepoli *in primis*, ma non solo. Per la nostra indagine occorrerebbe passare in rassegna tutto il materiale evangelico, esaminato da questa prospettiva specifica¹⁹, qui ci limitiamo ai testi più pregnanti, a partire da quello di Mc 10,45: “Il figlio dell'uomo non è venuto per farsi servire, ma per servire e *dare la sua vita in riscatto per molti* (δοῦναι τὴν ψυχὴν αὐτοῦ λύτρον ἀντὶ πολλῶν)”²⁰. Se si potesse provare l'effettiva gesuanità di questo *loghion*, si dissolverebbe ogni dubbio sulla chiara autocoscienza di Gesù riguardo al valore salvifico–espiatorio della sua morte. Ma proprio il fatto che esso appaia già come una sintesi riflessa di tutta l'opera di Gesù (per questo si è pensato ad una primitiva confessione di fede della comunità, vedi a questo proposito il testo di 1Tm 2,6²¹), e letterariamente si stagli dal contesto senza avere altri veri paralleli né in Mc, né negli altri

17. Cfr. G. PULCINELLI, *La morte di Gesù*, op. cit., 158–173.

18. Che tuttavia non è possibile dimostrare che al tempo di Gesù sia stata interpretata messianicamente.

19. Cfr. ad es. il *loghion* di Lc 13,33: “non conviene che un profeta perisca fuori di Gerusalemme”. Opportunamente McKnight presenta tutta una serie di testi dalle varie tradizioni evangeliche in cui si evince con chiarezza che Gesù fu certamente consapevole di andare incontro ad una morte violenta; cfr. MCKNIGHT, *Gesù e la sua morte*, op. cit., 91–94.

20. Per un commento complessivo di questo passo, cfr. R. PENNA, *I ritratti originali di Gesù il Cristo. Inizi e sviluppi della cristologia neotestamentaria: I. Gli inizi*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2010², 168–173.

21. 1Tm 2,5–6a: “Unico infatti è Dio, unico anche il mediatore fra Dio e gli uomini, l'uomo Cristo Gesù, *che ha dato se stesso in riscatto per tutti* (ὁ θεὸς ἑαυτὸν ἀντίλυτρον ὑπὲρ πάντων)”.

due vangeli sinottici, ha fatto sollevare obiezioni alla sua autenticità gesuana²². A questo proposito si può rilevare tuttavia che paralleli parziali o tematici si rintracciano in Lc 22,27 (discorso sul servizio nel contesto della Cena)²³ e in Gv 13,1–11 (la lavanda dei piedi), dove ugualmente quell’atteggiamento pro–esistente diaconico di Gesù implicitamente può includere la dimensione vicaria–espiatrice²⁴. In base alla vicinanza concettuale di questo probabile *loghion* gesuano con Is 53 (più tenue è quella terminologica) — per il fatto analogo di presentare un uomo le cui sofferenze sono a beneficio di molti altri — è possibile ritenere che Gesù si sia potuto ispirare al testo isaiano per esternare ai discepoli il significato salvifico che attribuiva alla sua morte²⁵.

L’altra significativa interpretazione che Gesù dà alla sua morte è quella che emerge dalle parole dell’ultima cena, specialmente quelle pronunciate sul calice (che poi viene nominato anche nel Getsemani, cfr. Mc 14,36): “mio sangue. . . versato per molti” (Mc 14,24 // Mt 26,28 che aggiunge “in remissione dei peccati”; Lc 22,20: “per voi”; il parallelo di 1Cor 11,25 non ha il “versato per molti”). Anche qui, al di là del tenore preciso delle parole che Gesù può aver pronunciato, è altamente probabile che in quell’occasione egli abbia dato un’interpretazione positiva–benefica, e quindi almeno genericamente salvifica, della sua morte, vista come donazione

22. Qui si deve constatare che la maggioranza dei commentatori (sulla scia di R. BULTMANN, *Die Geschichte der synoptischen Tradition*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1967 [I ed. 1921] spec. 154–167) propende per attribuirlo ad una tradizione della comunità post–pasquale che reinterpreta così il senso della morte espiatrice di Gesù (così ad es. i commentari a Mc di E. SCHWEIZER, R. PESCH, J. GNILKA, S. LÉGASSE, *ad loc.*).

23. Non è da escludere che Lc riprendendo questo brano da Mc avesse davanti anche il *loghion* sul riscatto, ma che l’abbia omissso di proposito, dal momento che è abitualmente reticente nel parlare della sofferenza espiatoria vicaria.

24. Così PENNA, *Ritratti originali. I. Gli inizi*, *op. cit.*, 168–169 nota 407; cfr. H. SCHÜR-MANN, “La *basileia* come possibile destino di morte di Gesù”, in *Id.*, *Regno di Dio e destino di Gesù*, Jaca Book, Milano 1996, 55–78 (ivi 74). A favore dell’autenticità gesuana anche R.H. GUNDY, *Mark: a Commentary on his apology for the Cross*, Eerdmans, Grand Rapids 1993, 589; e P. STUHLMACHER, “Existenzstellvertretung für die Vielen: Mk 10,45”, in *Id.*, *Versöhnung, Gesetz und Gerechtigkeit: Aufsätze zur biblischen Theologie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981, 27–42, ivi 37.

25. Così P. GRELOT, “Serviteur de Yhwh”, in *DBS* fasc. 69, Paris 1994, coll. 958–1016, ivi 1010.

di sé per gli altri. Il minimo dunque che si possa dire a partire da questi testi è che la comprensione che Gesù ha della propria morte è decisamente orientata alla pro-esistenza, al vivere e morire *per* i molti²⁶. Questa autocoscienza *pro-esistente* di Gesù di fronte alla sua morte è conseguenza lineare con l'atteggiamento pro-esistente che ha tenuto in tutto il suo operare. In ogni caso Gesù deve aver considerato il suo soffrire e morire all'interno della volontà di Dio, cioè del suo disegno provvidenziale nella storia, che è essenzialmente un disegno salvifico.

3.2. *La sua morte come sacrificio, offerta agapica di sé*

Quella del “sacrificio” è soltanto una tra la molte categorie che il NT adotta per parlare della morte di Gesù²⁷, eppure è quella che nella storia della teologia e nello sviluppo della dogmatica cristiane si è imposta in modo preponderante, fino quasi ad essere considerata l'unica omnicomprensiva.

Ora, pur nella varietà di vocaboli adoperati per designarlo e di corrispondenti concezioni ad essi correlate, sia nel mondo culturale biblico, sia in quello ellenistico, il sacrificio si concretizzava essenzialmente nell'offerta cultuale fatta alla divinità²⁸. Ebbene, dal punto di vista storico, la morte di Gesù di Nazaret per crocifissione, avvenuta a Gerusalemme sul Golgota, non ha nulla che possa rientrare nelle regole culturali dei sacrifici giudaici offerti nel tempio o su un altare pagano, al contrario, ha tutte le caratteristiche per essere considerata segno della massima impurità cultuale e morale: come ricorda Paolo in Galati, tale morte incorreva nella maledizio-

26. Cfr. F. HAHN, *Theologie des Neuen Testaments*, Band I, Mohr Siebeck, Tübingen 2002, 123: “Sein Tod stand nicht in Widerspruch zu seiner Botschaft; die Annahme des Sterbens und die Erwartung der Totenaufweckung war ein integraler Bestandteil seines Auftrags”.

27. Cfr. G. PULCINELLI, “Appunti sulla morte di Gesù e la sua interpretazione sacrificale nel NT”, in P. MERLO, A. PASSARO (a cura di), *Testi e contesti. Studi in onore di Innocenzo Cardellini nel suo 70° compleanno*, EDB Bologna 2016, 141–151.

28. La definizione di sacrificio che offre Agostino — “un uomo consacrato a Dio e votato a lui, in quanto muore al mondo per vivere a Dio, è un sacrificio” (*ipse homo Dei nomine consecratus et Deo votus, in quantum mundo moritur ut Deo vivat, sacrificium est*), cfr. *De Civ. Lib.* 10, 6; CCL 47, 278–279 — risente ovviamente già di una sua rilettura cristiana.

ne prescritta dalla Legge (cfr. Gal 3,13 che cita Dt 21,23²⁹) e, come annota l'autore di Ebrei, avvenne fuori dallo spazio culturale (cfr. Eb 13,12; cfr. anche Gv 19,17.20; Mt 21,39).

È evidente tuttavia che la riflessione delle prime generazioni cristiane ha poi riletto l'evento della croce *anche* in chiave sacrificale, come alcuni testi neotestamentari testimoniano. Primo fra tutti lo scritto agli Ebrei, che fa un continuo riferimento al culto templare levitico, per dimostrare che ormai esso è superato, in quanto considerato deficitario sotto tutti i punti di vista; tale superamento viene dimostrato soprattutto mediante il confronto con la morte di Cristo, considerata sacrificio perfetto, offerta compiuta una volta per sempre con il proprio sangue e in grado di rendere perfetti quelli che ha santificato (cfr. Eb 9,9.13.23; 10,1.4-5; ecc.). Analogamente, presenta la morte di Cristo come un sacrificio il testo di Ef 5,2b ("Cristo ci ha amato e ha dato se stesso per noi, quale offerta e sacrificio a Dio in odore di soavità"). Altri riferimenti alle categorie sacrificali emergono quando si ricorre all'immagine dell'agnello pasquale, come troviamo in 1Cor 5,7 ("La nostra pasqua [sottinteso: l'agnello pasquale], Cristo, è stato immolato")³⁰; in 1Pt 1,18-19 si parla dell'agnello in un contesto in cui si fa riferimento all'offerta cruenta sacrificale: "... foste riscattati... con il sangue prezioso di Cristo, come agnello senza macchia e senza difetto"³¹. Anche nel quarto vangelo troviamo la menzione dell'agnello (ἄμνος), che qui diventa praticamente un titolo cristologico, accentuando in modo particolare la prospettiva del Servo (Gv 1,29.36)³². La figura dell'agnello (ἀρνίον) occupa infine un ruolo centrale nell'Apocalisse, specialmente in Ap 5,6.9.12; 13,8, dove viene presentato come

29. Il corpo del crocifisso doveva essere calato dalla croce prima del tramonto per non contaminare la terra (cfr. Dt 21,22-23).

30. Tuttavia lo scopo di Paolo qui non è quello di sottolineare il valore sacrificale della morte di Cristo, né la sua valenza espiatoria, ma soltanto quello di portare all'attenzione dei destinatari che occorre comportarsi come uomini pasquali (puri, privi di corruzione, come gli azzimi che precedono la festa pasquale).

31. L'espressione "come agnello" evoca l'agnello pasquale (Es 12,46), ma anche l'isaiano "Servo del Signore" per la mansuetudine con cui si lascia condurre verso il macello (cfr. Is 53,7).

32. Sulla croce lo indica implicitamente come agnello pasquale, a cui non si deve spezzare alcun osso (Gv 19,36; il quarto vangelo ci tiene a sottolineare che Gesù muore nell'ora in cui gli agnelli pasquali vengono immolati, cfr. 18,28; 19,14.31).

“sgozzato, ucciso” (verbo σφάζω); e la cui morte ha una funzione esplicitamente redentiva (5,9: ἀγοράζω; cfr. 1,5; 7,14: “hanno lavato le vesti... nel sangue dell’agnello”).

Negli scritti paolini specialmente il passo di Rm 3,25a spesso è stato considerato una interpretazione sacrificale della morte di Gesù: “lui Dio ha esposto pubblicamente come strumento di espiazione, per mezzo della fede, con il suo sangue”; certamente compare il vocabolario culturale (“espiazione” e “sangue”), tuttavia occorre notare che esso è usato non tanto come terminologia tecnica quanto piuttosto come metafora della morte redentrice; è da sottolineare invece che nel passo manca proprio il vocabolo specifico indicante il sacrificio (θύμα); viceversa, quando altrove Paolo utilizza il termine affine (θύσία) lo fa soltanto in senso profano, in riferimento alla vita cristiana (cfr. Rm 12,1; Fil 2,17; 4,18)³³. In più nel nostro caso si avrebbe l’ulteriore difficoltà di dover spiegare che, diversamente dalla norma per cui i sacrifici si offrono a Dio, qui Dio è soggetto della frase che dovrebbe esprimere il sacrificio, che egli offrirebbe quindi a se stesso³⁴. In realtà, come è stato dimostrato, Paolo non concorre con i testi sopra menzionati a sostenere l’interpretazione sacrificale della morte di Gesù. Certamente nelle sue formule con il “pro nobis” è espressa in massimo grado la donazione di Cristo fino alla morte, essa tuttavia è “per noi”, nel senso che è a nostro vantaggio, per il nostro bene, non “pro Deo”, come sarebbe invece nel caso del sacrificio³⁵.

33. Oppure in riferimento alla prassi culturale giudaica da cui in qualche modo prende le distanze (cfr. 1Cor 10,18; θύσιαστικόν in 1Cor 9,13bis; 10,18; θύω in 1Cor 10,20).

34. Cfr. W.G. KÜMMEL, *Die Theologie des Neuen Testaments nach seinen Hauptzeugen Jesus, Paulus, Johannes*, Göttingen 1969, 177: “Gott kann sich ja wohl nicht selber ein Opfer darbringen”; E. KÄSEMANN, «Il valore salvifico della morte di Gesù», in Id., *Prospettive paoline*, Brescia 1972, 55–92; 70: “[Paolo] non ha mai designato in maniera sicura la morte di Gesù come sacrificio, tanto più che questa è considerata correntemente come azione di Dio, e Dio non può offrire sacrifici a se stesso”.

35. Con l’idea del sacrificio da offrire a Dio si insinua il pensiero che esso serva a placare la sua collera causata dalle colpe degli uomini: ebbene, la morte di Gesù non serve affatto a far cambiare atteggiamento a Dio, quasi che prima avesse un sguardo arrabbiato e poi placato dal sacrificio; no, il suo è sempre stato e sempre sarà uno sguardo di amore incondizionato per la sua creatura, sempre disposto al perdono. A cambiare non è lo sguardo di Dio, ma ad essere messo in grado di cambiare in modo decisivo è lo sguardo dell’uomo: effettivamente a partire dall’evento sconvolgente e scandaloso della croce di Cristo viene sovvertito radicalmente il nostro modo di vedere, pensare e parlare di Dio.

Se si vuole parlare della morte di Cristo in termini di sacrificio, occorre dunque subito precisare che essa non ha affatto le caratteristiche dei sacrifici rituali dell'AT: il suo è essenzialmente un sacrificio esistenziale, la sua pro-esistenza culmina in un consapevole atto oblativo di solidarietà estrema con tutti gli uomini: egli dona se stesso per salvarli e introdurli nell'intimità con Dio³⁶.

4. Il valore salvifico del soffrire–morire di Gesù e la partecipazione del cristiano

Il valore salvifico dell'obbedienza e della morte di Cristo è sostenuto con forza soprattutto nella letteratura paolina, basterebbe richiamare alla memoria alcuni testi come 2Cor 5,21 ("Colui che non aveva conosciuto peccato, Dio lo fece peccato in nostro favore, perché in lui noi potessimo diventare giustizia di Dio"), Gal 1,4 (Cristo "ha dato se stesso per i nostri peccati al fine di strapparci da questo mondo malvagio, secondo la volontà di Dio e Padre nostro"), Gal 2,19–20 ("In realtà mediante la Legge io sono morto alla Legge, affinché io viva per Dio. Sono stato crocifisso con Cristo, e non vivo più io, ma Cristo vive in me. E questa vita, che io vivo nel corpo, la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha consegnato se stesso per me"), Rm 5,8 ("Dio dimostra il suo amore per noi, poiché essendo noi ancora peccatori, Cristo morì per noi"), Rm 5,19b ("per l'obbedienza di uno solo tutti saranno costituiti giusti"); Rm 8,32 ("Egli, che non ha risparmiato il proprio Figlio, ma lo ha consegnato per tutti noi, non ci donerà forse ogni cosa insieme a lui?"). In generale, questo aspetto centrale della soteriologia neotestamentaria potrebbe essere riassunto dal testo emblematico di Gv 3,16: "Dio ha tanto amato il mondo che ha dato il suo Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non muoia ma abbia la vita eterna".

Per quanto riguarda l'aspetto del valore della partecipazione del cristiano al soffrire di Cristo³⁷, non è necessario che ci si soffermi

36. Cfr. G. PULCINELLI, "Appunti sulla morte di Gesù", *op. cit.*, 149–151.

37. Nel panorama del NT anche questo è un tema prettamente paolino, cfr. S.J. HERMANN, "Sofferenza", in G.F. HAWTHORNE, R.P. MARTIN, D.G. REID (a cura di; ed. it. a cura di R. Penna), *Dizionario di Paolo e delle sue lettere*, San Paolo, Cinisello Balsamo 1999, 1481–1485.

troppo, per molti aspetti essenziali si può infatti sempre riprendere con profitto la bella lettera apostolica di Giovanni Paolo II, *Salvifici doloris*, del 1984³⁸ (spec. nn. 19–27), dove ovviamente vengono citati i testi biblici più significativi sul tema (cfr. Is 53; 2Cor 1,5; 2Cor 4,8–11; Fil 3,10–11; Rm 5,3–5; Rm 8,17–18; Col 1,24; 2Ts 1,4–5; 2Tm 1,12; 1Pt 4,13)³⁹.

Per l'ulteriore approfondimento del tema rimando quindi senz'altro a quel testo, a partire dal quale vorrei — a mo' di postilla — fare un paio di brevi osservazioni finali.

Come si sa, l'*incipit* della Lettera è preso dall'introduzione alla citazione fondamentale del testo paolino di Col 1,24b: "*Salvifici doloris* virtutem declarans, ait Sanctus Paulus Apostolus: Adimpleo ea, quae desunt passionum Christi, in carne mea pro corpore eius, quod est Ecclesia". Lo cito nel latino della *editio typica*, tratto dalla Volgata, perché tale traduzione è più fedele all'originale greco⁴⁰, come felicemente lo è anche l'ultima versione della Bibbia CEI del 2008: "do compimento a ciò che, dei patimenti di Cristo, *manca nella mia carne*, a favore del suo corpo che è la Chiesa". La mancanza a cui si allude non sta infatti nelle sofferenze di Cristo, ma nella partecipazione ad esse dell'apostolo. La traduzione precedente, che è stata usata nella versione italiana della *SD* e poi si trova ancora in alcuni testi liturgici (e in altre citazioni anche in testi ufficiali) — è meno fedele all'ordine nelle parole originario e rischia di portare fuori strada, inducendo a pensare appunto che le sofferenze di Cri-

38. Che tra l'altro rappresenta non a caso il testo ispirativo più importante per la fondazione dell'Istituto Camillianum.

39. Altri testi significativi, non citati nel documento: 1Cor 12,26; Fil 1,29; 2Tm 2,10 ("Perciò io sopporto ogni cosa per quelli che Dio ha scelto, perché anch'essi raggiungano la salvezza che è in Cristo Gesù, insieme alla gloria eterna"); At 5,41; 9,16.

40. Il testo di Col 1,24: Νῦν χαίρω ἐν τοῖς παθήμασιν ὑπὲρ ὑμῶν, καὶ ἀναπληρῶ τὰ ὑστερήματα τῶν θλίψεων τοῦ Χριστοῦ ἐν τῇ σαρκί μου ὑπὲρ τοῦ σώματος αὐτοῦ, ὃ ἐστὶν ἡ ἐκκλησία. Ad avvalorare la correttezza di questa traduzione concorre il parallelismo che c'è tra la prima e la seconda parte del versetto: a) *Perciò gioisco nelle [mie] sofferenze* b) [che sono] *per voi* (a vostro favore), A) e *completo quello che manca alle tribolazioni del Cristo nella mia carne*, B) *per il* (a favore del) *suo corpo che è la chiesa*. Il parallelismo indica che nella seconda parte si ripete e si spiega cristologicamente ciò che viene detto nella prima: ciò che manca è nelle sofferenze di Paolo ("nella mia carne"), che riproducono quelle del Cristo, nella sua missione di edificare la chiesa ("a favore del suo corpo"). Tra i commentari, cfr. specialmente J.–N. ALETTI, *Lettera ai Colossesi*, EDB, Bologna 2011², 125–127.

sto siano incomplete: “completo nella mia carne *quello che manca ai patimenti di Cristo*, a favore del suo corpo che è la Chiesa”. Il documento ovviamente poi, consapevole del possibile fraintendimento, si sforzava ripetutamente di chiarire che non andava inteso in quel senso (cfr. *SD* 24.27; cfr. però n. 30).

Le tribolazioni dell’apostolo — e quindi di ogni cristiano — non servono a completare quelle considerate mancanti di Cristo, sono semmai “tribolazioni di Cristo”, in quanto sofferte a causa sua, in quanto sofferte *in Lui*, in quanto ricalcano le sue, in quanto Cristo soffre (continua a soffrire misticamente) in ogni membro del suo corpo che è la chiesa; in questo senso sono inserite in quelle di Cristo e portano frutto per la comunità.

Un altro punto, che tocca un aspetto delicato dell’interpretazione del mistero pasquale, è la modalità della stessa redenzione. Infatti si rischia anche qui di fraintendere, quando, dopo aver giustamente affermato: “La redenzione si è compiuta mediante la croce di Cristo”, poi si aggiunge: “ossia mediante la sua sofferenza” (*SD* 3). Il rischio infatti è quello di legare la redenzione alla sofferenza, e non alla donazione e quindi all’amore di Cristo “pro nobis”. Per questo è bene sottolineare — ed anche su questo argomento il documento poi spiega bene come intendere (cfr. *SD* 18.19.24) — che non è la sofferenza in sé, o la quantità di sofferenza a salvarci, in questo senso infatti sarebbe bastata la goccia di sangue versata da Gesù infante durante la circoncisione (come aveva acutamente intuito l’autore dell’*Adoro Te devote*: “cujus una stilla salvum fácere”), ma è l’atto donativo-agapico di Dio in Gesù Cristo, con il quale egli fino in fondo rimane fedele e solidale con tutti gli uomini, a ottenere la salvezza. Tale precisazione serve anche ad evitare il rischio di gettare una luce sinistra su Dio (forse che Dio ha voluto la “dolorosa passione” del Figlio?), e a considerare la redenzione sempre come un atto che coinvolge tutta la Trinità. La morte di croce del Figlio non è la condizione che Dio pone per la nostra redenzione, al contrario è espressione dell’eccesso del suo amore trinitario che è disposto a tutto pur di salvare il mondo perduto. Per questo si può dire — come ha fatto la teologia degli ultimi settant’anni (cfr. D. Bonhoeffer) — che il Dio di Gesù Cristo è un Dio che soffre, perché soltanto un Dio che soffre può salvare. Ma

non è la sofferenza in sé che salva, bensì è l'amore che lo spinge a coinvolgersi totalmente con l'uomo, nel dividerne fino in fondo la sua sorte, cioè il suo soffrire e morire⁴¹. In questo senso Cristo ci salva con la sua pro-esistenza agapica che culmina sulla croce, e ci dona la vita associandoci alla sua resurrezione.

41. "Il cristiano porta con Dio il dolore del mondo. Il dolore del mondo è il dolore di Dio. La passione di Dio è la sua com-passione con il mondo: lo spazio di Dio nel mondo è il dolore del mondo", così P. RICCA, "Onnipotenza e fragilità: attributi dello stesso Dio?", in B. SALVARANI (a cura di), *La fragilità di Dio*, op. cit., 156.

Homo fragilis, cura pretiosa

LUIGI ALICI*

I. La cura tra antico e moderno

Nel suo *Liber fabularum* il mitografo Igino, un oscuro autore latino del secondo secolo dopo Cristo, tramanda un racconto che, dopo secoli di oblio, è riemerso in epoca moderna, grazie a Herder e Goethe, prima che conoscesse una tardiva fortuna ad opera di Martin Heidegger¹:

Cura, nell'attraversare un fiume, vide del fango argilloso, lo raccolse pensosa e cominciò a modellare un uomo; mentre stava osservando ciò che aveva fatto, arrivò Giove. Cura gli chiese di dar vita alla statua e Giove la esaudì senza difficoltà; ma quando Cura volle dargli il proprio nome, Giove glielo proibì e disse che doveva dargli il suo. Mentre Giove e Cura discutevano sul nome, intervenne anche la Terra, dicendo che la creatura doveva avere il suo nome, poiché era stata lei a dargli il corpo. Elessero a giudice Saturno, che a quanto pare diede un parere equo: "Tu, Giove, perché gli hai donato la vita [...] ne riceverai il corpo. Cura, poiché per prima lo ha modellato, lo possedeva finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, poiché è fatto di *humus*².

* Professore ordinario di Filosofia morale, Università di Macerata.

1. Cfr. M. HEIDEGGER, *Essere e tempo*, § 42, tr. it. di P. Chiodi, Longanesi, Milano 1986⁶, 246–247. Heidegger dichiara di aver incontrato il mito di Igino (cfr. p. 526 nota 5) grazie a K. BURDACH, "Faust und die Sorge", in *Deutsche Vierteljahrsschrift für Literaturwissenschaft und Geistesgeschichte* I (1923) 49, il quale ricorda che la fonte di Goethe è Herder.

2. IGINO, *Miti*, 220, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000, 236. Rimando su questo punto, per un approfondimento, al mio libro *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*, Morcelliana, Brescia 2016, qui tenuto presente in più punti.

La favola di Igino assume un valore centrale nella riflessione bioetica più recente, soprattutto ad opera di Warren Reich, aiutando a ripensare in profondità il senso e il valore dell'atto del curare³. A prima vista, il testo sembrerebbe portarci fuori strada, almeno in quanto considera *homo* come oggetto e non soggetto della cura, intendendo quest'ultima, per di più, solo come una forma di custodia subordinata a una concessione paternalistica. A un'analisi più attenta, in realtà, esso offre suggestioni profonde, che meritano di essere raccolte.

Emerge, anzitutto, l'idea fondamentale che la fragilità appartiene alla costituzione originaria della vita umana e non rappresenta uno sfortunato e transitorio stato accidentale; la creatura umana non può essere abbandonata a se stessa, in quanto tratta dalla terra e segnata da questa origine anche nel nome (*homo* da *humus*), a prescindere dalle disavventure in cui storicamente può incappare.

In secondo luogo, proprio perché fragile, questa creatura è anche preziosa: la cura, affidata a una dea, lo attesta in modo inequivocabile, assumendo il valore di un enigmatico punto di contatto fra divino e umano, fra ciò che occupa il livello più basso nella scala della vita (etimologicamente si potrebbe dire: più umile) e chi sta più in alto, cioè in uno status di immortalità, libero dall'angoscia della morte.

Infine, la dea Cura introduce un paradigma relazionale nuovo e superiore rispetto a quello, capriccioso e opportunistico, solitamente veicolato dalla mitologia tradizionale⁴; un paradigma, per di più, di cui la dea non è depositaria assoluta, in quanto deve rispondere a Saturno, riconosciuto giudice supremo nella vertenza. Dunque, potremmo dire, appartiene al senso profondo del paradigma di cura la doppia semantica della custodia (che deve proteggere costantemente e non occasionalmente) e della responsabilità (che deve rispondere del proprio operato di fronte ad altri).

Nel mondo antico e tardo-antico il tema della cura prende forma tenendo insieme, in una sintesi interessante anche se instabile,

3. Cfr. W.T. REICH, "Care", in S.G. POST (a cura di), *Encyclopedia of Bioethics*, I, Macmillan, New York 2004³, 349-367.

4. Con qualche eccezione: ad esempio, secondo il *Fedro* platonico, "Zeus, il grande sovrano che sta in cielo [...] ordina tutte quante le cose e si prende cura di esse" (PLATONE, *Fedro*, 246e, in *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1991, 556).

almeno due accezioni fondamentali: da un lato, l'accezione negativa derivante dall'avvertimento di un peso angosciante da condividere, che è insieme *merimna* e *sollicitudo*, pena e affanno; dall'altro, tende a valorizzare la dedizione positiva, inscritta nel greco *epimeleia*, che nella tradizione socratico-platonica ha il significato riflessivo della cura di sé, incorporando successivamente, in particolare in Seneca, la rielaborazione stoica che vi vede il compimento del bene nell'ordine dell'umano.

In ogni caso, come ci ricorda Umberto Curi, il significato originario del termine *therapeia* è pur sempre quello di "servizio"; già nel lessico omerico "colui che si assume la *therapeia* nei confronti di un altro si pone totalmente al suo servizio *ascoltandolo*"⁵. Anche il termine latino *cura* riflette un'analogia postura relazionale: "*cura* sta a indicare anzitutto la 'sollecitudine', la 'premura', l' 'interesse' per qualcuno o (più raramente) per qualcosa, senza che [...] questa disposizione affettiva e/o emotiva debba necessariamente concretizzarsi in qualche atto definito"⁶. In ogni caso, al di là di ogni oscillazione persistente tra accezione negativa e positiva di cura, resta confermata un'idea di fondo: "il 'servizio' più importante che possiamo rendere agli altri è 'preoccupaci' per loro, avere a cuore la loro condizione, provare interesse per ciò che a loro accade"⁷.

In epoca moderna, la presa di distanza da ogni sintesi unificante, che il pensiero antico e medievale faceva dipendere da un impianto teleologico metafisicamente orientato, si manifesta anche in una progressiva disarticolazione delle diverse componenti della relazione di cura: da un lato, l'accezione negativa della cura di sé è assunta come la cifra di un gioco impersonale di forze, all'origine — secondo Foucault — del biopotere; oppure, a partire da Heidegger, si tende ad assolutizzare l'autoaffezione come limite esistenziale e orizzonte intrascendibile, in una sempre più scoperta deriva nichilistica. Da un altro lato, in conseguenza dello sviluppo autonomo della scienza moderna e successivamente delle biotecnologie, la *curing function* si separa progressivamente dalla *caring function*, assumendo un profilo sempre più strumentale e specialistico, che

5. U. CURI, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Cortina, Milano 2017, 53.

6. Ivi, 55.

7. Ivi, 57.

trova il suo presupposto nell'approccio riduzionistico tipico della medicina moderna.

La conseguenza più rilevante di tale decostruzione, nella cultura contemporanea, è la rottura del nesso interno tra etica della cura e antropologia della fragilità: l'approccio funzionale della cura medica si lega sempre più a criteri di efficienza e di successo terapeutico (avallando l'equazione tra curare e guarire), mentre la riflessione antropologica in molti casi sembra rinchiudersi nel falso dilemma tra antropocentrismo prometeico (e in ultima analisi nichilistico) e riflusso naturalistico nel biocentrismo.

Non mancano tuttavia, in tale contesto, prospettive di riflessione diversamente orientate, che perseguono un approccio più attento alla complessità irriducibile dell'umano e non temono di assumere la fragilità, personale e interpersonale, non come il segno di un fallimento e di una mortificazione della autonomia, ma come il punto di partenza per sperimentare nuove forme di solidarietà e corresponsabilità, che riscoprono una qualità relazionale originaria — essere insieme, non solo stare insieme — messa in ombra dall'individualismo moderno. Il cammino di riconciliazione tra le diverse accezioni di cura è ancora lungo, ma non mancano i segni positivi della ricerca di un approccio meno riduzionistico e più attento all'integralità della condizione umana.

Per quanto riguarda il versante della riflessione etico-antropologica, si potrebbe ricordare il percorso esemplare e fecondo di Paul Ricoeur, da *Finitudine e colpa* a *Sé come un altro*, che ricava dal "patetico della miseria" il senso di una sproporzione capace di aprire orizzonti nuovi di relazionalità e di vita morale; la stessa opera, più eccentrica e solo apparentemente marginale, di Vladimir Jankélévitch, aggiunge un tassello ulteriore, attraverso un richiamo alla natura "infinitamente preziosa" della finitudine. Su un altro piano, quindi, l'appello al primato etico della responsabilità, centrale nell'opera di Emmanuel Levinas e di Hans Jonas, offre un contributo altrettanto importante, soprattutto nella misura in cui difende con forza il carattere asimmetrico della responsabilità, come postura etica del tutto estranea a una logica utilitaristica dello scambio, che riveste anzi il carattere di un imperativo assolutamente vincolante in presenza di soggetti in condizioni di massima vulnerabilità.

Anche sul versante di un ripensamento della cura non mancano esempi analoghi. Basterebbe ricordare, anzitutto, la ripresa del tema ad opera del pensiero femminile, che declina la prossimità nel senso della immediatezza del contatto, della compassione e dell'empatia. Carol Gilligan, ad esempio, fa dipendere dalla differenza sessuale una diversa fisionomia della vita morale, contrapponendo all'approccio maschile, dominato dalla formalità del diritto e della giustizia, un'"etica della cura" al femminile, più immediatamente sensibile alla concretezza dei bisogni: "nella voce delle donne è celata la verità di un'etica della cura responsabile, del legame tra rapporto e responsabilità, dell'origine dell'aggressività nella mancata connessione"⁸.

Per altro verso, un approccio più sensibile all'esperienza vissuta e alla vulnerabilità rende possibile una riqualificazione della prossimità, depurata da ogni proposito dominativo. Rispetto al modello relazionale maschile, che è quello attivo della presa, della cattura, del possesso, e che di conseguenza tende a declassare come inefficiente il modello femminile centrato sulla passività dell'essere commosse e toccate, Luce Irigaray invita al superamento di ogni stereotipo: "un rapporto in cui l'energia sia effettivamente reciproca e condivisa richiede che ciascuno sia allo stesso tempo attivo e passivo, commovente e commosso"⁹. "È con questo gesto — ella aggiunge — che diventiamo umani, donne e uomini che assumono la propria natura in una prospettiva relazionale altra da quella dei regni vegetali o animali"¹⁰.

L'effetto benefico della elaborazione di questo paradigma femminile si avverte quindi anche sul piano della relazione di cura in senso stretto¹¹, accreditando fra l'altro il riconoscimento della

8. C. GILLIGAN, *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*, tr. it. di A. Bottini, Feltrinelli, Milano 1987, 175.

9. L. IRIGARAY, *Una nuova cultura dell'energia. Al di là di Oriente e Occidente*, tr. it. di P. Carmagnani, Bollati Boringhieri, Torino 2011, 54.

10. EAD., *Condividere il mondo*, tr. it. di R. Salvatori, Bollati Boringhieri, Torino 2009, 44-45. Condividendo il "realismo della compassione" evocato da Iris Murdoch (cfr. *The Sovereignty of Good*, Routledge, London 1970, 67), anche Luigina Mortari ribadisce che "non c'è comprensione se non c'è la capacità di sentire il sentire dell'altro" (*Filosofia della cura*, Cortina, Milano 2015, 192).

11. Cfr., tra gli altri, T. PETERSEN, *Comprehending care: problems and possibilities in the ethics of care*, Lexington Books, Lanham, MD 2008.

compassione come virtù essenziale della stessa pratica medica¹². Un invito che è al centro dell'opera di Warren Reich, *editor* della grande *Encyclopedia of Bioethics*¹³, il quale propugna una ripresa e valorizzazione della tradizione tardo-antica in vista di un nuovo approccio all'etica della cura, meno ideologico e più concreto, capace di tenere insieme competenza e compassione, la specificità di una prestazione professionale e la generalità di un modello relazionale ad ampio spettro: “il legame tra i doveri relativi al prendersi cura da una parte e il perseguimento della *technè* medica dall'altra — scrive Reich — è un legame fragile, che deve costantemente venire rinsaldato sia attraverso strutture istituzionali, sociali ed economiche, sia mediante indagini filosofiche e doveri religiosi”¹⁴.

2. La fragilità, tra limite e ferita

In tale contesto, una sintesi capace di raccogliere in modo organico e non dispersivo questi contributi deve farsi carico, anzitutto, di illuminare il nesso interno tra fragilità antropologica ed etica della cura, evitando di declassare quest'ultima a mero atto supererogatorio di generosità facoltativa. Dal riconoscimento della cura come compito etico originario, inscritto nel cuore stesso della fragilità, discendono quindi due corollari altrettanto importanti: anzitutto, la possibilità di accreditare un paradigma relazionale di “reciprocità asimmetrica”, contro gli opposti estremismi del modello paternalista e di quello contrattualista, che appaiono, in ultima analisi, come forme di individualismo mascherato; in secondo luogo, la possibili-

12. Cfr. ad esempio E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *The virtues in medical practice*, Oxford University Press, Oxford 1993, 79. Debbo questo riferimento a M.T. RUSSO, *Corpo, salute e cura. Linee di antropologia biomedica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2004, 168–172.

13. Cfr. W. REICH (a cura di), *Encyclopedia of Bioethics*, 5 voll., Free Press, New York 1978, 1995². Esempiare il lemma *Care*, scritto da Reich e già citato sopra, riproposto nella III edizione, curata da S.G. Post (New York 2003).

14. W.T. REICH, “L'idea di simpatia: la sua importanza per la pratica e l'etica della medicina”, in M. G. FURNARI (a cura di), *Il paziente il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005, 13. Particolarmente attento a questa dimensione è anche il libro di M. MARINELLI, *Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una Medicina Narrativa*, FrancoAngeli, Milano 2015, che dedica un ampio capitolo all'etica della cura nel contesto della medicina basata sulla narrazione (119–137).

tà di distinguere e riconciliare un'accezione allargata di cura, come modalità esistenziale di relazione fra persone fragili, e un'accezione ristretta, intesa come pratica terapeutica volta alla soddisfazione di bisogni cui il soggetto non può far fronte da solo.

La via per collegare la natura "preziosa" della cura alla fragilità della condizione umana passa anzitutto attraverso il riconoscimento di un diverso modo d'intendere la fragilità stessa: a un primo livello, generalissimo, essa manifesta il limite come condizione propria di ogni essere umano e misura insuperabile della sua finitezza ontologica; a un livello ulteriore, accidentale e specifico, la fragilità si manifesta in quegli stati di difettività, più o meno gravi e più o meno remissibili, per i quali in questa sede vorrei usare il lessico della ferita. Da un lato, quindi, una condizione universale e comune, dall'altro una situazione di volta in volta diversa, e sempre esclusivamente-mia.

Nella semantica del limite, chiamata in causa per identificare l'essere e la vita personale, converge il riconoscimento di una insuperabile vulnerabilità ontologica e fallibilità etica con una vocazione infinita, che ragione e libertà incarnano come anelito insopprimibile alla trascendenza. Il senso di questa paradossale "sproporzione", esplorata da un'importante tradizione filosofica, può quindi riassumersi nell'invito a riconoscere l'essere umano come un essere "di frontiera", intrinsecamente abitato da una differenza che lo costituisce e lo trascende¹⁵; nasce da qui una difficile coniugazione di dignità e finitezza, che comporta di conseguenza una diversa articolazione dell'autonomia: l'autonomia morale è una condizione necessaria della libertà, che tuttavia non può trasformarsi in autonomia ontologica, sconfessata dalla vulnerabilità.

Vorrei invece attingere al lessico della ferita per indicare, in senso letterale, una lesione traumatica, più o meno transitoria, che mortifica una funzionalità e, in senso traslato, un'alterazione dell'integrità psicofisica, cui corrisponde una gamma molto ampia di risonanze personali, dal dolore fisico alla sofferenza esistenziale.

15. Ho cercato di approfondire questo aspetto nel saggio "Dire persona: il paradosso della differenza", in *L'uomo tra verità e progetto: metamorfosi dell'antropologico e permanenza dell'umano*, Città Nuova – Facoltà Teologica di Sicilia, Roma 2016, 13–44. Sulle implicazioni morali del problema, resta centrale l'opera di A. RIGOBELLO, *Autenticità nella differenza*, Studium, Roma 1989.

Per il suo potere anomalo di mortificazione e per la sofferenza che l'accompagna, la ferita rappresenta una accidentalità ontica deprecabile, sullo sfondo di un limite ontologico come condizione propria e insuperabile dell'umano. In questo incontro singolare del proprio e dell'improprio, la ferita postula il limite come la sua condizione di possibilità e nello stesso tempo tende ad aggredirlo e perfino ad annientarlo; il limite implica la ferita come una eventualità prevedibile ma inaccettabile per il suo "eccesso" negativo. La ferita che si aggiunge al limite testimonia un *vulnus* che offende la finitezza, senza sconfessare l'originaria dignità antropologica.

Questa distinzione tra limite e ferita aiuta, da un lato, a riconciliarci con un'antropologia della finitezza, evitando di considerare il limite come indegno dell'umano, e dall'altro impegna a combattere una buona battaglia contro le ferite, senza rinchiuderci nel vicolo cieco dell'assurdo e senza indulgere a improprie consacrazioni doloristiche. Solo riconoscendo e rispettando questa soglia elementare di differenza tra limite e ferita è quindi non solo possibile ma perfino doveroso contrastare la malattia e il dolore, evitando gli opposti estremismi di un prometeismo sovrumano o, al contrario, di una resa a un naturalismo infraumano. Sono questi due modi opposti di tradire l'umano, assegnando ad esso una misura in qualche modo disumana, ai quali corrisponde puntualmente un doppio sconfinamento rispetto al perimetro vitale della cura: verso l'eccesso dell'accanimento o verso il deficit dell'abbandono.

Quando assumiamo l'esistenza personale nella sua complessità, come compresenza enigmatica e irriducibile di vita naturale e vita morale, allora fragile e prezioso assumono il carattere di un'endiadi, che vale nel duplice senso del limite e della ferita. La condizione personale, doppiamente fragile, appare anzi doppiamente preziosa: non preziosa nonostante la fragilità, ma dentro e attraverso la fragilità. Intesa anzitutto come espressione del limite, la fragilità personale è preziosa proprio in ragione della sproporzione infinita che essa testimonia e che si annuncia come un compito da custodire e promuovere; la condizione che indebolisce è infatti anche quella che impreziosisce, fino a rendere infinitamente preziosa la finitezza. Jankélévitch parla, a questo proposito, di una "distanza

infinita” tra il nulla e il “quasi–nulla” della nostra fragile esistenza¹⁶; sarebbe questo, secondo lui, “il prezzo infinito della positività”, per cui si può affermare che “la *finitudine* è *infinitamente* preziosa. Esiste qualcosa di inesplicabile — egli aggiunge — in cui la vita si radica, che fa della vita stessa un mistero e unisce la vita alla morte come alla sua condizione, che rende i due contraddittori tragicamente solidali tra loro. Così che la vita e la morte sono un solo miracolo, e nella stessa notte”¹⁷.

Intesa quindi come segno (e fonte) di ferite, il fragile è prezioso non solo a motivo della unicità singolare della persona umana, frutto di una compresenza originale e irripetibile di natura e libertà; la ragione più profonda che rende assolutamente “preziosa” la fragilità umana attiene alla natura della responsabilità (anzi, cor–responsabilità) morale, di cui l’essere umano si riconosce già da sempre investito, dinanzi a tutte le situazioni che possono mortificare, in forme diverse, la finitezza. Di fronte all’abisso della malattia, della sofferenza, della devianza, all’*homo fragilis* compete la capacità, assolutamente indelegabile e irriducibile a qualsiasi logica meccanicistica, di replicare alla gratuità negativa della ferita — propria e ancor più altrui — con la gratuità positiva della dedizione. Oltre la differenza accidentale e transitoria di *homo agens* e *homo patiens*, emerge qui una radice comune, in nome della quale ci scopriamo chiamati a rispondere insieme — in modo diversamente compensativo — all’eccesso di male con un eccesso di bene.

Se la persona umana è doppiamente fragile, nella ferita e nel limite, si potrebbe affermare di conseguenza che anche la cura è doppiamente preziosa: lo è in quanto capace, in senso generale, di prendersi cura delle persone e, in senso specifico, di curare le ferite.

Anzitutto, a un primo livello, in un’accezione ampia e generalissima, la cura assume la fisionomia di una fondamentale *modalità esistenziale*, relativa a una condizione umana segnata dalla finitezza e capace di ricavare dall’avvertimento del limite un’etica della par-

16. V. JANKÉLÉVITCH, *La morte*, a cura di E. Lisciani Petrini, Einaudi, Torino 2009, 456.

17. Ivi, 459. Anche in un’altra delle sue opere più note Jankélévitch ribadisce il medesimo messaggio, definendo “la nostra vita intera [...] un tutto infinito, che si riduce a niente, ed è dunque *Quasi–Niente*. Perciò è appassionante e infinitamente preziosa” (*Il non–so–che e il quasi–niente*, tr. it. di C.A. Bonadies, Einaudi, Torino 2011, 128).

tecipazione e dell'affidamento reciproco, innalzandosi a un vero e proprio *paradigma culturale*, che ridisegna la misura originaria dell'umano secondo le coordinate di una condizione insuperabilmente fragile e solidale. Assumendo l'etica della cura in questo senso allargato, che oltrepassa il momento tecnicamente specialistico, possiamo non solo riconoscerci la radice della responsabilità morale, ma anche ricavarne un orientamento normativo per valutare possibilità e limiti di ogni pratica di cura in senso stretto.

In questa accezione la cura è "preziosa", cioè deve considerarsi come la forma più alta di vita morale, che assume il limite non come ostacolo ma come risorsa e presupposto per l'esercizio di una vera solidarietà relazionale, rigettando qualsiasi logica simmetrica — e ultimamente individualistica — della convenienza. Levinas, tra gli altri, ce lo ricorda in modo inequivocabile: "Solo un io vulnerabile può amare il suo prossimo"¹⁸. Anche Jonas riconosce il valore specificamente personale della relazione di cura: "Che la natura non si dia cura è il vero abisso. Che solo l'uomo si dia cura, non avendo nella sua finitezza altro che dinnanzi a sé che la morte, solo con la sua accidentalità e l'oggettiva insensatezza dei suoi progetti di senso, è realmente una situazione senza precedenti"¹⁹. Gli fa eco, su questo punto, lo stesso Gadamer, che considera il primato della cura come "un fenomeno originario dell'essere umano"²⁰.

A un secondo livello, quindi, in un'accezione più ristretta, la cura del corpo e delle sue ferite si configura come una *pratica specifica*, che si realizza in forme di sussidiazione mirata, volta, in condizioni di evidente asimmetria, al contrasto di fenomeni che mortificano l'integrità personale, ai quali *l'homo patiens* non può far fronte autonomamente. Tale pratica abbraccia l'intero campo delle prestazioni sanitarie erogate in presenza di eventi patologici, configurandosi come servizio alla vita e quindi alla persona in forma mediata, attuato cioè attraverso un servizio propriamente rivolto alla salute, nel rispetto di un equilibrio di fondo tra intenzioni buone, mezzi leciti, risorse proporzionate, coniugando il vincolo tecnico

18. E. LEVINAS, *Di Dio che viene all'idea*, tr. it. di G. Zennaro, Jaca Book, Milano 1983, 115.

19. H. JONAS, *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino 1999, 284.

20. H.-G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, tr. it. di M. Donati, Cortina, Milano 1994, 3.

della competenza, diagnostica e terapeutica, e il vincolo etico del servizio disinteressato alla persona umana e al bene comune.

Nello specifico, in presenza di una disfunzione che riduce, mortifica e offende il dinamismo intrinseco di ogni organismo vivente, la cura è un atto che impegna moralmente chi è nelle condizioni professionali e pratiche di prestare un servizio, per il quale dispone delle necessarie competenze tecniche, secondo un atteggiamento complessivo di responsabilità morale. Questo, a prescindere dal fatto che la persona da curare sia a sua volta più o meno corresponsabile della patologia che l'affligge, condizione questa che non deve minimamente rappresentare un'attenuante o, peggio, un'alibi per negare una prestazione.

Le forme di questa pratica terapeutica possono essere molteplici e in rapporto alla diversità dei bisogni cambiano di conseguenza gli obiettivi e le modalità del suo esercizio: lo scopo può essere l'accompagnamento verso uno stadio di autonomia comportamentale, come nella pratica educativa e più in generale nell'accompagnamento dei minori; oppure il recupero o il bilanciamento di abilità compromesse, come nell'assistenza prestata a soggetti disabili e svantaggiati, e nella garanzia di pari opportunità; oppure il ricorso a una giustizia riparativa finalizzata al reinserimento sociale, come nel caso di comportamenti devianti e di detenzione.

In ogni caso, la specificità della cura delle ferite trova nella competenza la sua condizione tecnica e nell'accoglienza la sua condizione morale; è impensabile, per questo, invocare per le professioni di cura una sorta di franchigia morale, che le assolva da quei doveri di dedizione e di compassione che valgono per ogni forma di relazione di cura in senso ampio²¹. Il fatto che, in presenza di situazioni specifiche e di grande complessità, la cura si specializzi, non autorizza alcun forma di "sterilizzazione" della relazione di cura nella *routine* o nell'indifferenza; la concretezza subordinata della beneficenza non contraddice la gratuità incondizionata della benevolenza.

La correlazione tra i due livelli disegna uno spazio di tutela e promozione dell'umano, conforme a una misura che impedisce di confondere i piani: assecondare, promuovere, risanare il naturale

21. Cfr. in proposito L. ALICI (a cura di), *Prossimità difficile. La cura tra compassione e competenza*, Aracne, Roma 2012.

sviluppo di un organismo non può mai autorizzare ad abbandonarlo a un'incuria degradante né ad alterarlo, piegandolo alle voglie più disordinate. Rimanendo dentro il perimetro vitale disegnato dalla nostra insuperabile fragilità, la lotta contro la malattia non è depotenziata ma rafforzata, anche se gli ambiti del suo esercizio possono conoscere di volta in volta modalità diverse di attuazione: quando il legame con la vita comincia ad allentarsi, il sostegno di cui abbiamo bisogno passerà sempre meno attraverso i meccanismi invasivi e ormai inefficaci delle tecnologie biomediche e sempre più attraverso i registri caldi e discreti della tenerezza, dell'accompagnamento e della sollecitudine incondizionata.

3. Cura delle relazioni, relazioni di cura

L'efficacia di questa circolarità fra la parte e il tutto, tra la tecnicità del curare le ferite e la responsabilità del prendersi cura delle persone si decide, prioritariamente, sul terreno di una appropriata relazionalità: sotto molti aspetti, le difficoltà a sperimentare un nuovo paradigma delle relazioni di cura (in senso stretto), alternativo agli opposti estremismi paternalismo e del contrattualismo, non sono che un aspetto specifico di un problema più ampio, che investe l'intero universo delle relazioni umane. Il rapporto medico-paziente è una variante, da questo punto di vista, del rapporto educativo, o di quello rieducativo, praticati in ambienti segnati da forme diverse di fragilità e dipendenza, come un carcere o una comunità di recupero. Se per un verso, oggi più che mai, le relazioni di cura postulano un orizzonte etico-antropologico, prima ancora che deontologico, capace di ricollegare *homo fragilis* e *cura pretiosa*, per altro verso tale orizzonte chiama in causa il tema più ampio della cura delle relazioni, come forma primaria della convivenza, dove forse sta la radice del problema.

La responsabilità, come ci ha insegnato anche Jonas²², è autentica solo se è asimmetrica: cioè se è una risposta assoluta, incondizionata,

22. Com'è noto, Jonas radicalizza il carattere asimmetrico di questa relazione, non solo affermando che "l'oggetto della responsabilità è il *transeunte* per definizione" (H. JONAS, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, tr. it. di P. Rinaudo, a cura di P.P. Portinaro, Einaudi, Torino 1990, III), al punto che il neonato ne rappresenta

al di fuori di ogni logica utilitaristica dello scambio; non è una forma di *do ut des*, ma, potremmo dire, di *do ut sis*: io do perché tu sia, non perché io abbia. La restituzione, in questo caso, assume un valore altissimo proprio perché incondizionato. Nel fatto che tutti siamo “diversamente feriti”, non dobbiamo vedere semplicemente la ricerca di un beneficio calcolato (“oggi a te, domani a me”), ma il riconoscimento che la presa in carico delle ferite di tutti ci porta veramente all’altezza della nostra comune umanità.

Accanto a una giusta insistenza sulla asimmetria delle relazioni di cura — asimmetria di competenze, di ruoli, di funzioni —, la riflessione morale ha da sempre individuato il vertice della relazionalità umana nella figura della reciprocità: oltre il rapporto meramente unilaterale, in cui solo uno dei soggetti interagisce attivamente con l’altro, e persino oltre il rapporto bilaterale o multilaterale, che prevede uno scambio alternato di ruoli, attivo e passivo, l’autentica reciprocità si realizza nel segno della partecipazione corresponsabile a un orizzonte comune²³.

Si tratta dunque di pensare — e praticare! — le relazioni di cura imparando a coniugare asimmetria e reciprocità. Non si deve identificare univocamente la reciprocità con la simmetria (che implica il medesimo livello nella relazione) né l’asimmetria con l’assenza di reciprocità: si dà reciprocità asimmetrica quando si realizza un’autentica partecipazione a un orizzonte comune, entro un dislivello di funzioni. L’incapacità odierna di riconoscere e valorizzare questo modello relazionale testimonia il passaggio, forse troppo brusco, nelle relazioni di cura da un paradigma paternalista (fatto di asimmetria senza reciprocità) a un paradigma contrattualista (fatto di reciprocità senza asimmetria).

il paradigma esemplare (cfr. ivi, 162–168), ma anche arrivando a riconoscere una “responsabilità cosmica” nei confronti del futuro stesso della responsabilità, che suppone “il comandamento ontologico in base al quale l’umanità deve continuare ad esistere” (ivi, 126).

23. Sul paradigma della reciprocità asimmetrica mi sono soffermato in particolare nei seguenti scritti: *Il terzo escluso*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2004; “Il ‘noi’ come origine e come compito”, in L. ALICI (a cura di), *Forme della reciprocità. Comunità, istituzioni, ethos*, Il Mulino, Bologna 2004, 11–61; “Grammatica e sintassi della reciprocità”, in Luca ALICI, S. PIEROSARA (a cura di), *Tessere reciprocità*, FrancoAngeli, Milano 2015, 23–41.

Appartiene alla logica mercantilistica del contratto, in particolare, l'idea che due o più contraenti s'incontrano in piena autonomia su un terreno neutro, sottoscrivendo un patto definito da clausole meramente convenzionali e come tali revocabili. Il livellamento simmetrico dello scambio, in questo caso, autorizza a negoziare il massimo vantaggio bilaterale, in un contesto slegato, in cui il sospetto può prendere il posto della fiducia e la spirale perversa tra recriminazione e medicina difensiva è sempre in agguato; fino agli esiti estremi della mercificazione strumentale della pratica medica che a volte il malato pretende letteralmente di comprare (direttamente o indirettamente, grazie al Servizio sanitario nazionale) persino in assenza di una adeguata validazione scientifica.

Questa polarizzazione semplicistica, non a caso, investe molte altre forme di relazionalità umana, dal rapporto parentale a quello educativo, nelle quali invece asimmetria e reciprocità dovrebbero trovare un irrinunciabile punto di equilibrio. In questo smarrimento del senso profondo della reciprocità asimmetrica tocchiamo con mano il deficit culturale forse più grave del nostro tempo. Il paziente (o lo studente) che diventa cliente o l'allievo che si lega al maestro solo per opportunismo strumentale ne sono esemplificazioni inquietanti.

Potremmo quindi trasformare questo appello alla cura delle relazioni come la forma più appropriata di onorare il carattere doppiamente prezioso della cura, in un triplice invito a uscire dal vicolo cieco dell'individualismo, in cui la cultura odierna sembra essersi cacciata.

Prima di tutto, la cura delle relazioni investe il livello *intrapersonale*, dove le radici profonde del vissuto sono attraversate da una spaccatura verticale fra la logica impietosa del calcolo opportunistico, alimentata dalla voracità spregiudicata del tutto e subito, e l'avvertimento di una insuperabile fragilità, non solo somatica, che guarda con nostalgia alla logica antagonista della gratuità e della *pietas*. C'è forse una relazione ferita, di cui dobbiamo prenderci cura, già a questo livello profondo, che ci rende schiavi del mito dell'immediatezza e della velocità, alimentato astutamente nella rete, e stenta a riconoscere relazioni autentiche vissute nel segno della distanza e della mediazione.

In secondo luogo la cura delle relazioni investe la dimensione *interpersonale*, soprattutto lungo quella delicata linea di frontiera in cui s'incontrano il pubblico e il privato, oggi insidiata da una contraddizione paradossale, che ci vuole radicalmente individualisti nella sfera privata e accanitamente moralisti nella sfera pubblica. Solo riconoscendo che l'incontro e la comunicazione tra le persone hanno bisogno di un pavimento etico condiviso, al quale la sapienza antica ha dato il nome di bene comune, si può ritrovare il senso di un'alleanza di cui l'ambito medico offre semplicemente una declinazione specifica.

La tutela del bene comune interpella quindi la responsabilità dei cittadini e impegna le istituzioni a farsi carico della rimozione di ciò che ostacola la fioritura dell'umano, a cominciare dagli eventi patologici che impediscono l'esercizio dei diritti personali e sociali, aumentano il tasso di sofferenza e solitudine, riducono gli spazi effettivi di partecipazione. Per questo l'*ethos* condiviso deve incorporare una "metrica" delle pratiche di cura socialmente inderogabili, tra gli estremi del divieto e dell'obbligo, inscrivendole in forme esigenti ed esplicite nella regione degli imperativi sociali, con tutte le conseguenze che ne discendono sul piano degli assetti normativi, delle tutele istituzionali e delle risorse pubbliche; comincia qui il contrasto a una tendenza schizofrenica del nostro tempo, disposto a tollerare restrizioni immotivate nell'ordine del vitale e ampliamenti arbitrari nell'ordine del futile.

Ma c'è ancora un terzo livello interessato dalla cura delle relazioni, che riguarda la dimensione *metapersonale*, in cui si saldano la cultura e il costume, la scienza e la tecnica, la ricerca e l'educazione. La stessa università, sotto molti aspetti, incarna in modo paradigmatico questo incrocio di sapere e istituzione, in cui il compito di professionalizzare delle competenze può essere legittimato unicamente da una vocazione alla sintesi, nel senso di una autentica *universitas*. Eppure anche questo luogo sta rischiando di diventare un arcipelago di isole abitate da tribù chiuse e autoreferenziali, mentre cominciano pericolosamente a scarseggiare imbarcazioni capienti e affidabili per attraversare il mare che le separa.

Filosofia e medicina possono ritrovare proprio nell'etica della cura il loro antico terreno d'incontro: non solo la filosofia, che ha

il compito di tenere insieme vocazione teoretica e saggezza pratica, ma anche la medicina, che è una scienza dalla quale discende un'arte della cura, la quale a sua volta si fonda su quella scienza e si avvale di una tecnologia²⁴. Il pensiero classico ha insistito con forza sulla salvaguardia di una fondamentale complementarietà tra queste due forme di cura della fragilità.

Basterebbe ricordare Platone (V-IV), dove nel *Carmide* viene difeso il valore di un approccio olistico alla cura dell'umano, che nella stessa medicina greca rischiava di perdersi: "Come non si devono curare gli occhi senza prendere in esame la testa, né la testa indipendentemente dal corpo, così neppure il corpo senza l'anima"; secondo Platone, "questa sarebbe la ragione per cui ai medici greci sfugge la maggior parte delle malattie, poiché essi trascurerebbero di prendersi cura della totalità dell'uomo, senza la cui piena salute non è possibile che la singola parte sia efficiente"²⁵. In questa critica *ante litteram* a un certo estremismo riduzionistico, si può leggere in filigrana un ammonimento di straordinaria attualità: "Di fatto, oggi, questo è l'errore che fanno gli uomini, ossia che alcuni cercano di essere medici della temperanza e della salute, ma separatamente l'una dall'altra"²⁶.

La migliore tradizione dell'etica medica antica, del resto, andava proprio in questa direzione: da Galeno, secondo il quale "il miglior medico è anche filosofo"²⁷, fino a Marco Aurelio. Una linea che arriva fino al VII secolo d.C., se è vero che Isidoro di Siviglia chiamerà la medicina "filosofia seconda", proprio perché entrambe le discipline sono "complementari all'uomo"²⁸.

Potrei, conclusivamente, articolare questo dialogo fra limite e ferita, quindi tra cura delle relazioni e relazioni di cura, postulando una sorta di circolarità virtuosa fra etica e medicina, sulla falsariga

24. "La medicina — secondo Jonas — è una scienza; la professione medica è l'esercizio di un'arte fondata su di essa" (H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, tr. it. di P. Becchi e A. Benussi, Einaudi, Torino 1997, 109).

25. PLATONE, *Carmide* 156e, in *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano 1991, 692.

26. PLATONE, *Carmide* 157b, *op. cit.*, 692-693.

27. C. GALENO, *Opere scelte*, a cura di I. Garofalo, M. Vegetti, Utet, Torino 1978, 101

28. ISIDORO DI SIVIGLIA, *Etymologiae*, IV,3,4. Su questi riferimenti rimando ancora al libro di U. CURI, *Le parole della cura*, *op. cit.*, 30-31.

di quanto Paul Ricoeur scrive nei capitoli centrali di una delle sue opere fondamentali, *Sé come un altro* (1990)²⁹. Ricoeur invita a tenere insieme tre piani diversi: la “prospettiva etica”, che attesta il primato del bene come fine assoluto, che non può essere strumentalizzato né subordinato ad alcun altro fine; la “norma morale”, che elabora, in nome della universalità del dovere, una coerente codificazione deontologica entro un quadro articolato di valori e di comportamenti; infine la “saggezza pratica”, che deve trovare i comportamenti appropriati ai singoli casi, senza mai trasformare in regola l’eccezione alla regola.

Riportando questo modello al nostro problema, potremmo vedervi l’invito a mettere in circolo il prendersi cura delle persone e il curare le ferite e, su un piano diverso, l’approccio etico-filosofico e quello medico: la prospettiva generale, anzitutto, è quella che insegna a “entrare” nella prospettiva (e nella pratica) più specifica; a questo secondo livello dobbiamo quindi farci carico, con una relativa autonomia, di approntare metodiche strumentali, circoscritte e specifiche; tuttavia, quando la tecnica rischia di essere fine a se stessa, dimenticando la finalità propria della cura delle ferite, che è sempre subordinata — all’inizio e alla fine — al prendersi cura delle persone, allora è il momento in cui il fine generale, dopo aver insegnato a “entrare” in un problema concreto, entro uno spazio ristretto, deve anche insegnare a “uscire” da esso.

In un’epoca che spesso smarrisce l’altezza di una prospettiva etica, trasformando le norme morali in forme di accanimento deontologico, in cui l’eccesso di codificazioni normative è internamente indebolito dalla loro evidente convenzionalità, abbiamo bisogno di coltivare quella forma particolare di saggezza pratica che sappia spezzare il circolo vizioso tra tecnicismo e moralismo, ritrovando il senso del rispetto della persona, quando il culto dell’efficienza o l’ossequio formale alle regole mostrano il loro limite. In questi casi, soprattutto quando — in presenza di una *tragic choice* — finiamo in un vicolo cieco senza apparenti vie d’uscita, la saggezza pratica riapre i giochi con un appello semplice ed esigente: Non dimenticare la persona!

29. Cfr. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, a cura di D. Iannotta, Jaca Book, Milano 1993, 263-407.

Custodire il mistero

La teologia tra parola e silenzio di fronte al dolore

GIUSEPPE MARCO SALVATI*

I. Introduzione

Come si può facilmente rilevare dall'indice degli articoli pubblicati nella propria Rivista, il Camillianum pone da sempre attenzione al problema del dolore e della sofferenza *anche* sotto il profilo filosofico e teologico¹. Come a dire che non si intreccia l'esperienza del dolore e della sofferenza senza che l'uomo, credente o non credente, ponga domande. Ma di questo siamo tutti consapevoli: ce lo ricordano costantemente la letteratura classica² e quella contemporanea³; ce lo testimoniano i filosofi, che davanti al perenne scontro tra la durezza dell'esistenza del male e la ragione che cerca di comprenderne il senso, propongono risposte che oscillano dal pessimismo irridente (si pensi ad Epicuro o a Nietzsche) all'ottimismo acquietante (Hegel); ce lo conferma il costante sforzo del pensiero cristiano, che fin dalle origini ha urtato contro lo scoglio del negativo, chiedendosi "si Deus, unde malum?"⁴.

Il XX secolo ha offerto a filosofi e teologi molteplici e drammatiche occasioni, perché essi si interessassero — di nuovo e in modo urgente — del tema della sofferenza e del dolore: dalla tragedia di due guerre

* Professore ordinario di Teologia dogmatica, Pontificia Università San Tommaso (Angelicum), e docente di Teologia presso il Camillianum.

1. Cft., ad esempio, M. BIZZOTTO, "L'esperienza del dolore dal moderno al post-moderno" (*Camillianum* 2 [1990] 187–212); G. CINÀ, "La ricerca di senso nella sofferenza e le sue sollecitazioni nella riflessione teologica" (*Camillianum* 4 [1991] 149–161); M. BIZZOTTO, *Cristianesimo e sofferenza* (*Camillianum* 5 [1992] 57–78).

2. Si pensi, ad esempio, all'*Antigone* di Sofocle.

3. Un solo esempio: S. WEIL, *Venice sauvée* (1a ediz.: Gallimard, Paris 1955).

4. AGOSTINO, *Le confessioni*, VII, 5.

mondiali all'orrore di Hiroshima e Nagasaki, dall'Olocausto ai Gulag, dalle guerre etniche al diffondersi di malattie incurabili in tanti angoli della Terra, l'umanità contemporanea si è ritrovata molto spesso sulla cima del Calvario, piangendo e ponendo domande. A sua volta, anche il XXI secolo, fin dall'inizio, ha costretto a riprendere i drammatici "perché?" che accompagnano l'esperienza e il pensiero dell'uomo fin dai tempi antichi: la crisi dell'economia mondiale, con le sofferenze legate alle nuove forme povertà che ha generato; il perdurare di una differenza eccessiva tra popoli sviluppati e sottosviluppati; l'acuirsi della crisi ecologica, insieme ad altre esperienze drammatiche hanno riportato l'umanità sul Golgotha, ai piedi della croce, con un carico pesante di dubbi e di domande⁵.

Il pensiero credente non è rimasto indifferente, di fronte a questa quasi-violenta riproposizione del dramma del dolore e della sofferenza. Quali strade ha preso? Quali prospettive ha adottato? Quali orizzonti ha aperto?

2. La sfida teorica

Anzitutto è stata raccolta una "sfida" di carattere teorico. Sostanzialmente riguarda il diritto e i limiti della ragione di fronte al tema della sofferenza e del dolore. Può la ragione scrutare questa esperienza terribile della sofferenza? Potrà mai parlarne in modo adeguato e rispettoso dei soggetti che vivono nel dolore, senza seppellire il dramma di quelli che soffrono nel vuoto dei ragionamenti e delle teorie?

Questa domanda è diventata ancor più radicale, se possibile, a causa di due fattori che hanno connotato la storia e il pensiero di questi ultimi secoli.

Anzitutto la *crisi della ragione*. Il '900, definito da Eric Hobsbawm il "secolo breve"⁶ sembra smentire tutte le pretese che la ragione

5. La tragedia delle Torri Gemelle (2001) e gli attentati terroristici successivi hanno, poi, aggiunto alle domande antiche un terribile sospetto: che lo stesso riferimento a Dio in quanto praticanti una fede monoteistica, possa diventare base dell'intolleranza e della violenza e, di conseguenza, causa di un pericoloso diffondersi del dolore. Su questo argomento, cfr. COMMISSIONE TEOLOGICA INTERNAZIONALE, *Dio Trinità, unità degli uomini. Il monoteismo cristiano contro la violenza*, Città del Vaticano 2014.

6. *The Age of Extremes: The Short Twentieth Century, 1914 – 1991*, Michael Joseph, London 1994.

“moderna” aveva superbamente rivendicato. Durante il XX secolo, il titanismo di un uomo che, a partire dal XVI secolo, si era riappropriato del centro della scena del pensiero, si è infranto sul ruvido terreno della storia, suscitando crisi, pessimismo, smarrimento, fine degli entusiasmi intellettuali e della “ubriacatura” antropocentrica dei secoli precedenti. L’idea di una ragione “debole”, incapace cioè di proporre verità valide per tutti e per sempre; di una ragione che deve concentrarsi esclusivamente sugli orizzonti mondani, senza pretese metafisiche, si è diffusa in modo naturale nella filosofia occidentale. Questa prospettiva si è imposta tanto più facilmente perché andava a radicarsi nel pensiero di Kant: alla scuola di questo filosofo, si afferma che il “discorso su Dio” o sulla trascendenza non rientra nei limiti della ragione speculativa (o *pura*, per esprimersi con le parole del filosofo di Königsberg); in un certo senso, la *teo-logia* (intesa quale tentativo di “dire” Dio) cade nel limbo della precarietà o della inaffidabilità intellettuale⁷. In ogni caso, una ragione “debole” non può pretendere di proporre una risposta convincente e affidabile alle domande che nascono dal dolore.

Questo primo fattore, ossia la crisi dichiarata della ragione, sembra, per altro, essere in perfetta sintonia con un secondo dato, che emerge da una lettura teologica della croce, proposta da san Paolo nella 1Cor 1,18–25, dove si afferma:

La parola della croce [...] è stoltezza per quelli che si perdono, ma per quelli che si salvano, ossia per noi, è potenza di Dio. Sta scritto infatti: *Distruggerò la sapienza dei sapienti e annullerò l’intelligenza degli intelligenti. Dov’è il sapiente? Dov’è il dotto? Dov’è il sottile ragionatore di questo mondo? Dio non ha forse dimostrato stolta la sapienza del mondo?*

7. Questa “riduzione degli orizzonti” di legittimità speculativa del discorso metafisico e/o teologico inevitabilmente si ripercuoterà anche nell’ambito etico: al pensiero “debole”, corrisponde una “morale debole”. Non a caso, dopo un processo di pensiero che culmina nella proposta di F. Nietzsche, qualunque tentativo di individuare e/o di imporre valori o beni che abbiano la pretesa di essere “oggettivi” o perché aventi una oggettività indiscutibile o per il loro provenire da Dio (rivelazione soprannaturale), è ritenuto improponibile e inaccettabile. È da notare che, almeno inizialmente, pur se rinchiuso nei limiti del proprio pensare e operare, l’uomo postmoderno “prende il largo”, cioè rivendica la propria autonomia con orgoglio, esercita felicemente le proprie capacità, svincolato — ormai — da qualunque sudditanza; egli è sazio della propria grandezza e quasi azzera il peso della sofferenza e del dolore con il prometeismo che anima la propria esistenza.

Poiché infatti, nel disegno sapiente di Dio, il mondo, con tutta la sua sapienza, non ha conosciuto Dio, è piaciuto a Dio salvare i credenti con la stoltezza della predicazione. Mentre i Giudei chiedono segni e i Greci cercano sapienza, noi invece annunciamo Cristo crocifisso: scandalo per i Giudei e stoltezza per i pagani; ma per coloro che sono chiamati, sia Giudei che Greci, Cristo è potenza di Dio e sapienza di Dio. Infatti ciò che è stoltezza di Dio è più sapiente degli uomini, e ciò che è debolezza di Dio è più forte degli uomini.

Con queste parole, si asserisce che la croce smentisce tanto le pretese acquietanti che vengono rivendicate in nome dell'appartenenza al popolo eletto; quanto le presunzioni della ragione. L'Apostolo sembra dire che è meglio *tacere*, quando si sta davanti alla croce di Cristo e, in ultima analisi, davanti a ogni croce. Sul Calvario sembrano essere state definitivamente crocifisse le pretese e le superbie della ragione speculativa; insieme al Cristo, sulla croce sembra venga condannato a morte anche l'orgoglio dei figli di Adamo; la croce è lo scoglio contro il quale s'infrange la superbia dell'intelletto che volesse catturare Dio e nascondere le ombre della storia con il proprio presunto potere speculativo. Il dramma del dolore e della sofferenza, che si realizza nella storia di Cristo e in qualunque altra storia, sembra lanciare un invito permanente a non dimenticare i limiti ontologici e le debolezze di cui l'essere umano è fasciato; essi, rendono necessariamente sterili qualsiasi tentativo di trovare una risposta acquietante al "perché?" gridato dagli abissi del dolore e della sofferenza.

Già su questo primo piano della riflessione, è possibile giungere a una conclusione: l'insopprimibile bisogno di darsi una ragione del soffrire mette l'uomo tra Scilla e Cariddi. Da una parte, sta il desiderio di cercare parole adeguate, che acquietino la mente e che impediscano di cadere nell'abisso della disperazione; dall'altra, sta la consapevolezza della permanente inafferrabilità del senso ultimo dell'esperienza del dolore e della sofferenza.

Insomma: il dolore e la sofferenza allenano alla discrezione, all'equilibrio, a una strategia bilanciata tra parola e silenzio. Fanno riscoprire l'insopprimibile dignità dell'uomo, che non può e non deve smettere di porre domande, anche a Dio stesso, come fa Giobbe⁸; ma nello

8. Cfr. G.M. SALVATI, "Giobbe e il parlare di Dio", in G. MARCONI, C. TERMINI (a cura di), *I volti di Giobbe. Percorsi interdisciplinari*, EDB, Bologna 2003, 311-318;

stesso tempo misurano — senza mortificare — non soltanto la nostra debolezza, ma anche quella delle nostre parole.

3. La sfida esistenziale

Durante il XX secolo e in questo primo scorcio del XXI, un'altra domanda si presenta al pensiero credente, in nome del dolore e della sofferenza: *ubi est Deus?* Dov'è Dio, quando accadono le tragedie del vivere? quando l'uomo è nella malattia? quando l'innocente soffre? quando i deboli subiscono patiscono le ingiustizie e le prepotenze dei poteri forti? Da che parte sta Dio, quando i calvari della storia pullulano di croci? Perché la sua onnipotente bontà non interviene, mentre milioni di persone diventano oggetto di violenze inaudite? Perché il Dio buono lascia che il dolore consumi in modo atroce anime e corpi di una quantità sterminata di esseri umani?

In tempi recenti, questa domanda è stata posta in modo drammatico anzitutto dal pensiero ebraico, in occasione dell'Olocausto⁹; poi ha trovato spazio all'interno della riflessione del teologo protestante giapponese K. Kitamori (1916–1998), che alla luce della tragedia della seconda guerra mondiale, elabora una *Teologia del dolore di Dio*¹⁰; si è ripresentata nel famoso libro *Il Dio crocifisso*¹¹, di J. Moltmann, teologo che ha richiamato l'attenzione sulla croce quale evento che non solamente manifesta l'impegno di Dio a favore delle creature, ma che — addirittura — si “ripercuote” sullo stesso essere del Dio trino e — proprio per questo — getta nuova luce sulle tragedie delle creature.

“Dove sei?": questa domanda rivolta a Dio continua a risuonare, in modo disperato, in tutti gli angoli del mondo dove “Caino” continua a uccidere “Abele”; in tutte le “periferie” dove gli ultimi della storia vivono nell'abbandono; in tutti i luoghi dove le creature sperimentano la sofferenza o il dolore.

9. Cfr., ad es., H. JONAS, *Il concetto di Dio dopo Auschwitz. Una voce ebraica*, Il Nuovo Melangolo, Genova 2005¹⁰.

10. Apparso in Giappone nel 1946, viene tradotto in inglese nel 1965 e in italiano nel 1975.

11. Il libro appare nel 1972, col titolo *Der gekreuzigte Gott. Das Kreuz Christi als Grund und Kritik christlicher Theologie*.

Uno dei possibili orizzonti di riflessione, in cui tentare di trovare una *proposta* (non una *risposta*. . .) è quello della *teologia trinitaria della croce*¹²; quest'ultima si concentra sul Venerdì santo, pensando quale frammento della storia in cui si consuma un dramma nel quale sono impegnati il Padre, il Figlio e lo Spirito santo. Contemplando con umiltà l'evento del Calvario, la teologia trinitaria della croce mette in risalto, da una parte, che esso ci "narra" Dio, nel senso che porta alla luce qualcosa dei dinamismi eterni che connotano il Dio rivelato da Gesù: Egli è Padre che genera eternamente il Figlio e nel tempo lo "invia" alle creature, per amore; è Figlio eternamente proveniente dal Padre, a Lui "rivolto" (Gv 1,1) e che, per amore del Padre e dei fratelli nella carne, si umilia fino alla morte e alla morte di croce (Fil 2,8); è Spirito eterno, che proviene dai Due, li unisce eternamente e da Essi si lascia inviare quale divino Consolatore dei crocifissi. D'altra parte, la teologia trinitaria della croce pone in evidenza la luce che l'evento del Calvario getta sull'uomo, sulla storia e, in modo particolare, sul dolore e sulla sofferenza: poiché il Crocifisso è risorto, nessuna lacrima delle creature sarà considerata da Dio sprecata; nessuna ingiustizia sarà da Lui sottovalutata; nessuna povertà sarà da Lui ignorata; nessun gesto di amore e di solidarietà rimarrà senza premio.

La teologia trinitaria della croce considera, poi, il Venerdì santo quale evento della storia dell'universo nel quale si manifesta, in forma inaudita e improgrammabile, la *kenosi* di un Dio che è Padre che consegna Colui nel quale si esprime e si compiace dall'eternità; del Figlio amatissimo, che per amore del Padre e delle creature, ha assunto la "forma di servo" (Fil 2,7), umiliandosi fino alla morte e alla morte di croce (Fil 2,8); dello Spirito, eterno Amore dei Due, che si lascia consegnare dal Padre e dal Figlio a un universo

12. Sulla teologia trinitaria della croce, sulle domande che essa raccoglie e pone, sulle sue possibili declinazioni, cfr., tra l'altro: H.U. VON BALTHASAR, *Teologia dei tre giorni. Misterium Paschale*, Queriniana, Brescia 2011⁸; N. CIOLA, *Teologia trinitaria. Storia – Metodo – Prospettive*, EDB, Bologna 2000², 165–178; V. HOLZER, "Doctrines trinitaire et «theologia crucis»: origine et mutations contemporaines d'une théologie trinitaire de la Croix", in E. DURAND, V. HOLZER (a cura di), *Les Réalisations du renouveau trinitaire au XXe siècle*, op. cit.; A. LIPPI, *Teologia della gloria e teologia della croce*, LDC, Leumann 1982; G.M. SALVATI, *Teologia trinitaria della croce*, LDC, Leumann 1987; A. STAGLIANÒ, "Teologia trinitaria", in G. CANOBBIO, P. CODA (a cura di), *La teologia del XX secolo. Un bilancio*, 2: *Prospettive sistematiche*, op. cit., 89–174, spec. 133–142.

assetato di luce, di pace, di fraternità, di speranza e bisognoso di riconciliazione con la propria Origine, di trasfigurazione e di riposo nella propria autentica Patria. E questo Dio in azione sul Calvario, sperimenta — in un certo senso — la sofferenza¹³; quest'ultima non si limita a "sfiorarlo", ma lo coinvolge seriamente. Il Dio presente e operante sul Calvario non "passa oltre" il dolore. Anzi, dopo il Venerdì santo, nella fede, possiamo dire: *ubi crux, ibi Deus Trinitas*¹⁴.

A ben guardare, anche il coinvolgimento della Trinità nell'ora del Calvario è sostanzialmente "fasciato" di silenzio; infatti, mentre il Figlio grida "perché mi hai abbandonato?" (Mc 15,34), il Padre tace. Questi sta "presso" il Figlio, con atteggiamento di misericordia e compassione, ed effonde lo Spirito consolatore, affinché l'offerta che il Figlio fa di se stesso si trasformi in grazia che si spande su tutto il cosmo, ma resta rinchiuso nel proprio silenzio. Il Figlio, a sua volta, non riceve risposta alla propria domanda drammatica, ma non smette di proclamare la propria fiducia nei confronti del Padre, consegnandosi a Lui fino alla fine (Lc 23,46), anche se nessuna parola gli viene rivolta. Lo Spirito Santo, la persona-silenzio, come fuoco anima e trasforma (Eb 9,14) questa offerta silenziosa dei Due, riversandosi, da quel momento in poi, in modo discreto ma efficace, su tutte le piaghe presenti nell'universo.

Non è assurdo definire il Calvario come una vera e propria "scuola di silenzio", dove non viene mortificata la sete di sapere (cfr. Mc 15,34) e dove trovano spazio tutte le domande che la vita, soprattutto se crocifissa, fa porre. Dove, però, "risuonano" gli *alta silentia* di un Dio che proprio mentre si rivela, torna a nascondersi¹⁵.

13. Sul delicato e complesso tema della sofferenza di Dio, cfr., ad es., G. CANOBBIO, *Dio può soffrire?*, Morcelliana, Brescia 2006²; G. CINÀ (a cura di), *Dio è amore ma può soffrire?*, Ed. Camilliane, Torino 2008; B. FORTE, "Il vangelo della sofferenza di Dio", in *Camillianum* 21 (2007) 589–604; J.M. FAVI, *Compassione della Trinità, compassione della Chiesa*, AUP, Roma 2014, 17–208; G.M. SALVATI, "Il mistero della sofferenza di Dio", in *La sapienza della croce* 4 (1987) 320–331.

14. Cfr. G.M. SALVATI, "Ubi crux, ibi amor Dei et hominis: il soffrire umano come luogo dell'amore e dell'impegno", in *La sapienza della croce* 4 (1991) 219–225.

15. Sul rapporto tra rivelazione, silenzio e parola di Dio, cfr. B. FORTE, *Teologia della storia. Saggio sulla rivelazione, l'inizio e il compimento*, San Paolo, Cinisello Balsamo 1991², 63–193.

4. Un mistero da custodire

Dalla rilettura trinitaria della croce derivano anche due conseguenze. La prima è suggerita da quanto la comunità ecclesiale, fin dalle origini, proclama in riferimento a Cristo e agli eventi della sua vita, in particolare la sua morte e resurrezione: essi sono *per noi uomini e per la nostra salvezza*. . . Noi diamo all'evento del Calvario un significato speciale: alla luce della Pasqua, riconosciamo che esso è punto di arrivo di una storia che viene da lontano (da Abramo. . .); riconosciamo che il dramma della croce è conseguenza di decisioni liberamente prese da Dio, da Gesù di Nazaret e dagli uomini che lo hanno condannato; affermiamo — con riconoscenza — che in questo evento si esprime un progetto di bene e assolutamente liberale che ha Dio per autore; un progetto imprevedibile e sempre “eccedente”, rispetto ai limiti della nostra ragione; un progetto luminoso e oscuro, nel quale si intrecciano sapienza e stoltezza, forza e debolezza.

In questa maniera, i cristiani, ancora una volta, non intendono ammorbidire o nascondere o ignorare la durezza della croce; né tantomeno vogliono sublimare l'esperienza del dolore e della sofferenza nel tentativo di occultarne l'asprezza e il peso. La croce è per noi *mistero*. . . Nella teologia di Paolo, questo termine indica, in alcune occasioni, l'inatteso e imprevedibile progetto di Dio, che si manifesta in Cristo e ci ottiene la salvezza¹⁶: nel dolore e nella sofferenza che il Signore Gesù sperimenta, mentre vive l'ora della croce, si concentra un universo: solo chi si inginocchia davanti al legno del Calvario può fare seriamente teologia, direbbe Lutero¹⁷. Solo chi si sarà posto con intelligenza umile e aperta davanti a questo dramma, che nello stesso tempo illumina e getta nell'oscurità, potrà parlare di Dio e comprendere quale sia l'effetto dell'agire dei Tre che nel giorno del Venerdì santo: la salvezza dell'uomo.

16. Su ciò, cfr., tra l'altro: R. PENNA, “Mistero”, in P. ROSSANO, G. RAVASI, A. GIRLANDA (a cura di), *Nuovo Dizionario di Teologia Biblica*, San Paolo, Cinisello Balsamo 1988, 984–993.

17. “Non può dirsi veramente teologo chi scruta le profondità invisibili di Dio pensando di conoscerle attraverso ciò che è stato creato, ma solo chi di Dio conosce ciò che è sì è reso visibile e rivolto a noi come di spalle attraverso la passione e la croce” (Tesi 19 e 20 della *Disputatio di Heidelberg: D. Martin Luthers Werke [Weimarer Ausgabe]* I, 354, 178.).

La comunità cristiana è chiamata a *custodire* questo mistero, declinando i vari significati di questo verbo. Anzitutto deve non soltanto *conservarlo*, ma anche *averne cura*, per amore; deve, inoltre, “coltivarlo” con attenzione, per *nutrirsi* dei suoi frutti; deve, infine, *preservarlo*, nel senso di interpretarlo sempre in modo adeguato e rispettoso della identità di Dio e della dignità dell’uomo. Nella misura in cui “custodirà” con attenzione il mistero della croce, la Chiesa sarà annunciatrice credibile del Dio che salva; se oscurerà questo *mistero*, con le parole e con la prassi, essa diventerà un’aggregazione umana destinata al fallimento.

Dalla rilettura trinitaria della croce deriva una seconda conseguenza, che si configura — tra l’altro — quale ulteriore modo di “custodire” il mistero della croce: è necessario che la comunità cristiana si *ispiri* allo stile del Dio in azione sul Calvario, nel momento in cui vuole orientare il proprio impegno e la propria presenza nella storia in generale e, in modo particolare, là dove si fa esperienza del dolore e della sofferenza. In quanto evento di *compassione* e *misericordia*¹⁸, la croce spinge la Chiesa ad essere un popolo “compassionante”, che non guarda da lontano le piaghe dei crocifissi della storia, ma che, “mettendo il cuore nelle mani”, come insegna san Camillo de Lellis, si china su chi sta nel bisogno e spezza per lui il pane della vicinanza e della misericordia¹⁹.

La croce è evento di *solidarietà* e *condivisione*²⁰, che noi vogliamo contemplare e custodire anche oggi, nel tempo del cosiddetto “quarto uomo”²¹, ossia di un soggetto che, pur vivendo nel villaggio globale, è

18. Cfr. G.M. SALVATI, “*Misericordiae porta crux*”, in *La sapienza della croce* 2 (2016) 125–140.

19. Cfr. J.M. FAVI, *Compassione della Trinità, compassione della Chiesa*, op. cit.

20. Cfr. G.M. SALVATI, “El ‘Dios de Jesús’ (Dios trinitario) paradigma de compasión, justicia y solidaridad”, in I. HERNANDEZ DELGADO (a cura di), *Otro mundo más humano es posible*. Actas del VI Congreso Trinitario Internacional “Granada 2006”, Publicaciones Secretariado Trinitario, Córdoba 2008, 35–49; *Id.*, “La parola della Croce, origine e ragione di gratuità e fraternità”, in F. TACCONI (a cura di), *L’agire sociale alla luce della teologia della croce*, Edizioni OCD, Roma 2011, 37–44.

21. Cfr. G. MORRA, *Il quarto uomo. Postmodernità o crisi della modernità*, Armando, Roma 1996. Viene così definito l’uomo dell’epoca contemporanea, che non pensa più se stesso secondo la prospettiva greca (*primo* uomo o della razionalità), né a partire dalla visione ebraico-cristiana (*secondo* uomo: immagine di Dio), né secondo la prospettiva moderna (*terzo* uomo: affermazione dell’antropocentrismo), bensì quale essere la cui vita è *geschehen ohne Geschichte* (J. Freund), accadimento puntuale, puro processo, immersione esclusiva nell’*hic et nunc*.

tendenzialmente autoreferenziale e sostanzialmente chiuso nel proprio io. Per noi credenti la *solidarietà* è una necessità, non un *optional*; essa deriva dai vincoli che il Creatore ha stabilito fra tutte le creature uscite dalle Sue mani²² e che Egli ama “fino alla morte e alla morte di croce” del Figlio. La solidarietà comporta l’impegno a farsi carico della realizzazione del bene comune, a lottare contro ciò che mortifica l’uomo e il creato, a stare dalla parte degli ultimi. Attenta alla Parola della croce, la Chiesa è chiamata a fare scelte di solidarietà, anche a costo di scandalizzare i benpensanti e di disturbare il perbenismo che talvolta alberga anche nel proprio seno.

In quanto evento di *giustizia*, la croce è scuola di gratuità, perché ci insegna che Dio ci ha giustificati, ossia resi giusti, indipendentemente dai nostri meriti; sotto questo profilo, la croce è spinta a prendere l’iniziativa nel bene, soprattutto quando ci si trova di fronte ai crocifissi della storia, a coloro che sono nel dolore e nella sofferenza. Essa suscita creatività, generosità e “fantasia pastorale”; essa sostiene la speranza e quella “santa caparbieta” che aiuta a riportare al “centro” quelli che si trovano nelle periferie dell’esistenza.

La croce, però, è anche principio di *giudizio*. Per comprendere bene il senso di questo termine, possiamo riprendere un’opinione di F. Nietzsche, che affermava che il cristianesimo, con la sua esaltazione della croce, costituisce la “istituzionalizzazione del movimento anti-mondano inaugurato da Socrate, volto a distogliere l’uomo dal mondo presente ed a congiurare contro l’organizzazione di una società superiore”²³; non a caso, secondo questo filosofo, questa religione si oppone al servizio militare, spinge al quietismo, a un atteggiamento passivo, a rinnegare l’oggi, a sottomettersi alla trascendenza, a svilire dell’impegno nella storia, a predicare il distacco, la rinuncia, il sacrificio, l’ascetismo; contro tutto ciò, secondo Nietzsche, bisogna affermare la fierezza, la gioia di vivere, la libertà, la salute, l’amore, la lotta, l’inimicizia, la volontà forte, l’intellettualità superiore²⁴. Oggi siamo consapevoli, invece, che la *memoria crucis* è “pericolosa” e “sovversiva”, nel senso che è

22. Cfr. FRANCESCO, Enciclica *Laudato si’*.

23. M. DAL PRÀ, *Sommario di storia della filosofia*, III, La Nuova Italia, Firenze 1971⁶, 256.

24. F. NIETZSCHE, *Così parlò Zarathustra. Un libro per tutti e per nessuno*, Adelphi, Milano 1968, *passim*.

principio di una presa di distanza o addirittura di condanna di tutto ciò che causa dolore e sofferenza²⁵. Chi ama seriamente la croce di Cristo, odia tutte le croci generate dall'ingiustizia, dall'odio, dall'egoismo, dalla discriminazione; chi ama il Crocifisso risorto, si schiera a favore dell'uomo "riuscito" e contro ogni mortificazione dell'umano; diventa paladino di un mondo pacificato e fraterno, di una "civiltà dell'amore"²⁶.

La croce è anche evento di *libertà*: ciò sta a dire anzitutto che essa va compresa quale impegno si colloca nel *libero progetto* di creazione e salvezza del Dio trino, il quale reagisce *liberamente* all'esercizio della *libertà* da parte degli uomini, esercitando la propria onnipotenza con un'offerta di *misericordia*²⁷. Significa, inoltre, che la croce è un evento che non accade in modo casuale, ma quale conclusione di un esercizio autentico della libertà, da parte del Nazareno, lungo tutta la propria esistenza; esso è stato voluto e vissuto dal Signore Gesù in modo consapevole e non subito come un'imposizione o una fatalità. Se l'evento del Calvario fosse privo di libertà diventerebbe matrice di rassegnazione e di umiliazione; la libertà che lo anima, invece, accende una speranza: l'uomo che vive nel dolore e nella sofferenza è chiamato a conservare la propria dignità e a collocare questa pagina oscura del libro della propria vita in una considerazione complessiva luminosa e positiva del senso dell'esistere, garantita da Dio.

In quanto evento che testimonia la *kenosi*, volontariamente vissuta da Cristo, la croce esprime la sua signoria proprio mentre la nasconde: dice che il Figlio è il Signore–che–serve; testimonia

25. La teologia contemporanea tende ad abbandonare il registro amartiocentrico di interpretazione dell'esistenza del dolore e della sofferenza (o del male in generale); secondo questa prospettiva, il "negativo" della storia viene pensato quale conseguenza del peccato delle origini, che ha distorto e "inquinato" il disegno di Dio. Alla luce di queste premesse, diventava inevitabile coltivare una spiritualità della rassegnazione, della sopportazione. Nella predicazione e nella devozione si giunge talvolta a una vera e propria esaltazione del dolore, inteso non solamente quale effetto del peccato, ma anche quale via di espiazione e di ritorno all'innocenza perduta. In non poche occasioni, ci si trova di fronte a forme preoccupanti di dolorismo, che sconfinano nella patologia.

26. PAOLO VI, Udienza generale del 31 dicembre 1975.

27. Sul tema della misericordia di Dio, in alcune sue possibili declinazioni teologiche, cfr. J.M. FAVI, P. SGRECCIA (a cura di), *Dio è Misericordia. Testimoni in nome di Dio. Atti del Convegno del Camillianum, 24–25 maggio 2016*, Aracne, Roma 2016.

che il vero amore può giungere fino alla “follia” del dono totale di sé. Questa dimensione della croce mi sembra adeguata ad esprimere soprattutto l’atteggiamento che si richiede a quanti si avvicinano a chi soffre: occorre “chinarsi”, servire, accompagnare, com-prendere, altrimenti si esercita una professione, ma non si è “signori”.

5. Conclusione

La Teologia Pastorale Sanitaria, che da 30 anni viene approfondita e insegnata nell’Istituto Internazionale Camillianum non ha mai avuto la pretesa di offrire parole che spieghino tutto o risposte a tutte le domande “forti” che vengono proposte nell’ora del dolore e della sofferenza. Questo Istituto coltiva fin dal suo nascere la consapevolezza della sacralità dell’uomo che vive la malattia e che cerca la salute. E mai smette di confidare in Cristo e nella Parola che egli ha pronunciato lungo tutta la propria esistenza terrena e, in modo speciale, nell’ora della sofferenza. Il Nazareno, con la propria prassi e il proprio insegnamento, con il proprio silenzio e il proprio grido, illumina e sostiene coloro che vivono l’esperienza del dolore. La Parola del Signore Gesù, crocifisso e risorto, mentre sprona a riflettere, non finisce di suscitare meraviglia e umiltà; mentre suscita le nostre piccole parole, ci rende sempre più consapevoli della necessità del silenzio. . . Un silenzio che fa onore a Dio e a noi: “Dio si onora con il silenzio, non perché non si parli per niente di Lui o non si indaghi, ma perché siamo consapevoli che rimaniamo sempre al di qua di una sua comprensione adeguata”²⁸. Questo non è il silenzio della rinuncia, ma della consapevolezza dei nostri limiti; non è il silenzio della indifferenza, ma del rispetto; non è il silenzio della disperazione, ma quello della fiducia e di un’attesa cariche di speranza.

28. *In Boeth. de Trinit., Proem., q. 2, a. 1, ad 6um.*

Sofferenza e suicidio

ROBERTO GARAVENTA*

Il suicidio è un gesto estremo che, pur avendo sempre avuto in ogni tempo i suoi critici e i suoi apologeti, è stato valutato in maniera profondamente diversa nelle principali epoche della storia dell'occidente: l'antichità classica, la cristianità medievale, la modernità rinascimentale e illuministica, il mondo contemporaneo¹. Due però sono le prospettive da cui lo si è generalmente considerato: da un lato, l'idea (di matrice stoica, ma fatta poi propria dal cristianesimo) del suicidio quale atto razionalmente ponderato e liberamente voluto e quindi (nella prospettiva cristiana fissata in particolare da Agostino nella *Città di Dio* e in una serie di testi antidonatisti²) peccaminoso, in quanto contrario al quinto comandamento; dall'altro l'idea (già presente nell'antichità classica, ma

* Professore ordinario di Storia della filosofia contemporanea, Università di Chieti.

1. Sulla storia del suicidio, cfr. R. GARAVENTA, *Sofferenza e suicidio. Per una critica del tradizionale approccio cristiano al problema del dolore*, Genova 2008, cap. III.

2. AGOSTINO, *De civitate dei*, I, 20; 26: "Cercheremmo inutilmente nei santi libri canonici che Dio comandi o consenta di darci la morte per raggiungere la vita immortale o per evitare e scongiurare qualche male. Dove la Legge dice: 'non uccidere', si deve intendere che [...] non è lecito il suicidio, perché dove è scritto 'non uccidere', senz'altra aggiunta, non si eccettua nessuno, neppure la persona cui il comando è rivolto [...]. 'Non uccidere' dunque né altri, né te stesso. Chi si uccide infatti uccide pur sempre un uomo [...]. Ciò che diciamo, affermiamo, sosteniamo in ogni modo è che nessuno deve darsi spontaneamente la morte per evitare le angustie temporali, se non vuol cadere in quelle eterne; che nessuno si deve uccidere per i peccati altrui, perché non cominci ad averne uno gravissimo proprio, quando l'altrui peccato non può contaminarlo; che nessuno si deve uccidere per i suoi peccati passati, per i quali ha più che mai bisogno della vita presente, per poterli cancellare con il pentimento; che nessuno deve uccidersi per il desiderio di una vita migliore, in cui si spera dopo la morte, poiché una vita migliore dopo la morte non può accogliere chi è reo della propria morte". Sul suicidio in Agostino, cfr. R. GARAVENTA, *Sofferenza e suicidio*, op. cit., cap. II.

riemersa progressivamente a partire dal rinascimento) del suicidio quale gesto sostanzialmente determinato da una disposizione umorale, temperamentale, caratteriale melanconica o ipocondriaca. Questi due modi storicamente preponderanti di considerare l'atto autodistruttivo per eccellenza sono emblematicamente incarnati dalle figure di Catone Uticense e dell'Ofelia shakespeariana.

Secondo la prima prospettiva il suicida è un individuo che decide di levar-la-mano-su-di-sé *deliberato consilio* (per usare un'espressione della teologia morale), cioè dopo aver attentamente ponderato i *pro* e i *contra* del suo gesto. Non è un caso che, nell'affrontare il problema del suicidio, i pensatori dell'occidente (a partire da Platone) abbiano preso generalmente l'avvio dalla domanda se sia lecito o meno far violenza a se stessi e, eventualmente, in quali circostanze lo sia. Questo approccio etico-religioso al fenomeno del suicidio è poi divenuto dominante nel Medioevo³, ma ha continuato a vigere in larga parte anche nella modernità. Esso ha però finito, storicamente, per condizionare anche l'approccio giuridico. Laddove infatti il suicidio veniva considerato come un atto liberamente e consapevolmente voluto, non poteva essere visto che come un atto giuridicamente imputabile e quindi come una colpa non solo etico-religiosa (il suicidio come atto diabolico; il suicida come un indemoniato⁴), ma anche giuridica (il suicidio come un crimine; il suicida come un reo). Di qui le numerose

3. Col diffondersi del cristianesimo il gesto suicidale viene fatto oggetto di una netta e categorica condanna, sebbene tanto l'Antico quanto il Nuovo Testamento non contengano un'esplicita presa di posizione in proposito. Ovviamente il Medioevo conosce bene il fenomeno del suicidio dovuto a povertà, malattia, dolori corporali, paura della punizione, disonore, umiliazione, vergogna, pentimento, amore infelice, gelosia — e questo nonostante le ripetute condanne ecclesiastiche del suicidio (concilio di Arles del 452: condanna del suicidio di tutti i *famuli*; concilio di Orléans del 553: condanna di chi si sottrae al giudizio tramite suicidio; concilio di Braga del 563 e di Auxerre del 578: condanna di tutti i tipi di suicidio e divieto di celebrare la memoria dei suicidi; concilio di Toledo del 693: scomunica di chi ha anche soltanto tentato il suicidio). Tuttavia esso viene raramente fatto oggetto di rappresentazione letteraria, ovvero, laddove accade (ad esempio nelle sacre rappresentazioni o nelle *Chansons de geste*), l'atteggiamento dell'autore (sia religioso che trovadore) è in genere di decisa condanna di un atto considerato ispirato dal diavolo (cfr. i presunti suicidi: Giuda, Pilato, Erode).

4. Cfr. AGOSTINO, *De patientia* 10, 9–12; *Contra Gaudentium* 1, 27, 30; *Epistula* 185, 3, 12.

misure punitive contro i suicidi che hanno segnato tragicamente la storia dell'occidente — risultato per altro di un ibrido connubio tra concezioni etico-religiose e pregiudizi superstiziosi e irrazionali⁵.

In base alla seconda prospettiva l'intrinseca innaturalità di un gesto che riesce a superare e a sconfiggere il più forte degli istinti naturali (quello di autoconservazione) e che quindi finisce sempre per suscitare sgomento e orrore in una persona "normale", sembra invece testimoniare una condizione psico-fisica (naturale o acquisita) da curare medicalmente⁶. Questo approccio al problema

5. Cfr. il *Dizionario della superstizione tedesca*: "Il suicida viene trattato come un criminale, la punizione viene inflitta al cadavere; egli viene annoverato tra coloro che sono morti prematuramente o violentemente, si trasforma in un fantasma e viene quindi fatto oggetto di riti di difesa di ogni tipo [...] Non si osa toccare il cadavere (in antico chi scioglieva un impiccato, restava disonorato). Si dà uno schiaffo all'impiccato, prima di staccarlo, altrimenti torce a qualcuno il collo. Anche gli oggetti che sono serviti al suicidio e sono stati usati per seppellire il suicida, hanno qualcosa di pericoloso e devono essere eliminati. L'albero, a cui uno si è impiccato, secca, la trave deve essere sostituita o distrutta. Laccio, coltello e un pezzo di trave se li deve portare con sé. Il suicida riceve anche del denaro, perché non ritorni. I suoi averi conservano qualcosa di inquietante [...] Dato che si teme il fantasma del suicida, si adoperano i più diversi sistemi di difesa [...] In antico si cercava di renderlo inoffensivo, annientandolo, allontanandolo o ricorrendo ad altre misure rivolte contro di lui o contro il cadavere [...] Nel XVI sec. i suicidi venivano bruciati. Precedentemente il cadavere di un suicida veniva chiuso in una botte e gettato in un fiume. Il pericolo veniva in questo modo 'sciacquato' via [...] Si rendeva anche inoffensivo il morto impalandolo o decapitandolo [...] I cadaveri non venivano fatti uscire dalla porta, bensì da un buco nel muro, dalla finestra, dal tetto o sotto la soglia. Non era lecito farli entrare dalla porta principale del cimitero, ma dovevano essere fatti passare capovolti sopra il muro di cinta. Li si conduceva per strade secondarie. Nella bara venivano sepolti col volto all'ingiù. Il cadavere non viene né lavato né vestito con abiti particolari [...] La chiesa proibiva di seppellirli in terra consacrata [...] Come fantasmi pericolosi venivano sotterrati anche ai crocicchi (con un palo conficcato nel corpo) o ai confini della città, o si sceglieva un luogo deserto, discosto. Malvolentieri o per necessità li si sopportava nei cimiteri; si credeva che gli altri morti li cacciassero fuori. Quando li si accettava, li si metteva in un angolo vicino al muro o sotto la grondaia [...] La tomba del suicida non viene curata e vi si aggirano fantasmi. Anche il posto dove avvengono suicidi, è maledetto e non dà più frutto" (*Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, 1927-1942, a cura di H. Bächtold-Stäubli, vol. VII, Berlin-Leipzig 1987, 1627-1633).

6. Fino alla seconda metà del XIX secolo è a quello stato psico-fisico dai contorni spesso mal definiti, cui fin dall'antichità è stato dato il nome di "malinconia", che viene ricondotto il fenomeno "anormale" del suicidio. Non a caso vi è un grande dibattito circa il carattere naturale o acquisito della malinconia, la sua origine "materiale", endogena ovvero "a-materiale", nervosa, l'influenza reciproca tra fattori fisici, congeniti, e fattori morali, acquisiti, il rapporto tra cause interne e cause esterne e tra comportamento individuale e lesione organica.

del suicidio, presente presso i medici dell'età classica⁷, ha ripreso piede in età moderna, come mostra il posto che questo tema ha stabilmente acquisito all'interno delle numerose trattazioni rinascimentali sulla malinconia (XVI–XVII secolo)⁸. Infatti, almeno fino al XVIII secolo, “quasi tutte le patologie mentali sono state in genere messe in relazione con l'ipoteca atrabile”⁹.

Una svolta decisiva e radicale nella considerazione del suicidio si è avuta solo da quando, a partire dalla fine dell'Ottocento, le scienze umane (sociologia e psicologia in particolare¹⁰) hanno cominciato a rivolgere la loro attenzione a questo fenomeno, evidenziando i fattori sociali e psichici che lo possono condizionare (anche se non necessariamente determinare). A un'analisi attenta e partecipata della complessione del suicida, l'idea del *levar-la-mano-su-di-sé*, quale atto autodistruttivo liberamente e coscientemente compiuto dopo lucida valutazione dei *pro* e dei *contra* (il cosiddetto “suicidio di bilancio”), appare infatti decisamente astratta e infondata, nella misura in cui rifiuta per principio di guardare nell'intimo del suicidante e sorvola sulla tragicità della sua condizione esistenziale. Solo un approccio capace di tener conto del complesso groviglio di fattori che stanno alla base del gesto autodistruttivo e che lo rendono un evento estremamente stratificato, nonché un enigma difficilmente risolvibile, può riuscire a far riscoprire il dolore che sta dietro a tale gesto e a far intuire la disperazione che vi inerisce, inducendo a un atteggiamento più ricco di compassione nei confronti del suicida quale era quello dei greci, ma pure quello degli scrittori biblici¹¹.

7. Si pensi a Ippocrate, ad Aristotele, ad Asclepiade di Bitinia, ad Aulo Cornelio Celso, a Sorano d'Efeso, a Rufo d'Efeso, ad Areteo di Cappadocia, a Galeno di Pergamo.

8. Si pensi a Marsilio Ficino (*De vita triplici*, 1489), a Paracelso (*Sulla malattie che privano della ragione*, 1520), a Timothy Bright (*Un trattato sulla malinconia*, 1586), a Robert Burton (*Anatomia della malinconia*, 1621) e a John Donne (*Biathanatos*, 1646).

9. J. STAROBINSKI, *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, 1990, 20.

10. Si pensi alle ricerche sul suicidio di Emile Durkheim (*Il suicidio*, 1897) in ambito sociologico e a quelle di Sigmund Freud (*Lutto e malinconia*, 1917) in ambito psicoanalitico.

11. Cfr. i nove suicidi di cui dà notizia il Vecchio Testamento: 1. Abimèlech (Gdc 9,50ss.); 2. Sansone (Gdc 16,28ss.); 3.4. Saul (1Sam 31,4ss.) e il suo scudiero (ivi); 5. Achitòfel (2Sam 17,23); 6. Zimri (1Re 16,18ss.); 7. Eleàzaro (1Mac 6,43ss.); 8. Tolomeo Macrone (2Mac 10,12ss.), 9. Razis (2Mac 14,41ss.), nonché il suicidio di Giuda (Mt 27,5) nel Nuovo Testamento. Sul suicidio nella Bibbia, cfr. R. GARAVENTA, *Sofferenza e suicidio*, op. cit., cap. I.

È vero che, nonostante la presenza di fattori condizionanti che possono aiutare a “spiegare” tipologicamente la decisione suicidale, questa conserva pur sempre un momento di “libertà”¹² e di “incondizionatezza” che fa del gesto autodistruttivo per eccellenza “un mistero incommensurabile”¹³. Tuttavia, alla luce dei risultati delle scienze umane ricordate, il suicidio non appare tanto come un gesto libero e ponderato di rifiuto della sacralità della vita che ci è stata donata, di disprezzo colpevole dei doveri sociali e comunitari o di ribellione peccaminosa e demoniaca contro il Dio provvidente (come recitano i tre classici argomenti tommasiani contro la liceità del suicidio)¹⁴, bensì come la risposta estrema e fortemente condizionata se non per molti versi addirittura coatta a una condizione di conflitto e di sofferenza avvertita come senza rimedio e senza vie d’uscita (un tunnel di cui non si riesce a vedere lo sbocco); ovvero come la sola soluzione che un individuo, in un determinato momento della sua esistenza, crede di avere ancora a disposizione per sfuggire a uno stato fatto d’incomunicabilità e solitudine, di disperazione e stanchezza esistenziale, di sensi di

12. “Preferisco morte libera, pur sapendo che il gesto talvolta, anzi spesso, si concretizza a partire da una condizione di tormentosa coercizione (il mondo chiuso del suicida) [...] Come causa di morte tuttavia la morte libera resta libera persino nella morsa delle coercizioni [...] Sono io a levar la mano su me stesso” (J. AMÉRY, *Levar la mano su di sé*, 1990, 5).

13. “Come azione incondizionata, il singolo suicidio non può essere sufficientemente compreso in base a una legge causale universalmente valida o a uno schema tipico intelligibile”, perché si tratta della “assoluta unicità di un’esistenza che in esso giunge a compimento [...] L’origine incondizionata del suicidio resta il mistero incommensurabile del solitario” (K. JASPERS, *Filosofia*, 1973, vol. II, 303–304; 308).

14. Secondo TOMMASO D’AQUINO (*Summa Theologiae*, II–II, q. 64, a. 5), il suicidio è assolutamente illecito per tre motivi. Primo, perché per natura ogni essere ama se stesso, e ciò implica la tendenza innata a conservare se stessi e a resistere per quanto è possibile a quanto potrebbe distruggerci. Perciò l’uccisione di se stessi è contro l’inclinazione naturale, e contro la carità con la quale uno deve amare se stesso. Secondo, perché la parte è essenzialmente qualche cosa del tutto. Ora, ciascun uomo è parte della società; e quindi è essenzialmente della collettività. Perciò uccidendosi fa torto alla società. Terzo, la vita è un dono divino, che rimane in potere di colui il quale fa vivere e morire. Perciò chi priva se stesso della vita pecca contro Dio. Secondo Tommaso, insomma, l’uomo viene costituito padrone di sé dal libero arbitrio. Egli quindi può disporre di se stesso per le cose che riguardano la vita presente regolate dal libero arbitrio. Ma il passaggio da questa vita ad un’altra più felice non dipende dal libero arbitrio dell’uomo, bensì dall’intervento di Dio. Perciò all’uomo non è lecito uccidere se stesso per passare ad una vita più felice o per sfuggire qualsiasi miseria della vita terrena.

colpa e sentimenti di vergogna, di sconfitte e umiliazioni, che lo angoscia e lo attanaglia. Ne consegue che chi giudica (e condanna) un gesto autodistruttivo prescindendo dalla considerazione degli elementi psicologici¹⁵ e sociologici¹⁶ che lo hanno influenzato o condeterminato, ovvero dall'analisi della concreta situazione di coazione emotiva che sempre precede e prepara la decisione suicidale (la cosiddetta "sindrome presuicidale"¹⁷), pecca manifestamente di astrattezza, superficialità, insensibilità. Inoltre, se è cristiano, mostra altresì di ignorare il significato profondo del messaggio evangelico che non è quello di condannare e colpevolizzare il suicidante, ma di offrire perdono e speranza a chi è preda di devastanti sensi di colpa o di un annichilente stato di disperazione. Il suicidio, infatti, è spesso riconducibile a rapporti sociali e interpersonali distorti¹⁸,

15. Dal punto di vista psicologico e psicoanalitico il suicidio può essere visto o come l'equivalente di un tentato omicidio ai danni di una persona amata, scelta narcisisticamente, introiettata, ma fonte di delusione, e quindi fatta oggetto di sentimenti ambivalenti di odio-amore (S. FREUD, *Lutto e malinconia*, 1917), o come il risultato di una situazione personale in cui diminuisce la coazione esterna cui un individuo è sottoposto e aumenta la coazione internalizzata, nel senso di formazione di un forte super-io produttore di sensi di colpa (A.F. HENRY, J.F. SHORT, *Suicidio e omicidio*, 1954) o come l'ultimo tentativo dopo il fallimento dei meccanismi consueti di compensazione di sfuggire ad una situazione di insicurezza e di crisi narcisistica, ovvero come volontà di dissolvimento/ ritorno ad uno stadio primario armonico (H. HENSELER, *Crisi narcisistiche*, 1974).

16. Sul piano sociologico, per altro difficilmente separabile da quello psicologico, il progressivo venir meno della capacità integrativa di un sistema sociale, la perdita di sicurezza in conseguenza di situazioni anomiche, di crisi economico-sociali, di trasformazioni biologiche ineludibili ma sgradite o di mutamenti improvvisi del proprio stato sociale, il senso di incertezza, se non di vuoto esistenziale (diffuso spesso tra i giovani) in assenza di saldi punti di riferimento e di orientamento o di compiti capaci di sostanziare veramente la vita, la solitudine e l'isolamento come risultato di un venir meno dei rapporti interpersonali, il senso di inutilità (fortemente avvertito dagli anziani) in seguito alla perdita di un proprio status sociale, lo stress dovuto alla necessità di ricoprire più ruoli diversi e tra loro contrastanti sono tutti fattori che possono avere anche risvolti suicidali.

17. Secondo quanto lo psicologo e suicidologo austriaco Erwin Ringel (1921-1994) afferma nella sua opera più importante del 1953, *Il suicidio. Conclusione di uno sviluppo patologico*, la tipica sindrome pre-suicidale è caratterizzata da un restringimento situativo e dinamico dei rapporti interpersonali, con conseguente prevalere di una visione pessimistica del reale, uniformizzazione del comportamento, perdita di spontaneità, aumento di aggressività e presenza costante di fantasie suicidali.

18. "La malattia si situa tra gli uomini, è uno dei rapporti che li lega, uno dei loro modi di incontrarsi (Viktor von Weizsäcker)" (K.-P. JÖRNS, *Nicht leben und nicht sterben können. Suizidgefährdung Suche nach dem Leben*, 1979, 23).

all'assenza di legami affettivi e comunicativi¹⁹, alla perdita di punti di riferimento consolidati e affidabili, alla scomparsa di un orizzonte di senso fino ad allora capace di sostanziare il vivere e l'agire²⁰. Il gesto autodistruttivo per eccellenza appare insomma in genere come la risposta a una condizione di sofferenza (psico-fisica) avvertita come priva di vie d'uscita — risposta che per il suicidante è l'unica adeguata²¹. Come ha detto Klaus-Peter Jörns nel suo libro del 1979 *Non poter vivere e non poter morire*:

Chi non può più trovare soddisfazione nel continuare a vivere, non può nemmeno attendere pazientemente la morte [. . .] A questo punto si è raggiunta quella condizione di assenza di vie d'uscita che è tipica del suicida: questi ha infatti la sensazione e la coscienza di “non poter vivere e non poter morire”. Laddove però si è raggiunta e si sperimenta una tale condizione, tutto spinge in direzione di un cambiamento: così infatti “non si può andare avanti”, così “la vita non ha alcun senso”²².

Di qui la necessità di rapportarsi al suicidante come a un individuo che ha bisogno, oltre che eventualmente di concrete terapie psicologiche e farmacologiche, soprattutto di parole e di gesti (di comprensione, accettazione, empatia) che siano capaci di alleviare i

19. “Una crescita della predisposizione suicidale si può comprendere come risultato di una progressiva crisi di comunicazione. Dove però questa crisi appare, nel vissuto dell'individuo, come una crisi completa e quindi come qualcosa d'insostenibile, dove non sembra più esservi speranza di una nuova possibilità di comunicazione interumana, il gesto suicidale non può essere visto inizialmente che come un gesto conseguente. Colui che perde rapporti per lui vitali, infatti, non può più vivere da uomo, ma tutt'al più solo a livello biologico. Egli non può o non può più trovare soddisfazione in una vita che, da un punto di vista umano, non è o non è più tale” (K.-P. JÖRNS, *Nicht leben und nicht sterben können*, op. cit., 26).

20. Come ha mostrato nel suo ultimo scritto *Il problema morale del suicidio* del 1942, Paul Ludwig Landsberg, filosofo tedesco di origine ebraica, ma convertitosi al cristianesimo, poi morto nel campo di concentramento nazista di Oranienburg-Sachsenhausen, la tentazione suicidale, avendo a che fare con le questioni fondamentali dell'esistenza (orientamento, identità, senso di colpa, sofferenza inutile, scopo dell'esistere, significato della vita), non può essere affrontata unicamente con argomenti morali (divieti, comandi). A decidere in ultima istanza della legittimità o meno del suicidio può essere, infatti, soltanto un determinato orizzonte metafisico-religioso di senso.

21. “Si può definire suicidio qualsiasi comportamento che cerchi e trovi la soluzione (in fondo sempre adeguata) di un problema esistenziale (ovvero che concerne tutta l'esistenza di un individuo) in un attentato alla vita del soggetto” (J. BAECHLER, *Tod durch eigene Hand*, Frankfurt-Berlin-Wien 1981, 22).

22. K.-P. JÖRNS, *Nicht leben und nicht sterben können*, op. cit., 26.

suoi tormenti, di una rinnovata occasione di comunicazione che gli consenta di sfuggire alla sua insostenibile solitudine e di uscire dal suo “mondo chiuso” (Jean Améry)²³, di un nuovo orizzonte di senso che sia in grado di ridare significato alla sua esistenza, di una *metanoia* che gli consenta di vedere la sua vita in una prospettiva radicalmente diversa:

Quando uno sviene, si chiede a gran voce acqua, Eau de Cologne, gocce di Hoffmann; ma quando qualcuno vuol disperare, bisogna dire: “Trovate una possibilità, trovategli una possibilità!”. La possibilità è l’unico rimedio; dategli una possibilità, e il disperato ricomincia a respirare, si rianima, perché se l’uomo rimane senza possibilità è come se gli mancasse l’aria²⁴.

In questo senso il suicidio, più che un problema morale (se sia lecito), è anzitutto un problema metafisico–esistenziale, in quanto connesso con quelle questioni fondamentali (orientamento, identità, sofferenza apparentemente inutile, scopo e fine dell’essere) che muovono da sempre il pensiero filosofico più autentico e a cui le grandi religioni storiche tradizionali hanno cercato di dare una risposta²⁵. Il suicidante non sa che cosa farsene di argomentazioni razionali *pro* o *contra* il suicidio: ciò di cui ha bisogno è piuttosto un rinnovato intrecciarsi di rapporti umani, un ristabilirsi della comunicazione interpersonale, una nuova donazione di senso che riesca a colmare il vuoto esistenziale che lo affligge e a dare sostanza alla sua vita²⁶. E questo vale anche rispetto alla tradizionale condan-

23. Il suicidante lancia spesso segnali di allarme (*cry for help*) per cercare di comunicare il suo profondo disagio.

24. S. KIERKEGAARD, *La malattia per la morte* (1849), Roma 1999, 42.

25. A questo proposito, cfr. R. GARAVENTA, *Il suicidio nell’età del nichilismo: Goethe, Leopardi, Dostoevskij*, Milano 1994.

26. “Dirgli, non posso dirgli niente. Posso fare solo una cosa: se credo che questo sia un mettersi in marcia sbagliato, posso legarmi a lui e legare lui a me, in attesa che smetta di sentire l’irresistibile segnale di morte che lo attira. Solo allora potrò aiutarlo a ritrovare il senso o a trovarne uno nuovo. E questo potrà avvenire solo se il mio amore diverrà per lui la sua prima nuova esperienza di senso, l’esperienza cioè di essere importante in un rapporto personale, ovvero in un rapporto di reciproco amore. Solo a partire da questa esperienza di senso finirà prima o poi per porsi il problema di un senso della vita incondizionato, cioè non più soltanto condizionato dal mio amore. E solo quando avrà iniziato a cercare questo senso, posso sperare che la prossima crisi di senso magari causata dalla mia insufficienza non gli faccia disperare di nuovo del senso in generale” (K.–P. JÖRNS, *Nicht leben und nicht sterben können*, op. cit., 72)

na cristiana del suicidio. Laddove infatti si tende ad accentuare il momento del divieto etico rispetto al momento della donazione di senso, come è avvenuto in genere lungo la storia dell'occidente, si finisce per trasformare un messaggio di salvezza (un evangelio) in un'istanza giudicante (una legge), che non solo impedisce al suicidante di superare le sue angosce, ma anzi contribuisce ad accrescerle di dimensioni e di numero. Invece di confondere o identificare (sulla scia di Kant) il livello etico (della regola universale) e quello religioso (dell'esistenza del singolo), si tratta quindi piuttosto di tener fermo (con Kierkegaard) a una loro rigorosa distinzione. Il Dio cristiano è un Dio che annuncia ai disperati e ai sofferenti una parola di consolazione e che, invece di condannare, chiama alla conversione e alla speranza ed è sempre pronto a perdonare: "Venite a me, voi tutti che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò" (Mt 11,28).

L'impostazione teologica tradizionale è invece sempre stata più interessata a dare un giudizio sull'atto in se stesso che non a considerare la struttura psichica del suicida, la sua biografia, le sue esperienze conflittuali, le motivazioni cosce ed inconscie che lo hanno spinto a levar-la-mano-su-di-sé. Certo, essa non ha mai ignorato che vi sono delle circostanze che diminuiscono o eliminano completamente la responsabilità della persona; anzi ha sempre sottolineato che, nel dare un giudizio su un singolo atto suicida, vanno tenuti in considerazione quegli elementi che possono aver condizionato la libertà di intendere, volere ed agire del suicida²⁷. Tuttavia la tendenza della morale cristiana tradizionale a

27. Il *Catechismo della chiesa cattolica* del 1992 ha riproposto ancora una volta la tradizionale condanna del suicidio come "gravemente contrario al giusto amore di sé", come "offesa all'amore del prossimo", come "contrario all'amore del Dio vivente" ("siamo gli amministratori, non i proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo"). Il suicidio è considerato tanto più grave se commesso "con l'intenzione che serva da esempio". Indubbiamente il *Catechismo* aggiunge altresì che "gravi disturbi psichici, l'angoscia o il timore grave della prova, della sofferenza o della tortura possono attenuare la responsabilità del suicida" e che non si deve "disperare della salvezza eterna delle persone che si sono date la morte", in quanto "Dio, attraverso le vie che egli solo conosce, può loro preparare l'occasione di un salutare pentimento": "la Chiesa prega per le persone che hanno attentato alla loro vita". Tuttavia il suicidio resta per la morale cattolica una colpa grave, in quanto, oltre che essere "proibito dal quinto comandamento", è un atto "contrario alla giustizia, alla speranza e alla carità".

distinguere nettamente il giudizio sull'atto suicidale dal giudizio sul suicida appare estremamente problematica (tanto che è stata recentemente più volte criticata da molti studiosi del problema²⁸) proprio perché prescinderebbe appunto dalla considerazione dello stato di solitudine, di sofferenza e di coazione emotiva che di solito contraddistingue la personalità del suicidante²⁹:

Una ragazza di diciassette anni che voglia buttarsi sotto il treno non ha affatto l'intenzione di pronunciare una sentenza sull'esistenza nel suo complesso; essa non vuole né rendere manifesta la vacuità dell'esistenza né negare la consistenza della realtà che la circonda; vuole soltanto trarre le conseguenze dal fatto che non riesce più a vivere come è vissuta fino ad allora, dal fatto che determinate persone, paure, sensi di colpa o coazioni le precludono a quanto pare definitivamente la strada alla vita, e che non ce la fa più a sopportare ancora la non-vita in cui si ritrova confinata. La diciottenne affetta da anoressia, che sospira per mesi la morte, non contesta affatto che i singoli esseri viventi abbiano diritto di esistere; prova solo i peggiori sensi di colpa a credere che una come lei sia autorizzata a vivere³⁰.

Ciò che caratterizza la psicologia del suicida è infatti per lo più non l'ampiezza dell'orizzonte decisionale e la scrupolosità della presa di posizione, ma, proprio al contrario, la straordinaria ristrettezza della prospettiva e la frettolosa superficialità dell'analisi della

28. Cfr. i contributi di A. Holderegger, K.-P. Jörns, E. Drewermann, P. Biet e E. Fizzotti-A. Gismondi.

29. In realtà nel nuovo *Codice di diritto canonico* in vigore dal 1983 aveva trovato espressione giuridica un atteggiamento sostanzialmente nuovo della chiesa nei confronti di questo gesto autodistruttivo estremo. Esso condanna ancora nel libro VI (*De sanctionibus in ecclesia*), parte II (*De poenis in singula delicta*), titolo VI (*De delictis contra hominis vitam et libertatem*), can. 1397 e 1398 l'omicidio, il ratto violento o fraudolento di una persona o la sua detenzione coatta, la mutilazione e il ferimento grave, ma non ricorda più come delitti specifici il duello, il suicidio e la *vis et metus* per costringere a scegliere lo stato religioso o clericale. Questo perché, quanto al suicidio, "ordinariamente si può presumere che non vi sia un comportamento doloso da parte del soggetto, il quale potrebbe essere nella condizione di non intendere o volere pienamente" (*Commento* al codice di diritto canonico a cura di Mons. Pio Vito Pinto, Urbaniana University Press, Città del Vaticano 1985). È vero che il fatto di aver tentato di togliersi la vita resta un impedimento per ricevere gli ordini sacri (can. 1041), ma, nel succitato commento, si aggiunge che anche in questo caso "il tentativo di suicidio, dovuto ad infermità, non è imputabile".

30. E. DREWERMANN, *Il problema del suicidio, ovvero: un'ultima grazia della natura*, in *ID.*, *Psicanalisi e teologia morale*, Brescia 1992, 333.

situazione: mai un uomo è meno in grado di prendere posizione nei confronti dell'esistenza nel suo insieme, come nell'attimo in cui si vede spinto a distruggere in maniera oggettivamente definitiva la sua propria esistenza. È cioè raro che l'atto suicidale si fondi su decisioni autenticamente libere e ragionate; anzi esso, anche dopo fasi depressive caratterizzate da una serie di precisi sintomi psicosomatici (come apatia, stanchezza, letargia, ipotonia, inappetenza, disturbi del ritmo cardiaco e respiratorio, pensiero negativistico, nostalgia di uno stato di quiete qualsiasi, compreso quello della morte, nonché il classico nodo alla gola o il dolore alla bocca dello stomaco), è quasi sempre una reazione istantanea e spontanea dovuta a un eccesso di funzionalità vagale a una situazione specifica e concreta avvertita come priva di vie d'uscita. E come tale va anzitutto considerato. Di solito infatti, a introdurre l'azione suicidale, è il crollo dell'Io — cioè dell'istanza cui spetta il controllo sulla realtà esterna al fine della sopravvivenza individuale — a fronte di una situazione apparentemente senza vie d'uscita. L'illimitata volontà di vita, presente nell'Es, conduce cioè, in simili circostanze, al predominio del "principio del nirvana" (Freud), che suscita nell'Io il desiderio di dissolversi, di non vedere e non sentire più niente e di rifare, per così dire a ritroso, il passo della nascita in direzione dell'esistenza prenatale.

Certo: l'assenza di vie d'uscita può essere a volte una condizione immaginaria, priva di riscontro fattuale. Chi identifica, però, il risultato oggettivo del gesto suicidale (la fine dell'esistenza) con lo scopo che soggettivamente il suicidante intende raggiungere con esso, dà prova soltanto di un modo precipitoso e astratto di giudicare. Il campo soggettivo di esperienza del suicidante, nel momento in cui avverte l'assenza di vie d'uscita, è infatti completamente limitato da paure e angosce d'ogni specie che finiscono per restringere il suo campo visuale, assolutizzando difficoltà relative e ingigantendo problemi circoscritti e limitati, fino a indurlo a distruggere la propria individualità, ovvero a spingerlo a regredire a uno stato armonico prenatale o anorganico³¹. Di fronte ad un ostacolo avvertito (erroneamente) come insuperabile, egli viene infatti afferrato da un tale senso di vuoto e di stanchezza ("l'averle-provate-tutte"),

31. Cfr. H. HENSELER, *Crisi narcisistiche. Sulla psicodinamica del suicidio*, 1984.

nonché da una tale crisi di autostima, che l'atto finale distruttivo viene ad essere solo un'esecuzione capitale da lungo tempo decisa. Ora, in questa situazione, più che parlare di eventuali colpe e responsabilità del suicidante, bisogna piuttosto prendere seriamente in considerazione la complessità dei rapporti interpersonali conflittuali all'interno dei quali egli è cresciuto e vissuto, ovvero il groviglio di fattori condizionanti rispetto ai quali egli è impotente come un pesce nella rete³².

Lo stesso vale però anche laddove l'impressione dell'assenza di vie d'uscita percorribili nasce da una condizione oggettiva. Scambiare una possibile risoluzione suicidale concreta, dovuta per esempio a una malattia inguaribile o a un dolore insostenibile, con una presa di posizione complessiva o totalizzante circa il senso dell'esistenza in generale è tanto assurdo quanto pensare che nessuno debba/possa più morire di colera solo perché questa malattia è stata sconfitta una volta per tutte in laboratorio. La sofferenza ha infatti un senso (biologico) nella misura in cui serve alla vita, ovvero attira l'attenzione su determinati guasti dell'organismo e induce, come segnale d'allarme, a prendere delle contromisure appropriate. Ma quando non c'è più rimedio, quando il dolore non è più mezzo, ma diventa fine a se stesso, l'accettazione della sofferenza può apparire come qualcosa di profondamente insensato.

Il suicidio può però essere a volte altresì la reazione a quella condizione di tragica disperazione cui — in un'epoca storica nella quale, grazie ai progressi della medicina, viviamo in media quasi il doppio dei nostri antenati — sembra ineluttabilmente condannato chi invecchia. Al giorno d'oggi, infatti, l'anziano si trova spesso a dover fare i conti con un drammatico squilibrio tra la maggior durata della propria esistenza e la diminuzione costante dei contenuti capaci di darle significato. In una società in cui una persona ha un

32. Il suicida vorrebbe vivere, ma non come vive adesso, bensì sotto condizioni più accettabili, con il riconoscimento e l'affetto dell'ambiente sociale che lo circonda, e non vorrebbe più soffrire. Nasce così in lui la volontà di vendicarsi dell'ambiente che non lo sostiene a sufficienza o che reagisce male nei suoi confronti, ma al contempo anche il desiderio (che è un appello, una richiesta d'aiuto) di non essere più di peso a nessuno, per cui nell'attimo decisivo le persone più vicine dell'ambiente circostante si trasformano per il suicida in esseri che egli crede di dover proteggere e salvare dalla propria mostruosità, e la loro vicinanza, di solito così desiderata, diviene un grande pericolo, proprio quando sarebbe estremamente necessaria.

ruolo ben definito solo fintantoché è inserito nel ciclo produttivo, è molto difficile riempire sensatamente gli anni della cosiddetta meritata pensione, se non si hanno più contatti umani, rapporti affettivi o compiti gratificanti da espletare. Se poi al senso di solitudine e d'inutilità si aggiungono malattie dolorose o croniche, condizioni di vita umilianti ed esperienze deludenti, anche la fede in Dio può non riuscire a offrire un'adeguata scappatoia.

Vi sono tuttavia anche situazioni in cui a spingere al suicidio non è solo la sensazione di trovarsi senza vie d'uscita, ma anche la volontà di conservare un po' di dignità e d'umanità in condizioni non degne dell'uomo (come nei casi di cyber-bullismo). Si pensi al prigioniero che viene sottoposto a tortura o ad isolamento coatto in prigione affinché, ad esempio, riveli i nomi dei suoi compagni, oppure all'individuo che vede fallire in modo definitivo e irrimediabile un progetto politico, religioso o culturale, con cui si era totalmente identificato³³. Vi sono però altresì situazioni di scacco e di naufragio insuperabili, in cui non solo la vita può finire per apparire intimamente senza valore (si pensi alla perdita di una persona amata), ma in cui addirittura l'amore può rendere addirittura inevitabile la scelta suicidale (si pensi al caso di Jochen Klepper³⁴).

Un suicidio può infine essere anche il risultato del conflitto, all'interno di un individuo, tra il Super-Io (cioè l'etica sociale interiorizzata) e l'Io che, avendo contravvenuto a qualche norma, non sa più come sfuggire alla condanna della sua suprema istanza morale. A volte infatti l'Io vive con il suo Super-Io in un rapporto di tale fedeltà, simbiosi e dipendenza da non riuscire a prendere assolutamente più distanza da esso. In tali casi il gesto autodistruttivo è solo la reazione naturale all'angoscia prodotta da insostenibili sensi di colpa di fronte a un Super-Io insensibile ai compromessi e quindi capace di mettere a tal punto l'Io alle strette da non fargli più intravedere scappatoie di sorta.

33. Pensiamo a figure della storia ebraica (Achitofel, Saul, difensori di Mazada) e antica (Annibale), ma anche ai gerarchi giapponesi e tedeschi alla fine della seconda guerra mondiale.

34. Jochen Klepper, scrittore e poeta tedesco, dopo aver cercato vanamente di emigrare in Svezia, si uccise nel 1942, insieme alla moglie ebrea e alla figliastra (destinate alla deportazione), per non separarsi da loro.

In conclusione: di fronte al gesto autodistruttivo per eccellenza, ciò che conta, da un lato, è non perdere mai di vista l'intrinseca tragicità del gesto suicidale, il concreto e particolare stato psichico di conflitto, d'impotenza e di sofferenza che attanaglia l'animo del suicida — di contro a qualsiasi forma di teologia senz'anima che, per tener fermo a un'astratta immagine in bianco e nero della realtà, considera le tragedie della vita come bagattelle o le interpreta come risultato di motivi poco chiari, mostrando soltanto di non voler o non riuscire a comprendere il dolore degli uomini. Dall'altro, ciò che conta è riscoprire il senso più profondo del messaggio evangelico che, lungi dal voler sottomettere l'individuo ad un catalogo di opprimenti, rigide ed inumane norme morali, per poi colpevolizzarlo e creargli nuove ed arcane paure, mira a dargli conforto nella disperazione e speranza nell'angoscia, annunciandogli la liberazione dal peccato e promettendogli la redenzione definitiva da ogni male. Solo l'esperienza di una parola (o di un amore) che sia in grado di donare nuovamente senso ad una esistenza minacciata dal non-senso o a far tralucere la possibilità di un futuro diverso in una situazione apparentemente senza vie d'uscita, può infatti sconfiggere “la malattia mortale” del suicidio:

Colui che è sull'orlo del suicidio non ascolta più divieti o comandamenti [...] Nessuna legge che faccia appello alle forze dell'uomo può salvare chi è disperato, anzi essa lo fa sprofondare ancora di più nella disperazione; soltanto l'azione salvifica di un altro, soltanto l'offerta di una nuova vita [...], possono soccorrere colui che dispera della vita. L'ordine di vivere non aiuta colui che non può più vivere: l'aiuta soltanto un nuovo spirito³⁵.

I. Bibliografia

AGOSTINO A., *De civitate Dei* (412–427) (*La città di Dio*, Milano 1984).

AMÉRY J., *Hand an sich legen*, Stuttgart 1976 (*Levar la mano su di sé*, Torino 1990).

35. D. BONHOEFFER, *Etica*, 1962, 142.

- BAECHLER J., *Les Suicides*, Paris 1975 (*Tod durch eigene Hand. Eine wissenschaftliche Untersuchung über den Selbstmord*, Frankfurt–Berlin–Wien 1981).
- BIET P., *Suizidalität als Problem christlicher Ethik*, Regensburg 1990.
- BONHOEFFER D., *Ethik*, München 1949 (*Etica*, Milano 1969).
- DREWERMANN E., *Vom Problem des Selbstmords oder: von einer letzten Gnade der Natur* (1983–1984), in ID., *Psychoanalyse und Moralthologie, III: An den Grenzen des Lebens*, Mainz 1984, 1990⁴, 98–173 (*Il problema del suicidio, ovvero: un'ultima grazia della natura*, in E. DREWERMANN, *Psicanalisi e teologia morale*, Brescia 1992, 329–406).
- DURKHEIM E., *Le suicide. Etude de sociologie*, Paris 1897 (*Il suicidio. Studio di sociologia*, Torino 1998).
- FIZZOTTI E., GISMONDI A., *Il suicidio. Vuoto esistenziale e ricerca di senso*, Torino 1991.
- FREUD S., *Trauer und Melancholie* (1917), in ID., *Gesammelte Werke*, London, 1946, vol. X, 428–446 (*Lutto e melancolia*, in ID., *Opere 1905/1921*, Roma 1992, 909–919).
- GARAVENTA R., *Il suicidio nell'età del nichilismo: Goethe, Leopardi, Dostoevskij*, Milano 1994.
- , *Sofferenza e suicidio. Per una critica del tradizionale approccio cristiano al problema del dolore*, Genova 2008.
- GIOVANNI PAOLO II, *Catechismo della chiesa cattolica*, Città del Vaticano 1992.
- HENRY A.F., SHORT J.F., *Suicide and Homicide*, Glencoe (Ill.) 1954.
- HENSELER H., *Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*, Opladen 1984.
- HOLDEREGGER A., *Suizid und Suizidgefährdung. Humanwissenschaftliche Ergebnisse Anthropologische Grundlagen*, Fribourg–Freiburg 1979 (*Il suicidio. Risultati delle scienze umane e problematica etica*, Assisi 1979).
- , *Die Verantwortung vor dem eigenen Leben: Das Problem des Suizids*, in “Handbuch der christlichen Ethik”, vol. III, Freiburg 1982, 256–279.
- JASPERS K., *Philosophie* (1932), voll. I–III, Berlin–Heidelberg–New York 1973; vol. II: “Existenzerhellung” (*Filosofia*, voll. I–III, Milano 1972–1978; vol. II: “Chiarificazione dell'esistenza”).

JÖRNS K.-P., *Nicht leben und nicht sterben können. Suizidgefährdung Suche nach dem Leben*, Göttingen–Wien–Freiburg–Basel 1979.

LANDSBERG P.L., *Le problème morale du suicide* (steso presumibilmente nell'estate 1942, ma pubblicato postumo sulla rivista "Esprit" nel 1946) (*Il problema morale del suicidio*, in Id., *Scritti filosofici*, vol. I, Cinisello Balsamo 2004, 751–773).

RINGEL E., *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften Entwicklung*, Eschborn 1953.

—, *Das Leben wegwerfen? Reflexionen über den Selbstmord*, Wien–Freiburg–Basel 1978.

STAROBINSKI J., *Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*, Basel 1960 (*Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*, Milano 1990).

La dignità nel soffrire

VINCENZO PAGLIA*

Il tema affidatomi, “La dignità nel soffrire”, sembra considerare la sofferenza non come un valore in sé, ma come una esperienza della condizione umana da vivere con dignità. L’esperienza della sofferenza è un dato che accompagna la vita di tutti. Nessuno escluso. Da sempre la sofferenza abita la vita umana e ne manifesta la radicale fragilità umana. L’uomo è anche *homo patiens*, nota saggiamente V.E. Frankl. La questione — è il cuore di questo congresso — si concentra su interrogativi che riguardano il senso della sofferenza e il modo di viverla e di affrontarla. Per il cristiano la via non è quella di esaltare la sofferenza come un valore, ma di trasformarla in una occasione di amore sia da parte di chi soffre sia da parte di chi consola. In questo senso potremmo dire che la fede cristiana “salva” la sofferenza, rendendola fonte di amore. L’esempio di Gesù è illuminante. Da lui si apprende cosa vuol dire la dignità nel soffrire e nel chinarsi su chi soffre.

I. Gesù e la sua sofferenza

Nei Vangeli non appare mai Gesù che cerca la sofferenza. E neppure sono riempiti di descrizioni delle sofferenze di Gesù. Mostrano semmai il contrario. Gesù viene persino accusato di essere un “mangione e un beone” (Lc 7,34). Nei trenta anni di vita a Nazareth è stato un onesto artigiano, né ricco né mendicante. Certo, soprattutto nei tre anni di vita pubblica ha dovuto affrontare prove umane dolorose. Basti pensare al rifiuto oppostogli dai suoi stessi concittadini e dalle incredi-

* Presidente dell’Academia Pro Vita.

bili opposizioni dei nemici, ma anche dalle delusioni dei discepoli. È vero che ha gustato molte soddisfazioni. Basti pensare al clima di festa che lo circondava ogni volta che entrava nelle città accolto e attorniato dalle folle. Certo, l'ultima settimana della sua vita è stata terribile: arresto, processo, flagellazione, crocifissione e morte atroce. Nel Getsemani ha pregato di esserne liberarlo. Non ha cercato la sofferenza. Ma l'amore per il Padre e per gli uomini era così grande da superare anche la più alta delle sofferenze. Potremmo dire che Gesù riempito quella sofferenza con il suo amore senza limiti. Ed è questo amore che ha trasformato quella sofferenza e quel dolore in una fonte di vita. Ha davvero vissuto con dignità — ossia con amore — la sofferenza. A redimere, pertanto, non è stata il suo soffrire, ma l'amore che è stato più forte della sua stessa sofferenza. È in questa prospettiva che i discepoli sono chiamati a vivere l'esperienza della sofferenza. Quindi non cercata in se stessa, ma riempita di un amore che la sorpassa.

2. Gesù si prende cura dei sofferenti

C'è poi un secondo aspetto che va considerato con attenzione, ossia la ricerca della prossimità con chi soffre. C'è una dignità nello stare accanto a chi soffre. Gesù, nel corso della sua vita pubblica ha sempre lottato contro la sofferenza: mai si è rassegnato di fronte alla sofferenza degli uomini, piccoli e grandi. La guarigione dei malati è una costante insopprimibile nella vita pubblica. Matteo sintetizza con queste parole la missione stessa di Gesù: “andava attorno per tutta la Galilea, insegnando nelle loro sinagoghe predicando la buona novella del Regno e curando ogni sorta di malattie e di infermità” (Mt 4,23). E Luca dà molto spazio nel suo Vangelo all'azione taumaturgica di Gesù: più di un quarto dei primi dieci capitoli riguardano la narrazione delle guarigioni (120 versetti su 425). E nei Vangeli, su 53 miracoli riportati, ben 30 riguardano guarigioni.

L'azione taumaturgica di Gesù evidenzia la forza sanante di Dio che sottrae il corpo, la vita, il cuore, la psiche degli uomini al potere del male. L'interesse di Gesù è per la salute di tutto l'uomo e non semplicemente di una sua dimensione, magari quella spirituale. Gesù è teso a dare la salute piena, la salvezza da ogni infermità, la

liberazione da ogni schiavitù. Tale potere è dato da Gesù anche ai suoi discepoli. Scrive Matteo: “Chiamati a sé i suoi dodici discepoli, diede loro il potere di scacciare gli spiriti immondi e di guarire ogni sorta di malattie e di infermità” (Mt 10,1). La guarigione dalle malattie non è facoltativa rispetto all’annuncio, ne è la conferma. Gesù insiste: “Guarite, resuscitate, sanate, cacciate gli spiriti immondi!”. E aggiungerà: “In verità, in verità vi dico, anche chi crede in me, compirà le opere che io compio e ne farà di più grandi” (Gv 14,12).

3. La comunità cristiana e la cura dei malati

Per la comunità cristiana la cura della malattia è stata costante e sempre accompagnata dall’utopia della guarigione piena. Fin dall’antichità, le comunità cristiane hanno chiamato Gesù “medico dei cristiani” e la Chiesa “vera e propria clinica”. È nota l’espressione di Ireneo: “Il Signore è venuto come medico di coloro che sono malati”. E Origene: “Sappi vedere (nei Vangeli) che Gesù guarisce ogni debolezza e malattia, non solo in quel tempo in cui queste guarigioni avvenivano secondo la carne, ma ancora oggi guarisce; sappi vedere che non è disceso solo tra gli uomini di allora, ma che ancora oggi discende ed è presente. Ecco, infatti, io sono con voi tutti i giorni sino alla fine del mondo”. Potremmo continuare a lungo. Dalla Liturgia di San Marco ove la Chiesa prega: “Signore... medico delle anime e dei corpi, visitaci e guariscici”, a un’antica iscrizione cristiana: “Ti prego, Signore, vieni in mio aiuto, tu solo medico”.

Dovremmo chiederci perché oggi, nelle nostre comunità, abbiamo messo da parte queste pagine evangeliche ritenendole di fatto inapplicabili. Non dovremmo riprenderle nella loro forza originaria? Forse, un cristianesimo troppo razionalistico ha spinto a ignorarle. È raro sentir parlare di guarigione dei malati. Eppure, la domanda di guarigione continua a crescere, inimmaginabile in una società disincantata e dominata dalla tecnica. Quanti — nella nostra società ipertecnologizzata — ricorrono a pratiche magiche, occulte, esoteriche, per guarire da malattie fisiche e psichiche! Fortunatamente, cresce anche il numero dei pellegrini nei santuari ritenuti luoghi di protezione e di guarigione. Dovremmo riflettervi con maggiore attenzione!

Il rapporto tra Chiesa e malattia, tra Comunità cristiana e guarigione, è parte della missione stessa indicata da Gesù. Si potrebbe dire che Chiesa e Medicina hanno lo stesso scopo: guarire i malati. Sappiamo bene che i due termini, curare e guarire, possono essere interscambiabili, anche se vi sono diverse sfumature di diversità. La guarigione eccede la cura e tende verso la pienezza della vita. Gesù che guarisce vuol dire che ridona ai malati la salute nella prospettiva del Regno di Dio. Per la comunità cristiana la cura della malattia non è mai stata senza questa utopia che ha un duplice oltre, quello della pienezza della vita e quella della dimensione comunitaria: tutto il popolo viene salvato e preservato per la celeste Gerusalemme. Dio è venuto a salvare il suo popolo, e ogni membro di esso, nella sua totalità.

La malattia non è un semplice fatto biologico: è la metafora della vita stessa, nel senso che ne manifesta la radicale la debolezza e il bisogno di essere accompagnata e salvata. Nella malattia appare la fragilità dell'uomo, il suo essere "polvere" (come dice la Genesi), oppure "vaso di creta" (come scrive Paolo). Ma — e questo è il cuore dell'annuncio evangelico — Dio si prende cura di questa polvere: le dona la vita e poi la cura, la difende e la guarisce quand'essa viene colpita. Il malato, con la sua condizione, ricorda a se stesso e a tutti di cosa siamo fatti e suggerisce l'indispensabilità dell'affidarsi a Dio e agli altri.

È una lezione decisiva in questo tempo nel quale la cultura porta al culto della salute a qualsiasi costo, alla illusione della onnipotenza, sino a ipotizzare l'immortalità. Il cardinale Martini — nella sua saggezza formatasi alla scuola della Bibbia — ha scritto: "La malattia è parte della vita... Non è un incidente, ma la rivelazione della condizione normale di limite insita in ogni condizione umana, è qualcosa che mi definisce nel mio essere fragile, debole, incerto, mancante. Rivela chiaramente ciò che è nascosto in me anche quando sto bene. E la temo, la malattia, perché non voglio che emerga la verità della mia limitatezza, della mia povertà".

4. La dignità della fragilità

Credo sia importante ridare senso alla fragilità. Considerata come dannosa, essa deve essere riscoperta nella sua profondità. La

fragilità — è certo una “ferita” — e proprio per questo chiede ascolto, gentilezza, amore, compagnia. L’autonomia e l’autosufficienza, sono il suo opposto, come pure l’impossibile salute piena. Una società di forti e di autosufficienti è crudele, disumana. Le persone consapevoli della loro fragilità invece sentono il bisogno degli altri, sanno invocare aiuto, sanno pregare, sanno suscitare una forza di solidarietà e ritessere le lacerazioni. Coloro che, illudendosi, si credono forti, sono in realtà arroganti, litigiosi, dittatori sugli altri. L’apostolo Paolo scrive: “quando sono debole è allora che sono forte” (2Cor 12,10). Nella debolezza dell’apostolo si manifestava la potenza di Dio. La fragilità di chi si ammala aiuta chi si crede sano a scoprire la sua fragilità. Per una società più umana è decisivo scoprire che la fragilità è una delle strutture portanti della vita: ci aiuta a considerare il valore della gentilezza e della mitezza, dell’ascolto e dell’attenzione agli altri, ma anche il valore dell’essere in comunione con le sofferenze, con le attese e le speranze degli altri. Si crea una comunione straordinaria tra chi cura e chi è curato, tra chi assiste e chi è assistito.

La sofferenza accompagna la malattia. È parte del mistero dell’esistenza umana. Ma possiamo e dobbiamo ostacolare la sofferenza e il dolore. Certo, non riusciremo ad eliminarla, proprio perché consustanziale al limite dell’essere umano. Ma accompagnare chi soffre, dobbiamo farlo sempre. Dio stesso, che non ci protegge da ogni dolore, ci sostiene sempre in ogni dolore, non ci abbandona mai. La compagnia amorevole è la prima cura per il malato. In questo senso la malattia non è un problema solo di medicina: è una domanda di aiuto, di amore, perché si intensifichi la vita attorno a chi la sente ferita e indebolita. Di qui l’importanza della cura, della relazione con i malati: la compagnia del medico, degli amici, della comunità cristiana ha una forza terapeutica. E questo soprattutto in una società che, con i suoi squilibri sociali e i suoi processi di emarginazione, aggrava la già radicale debolezza di ogni persona.

5. Il senso del soffrire

La scienza ha compiuto passi enormi per attutire il dolore e la sofferenza. Ma — lo ripeto — è parte ineliminabile della vita. Voler

anestetizzare la vita da ogni dolore, angoscia, preoccupazione e afflizione, non solo è vano, è anche pericoloso. È la deriva a cui vorrebbe spingere il narcisismo teso unicamente al proprio benessere, alla propria armonia, alla propria tranquillità, per cui ogni angoscia, ogni preoccupazione, ogni ferita deve essere bandita. Triste, molto triste è questa società. Per di più sarebbe senza passioni. E quindi senza sdegno per le sofferenze e il male. Soffrire per il male, angosciarsi per le ingiustizie, è un patrimonio non solo da custodire, semmai è da accrescere. Purtroppo sembra prevalere un narcisismo che rende ciechi e indifferenti di fronte ai dolori degli altri. La beatitudine degli afflitti, come enunciata dal Vangelo, riguarda anche chi si affligge per coloro che sono nell'ingiustizia e nella sofferenza. Senza "compassione" — ossia senza un "patire-soffrire" assieme — la vita diviene crudele per tutti. C'è bisogno di un'ascesi che aiuti a stare accanto, a soffrire assieme, come anche a combattere la sofferenza sino ad eliminare il dolore. Questa è somma dignità.

Certo, come accennavo all'inizio, malattia e dolore non sono da ricercarsi per se stessi, come se fossero un valore. Mi paiono utili queste parole di Gabriel Marcel: "Io sono incline ad affermare che la sofferenza è un male, ma che l'anima umana, in certe condizioni, può liberamente, cioè con un atto libero, trasformare questo male non tanto in un bene, quanto piuttosto in un principio suscettibile di irradiare amore, speranza e carità. Questo implica che l'anima che si trova nel dolore si apra maggiormente agli altri invece di rinchiudersi su se stessa o sulla sua ferita". L'apostolo Paolo, cantore dell'*agape*, ossia l'amore, che "tutto crede, tutto spera, tutto sopporta", a Timoteo, suo discepolo prediletto, scrive: "Io infatti sto già per essere versato in offerta ed è giunto il momento che io lasci questa vita. Ho combattuto la buona battaglia, ho terminato al corso, ho conservato la fede" (2Tm 4,6-7).

L'apostolo Paolo suggerisce che la sofferenza può essere trasformata in un'occasione utile perché cresca l'amore. Non siamo invitati a rassegnarci al dolore — che va combattuto e, se possibile, eliminato — ma sappiamo comunque che ogni goccia di dolore è preziosa se vissuta nell'amore, in quell'amore che "tutto sopporta" e che non "avrà mai fine" (cfr. 1Cor 12,7-8). Tale amore lo ricevia-

mo da Dio stesso e, come i talenti della parabola, glielo restituiamo raddoppiato dalla fede che conserviamo anche nella sofferenza e nel dolore.

Certo, restano le domande: quali sono le parole della fede di fronte a chi soffre? Come accompagnare chi è in una condizione di gravissime sofferenze? Come stare accanto a chi continua a vivere ma in condizioni di terribile sofferenza e la morte è ormai alle porte, inesorabile? Vanno evitate formule stereotipate, come anche affermazioni che invitano semplicemente alla rassegnazione o peggio a suggerire che è Dio che manda dolore e sofferenza. Non si deve mai dimenticare che Gesù slega la sofferenza al peccato personale. E i Vangeli non rispondono alla domanda sull'origine del male, piuttosto raccontano che Dio sta accanto a chi soffre per combattere con lui la battaglia della vita contro il male e la morte. E Dio sta vicino a chi soffre non in maniera esteriore e impassibile, come un Dio Crocifisso, come "esperto" nel dolore e che però coinvolge chi soffre anche nella sua risurrezione. Diceva Paul Claudel: "Dio non è venuto per spiegare la sofferenza; è venuto per riempirla della sua presenza". Questa è una delle ragioni che spiega perché i malati dotati di risorse spirituali riescono a far fronte alla malattia con maggiore forza. La fede potremmo dire diviene una potente "arma terapeutica".

Profili di spiritualità nella sofferenza

Solo alla luce della gioia si solleva il velo sul mistero del dolore

GIUSEPPE CINÀ*

Questo contributo torna a riflettere sull'atteggiamento che il cristiano è chiamato ad assumere *quando è nella sofferenza*. In fondo è sempre il medesimo mistero: come vivere la vita spirituale quando si è nel dolore. Il cristiano sa che la sua "spiritualità" è la medesima, sia quando è nella gioia che quando è nel dolore. Ma sa anche che quell'atteggiamento assume modalità differenti nell'una o nell'altra situazione¹. Del dolore umano se ne parla e se ne scrive molto anche oggi, ma è vero anche che nessuna risposta è mai esauriente, e che le domande del "come" e del "perché" ci sia tanta sofferenza nel mondo, si ripropongono incessantemente. Non sarà certo questa l'ultima volta che ci poniamo la questione².

Non pretendo di dire nulla di effettivamente nuovo. Tenterò solo di seguire un sentiero un po' diverso, anche per reagire alla diffusa opinione, specialmente nel mondo laicista, che ancora si accanisce a ritenere che la risposta cristiana a questa realtà sia sempre venata di un più o meno accentuato "dolorismo". Mi porrò in una "differente

* Professore emerito di Teologia Pastorale Sanitaria, Istituto Camillianum, e già Preside.

1. Questo contributo — che prende in considerazione solamente la spiritualità "cristiana" — si muove in una certa continuità con un precedente articolo: "Quale spiritualità nelle patologie gravi?", in *Camillianum* 49–50 (2017) 21–43. Della spiritualità vista in una gamma più ampia ho scritto in: *La vita spirituale nel tempo della sofferenza*, Studium, Roma 2011. Lì discorro anche di "profili" sia del pensiero laico che di quello religioso.

2. Prezioso il monito del *Catechismo della Chiesa Cattolica* quando parla della Provvidenza e lo scandalo del male: occorre guardare alla totalità del messaggio cristiano, perché "non c'è punto che non sia, per un certo aspetto, una risposta al problema del male", n. 309.

prospettiva”. In proposito però sappiamo quanto la percezione d’una situazione umana sia condizionata proprio dall’angolo visuale dal quale la guardiamo.

La prospettiva di questa riflessione, vuole innanzitutto dire che non emerge il senso cristiano del dolore, né nasce l’atteggiamento corrispondente, se non sullo sfondo della gioia della vita redenta da Cristo. Vorrei così pormi in linea con la *Evangelii gaudium* di papa Francesco che fonda l’evangelizzazione di oggi sull’affermazione: “La gioia del Vangelo riempie il cuore e la vita intera di coloro che si incontrano con Gesù. Coloro che si lasciano salvare da Lui sono liberati dal peccato, dalla tristezza, dal vuoto interiore, dall’isolamento. . . Desidero indirizzarmi ai fedeli cristiani per invitarli a una nuova tappa evangelizzatrice marcata da questa gioia”³. Dunque anche per papa Francesco la gioia è l’atteggiamento tipico del cristiano. Ciò rimane determinante soprattutto dinanzi alle esperienze di “fragilità” della vita⁴.

Ho scelto allora, come “profili” di spiritualità cristiana di fronte alla sofferenza, alcuni di quelli che scaturiscono dall’esperienza di una vita gioiosa, perché tale è l’annuncio del vangelo. Gli atteggiamenti che ne derivano, saranno diversi a secondo non solo dell’indole dell’esperienza dolorosa che il soggetto sta vivendo, ma prima ancora perché sono *personali*. . . Si potrebbe dire che i modi di affrontare il dolore sono innumerevoli, perché la sofferenza è come l’amore: un’esperienza personalissima e in qualche modo irripetibile. Ognuno ha il “suo” modo di soffrire, come ha il suo modo di amare. Si ricordi Quasimodo: “Ognuno sta solo sul cuor della terra, trafitto da un raggio di sole. Ed è subito sera”. . . Però è da ricordare quel misterioso legame tra gli esseri umani che, in ultima analisi, li rende partecipi gli uni delle gioie e dei dolori degli altri. L’antropologia cristiana è fondata appunto sulla verità del “corpo mistico” di Cristo (1Cor 13,27). Qui la “fenomenologia del dolore umano” avrebbe molto da illustrare⁵.

3. FRANCESCO, *Evangelii gaudium*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2013, n. I.

4. Ivi, nn. 209–216.

5. Ne ho scritto qualcosa in: “L’esperienza dell’umano soffrire”, in *La vita spirituale nel tempo della sofferenza*, op. cit., 85–106.

Ne tratterò alcuni perché anche in questo caso “la verità è sinfonica” (Balthasar), è corale, ha una dimensione comunitaria e interpersonale che aiuta a comprendere e a sostenere il soffrire del singolo. Guarderemo quindi all’esperienza del dolore umano nella prospettiva della “gioia di una vita redenta”, salvata e “già” liberata dalle “radici trascendentali del male” (SD 14). Perché è proprio l’esperienza di questa “gioia” la risorsa cristiana per far fronte all’ora del dolore.

La prima parte di questa relazione ricorda “il fatto cristiano: Cristo è risorto”: dunque la spiritualità cristiana è fondata sulla gioia della vita vittoriosa sul male e sulla morte. Segnerà alcuni “profili teologici” che leggono questo dato gioioso di fede. Seguirà un paragrafo — una sorte di “intervallo” — per segnare il passaggio alla seconda parte centrata sulla domanda del “come il discepolo si appropri di quel dato rivelato in maniera che lo sostenga nell’ora del dolore”. Per dare una qualche risposta, proporrò, nella seconda parte, due “profili” o “stili” di vita spirituale, l’uno più attento alla “forza salvante della parola” (J.-B. Lecuit); l’altro focalizzato sullo “sguardo cristiano” della realtà (F. Dostoevskij riletto da Tat’jana Kasatkina).

I. Il fatto cristiano: Cristo è risorto!

Il termine “profilo” — che può essere variamente interpretato — qui è visto come modo di interpretare la gioia dell’esistenza, propria della fede cristiana. È questa poi che deve confrontarsi con le esperienze del male, del dolore, del peccato e della morte.

In fondo la questione va articolata in questi termini: se “la sofferenza è stata redenta” da Cristo (SD n. 19) in che modo cambia la situazione oggettiva del male, della sofferenza e della morte che tuttora rimangono? Ed è noto che il “mistero pasquale di Cristo” è il momento culminante e decisivo di quella trasformazione. Questo è il “dato di fede” che il cristiano deve responsabilmente accogliere. La riflessione riguarda appunto il “come il discepolo assimili e faccia propria quella trasformazione”. È la prospettiva della dimensione spirituale della teologia.

Mi riferirò a cinque “studi” pubblicati di recente: di Jurgen Moltman, di Umberto Muratore, di Ingolf Dalferth. Richiamerò due opere, una di Jurgen Werbich, l'altra di Joseph Blenkinsopp. Faranno in un certo modo da spartiacque e da collegamento tra la prima e la seconda parte di questa relazione.

2. La “gioia” dell'annuncio cristiano

Il saggio di Moltmann⁶ — una delle ultime sue pubblicazioni — si apre con il richiamo alla straordinaria diffusione che ebbe il Cristianesimo alle sue origini. Perché annunciava, ad una società logorata e stanca dell'invadenza del male e dell'oppressione del pensiero della morte, l'affermazione gioiosa del kerigma cristiano: Il Crocifisso è Risorto, sconfitta è la morte. È la dichiarazione di quanto avevano sperimentato i primi discepoli in seguito all'incontro con il Signore risorto e attivamente presente in mezzo a loro. Fu questa esperienza dei credenti da essi proclamata con fermezza e audacia, ma anche dimostrata dal loro genere di vita (At 2,42–47; 4,32–35) a suscitare quel rapido e ampio movimento di adesione a Cristo. Sono poi state le vicissitudini successive ad appannare progressivamente queste dichiarazioni, spostando così l'accentuazione che ora andava verso la Croce e il Crocifisso. Il che sta a indicare innanzitutto quanto sia stato necessario un lungo tempo di maturazione perché la fede cristiana entrasse nel mistero della croce e la vedesse nel suo rapporto intrinseco con l'amore e la risurrezione⁷.

Asse centrale attorno al quale l'Autore sviluppa la sua tesi, è l'affermazione di Atanasio: “Il Cristo risorto trasforma la vita in una festa senza fine”. La vita umana quindi cresce e matura verso la vita divina, nulla perdendo del suo spessore terreno, ma tutto

6. J. MOLTSMANN, *Un Dio vivente e pienezza di vita*, tr. it. Queriniana, Brescia 2016.

7. Dalla storia dell'arte liturgica cristiana, pare che il Crocifisso posto sull'altare o sull'abside, cominci ad apparire nelle nostre chiese soltanto verso i secoli IX o X dopo Cristo. Le basiliche protocristiane dei secoli IV–V nell'abside accoglievano o il “Cristo pantocrator”, glorioso attorniato da angeli e santi, o splendente nella gloria del Dio trinitario. Questo era il primo impatto che avevano i fedeli o i visitatori entrando in quei luoghi: la gioia luminosa della vita redenta da Cristo alla quale il fedele veniva fin d'ora associato.

trasformando: la gioia umana diviene “umano-divina”, così come l’amore, la libertà. I “sensi” divengono spirituali, cioè animati dallo Spirito santo. Ecco perché, sostiene Moltmann, il “Dio vivente” non può che essere che Dio trino, che vive in se stesso la vita eterna nel reciproco amore. Ma allora la storia di Cristo è la sua stessa storia di vita “per noi, presso di noi, con noi”. La sua vita eterna accoglie in sé la nostra vita finita, sicché la nostra finitezza e mortalità sono “già” vita eterna, “pienezza di vita”.

Umberto Muratore, discepolo e studioso di Rosmini, nel libro *Felicità. La via cristiana per conquistarla in pienezza*⁸, pur avendo un diverso interesse, si pone tuttavia sulla linea di J. Moltmann nel riconoscere che lo straordinario sviluppo della fede cristiana ai suoi inizi, fu dovuto all’annuncio della gioia del Risorto: l’esperienza che ne ebbero i primi discepoli, fece loro rileggere tutta la storia precedente — sia di Cristo che d’Israele — nella prospettiva della “gioia” della risurrezione. Ed è questa “esperienza del risorto” che i cristiani di oggi sono chiamati a vivere e testimoniare.

Attualmente è direttore del Centro internazionale di studi rosminiani di Stresa (Verbano). Ha scritto questo libro per rispondere ad una domanda che da tempo lo incalzava, per la sua fede personale e per l’impegno missionario: “come impostare l’esistenza in modo che sia accompagnata dal gaudio interiore in ogni situazione?” È un obiettivo che interessa ancora più direttamente il nostro tema. Ed è in piena sintonia con la parola dell’apostolo che invita i cristiani ad essere sempre “lieti nella speranza, costanti nella tribolazione” (Rm 12,12).

Riprende l’intuizione di Rosmini, per il quale la fede cristiana è una “religione della gioia”. Egli, ricorda Muratore, riassume la vita cristiana in tre verbi: “adorare”, “tacere”, “godere”, in questo modo poneva la felicità “come fondamento che sempre accompagna gli altri stati d’animo”

Ma ha presenti anche gli ostacoli che impediscono o oscurano la felicità. Perché la vita umana è intessuta di gioie e di dolori, di successi e di fallimenti, di vita e di morte... È anche vero, soggiunge, che già la natura umana, e quindi l’uomo stesso con la sua

8. U. MURATORE, *Felicità. La via cristiana per conquistarla in pienezza*, Effatà, Cantalupa 2017.

ragione e i suoi comportamenti, dispone di numerose risorse per fronteggiare quelle situazioni. . . Tuttavia solo la fede in Dio consente di affrontare certe esperienze davvero distruttive ed eccedenti rispetto alla capacità umana di comprenderle e di sostenerle, quali “la sofferenza fisica e psichica, l’ingiustizia subita, lo stress logorante”, alcune forme d’invecchiamento devastanti e deprimenti, malattie invalidanti e irreversibili, certi modi di morire: . . . E quante altre situazioni di un “eccesso del soffrire” dovremmo ricordare: basterebbe richiamare il dolore innocente, quello dei bambini e quello di Giobbe. “Senza Dio, conclude, tutto si fa più ingarbugliato e carente di risposte dentro il cuore umano, che rimane inquieto finché non trova una risposta che lo appaghi” . . .

Diverso è l’obiettivo dello studio di Dalferth che ora prendo in considerazione. In *Trascendenza e Mondo secolare. Orientamento della vita alla Presenza ultima*⁹, vuol mostrare che, nella fede cristiana, non c’è contrapposizione o contrasto tra la dimensione immanente dell’esistenza e quella trascendente, perché è fondata sul dato storico dell’incarnazione del Figlio di Dio: “Il Verbo s’è fatto carne” (Gv 1,18). Di qui l’economia salvifica sacramentale che prolunga nel tempo la “parola” e l’“agire” di Cristo.

Prende l’avvio da due presupposti che interessano il nostro argomento. Sostiene innanzitutto che il cristianesimo, alle sue origini, ha guardato la realtà mondana “con occhi profani”, non si è limitato, detto diversamente, ad una concezione “religiosa” della realtà. L’ha guardata nella sua fatticità. Se in Cristo “Dio si è fatto uomo”, l’eterno è entrato nel tempo, il divino nell’umano, l’infinito nel finito, l’assoluto nel relativo. . . Ne deriva una visione del reale che necessariamente “orienta la vita del credente alla Presenza ultima”, cioè a Dio: un Dio attivamente presente e operante. Questo anche perché — ed ecco il secondo presupposto — Dio si è manifestato in Cristo e nello Spirito Santo “come colui che si è deciso definitivamente e irrevocabilmente per gli uomini. . . sebbene questi lo ignorino o vivano lontano da lui”.

Quindi i cristiani, se credono, non considerano, in prima battuta, la fede come loro decisione, ma come azione di Dio che si è deci-

9. J. DALFERTH, *Trascendenza e mondo secolare. Orientamento della vita alla Presenza ultima*, tr. it. Queriniana, Brescia 2016.

so incondizionatamente per l'uomo. E tuttavia è vero, soggiunge Dalferth, che, accettando il battesimo, essi riconoscono in questa decisione di Dio, il dono immeritato che li apre ad una nuova forma di vita con Dio e tra di loro: questa è la "vita nuova in Cristo" che plasma una nuova identità personale. La fede è libero dono di Dio ed è innanzitutto impegno di Dio. L'uomo può accettarlo o rifiutarlo. Ma Dio si fa "prossimo" anche di coloro che non si curano di lui. . . Eppure al di fuori di questo rapporto con Dio, si rimane soli con l'autoaffermazione del "vecchio uomo", dove tutto ruota attorno all'io, che rimane chiuso in se stesso¹⁰.

E dunque, anche se Dalferth in questo studio non si riferisce direttamente alla "gioia" che suscitò in molti il primo annuncio evangelico, sottolinea comunque che la chiesa delle origini si affermò in quanto annunciava la presenza salvifica di un Dio irrevocabilmente schierato a favore degli uomini. Un asserto dunque che conferisce solida sicurezza al credente, lo apre ad una speranza fondata sulla fedeltà di Dio.

3. Intermezzo – il dramma di Dio: l'uomo accetterà il suo progetto?

Il punto critico di tali proposte emerge quando si prende in considerazione la reazione dell'uomo: accetterà quest'intervento di Dio? L'uomo adamitico ha sempre trovato difficile acconsentire al rapporto con Dio, o meglio al tipo di rapporto che Dio proponeva. Ha sempre preteso la sua "autonomia" nel gestire la propria esistenza. Ogni epoca della storia umana — e l'ha espresso nella propria cultura — in un modo o in un altro, ha sempre preteso e ricercato una sua emancipazione dalla tutela di un Dio, la sua indipendenza.

Oggi, nell'epoca della "modernità" o "postmodernità" nel mondo occidentale questa volontà si è accentuata ed è divenuta più critica e acuta. L'intervento di Dio è visto come un asservimento dell'uomo, una "arroganza" da parte del Donatore. Vi vede una

¹⁰. Utile tener presente la *Dichiarazione congiunta della Chiesa cattolica e della chiesa luterana sulla giustificazione* commentata in *Parola, Spirito e Vita*, n. 75 (2017), numero monografico su *Salvati per grazia*.

forma di dipendenza da Dio che gli dà l'impressione di non essere "preso sul serio", con la sua responsabilità di fronte all'esistenza. L'uomo di oggi, insomma vuole "salvarsi da sé": un "Altro", sia pure un Dio che lo faccia "per amore" non lo accetta. Vuole costruirsi da sé, elaborare un suo progetto di vita che nasca dalla sua razionalità e libertà, dove anche la sua conclusione o la sua fine è lui a deciderla, quando e come crede. Insomma, il "paradiso" — la felicità — l'uomo se lo vuol conquistare da sé. E ciò vale anche per il soffrire e per il morire¹¹.

Non è questo il momento di tornare su questioni del genere. Tuttavia è utile ricordare quanto sia tuttora attuale l'osservazione che Bonhoeffer, a suo tempo, si poneva nel carcere di Tegel: "come annunciare il Cristianesimo all'uomo fatto adulto?"¹². Una versione della medesima problematica, aggiornata al nostro tempo, è riscontrabile in una recente intervista a Julià Carrò, responsabile di Comunione e Liberazione¹³.

Ecco perché, prima di passare a riflettere sul "come il discepolo di Cristo si appropri dei dati di fede", è opportuno lo studio di un altro teologo del nostro tempo: J. Werbach, *Un Dio coinvolgente*¹⁴. Il volume vuol ricordare che l'uomo è chiamato ad essere collaboratore di Dio nella costruzione della propria vita e quindi anche nel far fronte alle situazioni negative e dolorose dell'esistenza.

L'opera vuole essere un aiuto "affinché gli uomini trovino il coraggio di vivere la propria fede e di sperimentarla come salvifica, come forza che tocca le profondità dell'anima" e vivano responsabilmente il rapporto con Dio.

C'è però da dire, nota l'Autore, che se è vero che oggi c'è un certo "ritorno di Dio", per vari motivi, bisogna però chiedersi anche di quale Dio si tratti, quale idea o concetto si abbia di lui. Forse è bene, aggiunge Werbach, lasciarsi provocare da interrogativi quali: "senza Dio ti manca qualcosa? O nulla, perché hai già tutto? Come

11. È il problema della *Leggenda del grande inquisitore*: F. Dostoevskij.

12. G. CINÀ, "D. Bonhoeffer: Trasmettere la fede cristiana in un mondo diventato adulto", *Camillianum* 30 (2010) 327-348.

13. A. TORNELLI, J. CARRON, *Dov'è Dio? La fede cristiana al tempo della grande incertezza*, Piemme, Milano 2017.

14. J. WERBACH, *Un Dio coinvolgente. Dottrina teologica su Dio*, tr. it. Queriniana, Brescia 2017.

si arriva alla certezza di “chi è” Dio e della sua presenza attiva fra noi?” Non pare che basti “un forte sentimento”, oppure una “concentrazione interiore”. . . Forse è necessaria una “compagnia”, una “comunità” — la Chiesa — per ritrovare “il carattere biblico della fede in Dio, le motivazioni affidabili che lo sostengono” (pp. 7.9).

Tornando al problema dell’autonomia dell’uomo nel gestire la propria vita, Werbach sottolinea quanto, a leggere la bibbia, Dio stesso si sia preoccupato di chiamare l’uomo a condividere, insieme con lui, il suo progetto creativo. La storia biblica, in effetti mostra come Dio abbia concepito il suo disegno coinvolgendo la sua creatura. Ben presto però nelle prime pagine del testo sacro esplose la reazione negativa dell’uomo: già al capitolo terzo della Genesi è narrato prima il sospetto, poi il rifiuto dell’uomo di “riceversi” da Dio, e quindi di “dialogare” con lui. I capitoli successivi (Gen 4–11) narrano le prime conseguenze di quella colpa sui discendenti più immediati, ma che poi coinvolgono tutti gli esseri umani.

Tra gli altri, ne parla Joseph Blenkinsopp in *Creazione, decreazione, ricreazione*¹⁵. Professore emerito all’Università Notre Dame, negli Stati Uniti, spiega il senso della triplice sequenza del titolo — cioè la modulazione nei tre momenti comprensivi della creazione. Suppone il convincimento che la creazione va compresa come un racconto mitico delle origini della vita che “assume come tema l’infiltrazione del male in un mondo originariamente buono”. Troppo facilmente, parlando della colpa delle origini, ci si limita al capitolo terzo della Genesi, scavalcando i capitoli immediatamente successivi: dal quarto all’undicesimo.. Questi narrano le conseguenze del “peccato” dei progenitori sui loro discendenti e che sono tuttora attive, nel senso che anch’essi sono conniventi con i progenitori, ossia consenzienti allo svolgersi di quel comportamento colpevole di rifiuto del rapporto con Dio. In tal modo provocano un accumularsi e aggravarsi del peccato, al punto che la storia della salvezza si svilupperà progressivamente, ma si attuerà nella dinamica di un “passaggio” fatto di quei tre passi: *creazione* (dal caos al

15. J. BLENKINSOPP, *Creazione, decreazione, ricreazione. Introduzione e commento a Genesi 1,1–11*, tr. it. EDB, Bologna 2011; si veda anche G. VON RAD, *Jahvé e i popoli: conclusione della storia primordiale*, in ID., *Teologia dell’Antico Testamento*, vol. I, Paideia, Brescia 1972, 191–196; A. WÉNIN, *Abramo e l’educazione divina: struttura narrativa e antropologica in Gen 1, 1–11*.

cosmo ordinato) alla quale seguirà la fase di *de-creazione* (ricaduta nel caos a causa dell'infedeltà dell'uomo), quindi il passaggio alla *nuova-creazione* dovuta all'intervento salvifico di Dio.

Le conseguenze del peccato — che corrispondono alla fase di *de-creazione* — sono davvero rovinose per l'umanità. Quei capitoli ne danno un resoconto succinto e in linguaggio mitico e simbolico, ma denso di significato. Rivelano il progressivo aggravarsi della condizione umana: “Caino, Lamec, matrimonio degli angeli, costruzione della torre: altrettante tappe su quella strada che ha condotto gli uomini sempre più lontano da Dio. . . Il succedersi di questi racconti denuncia un abisso che si sta spalancando sempre più tra l'uomo e il Creatore¹⁶.”

4. Un momento di . . . sospensione?

Siamo dunque di fronte a una storia di Dio con gli uomini, che è storia di una sempre rinnovata punizione, e insieme di una protezione di grazia; storia d'una via caratterizzata da crescenti castighi di Dio, “ma che senza l'aiuto continuo di Dio non avrebbe potuto essere percorsa dall'uomo”¹⁷. Dio sa troppo bene che l'uomo, lasciato a se stesso, non riuscirà mai ad attuare la sua esistenza in “pienezza di vita”, di quella vita cioè che è nel progetto creativo di Dio: rendere l'uomo partecipe della vita divina.

“In un punto però — osserva un noto studioso della Teologia dell' Antico Testamento — manca questa consolante assistenza, ossia quella misteriosa volontà di grazia da parte di Dio”. Questo avviene quando il racconto biblico restringe lo sguardo sui discendenti di Sem, fino a Terach, padre di Abramo (Gen 11,1-26). Siamo dunque “alla fine della preistoria. La storia della costruzione della torre termina con un giudizio inesorabile di Dio sull'umanità” (Gen 11,6-9). Così l'intera preistoria sembra chiudersi con una stridente dissonanza, e la domanda, già formulata nel testo, ora

16. Lo studio può essere ampliato e approfondito leggendo André LaCoque e Paul Ricoeur, rispettivamente: “Crepe nel muro: Genesi 2-3” e “Pensare la creazione”, in *Come pensa la Bibbia*, tr. it. Paideia, Brescia 2002, 23-83.

17. G. VON RAD, “Postilla alla preistoria jahvistica”, in ID., *Genesi*, Paideia, Brescia 1978, 193-195.

si ripropone più potentemente: “il rapporto di Dio coi popoli è ora definitivamente infranto? La gratuita pazienza di Dio è ormai esaurita? Ha egli per sempre, nella sua ira, ripudiato i popoli?...”¹⁸

Tali e simili interrogativi inducono alcuni esegeti a ritenere che, malgrado che il testo preso in esame abbia una conclusione in se stesso, tuttavia nel lettore sia maturata l’attesa di una certa continuazione che la narrazione dovrebbe avere: il Dio creatore non può, si direbbe, rassegnarsi a questo tipo di umanità... E difatti con il capitolo 12, dal versetto 4 e seguenti, Dio riprende le fila della sua opera. Si ha la sensazione che, con la chiamata di Abramo narrata a partire da questo capitolo, cambi la strategia del Creatore¹⁹ e che, nello schema di Blenkinsopp, corrisponderebbe alla fase di nuova-creazione. Si dovrà anche osservare che, a partire dalla “chiamata di Abramo, e dei successivi “mediatori” avviene come una “potatura” drastica nel numero dei credenti, sarà sempre solamente “un piccolo resto” che rimarrà fedele all’alleanza con Dio. Comincia a verificarsi la parola che poi sarà netta sulle labbra di Gesù: “molti sono i chiamati, pochi gli eletti”, ossia quelli si lasciano “scegliere” dal Signore per proseguire nella catena dei mediatori, che Balthasar chiama “la scala dell’obbedienza”²⁰.

Dio infatti d’ora in poi andrà alla ricerca di personaggi che accettino di collaborare con lui per ricostruire la vita umana. Dio si cerca dei “mediatori”: Abramo, Giacobbe, Mosè; re e sacerdoti, salmisti e profeti, sapienti... fino a Gesù Cristo, per poi proseguire con apostoli e discepoli, donne e uomini, singoli e coppie; comunità di popoli, come Israele prima e Chiesa dopo. Ed è Dio stesso che li forma, perché si abituino a fidarsi di lui, a vivere alla sua presenza, a “stare con lui” per essere e operare “in sua compagnia” (Gdt 8,26–27).

Questa storia di Dio con l’uomo comporterà per il Signore, un suo progressivo “descensus” verso la condizione umana. Potrei richiamare alcuni indizi di questo approssimarsi di Dio, come ad esempio: la vocazione di Mosè (Es 3,1–12), poi di Samuele (1Sam

18. Id., *Teologia dell’Antico Testamento*, vol. I, Paideia, Brescia 1972, 194–195.

19. Ivi, note 4 e 5, nelle pagine seguenti del volume di von Rad.

20. H.U. VON BALTHASAR, “Antico Patto”, in Id., *Gloria. Un’estetica teologica*, vol. VI, Jaca Book, Milano 1975, 185–193.

3,1-21), il dramma di Giobbe; il salmista, i profeti, i sapienti e via via gli altri testi biblici. Tutti corrono in direzione della promessa di un... "trapianto" che Dio stesso opererà perché l'uomo abbia finalmente un "cuore nuovo e uno spirito nuovo" capace di aprirsi al dialogo con Dio (Ger 3, 31-34; Ez 31, 33-34; Eb 10,16). Questo avverrà nell'incarnazione del Figlio di Dio. Egli sarà "uno di noi" che "prende dentro di sé" il discepolo che a lui si affida, "abiterà in lui", sicché il discepolo diviene colui che "è-in-Cristo" (Gal 2,20) o che "dimora in Cristo" o colui nel quale "Dio dimora" (Gv 14,24)²¹. Siamo al centro del nostro argomento: in che modo la gioia evangelica dell'"essere-in-Cristo" è la risorsa fondamentale per non soccombere quando si è nella tempesta. Come avverrà?

5. Come Il discepolo si appropria del suo "essere-in-Cristo"?

Tutto si gioca sul rapporto tra Dio e l'uomo, sul "dialogo" che la fede cristiana stabilisce tra Dio e l'uomo; dunque sul concetto identitario del discepolo come "esistenza dialogica". Ma non si deve pensare che Dio, il quale vuole portare l'uomo alla "terra promessa", ossia a condividere la vita divina, abbia "già" stabilito in anticipo anche il percorso! Il cammino lo dovranno fare insieme: Dio e l'uomo. La compagnia di Dio vuol dire che l'uomo può fidarsi del Signore, contare su di lui, perché solo "camminando insieme con Lui" raggiungerà la mèta: "camminando s'apre il cammino" (Antonio Machado). La strada è difficile da identificare e da percorrere, il sentiero non sempre è ben tracciato, frequenti i rischi, i trabocchetti, gli inganni, facile il disorientamento ad ogni bivio. Le esperienze penose ne sono l'espressione più convincente. Dicono quante insidie minaccino la direzione da prendere e da mantenere, la fatica di andare sempre oltre, con coraggio e fiducia, superando delusioni e stanchezza, errori e cadute, sempre cominciare e "ri-cominciare". Quindi "camminando con Dio" s'apre il cammino.

21. È chiaro che qui siamo dinanzi al grandioso tema dell'Alleanza sia del Primo che poi del Nuovo Testamento. Una gustosa meditazione biblica in: A. VANHOYE, *Vivere nella nuova alleanza*, APD, 1995.

Del resto, come Iddio è “tripersonale” — dove la “relazione all’altro” è costitutiva delle tre Persone divine — così ha voluto creare l’uomo “a sua immagine e somiglianza”. Dunque, anche l’uomo è un essere “relazionale”, sebbene qui la “relazione” non sia “costitutiva” del soggetto come lo è tra le persone divine. Nell’uomo la relazione riguarda la sua “attuazione” che da individuo lo porta ad essere persona. Egli è in “relazione con se stesso” (dimensione intrapsichica), è “in relazione con gli altri” (dimensione interpersonale) ed è in relazione di dipendenza creaturale dal suo Creatore e Padre.

Si tratterà ora di vedere come si attui e come si sviluppi la relazione con Dio, ossia la “Vita-con-Dio”. Delineo due “stili/profili” teologici che, da punti di vista differenti, giungono al medesimo obiettivo: J.-B. Lecuit e Dostoevskij riletto da Tat’jana Kasatkina.

5.1. J.-B. Lecuit: dialogo con Dio che nasce dal duplice desiderio

Il teologo carmelitano Jean-Baptiste Lecuit qualche anno fa pubblicava uno studio che è illuminante per la nostra questione. Meditava sul dialogo che matura nel cuore dell’uomo quando prende sul serio la sua relazione con Dio. Si chiedeva che cosa accade nel cuore dell’uomo *Quand Dieu habite en l’homme*²². Più recentemente ha pubblicato un altro lavoro che mi pare avvincente e rilevante per approfondire il senso di quel dialogo: *Le désir de Dieu pour l’homme*: un dialogo perciò che nasce da un duplice desiderio: dell’uomo — che vuol conoscere Dio — e di Dio stesso che desidera vivere con l’uomo. Oggetto primario dell’opera è rispondere al problema teologico “se in Dio c’è il desiderio: può Dio desiderare qualcosa?”. Ma è importante chiedersi che cosa possa significare in tal caso la parola desiderio attribuita a Dio?²³.

Restringo la riflessione all’aspetto della questione che interessa il nostro tema. Lecuit, tra l’altro, vuol dirci che la fede cristiana non

22. J.-B. LECUIT, *Quand Dieu habite en l’homme. Pour une approche dialogale de l’inhabitation trinitaire*, Le Cerf, Paris 2010.

23. ID., *Le désir de Dieu pour l’homme. Une réponse au problème de l’indifférence*, Cerf, Paris 2017. Ampio spazio è dedicato all’analisi del “desiderio” già nella prima parte. Nella seconda, che tratta direttamente del “desiderio di Dio per l’uomo”, riprende la domanda in questa nuova prospettiva: pp. 170–198.

è soltanto una questione di ricerca della “verità”, come reazione ad un’esigenza della nostra intelligenza e razionalità; ma deve rispondere anche ad una esigenza “esistenziale”: quella fede deve essere anche “desiderabile”...

Il dialogo tra Dio e l’uomo assume allora un carattere più ampio e complesso: se è vero che l’uomo vuol “conoscere” Dio, è chiaro che anche lo “desidera”... Ma questo vale anche per Iddio? In altre parole, da parte di Dio c’è solo la volontà di farsi conoscere oppure c’è anche un... “desiderio” di essere cercato, conosciuto, riconosciuto, apprezzato, desiderato, attirato, amato? In genere si dà meno peso a questa domanda, dando forse per scontata la risposta: “se lo vuole lo desidera anche”. Ma il senso — e la modalità dell’incontro e quindi del dialogo — è diverso se tra i due partner l’uno “vuole e desidera” l’incontro, e l’altro lo “vuole” soltanto... Dal punto di vista esistenziale il clima del dialogo cambia.

Ma allora cambia anche il modo di vivere la “spiritualità”, ossia il tipo di relazione dell’uomo con Dio. Altro è il “discorso su Dio”, altro è il “dialogo con Dio”. La verità, insomma, deve essere non solo “convincente”, ma anche “attraente”, per mobilitare la libertà, in modo che l’incontro interpersonale divenga desiderio di comunione, di amore, di autodonazione reciproca. *La Dei Verbum* va proprio in questa direzione: “Con questa rivelazione Dio invisibile, nel suo immenso amore, parla agli uomini come ad amici e s’intrattiene con essi per invitarli e ammetterli alla comunione con sé” (n. 2).

Il rapporto con Dio è dunque fondato sulla “parola” una “parola” che non è soltanto “vera” ma anche “desiderabile” a motivo di colui che la pronuncia: Dio che chiama, parla, prende l’iniziativa perché “desidera” entrare in rapporto con l’uomo (Eb I,1-2). Ed è proprio questo il concetto di “rivelazione” della costituzione conciliare: “A Dio che rivela, è dovuta l’obbedienza della fede, con la quale l’uomo gli si abbandona tutt’intero e liberamente, prestandogli il pieno assenso dell’intelletto e della volontà, e assentendo volontariamente alla rivelazione che egli fa” (n. 5).

6. Le due dimensioni della fede teologale

Cosicché sono due le dimensioni della fede teologale sottolineate dal documento del Vaticano II: l'atto personale di abbandono in Dio; e l'assenso al contenuto delle verità rivelate. Ponendo l'accento sulla prima, il Concilio mostra come l'accoglienza del contenuto della rivelazione da parte dell'uomo, nasca dal sentirsi desiderato, cercato, voluto, amato dal suo Signore: "Perché si possa prestare questa fede — prosegue la *Dei Verbum* — sono necessarie la grazia di Dio che previene e soccorre e gli aiuti interiori dello Spirito Santo, il quale muova il cuore e lo rivolga a Dio, apra gli occhi dello spirito e dia a tutti dolcezza nel consentire e nel credere alla verità. Affinché poi l'intelligenza della rivelazione diventi sempre più profonda, lo stesso Spirito santo perfeziona continuamente la fede per mezzo dei suoi doni" (n. 5).

L'uomo dunque risponde non solo perché quella parola è "vera", ma anche — e prima ancora — perché è rivolta a lui da un Dio che lo ama e che desidera essere riamato²⁴. Il battesimo stabilisce nel battezzato questo dinamismo in quanto fa "abitare" le tre Persone divine nell'uomo. Se l'uomo le accoglie, ecco che Dio trino è "già" in lui e la vita del discepolo scorre insieme con Cristo (Gal 2,20; Gv 8,31-32; 14,23-24; 15,1-II).

Lecuit comunque percorre tutta la tradizione cristiana per mettere in evidenza quanto in essa sia presente il convincimento del desiderio di Dio di vivere con la sua creatura fin d'ora, durante la vita terrena. Tutta la tradizione della chiesa ne parla, a partire dai Padri della chiesa, agli autori spirituali dei secoli successivi, alle anime "mistiche" della storia medievale e fino ai tempi nostri. Ma è altresì necessario che la categoria del "desiderio" attribuita a Dio, vada intesa in senso analogico, come quando si parla della "sofferenza" di Dio. Il teologo carmelitano ne tratta ampiamente²⁵.

È questa la realtà che il discepolo prende sul serio: l'inabitazione del Dio tripersonale in lui. Il dialogo "con l'io" (dialogo intra-

24. BENEDETTO XVI, *Deus caritas est. Lettera enciclica sull'amore cristiano*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2006. Si veda la prima parte (nn. 1-18) dove è discusso il rapporto di reciprocità tra *eros* e *agape*, applicato anche a Dio.

25. Si veda il paragrafo "En quel sensse Dieu désire l'etre humain et son salut" in ID., *Le désir de Dieu...*, op. cit., 331-345.

psichico), diviene “dialogo con Dio”. Un dialogare che nasce dal “desiderio” dell’incontro da parte dei due dialoganti e che plasma la nuova identità personale del soggetto umano: la lettera di Pietro afferma che il cristiano è “rigenerato dalla parola di Dio” (1Pt 1,23)²⁶. È se la vita dell’uomo diviene “vita-con-Dio”, non è già questa la felicità? È la dimensione mistica della vita cristiana, nella quale è vissuta consapevolmente anche la redenzione della sofferenza e della morte.

Vengo ora al secondo “profilo” che esprime la medesima verità nella visuale dello “sguardo” o “modo di vedere, capire, vivere” il rapporto dell’uomo con Dio.

7. Dostoevskij–Tat’jana Kasatkina: “guardare il mondo con occhi cristiani”

Forse Dostoevskij è il romanziere credente che ha espresso in una maniera straordinariamente efficace questa “abitazione di Cristo” nel credente e che ne fa anche la strada per non lasciarsi schiacciare dall’oppressione del male²⁷. In questi ultimi anni, un’appassionata studiosa dello scrittore, russa anch’essa, è penetrata più attentamente nel pensiero di Dostoevskij: Tat’jana Kasatkina²⁸. Ha guardato “con occhi amici” lo scrittore russo. Ciò le ha consentito di scoprire il senso più profondo che Dostoevskij vede e descrive nei suoi personaggi: egli intuisce la presenza mistica di Cristo in lui e in ogni uomo, perché questo vuol significare l’affermazione biblica dell’uomo creato “a immagine e somiglianza di Dio”. Nel battesimo all’uomo è restituita “l’irriducibile innocenza originaria”, che rimane incancellabile e neppure il peccato riesce ad annullare²⁹.

26. Th. SPIDLIK, *Noi nella Trinità*, Lipa, Roma 2000.

27. Prendo in considerazione Dostoevskij, sia a motivo della sua capacità di collegare il pensiero religioso occidentale a quello orientale e sia perché i personaggi dei suoi romanzi sono guardati con gli occhi di un credente. E questa mi sembra una via che introduce al pensiero di grandi teologi russi o ortodossi. Per questa relazione ho tenuto presenti: V. Solovev; S. Bulgakov; P. Florenskij; P. Evdokimov; O. Clément.

28. T. KASATKINA, *È Cristo che vive in te*, Itaca, Forlì 2012; EAD., *Dostoevskij. Il sacro nel profano*, Rizzoli, Milano 2012; *Dal paradiso all’inferno*, Itaca, Castel Bolognese 2012.

29. A. LÉCU, *Hai coperto la mia vergogna*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2017, 44.

Tat'jana si è resa conto, e ne parla nelle sue analisi, che Dostoevskij “guarda il mondo con occhi cristiani”. Egli è passato dal “pensare Dio”, al “pensare in Dio”. Si è così aperto ad una *conoscenza nuova* che lo ha fatto entrare in un mondo nuovo³⁰. Guarda ormai tutta la realtà come la guarda Dio. Ed è interessante che concluda la riflessione con la definizione del discepolo di Cristo come di colui che scopre la contemporaneità di Cristo e diventa suo contemporaneo, sperimenta la sua compagnia negli eventi della propria vita³¹.

Qui si può vedere anche, oserei dire, “come Dostoevskij “fa teologia” non discorrendo concettualmente, ma vedendo la presenza del Signore nel vissuto concreto della gente. I suoi personaggi divengono, mi vien da dire, “esistenze teologiche” nel senso che Balthasar attribuisce questa formula a Teresa di Lisieux o a san Paolo³². Che è un modo simile a come i Vangeli vedono i discepoli di Gesù e le altre persone che entrano in rapporto con lui, a cominciare dalla madre Maria e da Giuseppe. . . E non è questa la maniera in cui Dio agisce già nei personaggi del Primo Testamento: Abramo, Mosè, Giacobbe e poi il figlio Giuseppe, le coppie “Abramo–Sara”, Giacobbe e Rachele, Rut e Booz, il popolo d’Israele? Le verità di fede emergono in primo luogo dalle esperienze della vita, dagli eventi che intaccano il vissuto, a volte gioiosi e belli, altre volte penosi e tristi. . .

8. Il discepolo è un “contemporaneo di Cristo”

Cosa vuol dire questo “scoprirsi contemporaneo di Cristo”? Prima di tutto, osserva Tat'jana, il credente si rende conto che gli eventi vissuti da Cristo narrati nei vangeli, rimangono nella storia e il discepolo li ritrova nella propria vita: l’episodio evangelico, accade ora–qui–per–me, ossia si prolunga negli avvenimenti della mia vita.

30. Si può notare a quanto ho accennato, nell’introduzione, riguardo all’importanza della “prospettiva” nel percepire la realtà.

31. T. KASATKINA, “L’incontro quotidiano con il Dio che soffre”, in EAD., *Il sacro nel profano*, op. cit., 243–259.

32. H.U. VON BALTHASAR, *Sorelle nello Spirito: Teresa di Lisieux e Elisabetta di Digione*, Jaca Book, Milano 1975, 43–60.

Ma comprende anche il fatto che tutti gli eventi che egli attraversa nella sua vita, li vive “in compagnia di Cristo”. È la verità affermata da Paolo, che ora diviene esperienza anche del nuovo discepolo: “Sono stato crocifisso con Cristo. Questa vita che vivo nella carne, la vivo nella fede del Figlio di Dio che mi ha amato e ha dato se stesso per me” (Gal 2,20). Mai, da solo, sarebbe riuscito a vederli così, ma vivendo “in Cristo”, sì, vi riesce.

Per questo motivo, aggiunge Tat’jana, per Dostoevskij anche una situazione notturna, tenebrosa, addirittura “infernale” può trasformarsi in “un paradiso”. . . Perché in fondo il “paradiso” — la felicità — è l’unione con Cristo. . . E se Cristo è sempre presente e attivo nel nostro mondo, se tu lo accogli dentro di te e guardi con i suoi occhi, tutta la realtà mondana la vedi diversamente, è “altra” da quella che sperimenti e vedi al di fuori di questa relazione. Vedi e sperimenti il mondo come lo vede e lo conosce Dio. È la trasfigurazione in atto, nel suo compiersi ora, qui, per me. . . L’ostacolo a percepire questa realtà, è solo in chi non si apre al rapporto con Cristo, con il Cristo che è “dentro di lui”. Una frase affascinante è nei “taccuini per *I Fratelli Karamazov*: “La vita è un paradiso, le chiavi le abbiamo noi”³³.

9. Un esempio: “il bambino crocifisso”

Per chiarire come l’arte letteraria di Dostoevskij miri a educare il lettore a quello sguardo cristiano, si può leggere quanto Tat’jana scrive a proposito della figura del Crocifisso. Lo fa commentando l’episodio del “bambino crocifisso da un ebreo”. Ella chiosa le parole attribuite a Liza interpretandole alla luce del racconto della crocifissione di Cristo³⁴.

33. T. KASATKINA, *È Cristo che vive in te*, op. cit., 6. Comunque, già R. Guardini aveva scritto un penetrante saggio sulla religiosità dell’opera di Dostoevskij: *Dostoevskij: il mondo religioso*, Morcelliana, Brescia 2000⁵; TH. SPIDLIK, op. cit., 88–94. 95–97.

34. T. KASATKINA, “Liza Chochkhova, il bambino crocifisso e la composta all’ananas”, in EAD., *Il sacro nel profano*, op. cit., 254–259. Ed ecco l’episodio che Liza racconta ad Alésa: “In casa c’è un libro dove ho letto di un processo svoltosi non so dove, e di un ebreo che a un bambino di quattr’anni, prima aveva mozzato tutti i ditini, d’una mano e dell’altra, poi lo aveva crocifisso a parete, attaccato coi chiodi e crocifisso, e durante il processo aveva detto che il bambino era morto in breve, in termini di quattr’ore.

Il volume della studiosa russa si chiude aggiungendo, a quanto appena riportato, una considerazione fondamentale:

La grande arte cristiana — e Dostoevskij ne è un chiaro esempio — ha dato vita a delle opere che permettono all'uomo d'incontrare non il Dio onnipotente e trionfante ma il Dio sofferente, il Dio fatto uomo, Dio nella dimensione della sua esistenza terrena. Lo si incontra nell'opera d'arte e si impara a incontrarlo nel quotidiano, a riconoscerlo nel suo sembiante di servo. Si impara a riconoscere Lui in ogni uomo. La grande arte cristiana ha insegnato all'uomo a vedere che la realtà ha una dimensione in cui la storia evangelica rimane sempre attuale, uno spazio in cui l'uomo contemporaneo può inserirsi per portare a compimento ciò che in essa è rimasto irrealizzato: l'uomo può intervenire, ad esempio, per offrire un ricovero a Maria partoriente e dare un po' di calore al suo bambino, in passato *scaldato solo dal bue e dall'asinello in una mangiatoia*³⁵.

10. Per concludere: la dimensione mistica dell'esistenza cristiana³⁶

La percezione della realtà *guardata con occhi cristiani* è la prospettiva necessaria per l'argomento di questa relazione. Perché solo in base alla presenza viva e eloquente di Cristo, si trasfigura lo sguardo del credente sulla realtà mondana e quindi anche sulle esperienze liete o tristi della vita. Il suo "vedere-conoscere-percepire" ora va oltre la percezione epidermica della realtà. Sono gli occhi della mistica cristiana che realmente "vede, comprende e agisce in corrispondenza". Incrociamo così la conclusione alla quale ci aveva condotto J.-B. Lecuit, coniugata ora su un differente registro.

Cade a proposito l'affermazione di K. Rahner: Il cristiano del futuro o sarà mistico o non esisterà affatto³⁷. L'affermazione vuol dire innanzitutto che la *mistica* è dimensione costitutiva della fede cristiana, non è qualcosa di eccezionale, rientra nella normalità

In breve, lo chiamava! Si lamentava, si lamentava (diceva) e lui stava lì e si divertiva a sentirlo. Doveva essere una bella cosa!" (*I fratelli Karamazov*, Einaudi, Torino 2005, 767).

35. T. KASATKINA, *Il sacro nel profano*, op. cit., 261. R. Guardini si accosta a questa interpretazione analizzando la personalità del principe Myskin nell'ultimo capitolo: "Un simbolo di Cristo", in op. cit., 271-323.

36. L. BORRIELLO, "Cristo mistagogo", in Id., *Esperienza mistica e teologia mistica*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2009, 185-188.

37. K. RAHNER, *Elementi di spiritualità nella chiesa del futuro*, in T. GOFFI, B. SECONDIN (a cura di), *Problemi e prospettive di spiritualità*, Queriniana, Brescia 1983, 438.

della vita spirituale del discepolo. Nasce infatti dalla presenza operativa dello Spirito Santo ricevuto nel battesimo. Assume poi forme diverse per qualità e gradualità, secondo l'agire di Dio e la risposta di fede del discepolo³⁸. Ovviamente la strada è impegnativa, ma ormai è tracciata e... "il Maestro è qui e ti chiama" (Gv 11,28).

Tutto questo sta a dire che per entrare in un tale rapporto con il Signore, dobbiamo utilizzare la *globalità del nostro essere*: mente, cuore e volontà, affettività e sentimenti. Va dunque ampliato il nostro orizzonte mentale. Sappiamo bene quanto oggi, la mentalità moderna abbia una visione piuttosto ristretta dell'esistenza, un campo percettivo ridotto e appiattito sull'immanenza, sulla dimensione empirica, dove magari tutto ciò che era "teologia" è letto in chiave empirica e antropologica: i predicati positivi che la teologia vedeva in Dio, sono ora attribuiti all'uomo che, perduto il rapporto con il Creatore, è visto nel suo essere "finito", limitato nella durata e nella percezione della realtà e della qualità di vita³⁹.

Il compito della spiritualità cristiana sta appunto nel restituire la persona umana alla sua dignità originaria, a cominciare dalla dimensione corporea. I primi strumenti di cui siamo dotati, sono i cinque "sensi": vista, udito, tatto, gusto, odorato. Occorre lasciare che siano trasformati dall'agire di Cristo⁴⁰.

Divengono allora "spirituali", cioè animati dalla potenza dello Spirito Santo. Quindi ora sono idonei a far cogliere la realtà come la vede e sperimenta Cristo. Privati di questo afflato spirituale, percepiscono la realtà solo in maniera superficiale, solo nella sua esteriorità, nella sua apparenza e sfugge l'"oltre" che è l'essenziale, la realtà nella sua verità autentica... È anche questa, mi pare, la saldatura tra "trascendenza e mondo secolare" di cui parla Dalferth nel saggio citato.

D'altra parte, Gesù non dice che "il regno di Dio non viene in modo da attirare l'attenzione", ma "è in mezzo a voi" (Lc 17,20-21)? "È il nostro modo di guardare che deve cambiare: il paradiso dobbiamo imparare a vederlo proprio in quello che ci circonda", e non

38. K. RAHNER, *L'esperienza di Dio incomprensibili*, in Id., *Nuovi saggi*, vol II, Paoline, Roma 1968, 20-26..

39. Cfr. ad esempio S. NATOLI, *I nuovi pagani*, Il Saggiatore, Milano 1995.

40. L. BORRIELLO, *op. cit.*, 174-184; A. MONTANARI, *I sensi spirituali*, Glossa, Milano 2012.

rimandarne l'ingresso unicamente al "dopo morte"! La lettera ai Colossesi vede il cristiano "già ora pienamente divinizzato": "Se siete risorti con Cristo, cercate le cose di lassù, dove è Cristo, seduto alla destra di Dio. . . Voi infatti siete morti e la vostra vita è nascosta con Cristo in Dio! (3,1-4). Eloquentemente in proposito è l'evento della Trasfigurazione di Gesù narratoci dai vangeli sinottici (Lc 9,28-36 e par.)⁴¹. Il cristiano insomma deve educarsi ad "attraversare l'immagine esteriore per raggiungere quella interiore"⁴² perché di fatto la realtà è simbolica.

41. In Luca una sorte di ripresa dell'evento si ha nell'episodio di Emmaus (Lc 24,13-35).

42. T. KASATKINA, "È Cristo che vive in te", *op. cit.*, 10-11; TH. SPIDLIK, *Noi nella Trinità*, *op. cit.*, 92-101.

Come affrontare il dolore

LUCIANO SANDRIN*

Per capire ciò che la persona sofferente sta vivendo è importante soprattutto *ascoltare*. E cioè udire le sue parole ma anche percepire i suoi silenzi, il linguaggio del corpo e ciò che i suoi comportamenti comunicano. Perché tutto ciò che la persona fa o non fa è comportamento. E ogni comportamento è comunicazione, che ne siamo coscienti o meno¹. A volte una parola o un gesto del malato, apparentemente banali, sono un *grido soffocato* che proviene dal profondo della psiche e dell'anima, un linguaggio verbale o non verbale importante. Ma può capitare che non riusciamo a udire il messaggio che l'altra persona ci manda solo perché crediamo di sapere in anticipo ciò che vuole comunicare. O perché siamo distratti, non attenti, o troppo "pre-occupati" di noi stessi o di quello che dobbiamo dire o fare.

Dietro al dolore del corpo, al lamento e al pianto, possiamo cogliere i segni dell'angoscia e della paura, di un desiderio frustrato o di un amore tradito, dell'insicurezza e della solitudine, della tristezza e della disperazione, dell'abbandono e dell'inganno, del rimorso e della colpa, della separazione e di tante perdite immaginate o subite. Troppo spesso, invece di ascoltare ciò che il dolore vuole dirci, per superare il "dis-agio" noi lo addormentiamo con qualche analgesico, mettiamo la sordina alla sua voce. Parole dette troppo frettolosamente, anche consolazioni religiose "in-opportune",

* Professore di Teologia Pastorale Sanitaria e di Psicologia della salute e della malattia, Istituto Camillianum. Relazione al Convegno "Dolore e sofferenza: interpretazioni, senso e cure", 30–31 ottobre 2017.

1. Cfr. P. WATZLAWICK, J.H. BEAVIN, D.D. JACKSON, *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma 1971 (or. ingl. 1967), 13–63.

se non anche moleste, possono essere vie di fuga per tenerci a distanza dalla sofferenza che il malato vive.

1. L'esperienza del dolore

È ancora molto diffusa la convinzione che il dolore del corpo sia un semplice segnale di allarme, un messaggio sensoriale che arriva al cervello attraverso il midollo spinale e che avvisa su quello che sta succedendo in periferia. Se così fosse il dolore percepito dovrebbe essere proporzionato all'estensione e gravità del danno e per curarlo basterebbe intervenire sul danno tissutale. Ma così non è. Il dolore è un'esperienza complessa, anche il dolore del corpo, e gli studi dimostrano sempre più l'importanza dei fattori psicosociali in questo campo².

Il dolore è un'esperienza pienamente umana, esperienza della persona, e come tale sfugge alle nostre rigide distinzioni. Studiando a fondo il dolore fisico, per capirlo, ma soprattutto per arrivare a una sua adeguata terapia, gli specialisti del settore si sono resi conto come anche questo tipo di dolore non è una semplice risposta a una stimolazione che a vario titolo colpisce e danneggia il nostro corpo, ma piuttosto *il risultato di una complessa, e spesso inconsapevole, elaborazione personale in cui aspetti fisici, psico-sociali e spirituali si fondono insieme*: un amalgama in cui le singole dimensioni si possono distinguere ma non si possono separare. Troppo spesso invece noi, parlando del dolore, continuiamo a separare la psiche dal corpo, o il corpo dall'anima: segno di un dualismo cartesiano duro a morire. In un corretto approccio al paziente con dolore, per intessere con lui una relazione che in qualche modo lo aiuti, la componente psichica deve essere sempre tenuta in seria considerazione e attentamente valutata. Ma anche la componente spirituale.

Il *modello biopsicosociale*, che nell'ambito della salute sta sostituendo il modello biomedico, ci aiuta meglio a capire come anche il dolore percepito e vissuto, e i comportamenti che ne conseguono,

2. Cfr. L. SANDRIN, *Come affrontare il dolore. Capire, accettare, interpretare la sofferenza*, Paoline, Milano 2016⁵. ID., "Per capire il dolore. Annotazioni psicologiche", in *Camillianum* II (2004) 259–274.

risulti dall'interazione del soggetto (dotato di proprie caratteristiche biologiche e psicologiche, e di personali competenze) con il contesto sociale, dentro la prospettiva storico-evolutiva del ciclo di vita (*life-span*). Quando il dolore si cronicizza, entra come elemento caratterizzante nella biografia del soggetto interessato ma anche di tutto il sistema familiare e ne diventa, spesso, la chiave narrativa³. Il modello biopsicosociale è, quindi, più adeguato del modello biomedico per capire questa esperienza umana, perché vede il *dolore* come un'esperienza multidimensionale influenzata da meccanismi biologici, psicologici e sociali, ma che produce anche cambiamenti in queste varie dimensioni. La reciprocità di questa influenza, dentro un processo dinamico ed evolutivo, tende a cronicizzare il dolore stesso. Dentro l'approccio multidimensionale del modello *biopsicosociale-spirituale* della psicologia della salute, anche per quanto riguarda l'esperienza del dolore, sempre più attenzione stanno ricevendo le variabili spirituali e religiose e i meccanismi di affrontamento usati, valutati sempre più come "forme attive" di *coping*. E questo anche nel rapporto con le varie malattie.

La sofferenza del malato va oltre il dolore del corpo, anche se a questo contribuisce in maniera determinante: è "esperienza" della persona e ha la sua sorgente nelle sfide che minacciano la sua stessa integrità (*intactness*) biopsicosociale. È conseguenza di una distruzione della persona o di una sua parte essenziale, di un *danno percepito* come reale o imminente *all'integrità del Sé* (un costrutto psicologico che rappresenta un soggettivo senso di identità). E la sofferenza si esprime attraverso una vasta gamma di emozioni e sentimenti: angoscia, rabbia, tristezza, senso di colpa, disperazione, e altre ancora. E da questi vissuti viene influenzata. Non capire la natura della sofferenza del malato da parte dei professionisti della salute (del medico specialmente), anche quando viene espressa come dolore fisico, può portare a interventi terapeutici (anche tecnicamente perfetti) che non solo non leniscono il dolore ma rischiano di aumentarlo. Afferma provocatoriamente Eric Cassel che, nonostante il medico sia obbligato fin dall'antichità ad alleviare la sofferenza umana, poca attenzione sia stata esplicitamente data al

3. Cfr. A. KLEINMAN, *The illness narratives. Suffering, healing & the human conditions*, Basic Books – Harper Collins, s.c. 1988.

problema della sofferenza nell'educazione medica, nella ricerca o nella pratica. C'è quindi un paradosso: anche nei migliori luoghi di cura e con i migliori medici capita spesso che “la sofferenza sia presente non solo durante il corso di una malattia ma anche come risultato del suo trattamento”⁴.

Accettare, come punto di partenza, la “discrepanza tra Sé attuale e Sé ideale”, mai completamente colmabile ma sulla quale si può intervenire, è il passo fondamentale per ascoltare l'esperienza del dolore del malato — e della sofferenza che l'accompagna e lo può aggravare — e trovare le strade adeguate per alleviarlo, curarlo o sopportarlo. La “discrepanza” tra immagine corporea reale e ideale, fonte di dolore, si sposta (e si confonde) in chi soffre sulle discrepanze nel Sé (nel sentimento di identità), nei rapporti con gli altri e con Dio, e dalle ferite che queste discrepanze provocano viene influenzata. Ma dalla loro elaborazione e da un cammino di perdono e riconciliazione con il proprio corpo, se stessi, gli altri e Dio la persona può trovare sollievo e guarigione.

Nell'incontro con molti malati c'è spesso, inizialmente, solo il silenzio. Può essere il segno di un dolore troppo grande per essere detto, riconosciuto, accettato e ospitato. Il malato esprime il suo dolore quando capisce che “si può fidare” perché stiamo facendo tutto il possibile per guarirlo o per “sollevare” almeno il suo dolore, ma specialmente quando ci sente “presenze amiche”, compagni di viaggio insieme con lui nel viaggio della sua malattia. Ma a volte non siamo capaci di tenere il ritmo del suo passo, siamo su altre lunghezze d'onda e non riusciamo a sintonizzarci con ciò che egli vive. O vogliamo semplicemente difenderci dal nostro dolore. Il dolore dell'altro entra spesso in risonanza con i nostri presenti o antichi dolori. Nel dialogo con chi soffre, noi scopriamo le nostre ferite e le barriere che sono dentro di noi, che abbiamo man mano costruito fin dalla nostra infanzia, per salvarci dal nostro profondo dolore: corazze che ci impediscono di essere veramente presenti agli altri e in comunione con loro, ma anche con noi stessi⁵.

Per ascoltare la narrazione di chi soffre, e decifrare le sue emo-

4. E.J. CASSEL, *The nature of suffering and the goals of medicine*, Oxford University Press, Oxford–New York 2004², 29.

5. Cfr. J. VANIER, *Ogni uomo è una storia sacra*, EDB, Bologna 1999 (or. fr. 1994).

zioni, dobbiamo imparare a non far tacere il dolore delle ferite che abitano dentro di noi. Accanto a chi soffre, sono proprio le nostre ferite, guarite e cicatrizzate, che possono trasformarsi in fonte di sensibilità, capacità di sintonia, aperture alla compassione, e stimolare nell'altro le forze di guarigione che sono dentro di lui. Solo chi ha il coraggio di guardare dentro se stesso, colui che sa riconoscere anche le proprie ferite, elaborarle ed esprimere chiaramente le proprie esperienze interiori, può *offrire se stesso come fonte di chiarificazione, di cura e di guarigione*, e condurre le persone fuori dalla terra della confusione e dell'angoscia, in quella delle speranze. Ce lo ricorda Henri Nouwen nel suo bel libro *Il guaritore ferito*⁶.

2. Alla ricerca di un perché

I sentimenti di colpa (coscienti o meno) sono frequenti nel malato, e nei suoi familiari, sia quando la colpa viene riconosciuta sia quando viene rimossa e negata, ma espressa nella malattia o collegata in qualche modo ad essa. “Perché a me?”, “Che cosa ho fatto di male per meritare questo?”: sono domande frequenti nel momento del dolore, della malattia o della tragedia. Esse esprimono, in qualche modo, un senso di colpa derivante dalla sofferenza e dalla malattia vissute (non solo dai malati e i loro familiari ma anche da coloro che a vario titolo stanno loro accanto), come punizione⁷. Il malato si interroga, va alla ricerca nel suo passato di comportamenti coi quali collegare, in qualche modo, la sua situazione attuale. Il senso di colpa che la persona vive non deve essere banalizzato, è sempre meritevole di attenzione, anche per una sua possibile elaborazione sia a livello psicologico che spirituale.

Sono vari i motivi per cui il malato si sente in colpa e vari sono i modi di esprimerli. Anche la scoperta dell'importanza dei fattori

6. Cfr. H.J.M. NOUWEN, *Il guaritore ferito. Il ministero nella società contemporanea*, Queriniana, Brescia 2014¹⁰ (or. ingl. 1972); L. SANDRIN (a cura di), *Il guaritore ferito. Modello pastorale*, Camilliane, Torino 2011.

7. “Poiché la punizione è una sofferenza reputata meritata, chissà se ogni sofferenza non è, in un modo e l'altro, la punizione di una colpa personale o collettiva, conosciuta o sconosciuta?” (P. RICOEUR, *Il male. Una sfida alla filosofia e alla teologia*, Morcelliana, Brescia 1993, ed. or. 1986, 15).

psichici nell'insorgere del dolore, e l'insistenza sul controllo che l'ammalato può esercitare sul suo decorso, se da una parte aiutano la relazione di cura, e richiamano la persona alla collaborazione, dall'altra, specialmente di fronte ad interpretazioni semplicistiche che riconducono indebitamente alla psiche le varie patologie organiche, rischia di far sentire il malato sempre più responsabile, e quindi colpevole, quando le cose non vanno per il verso giusto, come fosse un suo fallimento nel tenere il controllo del tutto. "Più o meno chiaramente, gli viene detto che si è ammalato perché non è stato in grado di far fronte allo stress in modo costruttivo, perché non ha messo in atto meccanismi di difesa validi, perché non ha saputo riconoscere i propri problemi psicologici e li ha anzi negati e rimossi. La persona che soffre si sente angosciata, impotente e in colpa. I fattori psicologici sono certamente importanti ma il modo in cui interagiscono con i fattori biologici (il modo cioè in cui mente e corpo dialogano e si influenzano reciprocamente) sono piuttosto complessi. E questa 'complessità' va sempre ricordata"⁸.

Nel momento del dolore, di una diagnosi di malattia, di una disgrazia o una perdita, spesso ci si chiede: *Perché proprio a me?* "Anch'io — scrive una psicologa, malata di sclerosi multipla — non sono sfuggita a questo interrogativo". Ci guardiamo intorno, vediamo tante altre persone che stanno bene, che sembrano felici e ci ribelliamo a quella che sembra un'assurdità e un'ingiustizia. "La mente umana accetta il caso con difficoltà e cerca sempre di trovare una spiegazione e un ordine nelle vicende. Ognuno di noi, se pure in misura diversa, ricerca un senso coerente nella propria vita, basato sulla convinzione che quanto ci accade sia spiegabile e comprensibile, all'interno di un certo quadro di riferimento in cui gli eventi hanno una loro ragion d'essere"⁹.

Quando, nella nostra vita, il dolore prende il sopravvento, la domanda del "perché?" si trasforma in "perché proprio a me?".

8. Cfr. S. BONINO, "Cattivi pensieri. L'onnipotenza della psiche", in *Psicologia Contemporanea* 152 (1999) 26–27. Cfr. "Critically reformulating the study of pain and disease", in M.L. CROSSLEY, *Rethinking health psychology*, Open University, Buckingham — Philadelphia 2000, 76–101.

9. S. BONINO, *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*, Laterza, Roma–Bari 2006, 24 e 23; Cfr. S. PLET, *Perché sto male? Psicologia ingenua e pratica psicoterapeutica*, CarocciFaber, Roma 2006.

Ne cerchiamo una causa, un'attribuzione, una colpa: Dio, gli altri, noi stessi o un peccato che fin dall'origine ci accompagna e trova materializzazioni sempre nuove nei nostri stessi peccati. Risposte religiose diverse vengono proposte per rispondere al *perché* del nostro soffrire, cercandone il "senso" in cui Dio è implicato, sottolineandone, di volta in volta, la trascendenza o l'immanenza, l'onnipotenza o la debolezza, il nascondimento o la rivelazione, il silenzio o la parola, la distanza o l'amore, la noncuranza o la compassione¹⁰. La domanda del perché della sofferenza, nelle nostre implicite o esplicite teodicee, trova risposte teologiche diverse e richiama varie immagini di Dio, non solo in chi soffre ma anche in chi gli sta accanto¹¹. Dio non può essere semplicemente dichiarato "assente" di fronte al soffrire delle sue creature ma il suo tipo di "implicazione" e di agire non può essere spiegato con categorie semplicemente umane.

Ciascuno si chiede il senso della sofferenza e cerca una risposta a questa domanda. E pone questa domanda a Dio. Ma quel Dio, al quale pone la sua domanda, gli risponde dalla Croce, "*dal centro della sua propria sofferenza*"¹². Nella vita e nella morte di Gesù Cristo, Dio compassionevole entra nella nostra storia, "com-patisce" con noi, per vincere il dolore dall'interno. La croce rivela l'amore compassionevole di un Dio che soffre e fa compagnia al dolore umano. Senza dimenticare che "il significato definitivo della sofferenza di Gesù appare, però, in maniera compiuta solo *nell'evento della risurrezione*", nella pasqua, e cioè nel passaggio¹³.

La tensione tra croce e risurrezione continua a segnare la vita dei credenti. Nella risurrezione di Cristo Dio rivela la sua volontà di distruggere, nel dolore del Figlio, il dolore che continua a segnare la vita degli uomini. Come cristiani siamo chiamati a vivere questo mistero, paradossalmente, tra due atteggiamenti diversi ma

10. Cfr. J.A. van der VEN – E. VOSSEN, *Suffering: Why for God's sake?*, J.H. Kok Pharos, Kampen 1995, 16–19.

11. Cfr. L. SANDRIN, "Esperienza della malattia e immagini di Dio", in *CredereOggi* 2 (2017) 101–115.

12. GIOVANNI PAOLO II, *Salvifici Doloris*. Lettera apostolica sul senso cristiano della sofferenza umana, 11 febbraio 1984, n. 26.

13. Id., *Novo Millennio Ineunte*. Lettera Apostolica al termine del Grande Giubileo dell'Anno 2000, 6 gennaio 2001, n. 28.

contemporaneamente presenti: la sofferta e combattuta ricerca di un senso per il dolore che accomuna tutti gli uomini, *non ancora* eliminato per sempre, accolto e vissuto come un segno della partecipazione alla passione del Cristo; la consapevolezza che la potenza scaturita dalla risurrezione del Figlio di Dio è già efficace nel tempo della Chiesa, nelle sue “mediazioni” salvifiche e nel suo impegno per la salute, la cura e la guarigione. Il cristiano è chiamato a vivere il dolore tra resistenza e resa, tra lotta e affidamento¹⁴.

3. La compassione pastorale

Per un’efficace *accompagnamento pastorale* e una competente *relazione di aiuto* della persona che soffre, e di chi ne condivide l’esperienza, è necessaria una buona *empatia*. La capacità di immedesimarsi e di condividere i pensieri e le risposte emotive delle persone, fa da mediatore tra la percezione delle loro esigenze e le azioni messe in atto per aiutarle¹⁵. Empatia e compassione sono strettamente legate. La *compassione* presuppone l’empatia ma nella compassione è presente una forte dimensione motivazionale e operativa: è un partecipare alla sofferenza dell’altro con il desiderio di alleviare o ridurre questa sofferenza, cercandone le modalità concrete per attuarlo.

Per colui che soffre, la compassione di Dio prende corpo, il più delle volte, nel nostro amore: viene espressa nella nostra cura e nelle nostre parole. La missione più importante per la comunità cristiana è quella non tanto di presentare a chi soffre risposte in apparenza risolutorie della sua domanda sul dolore, accordando l’onnipotenza di Dio con il suo amore, ma narrare “in parole e opere” la tenerezza di un Dio compassionevole che in Gesù ha fatto

14. Cfr. A. LANGELLA, “La funzione terapeutica della salvezza nell’esperienza della Chiesa: sguardo diaconico e riflessione sistematica”, in A.N. TERRIN (a cura di), *Liturgia e terapia. La sacramentalità a servizio dell’uomo nella sua interezza*, Messaggero, Padova 1994, 86–138; Cfr. G. CINÀ (a cura di), *Il dolore tra resistenza e resa*, Camilliane, Torino 2004.

15. Cfr. L. SANDRIN, *Aiutare gli altri. La psicologia del buon samaritano*, Paoline, Milano 2013, 23–30; J.C. BERMEJO, *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido*, Centro de Humanización–Desclée de Brouwer, Bilbao 2012; L. SANDRIN, *Un cuore attento. Tra misericordia e compassione*, Paoline, Milano 2016.

del soffrire (tentazione di allontanarsi da Dio) una strada faticosa ma percorribile per abbandonarsi fiduciosamente al Padre e salvare nell'Amore l'umanità intera.

Dovremmo essere meno preoccupati, accanto a chi soffre, di fare "discorsi" su Dio ma di essere, piuttosto, segni efficaci (sacramenti) del suo amore. *La miglior difesa di Dio consiste proprio nell'amore*. Ce lo ricorda Benedetto XVI nella *Deus caritas est*: "l'amore nella sua purezza e nella sua gratuità è la miglior testimonianza del Dio nel quale crediamo e dal quale siamo spinti ad amare. Il cristiano sa quando è tempo di parlare di Dio e quando è giusto tacere di Lui e lasciar parlare solamente l'amore. Egli sa che Dio è amore (cfr. 1Gv 4,8) e si rende presente proprio nei momenti in cui nient'altro viene fatto fuorché amare" (n. 31). Ed è l'amore che può mitigare la solitudine di chi soffre, la migliore "con-solazione" (*Spe salvi*, n. 38), e la migliore teodicea.

Perché Dio permette il male e la sofferenza? Di fronte a questa domanda la *teodicea pastorale* non cerca primariamente di *spiegare* il male e la sofferenza, di risolvere la domanda del perché (teodicea intellettuale), ma presenta delle vie attraverso le quali le singole persone, ma anche la comunità cristiana nel suo insieme possano *resistere* di fronte al male e alla sofferenza, *trasformando* queste realtà, aiutando così i cristiani a continuare a vivere rimanendo fedeli a Dio, anche in mezzo a domande che rimangono senza risposta, ma fidandosi del suo amore e della sua redenzione. Il fuoco di attenzione della teodicea pastorale non è tanto sul *perché il male esiste* ma piuttosto su *come sia possibile costruire comunità che si prendano cura di chi soffre*. "La teodicea pastorale è una teodicea di azione e di resistenza. Si focalizza su specifiche pratiche pastorali che la chiesa deve imparare e incarnare per cercare di resistere al male e rimanere fedele in mezzo alla sofferenza"¹⁶. La sofferenza chiede esperienze di presenza "con-fortante" più che argomenti logici. La teoria può fornire significati alla sofferenza, ma è nella relazione compassionevole che il sofferente fa esperienza di essere salvato.

Intervento *pratico* e riflessione *intellettuale* nella teodicea devono interagire. Nella relazione con chi soffre la seconda, però, non

16. J. SWINTON, *Raging with compassion. Pastoral responses to the problem of evil*, Eerdmans, Grand Rapids 2007, 5.

può precedere il primo. Una teodicea intellettuale inopportuna rischia di *silenziare* la voce di chi soffre e allontanarlo da Dio, trasformandosi in una fuga dal suo dolore. Ma anche l'eliminazione della riflessione, e un passaggio "immediato" alla pratica, crea il sospetto che si vogliano eludere le domande "scomode", impedendo l'apertura, la ricerca e l'offerta di significati che possono aiutare a vivere diversamente l'esperienza del soffrire. La sofferenza è un'esperienza spirituale e spesso rischia di separare colui che soffre dalla vera sorgente di speranza: la fede in un Dio amorevole che libera e redime. Il problema non è solo perché esiste, ma *che cosa fa*, cosa produce sulla propria vita, quella della famiglia e della comunità. La *teodicea di Israele* ci ricorda il biblista Walter Brueggemann differisce dalla teodicea contemporanea perché è profondamente *pratica*: è intensamente *interpersonale*, *interattiva*. È una *teodicea di alleanza*. Non è un enigma da risolvere, ma una relazione d'amore da riprendere e da ristabilire.

La *teodicea pastorale* si trasforma in attenzione preventiva e cerca di offrire risposte di *compassione* e di cura a coloro che sono feriti e spezzati dall'incontro con la sofferenza. Queste risposte sono interessate soprattutto a restaurare la giusta relazione con Dio, con se stessi e con gli altri: quella profonda *guarigione* che non può avvenire senza l'aiuto imprescindibile della grazia. Gli strumenti della teodicea pastorale sono le varie forme dell'agire ecclesiale che mediano le azioni redentive di Dio nel mondo. Queste pratiche esistono per portare guarigione, conforto e mantenere viva la speranza. Nel fare questo puntano verso la speranza escatologica, il futuro *non ancora* pienamente realizzato, cercandone i segni e nuove incarnazioni già nel presente.

La teodicea, come tentativo di risolvere le "dis-sonanze" e trovare nuove "con-sonanze" tra il dolore che viviamo e la nostra fede in Dio (e poterlo ancora amare) può trovare nelle varie forme pastorali (l'annuncio della Parola, le celebrazioni, il prendersi cura e le varie forme espressive della comunione) un'accreditata espressione.

La figura più adulta della nostra testimonianza è la "fede che opera per mezzo della carità" (Gal 5,6), la fede che si incarna nell'amore. L'amore è anche la migliore "teo-logia", il migliore linguaggio su

Dio. Scrive Benedetto XVI nella *Deus caritas est*: “Solo il servizio al prossimo apre i miei occhi su quello che Dio fa per me e su come Egli mi ama” (n. 18). È autentica “teo-logia” perché apre i miei occhi sull’amore di Dio e rende misteriosamente presente, sia per chi lo offre che per chi lo riceve, il suo amore. Anche la teodicea è chiamata a riscoprire il linguaggio della presenza e della relazione d’amore.

Il dolore provoca la compassione e la cura nelle sue varie espressioni, chiede una diversa attenzione pastorale. Come cristiani, siamo chiamati a trasformare il ricordo in opere, imitazione e profezia, e incontrare le persone dove esse veramente si trovano. Esse vivono tante esperienze di felicità e di gioia. Ma è nelle varie esperienze in cui la sofferenza si fa particolarmente sentire che esse cercano, nella nostra accogliente prossimità, un cuore accogliente e il segno della presenza compassionevole di Dio. E nella nostra compassione Dio accetta, misteriosamente, di farsi trovare.

La compassione divina, e la relazione d’amore da cui nasce e che la esprime, è fondamento e modello della compassione ecclesiale, criterio teologico cui deve ispirarsi tutto l’agire pastorale. Specialmente nei momenti fragili della vita, segnati dalla solitudine e dal dolore, la comunità cristiana è chiamata non solo a privilegiare la relazione come via attraverso la quale ancora oggi il Cristo rende presente, nello Spirito, la compassione del Padre, ma a *riscoprire la pastorale*, nelle sue varie forme espressive, *come “com-passione”*: capacità di condividere le esperienze degli altri nella gioia e nel dolore, nella salute e nella malattia e di farsi compagna del loro viaggio nella vita. Ed è la compassione, diversamente declinata nelle varie forme di accompagnamento pastorale, che può diventare un accreditato linguaggio della presenza e dell’amore di Dio anche in presenza del dolore.

4. La riscoperta della narrazione

Una malattia cronica e un dolore che dura nel tempo vengono inseriti in un contesto personale e culturale più ampio, significativi per la persona malata e per il suo entourage. I malati danno un certo ordine significativo alle loro esperienze di malattia. La narrazione

della malattia diventa una storia che il paziente racconta, e gli altri significativi ri-raccontano, per dare coerenza agli eventi importanti e al lungo corso della sofferenza. La trama, le immagini e i simboli che strutturano la narrazione della malattia provengono dai modelli culturali e personali che aiutano a mettere insieme le esperienze in modi significativi e a comunicare in modo efficace questi significati. I racconti personali non solo riflettono l'esperienza di malattia, ma anche contribuiscono in gran parte a questa esperienza. Nel dolore cronico l'individuo comunica i suoi problemi personali e interpersonali "nel linguaggio del corpo". Il dolore racconta una storia in cui aspetti somatici, psicologici, sociali e culturali si fondono insieme. Raccontare questa storia ha un grande significato. Per chi sta accanto al malato è importante essere testimone di questa storia di vita, dar valore all'interpretazione e riconoscere il valore del soggetto narrante e della sua narrazione. È questo uno dei compiti più impegnativi e importanti per chi vuole assistere il malato e comprendere il suo dolore ma anche le sue speranze.

È ciò che ha riscoperto la medicina narrativa, che si può mettere in atto in modo corretto ed efficace solo se si possiedono abilità di *counselling*, la capacità di ascolto e di un sapiente uso delle domande. È un approccio che aiuta a "ri-umanizzare" la cura, "ri-personalizzando" la relazione con il malato come soggetto che ha una voce e un'esperienza di dolore da raccontare. C'è nel malato una storia o narrazione dominante che racconta chi è lui come persona e come malato: una storia costruita nel tempo, continuamente ampliata e modificata, che bene o male coincide con la sua attuale *identità*. Negarla o svalutarla è una pesante disconferma del paziente stesso. Ma anche il medico entra nel colloquio con una sua storia dominante legata al suo essere medico ma anche alla sua identità personale. Si tratta di due mondi narrativi più o meno diversi sui quali bisogna gettare un ponte, quello della narrazione. In questo contesto la relazione può essere definita come *co-narrazione*, e cioè una nuova storia che contiene elementi dei due mondi narrativi, una storia che medico e paziente costruiscono *insieme*, modificando la disposizione e l'importanza degli eventi, aggiungendone di nuovi e dando spazio ad altri e a possibili negoziazioni, dove anche gli elementi di contrasto perdono l'eccessiva conflittualità. Una

storia monologica (monofonica) che diventa man mano dialogica e polifonica, dove le varie voci possono risuonare, mostrando che a partire dagli stessi fatti raccontati, *un'altra storia è possibile*. “Nessuno può costruire questa ri-narrazione *al posto* di un altro: solo l'autore della storia lo può fare, poiché la narrazione coincide con la sua identità e questa nessun estraneo la può indossare. Occorre agire in modo tale da aiutare il paziente a modificare egli stesso la sua narrazione, a renderla più polifonica: è questo il primo importante obiettivo del medico con abilità narrative”¹⁷.

Nella narrazione del dolore anche la speranza gioca un ruolo importante. C'è una narrazione del dolore intrecciata a una narrazione della speranza. La *speranza* è una variabile importante nell'esperienza di chi soffre, nel malato e nella relazione di cura¹⁸. E può prendere varie forme. Mentre è sempre forte la speranza di guarigione, e di poter vivere a lungo, altre speranze possono man mano essere presenti: esse toccano la permanenza delle relazioni affettive e di cura, il significato di ciò che si sta vivendo, la possibilità di raggiungere alcuni obiettivi, la qualità della vita con il controllo del dolore, il poter crescere spiritualmente, la vita oltre la vita. Per colui che muore potrebbe essere la speranza di non morire solo, la speranza di non soffrire dolori eccessivi, la speranza di non essere di peso agli altri, la speranza di lasciare un'eredità e di essere ricordato dagli amici e dai famigliari, la speranza di un accogliente al di là¹⁹. Molte ricerche confermano che la migliore relazione terapeutica, e la miglior comunicazione, è quella che aiuta il malato a sperare, non tanto con parole falsamente consolatorie, ma facendogli scoprire o “ri-scoprire” la possibilità di un controllo — anche parziale — del dolore. Nella convinzione, però, che se c'è un dolore che può e deve essere curato, c'è una sofferenza che fa parte della vita, della condizione umana, e non può essere rimossa ma presa in cura e

17. Cfr. G. BERT, *Medicina e narrazione*, in FONDAZIONE ZOÈ (a cura di), *La comunicazione della salute. Un manuale*, Raffaello Cortina, Milano 2009, 191.

18. Cfr. J. GROOPMAN, *Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia*, V&P, Milano 2006 (or. ingl. 2004); L. SANDRIN, *Psicologia del malato. Comprendere la sofferenza, accompagnare la speranza*, EDB, Bologna 2015.

19. Cfr. R. PAYNE, *Hope in the face of terminal illness*, in J. SWINTON, R. PAYNE (a cura di), *Living well and dying faithfully. Christian practices for end-of-life care*, Eerdmans, Grand Rapids 2009, 205–225.

alleviata. E questo dolore *in-sopportabile*, vissuto e comunicato spesso come dolore fisico, può portare anche a richiedere l'eutanasia, non solo da parte di colui che soffre ma anche da parte di coloro che in vari modi se ne prendono cura²⁰.

I professionisti sanitari, e gli operatori pastorali in particolare, sono chiamati non tanto a “dare” speranza quanto a “nutrire” e accompagnare la speranza del malato. E questo può avvenire, in modo particolare, dando spazio alla narrazione. Il dolore del malato non è legato solo a ciò che sta vivendo o a ferite che si porta dentro dal passato ma anche da un futuro che improvvisamente si chiude, a una mancanza di speranza. L'ascolto attento ed empatico della narrazione che il malato fa della sua storia, permette di trovare un significato nella propria vita e un senso di identità, *ricostruendo una biografia* che la malattia interrompe o disorganizza, e sviluppando non solo interpretazioni degli eventi passati e presenti, ma spingendolo anche verso particolari aspirazioni, decisioni e azioni rivolte al futuro: fa parte della cura, collabora alla guarigione, aiuta ad affrontare attivamente la malattia (*coping*) e migliora la qualità di vita. Questo vale anche per l'ascolto delle narrazioni che i famigliari possono fare.

Una buona medicina passa anche attraverso la comprensione delle narrazioni che i vari soggetti, — che vivono in contesti familiari, sociali e culturali differenti, — fanno della malattia e del loro dolore. Cercare di capire come l'esperienza della malattia venga costruita nella narrazione significa anche chiedersi “fino a che punto le narrazioni della malattia siano strutturate in termini culturali, e fino a che punto le culture riflettano o, viceversa, plasmino in modo peculiare l'esperienza vissuta”²¹.

20. Cfr. D. CALLAHAN, *The troubled dream of life. In search of a peaceful death*, Georgetown University, Washington D.C. 2000, 120–155; L. SANDRIN, “Aspetti psicologici del problema dell'eutanasia”, in *Camillianum* 19 (2007) 39–49; SANDRIN L., “La domanda di eutanasia provoca la nostra pastorale”, in *Rassegna di Teologia* 49 (2008) 263–276.

21. B.J. GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente*. Edizioni di Comunità, Torino 1999 (or. ingl. 1994), 209. Cfr. F. DE CORDOVA, “Psicologia culturale e cura”, in P. INGHILLERI (a cura di), *Psicologia culturale*, Raffaello Cortina, Milano 2009, 203–221.

5. Conclusione

Nella medicina narrativa, l'ascolto della storia che il paziente racconta viene valorizzata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. È una nuova attenzione che aiuta a riscoprire il significato originario di terapia come "servizio". "La *therapeia* implica l'obbedienza. Non si può assolvere ai compiti previsti per il *therapon*, se non ponendosi totalmente al servizio del proprio 'assistito', e dunque prestandogli *obbedienza*. E poiché l'*ob-audire*, da cui deriva l'obbedienza, vuol dire eminentemente 'porsi all'ascolto', colui che assume la *therapeia* nei confronti di un altro si pone totalmente al suo servizio *ascoltandolo*"²². I racconti che devono essere ascoltati sono certamente quelli del paziente — vero baricentro del rapporto terapeutico — ma anche quelli della famiglia e dei vari professionisti dell'aiuto e della cura.

22. U. CURI, *Le parole della cura. Medicina e filosofia*, Raffaello Cortina, Milano 2017, 53.

SECONDA SESSIONE

I LUOGHI DI SOFFERENZA: LUOGHI
CAMILLIANI E CENTRO DI GRAVITÀ
DELLA CHIESA

Camillo de Lellis santo e riformatore della sanità

ANGELO BRUSCO*

In una delle sue opere, il teologo Hans Urs von Balthasar scrive che, nella storia della Chiesa, lo Spirito Santo tutto d'un tratto mette in luce delle cose già note, ma sulle quali non si è mai veramente riflettuto. Per spiegare la sua affermazione, egli si avvale dell'esempio di alcuni santi. Prima di san Francesco, egli afferma, nessuno aveva capito veramente la povertà di Cristo. Ugualmente, chi, prima di sant'Agostino e di sant'Ignazio di Loyola, aveva parlato dell'amore di Dio in maniera così profonda o compreso con tanta precisione l'obbedienza di Cristo al Padre?

Continuando l'esemplificazione di von Balthasar, mi sembra di poter affermare che nessuno o pochi prima di Camillo di Lellis abbiano penetrato nel suo significato più profondo la frase evangelica: "Ero ammalato e mi avete visitato" (Mt 25,36).

Durante i secoli che hanno preceduto la nascita di san Camillo, molti uomini e donne si sono distinti nell'esercizio della carità verso i malati, traducendo le loro parole in azione. Nel periodo in cui egli è vissuto, non sono mancati testimoni dell'amore misericordioso del Signore: san Giovanni di Dio (1495–1550), morto nell'anno in cui san Camillo è nato, lasciandogli simbolicamente il testimone; san Luigi Gonzaga (1568–1591) la cui giovane esistenza fu stroncata mentre assisteva gli appestati; san Vincenzo de Paoli (1581–1660), dalle mille iniziative della carità. . .

Tuttavia, nel mettere in atto la carità, come nella musica, l'interpretazione è di grande importanza. Ne deriva che l'amore

* Professore emerito di Relazione pastorale di aiuto, Istituto Camillianum, e già Moderatore generale.

verso il prossimo è soggetto a realizzazioni che differiscono le une dalle altre. Chi s'impegna a mettere in pratica il comandamento dell'amore, segue strade diverse, aggiungendo a ciò che è comune a tutti, il tocco della sua personalità e dell'impulso particolare ricevuto da Dio.

Forse è per questo che nella *Bolla*, cioè nel documento con il quale lo ha annoverato tra i santi, Benedetto XIV ha dichiarato san Camillo *iniziatore di una nuova scuola di carità*.

Una conferma del giudizio espresso dal Papa è offerta dall'analisi degli scritti del Santo, pochi ma significativi. Tra di essi, vanno ricordati, in particolare, due documenti. Il primo, redatto nel 1584, è intitolato "Disposizioni e modi che si devono seguire negli ospedali nel servire i poveri infermi". In esso, 25 paragrafi indicano il modo di essere e di agire di quanti operano negli ospedali. Il secondo, elaborato nel 1613 in occasione della visita all'ospedale Ca' Granda di Milano, porta come titolo "Regole per servire con ogni perfezione i poveri infermi"¹. Quanto Camillo ha scritto in tali documenti è avvalorato dallo stile del servizio da lui esercitato sia nell'ambito organizzativo che in quello assistenziale.

Se il trascorrere del tempo e il progresso della scienza e della tecnologia medica e infermieristica hanno reso obsolete molte modalità tecniche proposte ed attuate da san Camillo per un'assistenza adeguata del malato, i principi umani e spirituali su cui esse poggiavano mantengono tutta la loro attualità. Scorrendo, infatti, la letteratura contemporanea, è possibile constatare che tali ed altri principi innovativi, presentati oggi come conquiste, permeavano già la filosofia assistenziale di san Camillo. Ne è prova l'ultima biografia del Santo, scritta da Giorgio Cosmacini², nella quale l'autore, eminente storico della medicina, prescinde dalla elevazione di Camillo alla gloria degli altari e volge uno sguardo laico sull'uomo e sul ruolo da lui svolto nella dinamica promozionale dell'assistenza caritativa, curativa e sanitaria ai malati, facendone emergere il ruolo di riformatore dell'assistenza sanitaria, non inferiore a quello

1. I due documenti sono pubblicati in G. SOMMARUGA (a cura di), *Scritti di San Camillo*, Camilliane, Torino 1991.

2. G. COSMACINI, *San Camillo de Lellis, il santo dei malati*, Laterza, Roma-Bari 2013, 163-174.

ascritto a Henri Dunant, fondatore della Croce Rossa e a Florence Nightingale, riformatrice dell'assistenza infermieristica.

1. La centralità del malato

Il nucleo centrale in cui trovano il loro fondamento gli elementi innovativi della *scuola* di san Camillo è costituito dalla *centralità* del malato, considerato *signore e padrone* di quanti lo assistono, cioè persona alla cui cura tutto deve essere finalizzato, evitando ogni strumentalizzazione. Per Camillo, questa visione della persona malata ha la sua origine nel vangelo. Le parole e l'esempio di Gesù, infatti, hanno esercitato un influsso significativo sul modo di esercitare la medicina e l'assistenza ai malati. Il Cristo non solo si è presentato come modello di terapeuta, ma ha anche dichiarato di essere presente in ogni persona che soffre: "Ero ammalato e mi avete visitato". Agli occhi del credente, quindi, il malato è *imago Dei, immagine di Dio*, sacramento della presenza del Signore, per cui chi lo serve, serve il Cristo. Questa convinzione Camillo la traduceva in pratica, come afferma il suo primo biografo: "Quando pigliava alcun di loro in braccio per mutargli le lenzuola, faceva ciò con tanto affetto e diligenza, che pareva che maneggiasse la persona stessa di Cristo"³. Al termine del 1500, nel periodo in cui il Santo ha raggiunto la maturità del suo progetto di servizio al malato, a livello teorico l'assistenza ai malati si ispirava ancora ai principi della tradizione cristiana, nella pratica però essa mostrava gravi carenze. San Camillo con la sua opera ha voluto affermare che l'assistenza del malato doveva corrispondere alla persona umana, considerata nella sua dignità, resa più preziosa dalla sua somiglianza con Dio.

Ai giorni nostri, assistiamo a vari progetti che convergono nel volere ridurre la distanza tra l'essere e il *dover essere* dell'assistenza al malato. È quanto è perseguito da quel processo di miglioramento della cura del malato che va sotto il nome di *umanizzazione*⁴. Umanizzare

3. Le citazioni riguardanti san Camillo sono tratte da S. CICATELLI, *Vita del P. Camillo de Lellis* (a cura di P.P. Sannazzaro), Roma 1980.

4. Per una rapida visione d'insieme dell'umanizzazione del mondo della salute cfr. Pro-

una realtà significa renderla degna della persona umana, cioè coerente con i valori che essa sente come peculiari e inalienabili. Applicato al mondo sanitario, umanizzare significa far riferimento all'uomo in tutto ciò che si compie per promuovere e proteggere la salute, curare le infermità, garantire un ambiente che favorisca una vita sana e armoniosa a livello fisico, emotivo, sociale e spirituale. Anche se molte frange del movimento dell'umanizzazione del mondo sanitario non si ispirano esplicitamente alla visione cristiana dell'uomo, esse però possono apprendere dall'esempio di san Camillo che il successo dei progetti finalizzati a rendere più umana la cura del malato non può prescindere da un amore vero per l'uomo e dalla considerazione autentica della sua dignità.

San Camillo non solo ha affermato con insistenza la centralità del malato, ma ha anche indicato le modalità per onorarla nella pratica.

2. L'approccio globale del malato

Se noi scorriamo, anche superficialmente, un testo di antropologia medica, ci imbattiamo quasi sicuramente con quello che viene chiamato *approccio globale o olistico* di chi soffre. Si tratta di un modo di curare e di assistere che prende in considerazione tutte le dimensioni della persona malata, da quella corporea a quella intellettuale, da quella sociale a quella emotiva e spirituale. Per tanti questa modalità di assistere il malato ha il sapore di novità. Uno sguardo alla storia, però, ci informa che si tratta sostanzialmente di un ritorno ad una modalità di assistenza già praticata nel passato. Una prova di questo è offerta da san Camillo. Le indicazioni e le norme che egli dava ai suoi collaboratori, e che egli per primo praticava, esprimono sempre questa costante: il corpo, la psiche e l'anima sono inscindibili nel malato, e le sue necessità psico-spirituali e corporali vanno sempre attese in una visione unitaria della persona. Evidentemente, il modo con cui attualmente è descritto l'approccio olistico del malato è più sofisticato, risentendo del progresso della medicina,

delle scienze infermieristiche e psicologiche e anche della diversa interpretazione della spiritualità. Lo stile usato da Camillo è più semplice e anche più concreto. Egli invita i suoi collaboratori a usare ogni carità nella cura del corpo dei malati, stimolandoli con parole appropriate a mangiare, favorendo la migliore posizione fisica, mantenendo la pulizia della biancheria, spostandoli delicatamente, evitando che siano esposti al freddo quando vengono trasferiti da un luogo all'altro. . . Alla cura del corpo deve essere concomitante quella finalizzata al benessere dello spirito del malato, utilizzando tutti i mezzi e tutti i momenti per accoglierne i sentimenti e suggerirgli ispirazioni spirituali, popolando la sua solitudine soprattutto nei momenti critici della fase terminale.

Come si è persa, nel trascorrere del tempo, questa attenzione alla globalità della persona al malato? Un delle cause è da vedere nel sorgere della medicina scientifica, alla fine del secolo scorso, intesa in termini puramente naturalistico-organici. Barricandosi dietro la pretesa della neutralità scientifica, oppure rivendicando il suo carattere pratico, la medicina si è difesa da interrogativi, quali: che tipo di medicina? per quale uomo? in che modello di società?

Se è indubbio che la medicina, equiparata alle scienze della natura — che considera, quindi, l'organismo vivente da quello più semplice a quello più complesso come è l'uomo, secondo una realtà omogenea — ha avuto e continua ad avere grandi meriti scientifici, non si può però ignorare che quando l'uomo è considerato come un pezzo di natura tra gli altri, si opera una violenta mutilazione antropologica. In altre parole, si è avuta la perdita dell'uomo. L'uomo come soggetto è stato escluso dalla medicina.

Nelle prime decadi del secolo scorso sono apparse persistenti reazioni alla medicina intesa semplicemente come scienza naturale (basti pensare alla psicanalisi. . .). Tali reazioni hanno portato progressivamente a considerare che sia la salute come la malattia non sono solo un fatto biologico-organico, ma anche come indicatori o di un equilibrio o di una disarmonia della persona nel suo rapporto con il mondo, includendo, così, elementi psicologici, sociali, ecologici e spirituali.

Tra i frutti più significativi di tali reazioni è da ricordare, oltre la psicosomatica e il nursing, il sorgere di una corrente di pensiero che

va sotto il nome di medicina antropologica o medicina della persona⁵. Secondo i rappresentanti di tali correnti, si tratta di introdurre il soggetto in medicina, rompendo con il naturalismo, che considera l'uomo come un essere vivente in tutto e per tutto simile agli altri e si attiene ad una neutralità metodologica nei confronti degli aspetti psichici, spirituali, storico-biografici e sociali dell'esistenza umana. Dietro ogni malattia, infatti, c'è la presenza di un soggetto umano che "struttura" la "sua" malattia, facendone un elemento della sua biografia. Occorre, quindi, avvicinarsi all'uomo in una maniera globale, che non lo mutili nella sua esperienza concreta, che non elimini o disconosca il settore della soggettività. In altre parole, occorre considerarlo e trattarlo come persona, cioè come "unità psicofisica, come relazionalità intrapersonale e interpersonale, come spiritualità ed essenziale rapporto con il Trascendente".

Come giustamente afferma un autore, se la medicina non recupera il suo soggetto che è l'uomo nella sua totalità, reintroducendo il soggetto uomo non solamente come essere biologico, ma come essere biologico-umano, se non considera la malattia e la guarigione come eventi-umani, se non considera il malato come protagonista attivo del processo terapeutico, non si potrà arrivare all'umanizzazione del mondo sanitario.

3. Il coinvolgimento affettivo

Per san Camillo, chi serve gli ammalati non solo deve incontrare il malato nella globalità della sua persona, ma anche avvicinarsi ad esso con la globalità del proprio essere: conoscenza e affettività, tecnica e cuore. In tale coinvolgimento affettivo prende risalto la dimensione femminile dell'amore: l'amore tenero, affettuoso, compassionevole. Come si legge in una regola scritta dal Santo: "Per prima cosa ognuno di noi chieda al Signore la grazia di un affetto materno verso il suo prossimo, così che possiamo servirlo con ogni carità tanto nell'anima come nel corpo. Infatti con la

5. Cfr. P. TOURNIER, *Medicina della persona*, Borla, Torino 1967; P.L. ENTRALGO, *Antropologia medica*, Paoline, Milano, 1988; S. SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo* (la medicina antropologica di V. von Weizsacker), Paoline, Milano 1988.

grazia di Dio desideriamo servire tutti gli infermi con quell'affetto che una madre amorevole suole avere verso il suo unico figliolo infermo”⁶.

Nel modo di assistere i malati, promosso e praticato da Camillo è possibile notare una felice sintesi del curare e del prendersi cura, di cui si parla e scrive molto ai nostri giorni⁷. Il curare consiste nel rimuovere la causa di un disturbo o di una malattia, nell'interrompere radicalmente o nel sovvertire il decorso naturale di un'infermità; nei casi in cui non è possibile la guarigione, mira ad alleviare il disagio del paziente attraverso tecniche miranti soprattutto alla sedazione del dolore. L'espressione prendersi cura, invece, esprime il coinvolgimento personale di assistere il malato, che si manifesta attraverso la premura, il sostegno emotivo e, in molti casi, la compassione intesa nel suo senso forte di partecipazione al vissuto del malato. È diventata famosa una frase rivolta da Camillo ai suoi collaboratori: “Fratelli, più cuore in quelle mani”, dove le mani simboleggiano la tecnica e il cuore l'affettività.

La testimonianza di un contemporaneo del Santo mette in evidenza, anche se con toni un po' di enfasi, la premura con cui egli serviva i malati: “Quando Camillo si metteva intorno ad un ammalato, sembrava veramente una gallina sopra i suoi pulcini, o vero una madre intorno al letto del suo proprio figlio infermo. Poiché come se non avessero soddisfatto all'affetto suo le braccia, e le mani, per lo più si vedeva incurvato, e piegato sopra l'infermo, quasi che volesse co' l cuore, co' l fiato, e con lo spirito porgerli quell'aiuto che bisognava. E prima che si partisse da quel letto, cento volte andava tastando il capezzale, e le coperte da capo, da' piedi, e da' fianchi: e come se fosse trattenuto, o tirato da una invisibile calamita, pareva che non trovasse la via di distaccarsene, molte volte andando, e tornando dall'una all'altra parte del letto, dubitando et interrogandolo se stava bene, se bisognava altro, ricordandogli qualche cosa appartenente alla salute. Non sò come meglio si poteva rappresentare la servitù, o l'affetto d'una madre molto pietosa intorno all'unico figlio, che si trovasse gravemente ammalato. E chi non riavesse allora conosciuto il Padre, non

6. *Disposizioni*, op. cit., n. 1.

7. Cfr. P. MOSCA, *Curare e prendersi cura*, Il Canneto, Genova 2013.

haverebbe giudicato, ch'egli fosse andato all'Hospidale per servir indifferentemente à tutti gli ammalati; ma per quel solo, come se gli fosse molto cara, e di grande interesse la vita di quel poverino, e come se non riavesse avuto al Mondo altro pensiero". In questa testimonianza possiamo avvertire l'importanza di accostarsi alle persone con un atteggiamento di partecipazione piuttosto che di distacco, di sintonia e di compassione piuttosto che di razionalità astratta, affermando la primarietà della persona, la sua singolarità, in quanto chiede di essere presa in considerazione per se stessa.

4. Vulnerabilità personale e servizio al malato

Durante il secolo appena trascorso, in medicina come pure in psicologia e nella pastorale è stata ripresa la metafora del *guaritore ferito*⁸, intendendo con essa la capacità di riconoscere, accettare e integrare le proprie ferite fino a trasformarle in strumento di guarigione per chi soffre. Le riflessioni su questo argomento toccano un punto importante della pratica sanitaria e pastorale, dimostrando che non è possibile accogliere la fragilità e curare le ferite dell'altro senza aver prima accolto e preso cura delle proprie. Infatti, come afferma H. Nouwen, "chi nella propria vita si è sempre protetto dalle esperienze di dolore, non potrà offrire agli altri che una vuota consolazione". Significative sono le parole di Carl Jung: "Solo il dottore ferito può guarire, sia egli medico o sacerdote".

Il modo con cui san Camillo si è rapportato con la propria sofferenza dimostra che egli non solo è stato un autentico guaritore ferito, ma si è anche mostrato anche consapevole di quanto avviene nella persona quando, con l'aiuto del Signore e dei fratelli, sa accogliere e guarire le proprie ferite. Tra i vari episodi che confermano il modo con cui san Camillo si poneva di fronte al proprio soffrire, uno merita di essere ricordato. Quando, agli inizi della fondazione, una grave malattia lo colpisce, insieme al primo compagno Curzio Lodi, Camillo non si sgomenta, "anzi — scrive il suo primo

8. Per l'applicazione della metafora del guaritore ferito al mondo della salute, cfr. A. BRUSCO, "Vulnerabilità personale e servizio a chi soffre", in *Camillianum* (1993) 223-241. Sul rapporto di san Camillo con il soffrire cfr. G. TERENCE, *La croce di Cristo nell'esperienza spirituale di san Camillo de Lellis*, Camillianum, Roma 1996.

biografo — sopportando pazientemente il male, rendeva grazie al Signore che lo facesse di tanti favori degno. Confortando anco Curtio ad haver nella sua infermità pazienza. Dicendogli che N.S. Iddio però aveva mandato loro dette infermità, acciò che fatti essi buoni e perfetti maestri nel patire, sapessero poi con più charità e compassione servire e compatire ai loro prossimi infermi”.

La lezione che ci viene da Camillo aiuta a comprendere che le ferite che ci fanno soffrire non sono necessariamente destinate a distruggerci. Assunte, integrate e redente, esse possono contribuire alla nostra crescita umana, abilitandoci a trasmettere agli altri, nel quotidiano scambio relazionale o nella pratica professionale, la ricchezza della nostra umanità, fatta di compassione, comprensione e partecipazione alla sofferenza del prossimo.

5. Il rispetto della libertà religiosa del malato

San Camillo si è mostrato capace di superare i limiti vistosi di una visione pastorale del tempo, cioè la proibizione di curare i malati se prima non avessero ricevuto i sacramenti⁹. Il Concilio Laterano II così giustificava tale proibizione: “L’infermità corporale proviene alcune volte dal peccato. Il Signore disse al paralitico: ‘come vedi sei risanato; non ritornare a peccare perché non accada qualcosa di peggiore’. Per questo decidiamo e comandiamo ai medici dei corpi che quando sono chiamati dagli infermi, in primo luogo li avvertano e li inducano a chiamare i medici dell’anima affinché una volta che sono stati attesi nella salute spirituale, si possa procedere più salutarmente al rimedio della medicina corporale, in maniera che una volta sparita la causa cessi anche l’effetto”¹⁰.

All’uomo contemporaneo, queste disposizioni suscitano sgo-mento, mentre per molti secoli sono state non solo accolte, ma anche confermate da Concili e da prese di posizione di Pontefici. Lo stesso sant’Ignazio di Loyola affermava la validità di tale prescrizione in quanto strumento efficace per garantire la salvezza eterna

9. Per questo argomento cfr. M. SOTOMAYOR, “Historia, historias y condicionamiento histórico”, in *Proyección* 40 (1993) 234–238.

10. Costituzione 22 del IV Concilio Laterano, 1215.

degli ammalati. San Camillo non si è unito al coro dei suoi contemporanei, affermando che i malati devono prima essere curati e, poi, preparati debitamente al sacramento della confessione se ne hanno bisogno e se acconsentono di accedervi. Se si pensa che “il diritto della persona umana e delle comunità alla libertà sociale e civile in materia di religione” è stato affermato solennemente solo nel 1965, in occasione del Concilio Vaticano II, è possibile rendersi conto dello spirito innovatore di san Camillo in questo settore del vivere sociale e religioso.

In questi ultimi decenni sono stati proclamati i diritti della persona umana e, all'interno di essi, quelli del malato. Si tratta di un risultato di grande rilievo. Non bisogna tuttavia dimenticare — e Camillo ce lo ricorda — che il riconoscimento e la proclamazione dei diritti del malato, da soli, risultano insufficienti. Per essere efficace, il diritto dev'essere accompagnato da un insieme di comportamenti che possono essere riassunti nell'amore. Senza l'amore, infatti, il diritto rischia di essere disatteso. I servizi che la società offre ai malati sulla base della giustizia necessitano di essere accompagnati da quel piccolo di più che è l'amore, che, a quanto dice il Vangelo, è necessario perchè perfino ciò che è giusto ed essenziale diventi possibile.

6. Formazione sanitaria e pastorale

Imparare attraverso la pratica sotto supervisione — *learning by doing* — fa parte dei programmi formativi di tutte le categorie degli operatori sanitari. Poco prima della metà del secolo scorso, questa metodologia educativa è stata applicata anche alla formazione pastorale. Chi partecipa a questi programmi, che vanno sotto il nome di *Educazione pastorale clinica*¹¹, fa pratica in una istituzione sanitaria o socio-sanitaria e, poi, è aiutato a riflettere, con la collaborazione di una persona esperta e dei compagni di corso, sul suo modo di agire alla luce degli apporti teorici che gli sono offerti sia dalla teologia pastorale che dalle scienze umane del comportamento.

11. Sull'*Educazione pastorale clinica* cfr. A. PANGRAZZI, “CPE—Educazione pastorale clinica”, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, Camilliane, Torino 1996, 290–296.

Anche in questo settore, san Camillo ha mostrato lungimiranza. Ci è stato, infatti, trasmesso che egli conduceva i religiosi in formazione nell'ospedale di Santo Spirito, a Roma — perché si esercitassero nel servizio agli ammalati, aiutati in questo dalle sue parole e soprattutto dai suoi esempi.

Con maggiori dettagli Sanzio Cicutelli, suo contemporaneo, ha descritto quanto, di tanto in tanto, avveniva nella Casa di Santa Maria Maddalena: “A volte, egli scrive, (Camillo) faceva portare davanti a tutti tavole, sedie, materassi, lenzuola, cuscini, coperte per verificare se i suoi religiosi sapevano fare come egli desiderava. Ugualmente controllava se erano abili nel raccomandare le anime dei morenti, domandando che uno di essi rivestisse il ruolo del malato e un altro quello del sacerdote che l'esortava a ben morire”.

Se avessimo potuto assistere a quei *role-playing*, avremmo certamente visto in lui non solo il maestro preoccupato perché la tecnica adottata avesse successo, ma anche e soprattutto il pastore desideroso d'infondere nei tirocinanti la *scienza pratica* appresa durante lunghi anni di attività al letto dei malati.

A indicare l'importanza di una formazione pastorale sotto supervisione valgono le seguenti parole di Henri Nouwen: “Molti operatori pastorali, che adoperano i loro anni d'esperienza come sostegno della loro competenza sono inclini a dimenticare che dall'esperienza imparano solo pochi. Un unico avvenimento, riferito accuratamente e valutato creativamente, può insegnare sovente molto di più di molti anni di esperienza priva d'intendimento”¹².

7. Conclusione

Un'osservazione. Nel perseguire il suo progetto di riforma dell'assistenza al malato, san Camillo è stato orientato dalla fede che spera e che opera attraverso la carità misericordiosa. Il suo comportamento, infatti, era guidato dall'agape, l'amore soprannaturale verso l'altro perché figlio di Dio. Dono del Signore prima che conquista personale, l'agape penetra il cuore che l'accoglie e “vitalizza i germi che già esistono dell'accoglienza, della pazienza, della compren-

12. H. NOUWEN, *Ministero creativo*, Queriniana, Brescia 1981, 71-72.

sione, del perdono, della fedeltà, della devozione, della solidarietà verso chi è bisognoso e devastato nel suo essere, per chi è lontano e smarrito”. Essa ha caratteri d’incondizionatezza, di gratuità, d’universalità e di libertà. La pratica dell’agàpe implica l’abbandono della possessività, la capacità di dare senza attendere ricompense, il superamento di naturali ripugnanze, l’apertura e la disponibilità verso tutti. L’amore soprannaturale che portava Camillo a vedere il Cristo nel malato non si sovrapponeva, quindi, alla sua umanità ma, attraverso la forza dello Spirito Santo, la purificava, le dava slancio e orientamento nuovi, mettendola a servizio delle persone.

**Un riferimento a un pensiero di sant’Agostino, secondo il quale “i tempi sono tre: presente del passato, presente del presente, presente del futuro. Il presente del passato è la memoria, il presente del presente è la visione, il presente del futuro è l’attesa”*¹³. Il ricordo di san Camillo, patrono dei malati, degli ospedali e degli operatori sanitari, è un invito a dare uno sguardo al passato attraverso il lavoro della memoria, custode di quanto è stato da lui compiuto nell’esercizio della carità misericordiosa verso quanti vivono la difficile stagione del soffrire. Uno sguardo però che deve riportarci al presente per riflettere su come è vissuto il comandamento dell’amore verso chi soffre. La memoria del passato e la visione del presente non sono fine a se stesse, ma vanno utilizzate per far scaturire dalla storia indicazioni utili per attivare desideri e speranze e continuare un cammino di crescita sulle orme di Cristo, divino samaritano delle anime e dei corpi.

13. AGOSTINO, *Confessioni*, XI.

L'apporto della spiritualità camilliana alla civiltà della cura in un mondo secolarizzato

FRANK MONKS*

La spiritualità camilliana ci offre una visione cristiana della vita, vissuta con una particolare tonalità che sottolinea l'amore misericordioso di Cristo per i malati. Consideriamo la vita come un dono, ed ogni persona come portatrice di un dono, di talenti e irripetibile agli occhi di Dio. Non abbiamo paura a riconoscere la nostra dipendenza da Dio e apertamente ci rivolgiamo a Lui in preghiera. Veniamo da Dio e ritorneremo a Dio. Questa visione sostiene il modo in cui pensiamo ed agiamo. La nostra visione della vita è del tutto differente da quella degli umanisti o dei secolaristi: vediamo il mondo e la vita in un modo totalmente diversa. Si tratta di una differenza filosofica. È importante rendersi conto di questo in ogni discussione.

1. La fede

Credo che la sfida maggiore che sta davanti a noi cristiani, specialmente in questo mondo occidentale, risieda nell'area della fede. La sfida sta nella capacità e nella volontà di far fronte ad "un futuro incerto con gioia" (Radcliffe). Solo l'altro ieri l'Arcivescovo di Dublino, Dermot Martin, ha sottolineato che "attualmente la fede è parola aliena per la gente d'oggi". Quando negli anni sessanta vivevo in Italia come studente, il mio Paese era ancora conosciuto come "l'isola di santi e di studiosi". Adesso invece una volta che i bambini hanno fatto la Prima Comunione non li si vede più in

* Religioso camilliano, già Moderatore generale del *Camillianum*. Traduzione dall'inglese di Luca Perletti e Frank Monks.

chiesa. I Sacramenti sono solo rituali di passaggio e non pietre miliari della vita spirituale.

Da parte dei media e dei politici negli ultimi 30 anni, c'è stata un'irrefrenabile spinta verso il secolarismo. I media e la cultura popolare irlandese sono contrarie alla chiesa cattolica.

Solo trent'anni fa, i pazienti ed il personale con cui ero chiamato a lavorare venivano da una o altro delle Chiese cristiane, mentre oggi mi trovo circondato da persone di oltre cento diverse fedi (religioni) o di nessuna.

In un tale ambiente il nostro futuro cristiano sembra più incerto che mai. Siamo uomini e donne di speranza cristiana, che continuiamo a fare ciò che facciamo perché è la cosa giusta da fare al di là delle conseguenze, senza aspettarci dei risultati? È una sfida alla nostra capacità profetica!

Che sfida per il nostro ministero nel mondo della salute in cui il tradizionale linguaggio di sacrificio e di sofferenza, il riferimento alla croce, alla fiducia in Dio e alla preghiera si stanno in fretta trasformando per la gente irlandese in mere parole del vocabolario da consultarsi per poterle comprendere.

2. La società secolare

Volgo il mio sguardo a questa Europa secolarizzata, dominata dai media e dallo spazio cibernetico e mi chiedo, c'è ancora qualcosa che è considerato sacro? Siamo ancora capaci di meraviglia? Che cosa ci tocca in profondità? C'è qualcosa che può sollevare il nostro spirito? Recentemente, il Primo Ministro Canadese ha con disprezzo sfidato il nostro Primo Ministro su come ancora noi irlandesi possiamo avere una legge sull'aborto così antiquata. Pochi giorni dopo, il nostro Primo Ministro ha affermato a New York che a suo modo di vedere il diritto della madre prevale sui diritti del bimbo nel dibattito in merito all'aborto. Attualmente, lo status delle organizzazioni religiose quali enti caritativi, cosa che abbiamo sempre data per scontata, è messo in discussione e può ben essere limitato in un futuro prossimo.

Il fatto che gli anziani siano visti come un peso sull'economia è il più allarmante sintomo della "cultura di morte" contro cui san Giovanni Paolo II ci ha messo in guardia, una situazione che va

avanzando specialmente nelle società prospere. Questo è caratterizzato da una attitudine di eccessiva preoccupazione per l'efficienza e che vede il crescente numero degli anziani e dei disabili come intollerabile e pesante.

Le parole di san Giovanni Paolo II furono profetiche come possiamo ora vedere negli appelli di Philip Nitschke in Australia e del signor Aso in Giappone a favore dell'eutanasia sulla base che gli anziani drenano le risorse economiche. Essi si appellano a un dibattito a causa del "crescente e significativo costo economico necessario per tenere in vita anziani e malati gravi, contro la loro stessa volontà". Il signor Aso ha sostenuto che gli anziani dovrebbero "sbrigliarsi e morire". Il dibattito, dal suo punto di vista, gira attorno al denaro che potrebbe salvare l'economia. Questo è un argomento che si potrebbe anche applicare alle decisioni inerenti il fine vita. Aso si riferisce alle persone che necessitano di alimentazione enterale con sondino come "le persone del tubo". Gli argomenti utilitaristici sono nuovi. Fino a tempi recenti, gli argomenti messi in campo dalla lobby favorevole alla eutanasia erano basati sul fatto che essere assistiti per porre termine alla vita fosse più dignitoso per i morenti e sofferenti; adesso invece gli argomenti si basano sui vantaggi in materia di economia che le loro morti potrebbero portare alla società.

Come risultato della migliorata assistenza medica le persone vivono più a lungo. Ciò significa che oggi la morte è lenta e complessa. Le persone vivono e muoiono con malattie croniche, e la morte improvvisa è sempre più rara. Il 20% del nostro budget sanitario in Irlanda è ora allocato a favore di coloro che vivono gli anni finali della loro vita. Un numero fino al 40% sviluppa la demenza entro 85 anni. Alcuni degli attivisti favorevoli al diritto di morire credono che la disponibilità del suicidio assistito sia una accettabile e dignitosa scelta per coloro che soffrono di malattie terminali, inclusa la demenza.

Una proposta di legge sta per essere introdotta in Irlanda a favore della morte assistita, ma è improbabile che ottenga molto sostegno dal momento che la dignità dei malati in fase terminale è ancora riconosciuta e onorata nel mio Paese e, allo stesso tempo, finanziata dal Governo. È stato incoraggiante vedere come, malgrado la crescente disponibilità di suicidio assistito in Europa, una proposta

di legge favorevole alla sua legalizzazione è stata recentemente sconfitta in Inghilterra.

3. Think Ahead

Il 75% delle persone muore oggi in ospedali, case di cura o hospice ed io temo che questa è una percentuale al ribasso. Discussioni sul fine vita in cui i morenti ed i loro cari parlano della morte ormai imminente sono frequenti e mirano al fatto che ognuno possa avere una buona morte. Questo significa abbracciare politiche sanitarie che proteggano il valore della dignità, il rispetto e l'autonomia nella assistenza delle persone nel fine vita.

Questi programmi chiamati "Think Ahead" (pensare in avanti) in cui le persone sono facilitate a esprimere i loro desideri sul fine vita sono buoni. Ma va altresì enfatizzato il fatto che la cura religiosa/spirituale non sempre fa parte di questi programmi. Alcuni di questi programmi non fanno nessun riferimento alla fede, alla risurrezione e al dopo morte. La maggior parte dei centri sanitari non hanno una ispirazione religiosa, e benché l'assistenza sia spesso eccellente, l'accompagnamento religioso e spirituale può essere povero. Dobbiamo essere creativi nell'affrontare questa sfida. Il dono di una buona morte per coloro, le cui vite furono dedicate a vivere e condividere il Vangelo, deve includere l'accesso a una competente assistenza spirituale e ciò deve essere considerato come un importante componente del nostro dovere di assistenza.

Questo sottolinea l'importanza della cura palliativa, ed il bisogno di coinvolgersi in dialoghi sulla morte con coloro che stanno morendo e con i loro congiunti. Quando cessa il trattamento aggressivo? Qui la visione camilliana deve trovare una propria voce. C'è un grande bisogno di tenerezza sanante, di empatia, così care al cuore di Papa Francesco.

4. La veglia, le Messe di guarigione, il *counselling* per il cordoglio

Vegliare il defunto in un setting idoneo è importante. È bello notare che la veglia a casa sta tornando in auge, cosa cui dare il benvenuto

e da promuovere. Le Messe di guarigione — che mettono in chiara luce il volto compassionevole della Chiesa nell'affrontare i problemi della malattia e della sofferenza, e che trasmettono il messaggio della vera speranza Cristiana attraverso la benedizione dei malati devono aumentare. Sono autentiche vie di umanizzazione della cura dal momento che ci offrono l'opportunità di canalizzare la nostra umanità.

Il negativo impatto del cordoglio sulle vite dei cari (del defunto) è sempre più frequentemente affrontato attraverso i gruppi di sostegno nel distacco e il *counselling*. C'è una crescente consapevolezza dell'importanza del sistema di sostegno comunitario. Dobbiamo riscoprire il senso di una morte serena (*a happy death*), della buona morte cristiana.

Sento che le tradizioni di fede capaci di offrire sorgenti vitali di speranza e di conforto alle persone lungo il loro percorso della sofferenza e della morte sono silenziosamente sostituite da terapie in grado di offrire una consolazione ed una fiducia per l'"adesso", senza alcuna preparazione né riconoscimento della vita dopo la morte. Il viaggio verso la morte non è solo rispetto ad una morte imminente ed i sentimenti che la circondano, ma è un viaggio interiore radicato in una spiritualità profondamente integrata in grado di fornire profondità di senso e di speranza. Il mistero della morte non può essere confinato agli ambiti fisici, emotivi e sociali per la dipartita dalla vita ed il distacco.

C'è molto di positivo nell'approccio umanista / secolare e mostra un apprezzamento per importanti valori umani. La sfida per noi è di trovare una via per il dialogo con loro e per la condivisione delle nostre tradizioni di fede che offrono senso e scopo in vita a molte persone.

5. Secolarismo e secolarizzazione

Quelle descritte sopra sono alcune delle aree del mondo della salute in cui sono chiamato a essere profetico nel vivere la mia spiritualità camilliana. Se devo essere profetico in questo ambiente trovo utile tenere a mente la differenza tra Secolarismo e secolarizzazione. Michael Paul Gallagher descrive il secolarismo come un modo

di percepire il mondo in cui non c'è spazio per il trascendente, il divino ed il soprannaturale. Si può dire che Dio manca e non si sente la Sua assenza.

La secolarizzazione comunque è un processo attraverso il quale la vita, a livello personale e sociale, è liberata dal controllo minuzioso della religione, benché questa rimanga in grande parte ancora illuminata e guidata dalla fede. La secolarizzazione ambisce alla propria autonomia ma non necessariamente alla propria indipendenza. La secolarizzazione non è necessariamente, sostiene Gallagher, il nemico del discepolato né della missione cristiana.

I Cristiani rispondono in modi differenti al mondo secolarizzato: alcuni di noi rispondono con rabbia o ostilità. Questo tipo di risposta è spesso basato sulla paura e fa uso di un linguaggio negativo e che ha poco da fare con il cristianesimo. Altri rispondono con un liberalismo spensierato/irriflessivo e un poco ingenuo, che accetta ogni cosa senza criticismo o riflessione. Questo è un altro modo di affermare che il cristianesimo non ha nulla da dire o da contribuire, ed in questo modo la voce profetica della chiesa scompare. Se una cultura vale l'altra non c'è ulteriore bisogno di discernimento.

C'è tuttavia una terza via, la via profetica, la via camilliana. Io suggerirei l'imitazione di san Paolo (Atti 17,16). Inizialmente, Paolo era disgustato dagli atteggiamenti della gente di Atene ma successivamente mostrò una capacità di vedere e di riconoscere la loro fame per genuini valori spirituali e religiosi. Se trattiamo la cultura contemporanea con disgusto ci stiamo coinvolgendo in un esercizio futile che non porterà il minimo frutto.

Penso che sia utile tenere a mente ciò che io considero come una definizione camilliana di ateismo. Per me l'ateo è qualcuno che ha perso contatto con i suoi fratelli. Lui / lei è qualcuno che non sa amare i propri fratelli. Molte persone hanno ancora valori spirituali ampi e questo è un punto di contatto, una porta ancora aperta per la discussione e l'interazione. Così nel trattare con i malati, cerchiamo di aiutarli a scoprire il comune punto di contatto, ciò che dà significato al momento presente della loro vita. E nel rapportarci con coloro che si fanno carico dei malati motivati da una ispirazione umanista dobbiamo fare uso di ciò che è positivo nella loro assistenza quale punto iniziale di discussione.

Questo a mio modo di vedere mette in luce l'importanza del Camillianum e dei Centri di Pastorale dal momento che non possiamo ingaggiarci in un dialogo significativo con un mondo sanitario ben preparato e professionale senza adeguata preparazione.

6. Fermi e coraggiosi

Nel promuovere la via camilliana dobbiamo essere più fermi. Il Battesimo non è solo un dono di salvezza ma anche un appello al ministero. Siamo tutti tenuti a evangelizzare in virtù del Battesimo. Quelli che sposano la spiritualità camilliana fanno un passo in avanti e si proclamano aperti a rispondere alla chiamata battesimale attraverso la loro attenzione ai malati e ai vulnerabili e tutto il mondo della salute. Dobbiamo chiederci se nel nostro ministero siamo coinvolti in un esercizio di mantenimento o se abbiamo un senso di missione. Per mantenimento intendo l'atteggiamento di chi si contenta di tenere la barca a galla, un paio di mani sicuri per mantenere lo status quo. Un po' come direbbe un nostro Vescovo irlandese, usando un'immagine calcistica — “tenere la palla in gioco”. Per mantenimento ho in mente il rimanere vicino ai convertiti ed ai salvati, evitando invece i delusi e coloro che trovano la Chiesa scoraggiante e poco invitante, gente che troviamo in grande quantità nelle corsie ospedaliere, negli hospice e nelle case di cura. È una grande tentazione ed è facile navigare verso uno stile di vita comodo e dimenticare di fare quel mezzo kilometro in più.

Troppo spesso ci fa paura la profezia, di dire ciò che si dovrebbe e di fare quanto sarebbe necessario e ci adattiamo confortevolmente nella nostra zona di tranquillità. “Il mondo ha bisogno di provare la tenerezza. L'amore è un grande strumento di evangelizzazione”, dice Papa Francesco. È altrettanto importante che non ci avviluppiano in troppa teoria così da perdere contatto con lo stress ed il trauma provato in faccia al calore di un sempre più mutevole ministero nel mondo della salute.

Uno dei membri più attivi della Famiglia Camilliana Laica in Irlanda vede nel secolarismo una grande opportunità per la testimonianza. “La nostra testimonianza emerge di più in un mondo secolarizzato perché la pratica della fede non è la regola di oggigiorn-

no. Attraverso questa testimonianza noi seminiamo il seme della fede in mezzo a coloro che incontriamo, e questi semi germineranno in modi che non ci aspettiamo e di cui potremmo nemmeno venire a conoscenza. Abbiamo l'opportunità di far brillare una luce di fede cristiana attraverso il lavoro che facciamo in un mondo che apertamente mette in questione l'esistenza di Dio". Mi piace questa attitudine così positiva. Il mio amico è aperto alla sfida di oggi

E continua "la nostra testimonianza in questo ambiente difficile approfondisce e sostiene la nostra fede ed aumenta le nostre vite spirituali".

7. Il carisma

Il carisma di Camillo deve essere la forza che mi guida mentre cerco di venire incontro alle sfide presentate dai diversi contesti culturali in cui opero. Il nostro carisma è una delle principali fonti motivazionali per fare ciò che facciamo, e se ne perdiamo la vista siamo destinati a morire. Sono chiamato a essere profetico là dove sono impiantato. Se vogliamo essere profetici la motivazione è di enorme importanza. Non dovremmo mai perdere di vista il fatto che il nostro ministero deve sempre avere una forte dimensione evangelizzatrice che — qualora assente — non stiamo più compiendo il nostro compito, non siamo più in missione. Dobbiamo sempre stare all'erta contro la perdita del senso di missione poiché "quando abbiamo chiarezza del perché allora possiamo far fronte al come" (V. Frankl). Ciò avviene quando la nostra identità e motivazione sono chiare. Il fatto che siamo impegnati nella attività pastorale non significa per sé che siamo coinvolti nel ministero. Siamo coinvolti nel ministero "quando simultaneamente le nostre vite e le nostre azioni spontaneamente indicano e promuovono il Regno di Dio" (M. Amalodes). Non è la qualificazione che ho ma la persona che sono ad attrarre, a toccare e a cambiare le persone.

Se rimaniamo fedeli al nostro viaggio interiore avremo sempre una dimensione evangelizzatrice nel nostro ministero. Il mondo della salute offre una enorme possibilità di evangelizzazione. Molte più persone attraversano le porte dell'ospedale in un giorno che quelle della chiesa in una settimana. Nessuno sfugge al dover d'es-

sere ricoverato o alla visita a qualcuno che sia stato ricoverato. San Camillo non ha forse considerato l'ospedale come "la mistica vigna del Signore" dove i "malati sono i nostri signori e padroni"?

8. La preghiera in un mondo secolare

Nel nostro cammino di fede degli ultimi 30 o 40 anni abbiamo messo grande enfasi su Camillo il Gigante della Carità. È stato un tempo eccitante in cui si sono dispiegate magnificamente creative espressioni del nostro carisma. Ma ci dimentichiamo del Camillo mistico, a nostro rischio e pericolo. Sono affascinato leggendo il *Positio dei Processi Canonici* di P. Domenico Casera che ci rivelano testimonianze date nei processi per la canonizzazione di san Camillo. Coloro che hanno avuto modo di conoscerlo hanno posto maggiore enfasi sul suo spirito di preghiera piuttosto che sulla sua cura fisica dei malati: Camillo nell'atto di celebrare la Messa, Camillo in preghiera al letto del malato, Camillo davanti al crocefisso. Infatti, fu nella preghiera al Crocefisso che Camillo scoprì che da sé non poteva far molto bene, che si stava perdendo d'animo e che aveva bisogno di persone animate dal suo stesso spirito (animo). "Il sé scopre che da sé non è sufficiente" come ben dice Brendan Kennelly. La speranza non può essere sostenuta solo dalla nostra volontà. La speranza è qualcosa che dobbiamo ascoltare al di fuori di noi stessi. Come afferma Susan McEvoy "come il fuoco ha bisogno dell'aiuto di un ramo per aumentare il suo calore, talvolta noi abbiamo bisogno di una voce, di uno sguardo, di un visitatore per ridare fuoco ai nostri cuori quando la fede comincia a indebolire". Abbiamo bisogno l'uno dell'altro.

9. Il carisma è la base della nostra spiritualità

Qual'è il carisma che dobbiamo vivere nella realtà di oggi? È importante ricordare nel caso di qualcuno come Camillo che, in qualità di fondatore dell'Ordine, egli ricevette un dono da Dio: "il carisma del fondatore è una esperienza dello spirito, trasmessa ai

discepoli perché sia vissuta, custodita e costantemente sviluppata in armonia con il corpo di Cristo in costante crescita” (MR, n. 11).

È importante ricordare che il dono di Camillo alla Chiesa fu di restaurare l'amore misericordioso di Cristo per i malati al suo ruolo centrale, così come lo aveva nella vita e nell'insegnamento di Gesù, prassi di cui si era persa visione. Si potrebbe anche dire che il ministero di guarigione era guardato con sospetto nella proclamazione del Messaggio da parte della Chiesa.

Camillo fu unico e davvero ispirato nella comprensione e percezione di come Gesù avesse portato più in alto la sbarra per tutti coloro che assistono, ponendo Sé Stesso come oggetto di assistenza: “ciò che fate al minimo di questi fratelli lo fate a me” (Mt. 25, 40). La particolare intuizione di Camillo fu di riconoscere che Gesù fece di Sé stesso l'oggetto diretto della nostra cura. Camillo assunse questo aspetto fino al punto di vedere Gesù nel malato, tanto da mettersi in ginocchio di fronte a lui e di chiedergli perdono e di confessare i propri peccati.

Credo che coloro che fanno propria la spiritualità camilliana ricevono quel dono di Dio che ha ricevuto Camillo, e sono incaricati di andare nel mondo e di essere fedeli a vivere la stessa esperienza così come ha fatto Camillo. Lo facciamo sviluppandola costantemente così da venire incontro ai bisogni dei malati e dei vulnerabili nell'epoca in cui viviamo. Cioè oggi. Lo dobbiamo esercitare nella realtà odierna ed evitare di coinvolgerci in un desiderio nostalgico di fare ciò che fece Camillo.

Poiché si trattò di una esperienza dello Spirito questo significa che venne da Dio ed introdusse qualcosa di nuovo. Non è facile conoscere un fondatore, perché siamo confrontati dal mistero di Dio. Camillo fu strumento nelle mani di Dio. I fondatori sono invariabilmente dei radicali ma non dei ribelli. Non furono paurosi nel confrontare lo *status quo* ma lo fecero sempre con grande umiltà. Madre Teresa (ora santa Teresa di Calcutta) ha sfidato la Chiesa senza gridare o protestare.

Poiché si tratta di una esperienza dello Spirito ci sarà sempre una certa tensione tra l'Istituzione e il movimento dello Spirito. È qualcosa di positivo dal momento che la dimensione istituzionale e quella carismatica abbisognano l'una dell'altra. Forse noi non

disturbiamo abbastanza i nostri capi e, peggio, noi irrigidiamo l'opera dello Spirito facendoci uomini e donne del "sì".

Il dono che Camillo ha ricevuto da Dio è la fonte della nostra spiritualità, fonte da cui ci abbeveriamo. Quando un camilliano cessa di bruciare per l'entusiasmo per il dono trasmesso da Camillo è nei guai con la sua vocazione. La Chiesa necessita di queste esperienze dello Spirito perché il popolo di Dio non può sopravvivere senza la mano di Dio sul timone. Il dono fatto a persone come Camillo è a beneficio della costruzione del Corpo Mistico di Cristo.

Il Carisma sarà sempre giudicato per la sua utilità — o per la sua mancanza di utilità — alla comunità. Quanto più utile è per la comunità tanto più importante sarà per la Chiesa. Secondo Rahner questa dimensione carismatica è altrettanto importante per la Chiesa come lo sono i Sacramenti ed il ministero. La Chiesa ha bisogno della vita religiosa. La Chiesa ha bisogno del nostro carisma camilliano dal momento che è il dono di Dio per il Suo popolo.

La nostra fede in Gesù ed il nostro carisma sono le sorgenti principali della nostra spiritualità, della nostra vita profetica. Se aspiriamo alla spiritualità camilliana dobbiamo allora conoscere Camillo de Lellis, l'uomo ed il fondatore toccati dallo Spirito.

10. La spiritualità camilliana

Quando parlo di carisma sto parlando del bruciare, dell'essere consumati dal fare il bene per i malati. La mia spiritualità è il modo in cui esprimo il carisma nella mia vita concreta. Quando parlo di spiritualità sono specificatamente interessato con le dimensioni relazionali e personali della persona umana e come lui / lei si relazionano al divino, a Dio. La spiritualità non è la discussione sulle teorie, sui principi o sui dogmi morali. La spiritualità è la più dinamica delle discipline teologiche dal momento che ha a che fare con il modo con cui viviamo, ci muoviamo e ci poniamo, piuttosto che con la teoria su di esso. Avere una visione camilliana sul mondo della salute è più ampio che il semplice essere camilliano. Dipende molto dal calibro di coloro che vivono quella spiritualità. È molto triste sentire un vecchio missionario rientrato dalla missio-

ne affermare della sua nuova comunità, “nessuno dei confratelli è interessato nella diffusione del Regno”.

La disciplina della spiritualità si è sviluppata a partire dall’interesse della teologia morale per il vivere umano. Da un lato si situa ciò che credo (ciò che i teologi chiamano i “*credenda*”) e, dall’altro, c’è ciò che io faccio di quel che dico di credere (chiamato dai teologi “*agenda*”). Per questa ragione la spiritualità è la più dinamica e concreta disciplina della teologia poiché tratta la realtà della vita. Non è forse questo scisma tra la fede professata e le nostre vite ordinarie la maggiore delle dicotomie della vita vissuta dai Cristiani in questa epoca moderna? (Costituzione Pastorale della Chiesa nel Mondo Moderno, n. 43). Riuscire a chiudere questo scisma non è forse la sfida maggiore per i cristiani? Potremmo parafrasare Papa Benedetto e chiederci se il nostro carisma è portatore di vita e sostegno della speranza. Il messaggio del nostro carisma è capace di modellare le nostre vite in un modo nuovo, o è solo informazione che, nel frattempo, abbiamo messo da parte ed ora sembra essere stata sostituita da informazioni più recenti?

È importante chiarire dall’inizio che c’è una sola, basilare, spiritualità Cristiana. La spiritualità è la nostra risposta alla chiamata cristiana vissuta in una tonalità o sfumatura particolare. Se Camillo ha dato vita ad una “nuova scuola di carità” ed ha “avuto una reale esperienza dello Spirito”, è naturale che seguendo la via camilliana ha significato lo sviluppo di una nostra specifica spiritualità con le sue peculiari colorazioni e tonalità.

II. Allora, che cosa devo ricercare nella spiritualità camilliana?

Il punto di partenza della spiritualità camilliana deve essere: sono un peccatore amato da Dio. Questo è il messaggio da proclamare alla gente. Questo ha dato a Camillo una totale accettazione dei malati e delle persone fragili là dove esse si trovavano piuttosto che dove lui avrebbe voluto che fossero. Potrebbe essere utile riflettere sugli effetti che un tale convincimento avrà o potrà avere sul nostro ministero. Camillo non si è mai dimenticato della sua indegnità e di quanto Dio fosse stato misericordioso verso di lui. Mi piace la

risposta di papa Francesco alla domanda “Chi è Jorge Bergoglio?”, “Un peccatore ma un chiamato”.

La spiritualità camilliana è quella del luogo di lavoro, della comunità del mondo sanitario, e si esprime nell'ordinarietà: “le cose ordinarie indossano belle ali” (Seamus Heaney). È la spiritualità dell'ordinario, della vita di ogni giorno che mostra un apprezzamento e una gratitudine per ogni cosa e ogni persona che ci circonda. Sento molto a casa con questa dal momento che è molto intonata alla spiritualità celtica basata come e' sulla consapevolezza che Dio è in ogni cosa ed in ogni persona. Sappiamo di aver abbracciato la spiritualità camilliana e che l'alba è giunta a noi, quando possiamo guardare in faccia ogni uomo e donna e vederli come fratelli e sorelle. Il nostro è un processo di intimità che dura tutta la vita, non solo con Dio ma con l'umanità nei malati, negli abbandonati, nei poveri, gli emarginati e gli abusati. La spiritualità camilliana non è nulla se non è incarnata, e deve essere fatta carne nel mondo in cui viviamo, nel mondo della salute.

La spiritualità camilliana ci sfida a decifrare la presenza di Dio nei segni dei tempi: a essere consapevoli degli avvenimenti, dei bisogni e dei desideri in cui si trovano i malati e le persone fragili. Noi rispondiamo a ciò che vediamo attraverso le nostre vite, le nostre azioni e le nostre parole.

Penso spesso che una definizione camilliana di ateismo potrebbe essere la perdita di contatto con l'umanità piuttosto che il rifiuto di Dio. Noi camilliani piuttosto che lottare per mantenere ad un alto livello l'impegno verso i malati dovremmo scoprire che è proprio questo impegno verso i malati che ci sostiene. Madre Teresa di Calcutta lo ha ben espresso quando disse che “noi saniamo attraverso una contagiosa umanità”. In altre parole è la compassione che sana. È il malato che ci tiene sulla giusta strada, ed è il nostro vero maestro. Ogni persona è un libro non ancora aperto da cui abbiamo molto da imparare. San Camillo dovette prima scoprire Dio e poi i suoi fratelli, e più seppe scoprire i suoi fratelli e sorelle più venne a trovarsi vicino a Dio e a desiderare di conoscerLo più intimamente e, poi, a mostrare la genuinità del suo amore per Lui servendoLo nei più umili dei suoi fratelli. Dostoevskj, nel suo libro *I fratelli Karamazov*, descrive l'ateo come qualcuno che ha perso contatto con gli altri esseri umani, suoi fratelli. Ivan, il fratello

maggiore nel libro, è incapace di amare. Questa è una importante intuizione per il nostro servizio come curatori cristiani e per vivere la vera spiritualità di san Camillo de Lellis.

La spiritualità camilliana esige da noi di avere un senso di missione e di collaborazione. Crediamo che è molto più valido ciò che viene realizzato assieme. Sotto questa luce, il coinvolgimento dei laici e dei religiosi assieme è di enorme importanza. Camillo diede inizio al suo ministero come laico, e dopo l'erezione dell'Ordine si assicurò che non si perdessero di vista la dimensione laicale né lo spirito di collaborazione. Dobbiamo ricordare che Camillo, ai piedi del Crocifisso, scoprì che da se stesso non poteva fare molto bene, tanto da perdersi d'animo. Aveva bisogno di spiriti come il suo!

Quando parliamo di spiritualità camilliana stiamo trattando di un cristianesimo adulto. Ciò significa che con le nostre credenze, dobbiamo farle nostre e di viverle in modi specifici ed in contesti particolari. Si tratta di promuovere una maturità psicologica e spirituale. Essere santi non significa essere chiamati a vivere come i grandi del passato, ma piuttosto di centrare la propria vita in Dio nel qui ed ora con piedi d'argilla, aiutando gli altri e lasciandosi aiutare da altri e così scoprire la compassione di Dio per la Sua creazione, persino per noi stessi!

L'ospitalità e la presenza sono entrambe aspetti centrali della spiritualità camilliana. Il nostro approccio pastorale deve sempre essere personalizzato. Deve essere centrato sulla persona. Quando iniziamo a vedere i malati come tutti uguali e perdiamo di vista la loro individualità, allora perdiamo il senso profetico. Abbiamo sempre creduto che una buona salute non è semplicemente l'assenza della malattia e del male ma piuttosto una stato globale di benessere che coinvolge ogni dimensione dell'essere umano: fisico, sociale, mentale e spirituale.

R. Leriche definisce il dolore come "il risultato del conflitto tra lo stimolo e la persona intera". Il dolore colpisce tutte le dimensioni della nostra personalità: fisica, emozionale, intellettuale e spirituale. Un dolore diagnosticato di natura fisica non colpisce solo il corpo ma invaderà ogni dimensione del nostro essere dal momento che non si possono creare compartimenti stagni nella nostra individualità, separando una parte da tutte le altre. Ogni dimensione è una parte

senza della quale l'intero è incompleto, né detta parte può funzionare indipendentemente dalle altre funzioni. Noi camilliani dobbiamo sempre saper distinguere tra malattia e malessere. Malattia è il disordine strutturale in un organo o tessuto che da' origine a cattiva salute; il malessere — d'altro lato — è l'esperienza individuale di cattiva salute, la sua propria maniera di far fronte al disordine strutturale.

12. Conclusione

Che qualifica necessito per questo tipo di lavoro? Credo fermamente che la migliore preparazione non è il fatto di esser un medico, un infermiere o qualsiasi altro professionista del mondo della salute, ma piuttosto il fatto di essere dedicato al mio viaggio interiore. Se lo sono, allora sarò consapevole della mia vulnerabilità, del mio non sapere, e diventerò meno giudizioso nelle relazioni con gli altri.

Come afferma molto bene M. Kearney “si tratta del credere che per lavorare in questa area (cura palliative) non ha a che fare con le titoli che possiedo ma piuttosto con l'io che io sono”.

Sono convinto che lo spirito dato a san Camillo è stato anche trasmesso ad ognuno di noi, ma dobbiamo avere il coraggio di esercitarlo e di collaborare con la Grazia che esso infonde.

San Camillo è un esempio eccellente di come la Grazia di Dio lavora sulla natura. Camillo era di testa dura prima della sua conversione, ed è evidente dai suoi biografi che rimase tale nel corso della sua vita dopo la conversione. La differenza sta nel fatto che dopo la conversione la sua grande determinazione e la sua forza di carattere furono usati per il bene altrui.

Molti hanno paura di mettere la loro fiducia completamente in Dio poiché credono di trasformarsi in pupazzi. Riflettendo sulla vita di san Camillo si scopre un uomo capace di dare tutto a Dio senza riserve ed in questo processo di diventare anche il più libero di tutti gli uomini nel mondo. Come afferma un filosofo “il cuore ha le sue proprie ragioni di cui la ragione non sa nulla”. Cervantes nel suo *Don Chisciotte* ci dice che “la libertà è il dono più grande che il cielo ha dato agli uomini”.

Tra l'altro, non prendetevi troppo sul serio, poiché i malati riusciranno sempre a togliere il formalismo dalle vostre vele!

“Corpo e anima”: la formazione infermieristica camilliana

FILOMENA PISCITELLI*

La relazione che ci è stata affidata ha per titolo: “Corpo e anima: la formazione infermieristica camilliana”. Questa relazione non presenterà la storia dell’Infermiere né parlerà di tutti i passaggi legislativi; non parleremo del Codice Deontologico e neppure parleremo di Florence Nightingale che noi tutti conosciamo. Proveremo solo ad illustrare molto semplicemente la missione che il Signore ci ha affidato nella Chiesa e in seno all’Istituto delle Figlie di San Camillo, quella cioè di accogliere dei giovani, amarli e insegnare loro come ci si prende cura dell’uomo quando è malato e come gli si sta vicino nell’ultima tappa della vita. Ma certamente anche quello che dirò non sarà esaustivo per illustrare una realtà così dinamica, a volte misteriosa.

“Corpo e anima”: la formazione infermieristica camilliana. Al primo impatto, leggendo “corpo e anima” immediatamente si pensa alla cura del corpo e dell’anima del malato da parte dell’infermiere. In realtà questo titolo si presta ad entrambi i significati e cioè fa pensare sia al corpo e all’anima del malato ma chiama in causa anche chi assiste, e nel nostro caso specifico lo studente infermiere. Dunque questo titolo dice in sintesi tutto quello che ora diremo con le nostre povere parole. Dire corpo e anima è come dire “tutto l’uomo”, infatti la formazione infermieristica camilliana parte dalla formazione di tutto l’uomo, di quell’uomo/donna (giovani e meno giovani) che dovrà prendersi cura di “tutto l’uomo” che vive il tempo della sofferenza e del dolore.

* Direttrice della Scuola Infermieristica “P. Luigi Tezza”, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Congregazione delle Suore Figlie di San Camillo.

L'olismo che si studia nelle scienze infermieristiche in relazione ai malati, vale anche per ciascuno di noi: noi assistiamo il malato con tutto noi stessi, con tutte le dimensioni della "nostra Persona", quindi è fondamentale formare la Persona "Infermiere", l'uomo/la donna "Infermiere".

A questo punto è quasi d'obbligo aprire e chiudere una parentesi facendo un brevissimo cenno sulla formazione infermieristica in generale partendo dal Decreto Ministeriale 739/94, art. 1, in cui si dice che "L'Infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Le sue principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

Questo Decreto disegna la figura dell'Infermiere, definisce i contorni del suo profilo, appunto è definito "Profilo Professionale"; gli Ordinamenti Didattici offrono i piani di studio, le sedi formative attraverso i docenti, i tutor e tutto il corpo professionale preparano lo studente e cercano di dargli quella "forma" prevista dal Profilo Professionale.

La formazione infermieristica camilliana si inserisce in tutto questo discorso con la sua peculiarità caratterizzata fondamentalmente dalle sue radici evangeliche, prima di tutto, e dalla spiritualità camilliana.

Dopo questa brevissima ma doverosa premessa sulla formazione infermieristica in ambito accademico, ci sembra più che opportuno citare alcuni articoli delle Costituzioni e Disposizioni Generali dell'Istituto Figlie di San Camillo, sulle quali si basa la nostra vita religiosa camilliana. Nella parte prima che tratta del carisma, all'articolo 10 si legge: "La Chiesa ha riconosciuto a san Camillo e al suo Ordine dei Ministri degli Infermi il carisma della misericordia verso i malati e ha indicato in esso la fonte della missione propria, definendo l'opera del fondatore "nuova scuola di carità". Noi Figlie di San Camillo, abbracciamo con gioia il carisma della misericordia a lui riconosciuto dalla Chiesa e ci riconosciamo oggi nella sua scuola di carità".

Art. II: "Il Padre Luigi Tezza, mosso dallo Spirito, aperto ai segni dei tempi e fedele alla fondamentale ispirazione di San Camillo, fu

scelto da Dio per trasmettere il carisma della misericordia verso gli infermi alla nostra Congregazione. Nata dal tronco fecondo e benedetto dell’Ordine Camilliano, la nostra famiglia religiosa, a imitazione e nella volontà dei Fondatori, si riconosce costituzionalmente unificata nel carisma con i ministri degli Infermi”.

Art. 12: “Il carisma dunque della nostra Congregazione, trasfuso direttamente dall’Ordine di San Camillo e che ne stabilisce l’indole e il mandato, si esprime e si attua nelle opere di misericordia spirituali e corporali verso gli infermi”.

Dal Capitolo sul ministero all’Art. 80, leggiamo: “Il nostro Istituto [...] si adopera per animare il maggior numero possibile di laici all’amore e al servizio degli infermi”.

E all’art. 81: “Cooperiamo affinché l’uomo venga posto al centro dell’attenzione nel mondo della salute. Contribuiamo perché la società promuova l’umanizzazione delle strutture e dei servizi sanitari e garantisca, nel migliore dei modi, i diritti del malato e il rispetto della sua dignità personale”.

Infine, dalle Disposizioni Generali, sempre al capitolo sul Ministero, all’art. 54 leggiamo: “Nei limiti del possibile, si aprano scuole proprie per scienze infermieristiche perché danno la possibilità di realizzare, secondo l’intendimento dei fondatori, l’insegnamento di San Camillo la cui opera è stata definita dalla Chiesa “nuova scuola di carità”.

Passiamo ora a mettere a fuoco alcune frasi di san Camillo a noi molto care, pilastri che sostengono tutta la nostra struttura formativa: “È molto poco quello che io faccio! Vorrei avere cento braccia per arrivare a fare molto di più”. Questa espressione uscita dalle labbra e dal cuore ardente del Santo Padre Camillo, è la molla che spinge alla fondazione delle nostre scuole. L’Istituto delle Figlie di San Camillo ha fatto suo questo ardente desiderio del Gigante della carità e davanti all’immenso bisogno dell’uomo che soffre, ha osato gettare nel suo terreno, il seme di questa “nuova scuola di carità”. L’Opera è ancora una volta, opera di Dio ed è per questo motivo che a suo tempo produce frutti buoni.

Diceva san Camillo: “perché desideriamo con la grazia di Dio servir a tutti gli infermi con quell’affetto che suol un’amorevol madre assistere il suo unico figliolo infermo”.

Ai giovani che entrano in questa fucina per diventare infermieri, si insegna ad assistere gli ammalati con l'affetto di una madre che assiste il suo unico figlio infermo, quindi "come una mamma".

Il concetto di "assistere il malato con lo stesso affetto con cui una madre amorevole assiste il suo unico figlio infermo" non si può dare per scontato in ragazzi di 19–22 anni. Ci possono anche essere casi in cui a 20 anni il giovane/la giovane sono più maturi di un quarantenne, ma normalmente non è così, anzi è tutt'altro. Per cui ciò che sembra scontato, scontato non è! Non è scontato che un infermiere si avvicini ad un malato con rispetto; ma cos'è il rispetto! e cosa significa rispettare la dignità del malato, e cosa significa guadagnarsi la fiducia di colui che si assiste e come si guadagna questa fiducia? Non è scontato pensare che quando esco dalla stanza mi premuro di raccomandare al paziente che se ha bisogno mi può chiamare e quindi gli avvicino il campanello; non è scontato capire che un paziente immobilizzato a letto può essere bisognoso di avere a portata di mano il comodino, l'acqua, il telefono, il fazzoletto, ecc.; neppure è scontato che prima di compiere qualsiasi procedura su di lui, gli si chieda il permesso!"

Qualcuno potrebbe dire, a ragione, che tutto ciò è contenuto nei testi della disciplina infermieristica e che tutti gli studenti infermieri di tutte le sedi formative del mondo studiano queste cose.

Il passaggio fondamentale è proprio quello di far passare, un concetto che si studia, dalla mente al cuore e dal cuore alle mani. Solo così possiamo chiedere a noi stessi e a chi formiamo, ciò che chiedeva Camillo ai suoi religiosi: "*Più anima, figlioli miei, in quelle mani, più cuore!*"

Dunque una formazione non solo tecnica ma profondamente umana. Un ambiente familiare dove i formatori si prendono cura dello studente e del suo percorso, non trascurando nulla di quello che è il comportamento manifesto per poterlo correggere e/o indirizzarlo.

Considerando gli svariati contesti di provenienza dei nostri giovani, sempre più ci si rende conto dell'importanza di un accompagnamento individuale, umano prima di tutto e poi anche tecnico-professionale. Come passare da una sponda all'altra? Come raggiungere il cuore? Come provocare il cambiamento? Come far

emergere tutto il bene che portano dentro questi giovani che, contrariamente a quello che si può pensare, sono ricchi di sensibilità, desiderosi di sincerità, aperti alla diversità? Da dove si parte?

Dalla Relazione! Se la relazione è uno degli aspetti fondamentali dell'esercizio della Professione Infermieristica (come recita il DM 739/94) che abbiamo visto precedentemente, si deve necessariamente formare il giovane a vivere bene la Relazione in tutte le sue mille sfumature. Ci insegnava P. Giuseppe Cinà nei nostri anni di formazione in noviziato, che è nella relazione con gli altri che noi diveniamo! Noi siamo il frutto delle relazioni con gli altri, ogni relazione, ogni incontro, contribuisce al cambiamento, trasforma, matura.

La conoscenza della figura e della vicenda di san Camillo e della sua rivoluzione assistenziale e la messa in pratica dei suoi insegnamenti è dunque l'humus in cui lo studente che viene nella nostra sede cresce giorno per giorno nell'alternanza dell'aula e della corsia; dei rapporti con i compagni, i docenti, i tutor, il personale ausiliario e di segreteria e dei rapporti con i malati, con gli Infermieri, con le suore, con le altre figure professionali che ruotano attorno al malato; si cammina e si cresce insieme, in una vita che si svolge, giorno dopo giorno, nella semplicità e nella verità dei rapporti anche quando sono difficili! Questa *vita* che si svolge qua dentro, sia quando la accettano consapevolmente che quando no, li forma, li forgia, li cambia, li fa diventare uomini e donne più maturi!

Tante sono le esperienze vissute insieme in collaborazione tra studenti dei 3 anni di corso, oltre alle attività ordinarie costituite dalla didattica frontale e dal tirocinio professionale: convegni, seminari, lavori di gruppo, gita di fine anno, svaghi, sport, ritiri spirituali, Celebrazioni liturgiche (specialmente le feste di san Camillo e dei beati p. Luigi Tezza e Madre Giuseppina Vannini), l'accoglienza delle matricole, le giornate universitari, il pellegrinaggio a Bucchianico, il coro e le prove di canto, il saluto ai laureandi, ecc. E poi le emozioni di ogni giorno visibili in queste foto.

A questo punto, se io fossi al vostro posto chiederei: ma ... tutto bello? Sarà tutto vero?

Vi assicuro che non è tutto bello, ma è tutto vero! Accade proprio come in una famiglia dove, nonostante tutta la cura che si è messa nell'educare ben i propri figli, si vivono purtroppo dei

fallimenti. Perché c'è lo studente difficile, quello che va fuori corso e non lo accetta, quello che ti si rivolta contro perché le Regole e la disciplina gli stanno strette, quello che è giù di morale e non viene a tirocinio, quello che vive problemi e disagi familiari, quello che non è mai contento e si lamenta di tutto. Per non parlare poi dei nostri limiti, tanti! . . . i nostri errori nella comunicazione, la nostra stanchezza, quando non riusciamo a raggiungerli, a comprenderli e ad aiutarli nel modo giusto.

E allora, come procedere? Quale il percorso?

Con la gradualità dell'amore, Dio si prende cura di loro attraverso di noi, affinché loro siano capaci, un giorno, di prendersi cura di Lui, che si nasconde nell'uomo infermo. E poi ci viene in aiuto la pedagogia del Beato Padre Luigi Tezza, una pedagogia che non etichetta nessuno, che sa attendere, che fa leva sul positivo, perché possano dare il meglio di sé.

Quando un giovane arriva nella nostra scuola, egli non sa, non può sapere cosa sia la Professione che ha scelto, l'inizio del percorso formativo gli cambia letteralmente la vita. L'infermiere che egli diventerà si costruisce giorno per giorno, non si improvvisa dall'ultimo giorno d'aula, alla laurea come per incanto! E nel rapporto quotidiano con il formatore, in una relazione di fiducia, che non crea le distanze tra i ruoli, si insegna a servire, prima tra di loro, ad andare in profondità nelle cose, nelle scelte, si invita a rinnovare la motivazione, si incoraggia, si supporta, si dialoga, soprattutto si ascolta.

A testimonianza di quanto detto riporto alcune testimonianze di ex studenti:

All'inizio avevo il terrore di ritrovarmi dispersa all'interno di un sistema troppo complicato, freddo e rigido; dove ognuno doveva essere in grado di gestire le proprie attività, (lezioni, esami, ecc..) proprio come avviene in tutte le università. Al contrario, ho trovato un ambiente familiare e tranquillo, dove potevo sempre contare su qualcuno per qualsiasi dubbio. Il percorso sarà stato anche duro, ma ne è valsa la pena. Oggi posso dire che esercito la mia professione non solo con le mani ma anche con il cuore e ne vado fiera. (C.M.)

Dal primo giorno di tirocinio abbiamo quella voglia di imparare le procedure, come si incanula una vena, come si posiziona un catetere

vescicale. Ma questo percorso ci permette di soffermarci sulla Persona che abbiamo di fronte, sui bisogni primari che ha bisogno di soddisfare. Allora, prima di fare qualsiasi cosa, prima di imparare ad incanulare una vena, comprendiamo dei principi più profondi, umani, come per esempio il pudore, la persona, il corpo, l’anima che hanno bisogno di rispetto, di assistenza, di delicatezza, di carità. (S.S.)

Se posso dirle una cosa . . . Vi ringrazio per tutta l’umanità che mi avete insegnato perché non ne ero a conoscenza. E Vi ricordo sempre e Vi ringrazio per tutti gli insegnamenti sia teorici che umani che mi avete insegnato verso la persona malata. (P.S.)

Il malato quando entra in ospedale ha bisogno di essere rassicurato, ha bisogno di gesti di affetto, di gentilezza e di cortesia e ne hanno bisogno anche i suoi familiari; donare un sorriso o strappar loro un sorriso deve diventare un impegno quotidiano. Io, grazie agli insegnamenti ricevuti durante gli anni di formazione infermieristica in questa scuola, penso di aver acquisito e maturato anche quegli atteggiamenti umani che mi permettono di svolgere il mio lavoro, accanto a chi soffre, non solo con professionalità ma anche con dedizione e rispetto. Nei confronti di altri colleghi, non penso di essere superiore o di lavorare meglio ma penso di avere una marcia in più e penso di ritenermi fortunato di avere incontrato la misericordia, affascinato dall’atteggiamento di Gesù, quello di chinarsi sull’uomo e sulla donna malata, per fasciare non solo le ferite fisiche ma anche quelle dell’anima. (C.A.)

Lungo il percorso formativo siamo cambiati, siamo cresciuti, siamo maturati, siamo diventati uomini e donne nuovi. Insieme alle discipline teoriche e pratiche da apprendere per formare il proprio bagaglio professionale, la nostra scuola ci ha dato la possibilità di conoscere lo spirito di san Camillo che ha contribuito affinché noi potessimo diventare dei professionisti dell’assistenza. Concludo riportando il mio pensiero sull’assistenza infermieristica: “L’assistenza infermieristica è un’arte: l’arte del prendersi cura, l’arte del dare la vita, l’arte del preservare la vita, l’arte del ricevere la vita e di poterla vivere anche con delle sofferenze. (S.S.)

Sentiamo forte dentro di noi una spinta a ringraziare il Signore perché si è degnato di servirsi di noi per donare amore a questi giovani e accompagnarli per un breve tratto di vita verso una Professione che può essere vissuta pienamente solo se vissuta come una missione, quella della misericordia.

Grazie Signore
per i tuoi innumerevoli benefici!
Chiama ancora operai alla tua messe
e rendici capaci di accoglierli come tuoi tesori
messi nelle nostre mani e affidati ai nostri cuori.
Fa' che possiamo essere guide valide
nella formazione di queste
cento braccia di misericordia,
perché imparino a servire con amore
le membra sofferenti del Tuo Corpo.

Mi sento di concludere con questa Solenne Promessa del Santo Padre Camillo: “Mando a tutti mille benedizioni non solamente ai presenti ma anche ai futuri” (Roma, 10 luglio 1614. Camillo de Lellis).

La visita a domicilio

Un modello camilliano di assistenza

RICCARDA LAZZARI*

1. Introduzione

Visitare significa: uscire da se stessi, dal proprio egoismo, dai propri interessi per andare verso qualcuno, verso il Dio nascosto nella persona del malato, del povero e bisognoso.

La visita al malato, per un camilliano o camilliana, è anzitutto: Presenza. Prima del fare o del parlare, la visita è il dono di una presenza amorevole, premurosa, sollecita, attenta alla persona. È questo il primo e più grande dono della visita.

La nota distintiva che definisce la *visita* è proprio il rapporto tra *persona e persona*. Ciò significa: ascoltare, ascoltare in silenzio senza giudicare, entrare con umiltà e rispetto nel mistero interiore della persona che soffre. È la persona che si va a visitare; è necessario perciò comprenderne le sofferenze indotte dalla situazione di malattia, i sentimenti che la animano, i segreti che la tormentano, la solitudine che sperimenta. La visita al malato è perciò un incontro speciale tra due persone, un incontro salutare che può cambiare la vita del paziente!

2. La visita al malato è un evento

Visitare un malato non è principalmente una cosa da “fare” o un impegno da compiere, ma è un evento speciale che richiede, anzi-

* Vicaria generale delle Ministre degli Infermi e docente di Teologia, Istituto Camillianum.

tutto, un grande lavoro su se stessi e un discernimento su pensieri e motivazioni che abitano il visitatore. La parola di Dio è la guida della visita al malato. Il Siracide afferma: “Non esitare nel visitare i malati, perché per questo sarai amato” (7,35); e nel vangelo è scritto che Gesù si identifica in colui che è malato: “Ero malato e mi avete visitato” (Mt 25,26).

La visita al malato è, però, un evento delicatissimo! È sempre difficile incontrare l'altro, ma ancor più difficile è l'incontro con il Malato! Secondo l'esempio di san Camillo e della beata Maria Domenica, è necessario andare dal malato con umiltà, con delicatezza, a mani vuote, senza alcuna presunzione di insegnare qualcosa. È importante liberarsi dall'ambizione di sentirsi “salvatori”, capaci di consigli e di buone ricette. Il capezzale del malato non è il luogo per le prediche, ma un luogo sacro di ascolto e di tenerezza! La visita al malato è dunque un evento che esige una preparazione, un profondo lavoro su di sé, un discernimento sui pensieri che abitano la mente del visitatore e sulle motivazioni profonde che lo guidano! Il Maestro è il malato! È Lui che deve essere ascoltato! In Lui, Cristo stesso si identifica e soffre!

3. Il Signore ama chi visita i malati

Dal salmo 41 emerge che quanti si prendono cura dei malati sono da considerarsi beati, perché il Signore li proteggerà quando anch'essi saranno malati: “Il Signore li sosterrà sul letto del dolore; darà loro sollievo nella malattia” (Sal 41,4).

4. I visitatori che il malato non desidera

Nel salmo 41,6-9 è scritto: “Chi viene a visitarmi dice parole false, raccoglie cattiverie nel suo cuore e uscito, sparla nelle piazze. Contro di me mormorano i miei nemici: ‘L’ha colpito un male incurabile, non si alzerà più dal letto in cui giace’”. Quanti visitatori dicono il falso davanti al malato! Si tratta in genere di parole di circostanza permeate da falso ottimismo, parole inconsistenti, vuote, e certamente non rassicuranti! Il malato, nella sua profonda sensibilità, ne intuisce

la doppiezza, si sente oggetto di discorsi non sinceri e il suo dolore ed il suo dramma restano estranei a queste persone! Un linguaggio falso è molto spesso usato, anche in buona fede, da parenti, da amici e talvolta, anche da sprovveduti visitatori pastorali! In realtà il malato non ha bisogno di parole, ne di considerazioni sulla propria malattia, ne di prediche consolatorie, egli ha bisogno di una presenza silenziosa, di una vicinanza amorevole, di un'autentica compassione. La visita al malato è un evento che richiede un profondo discernimento sui pensieri che abitano colui che visita e sulle motivazioni profonde che lo guidano; la visita camilliana richiede l'intelligenza della mente e del cuore, che sa comprendere ed amare, che sa trasformarsi in "dono" per il malato, un dono che sa colmare la distanza incolmabile fra il malato e il sano.

5. Ero malato e mi avete visitato

Il testo è noto ma ciò che sorprende in questo passo è che Gesù si identifica nel malato e non nel visitatore! Si identifica in colui che soffre e che ha bisogno di aiuto e di cure. Ma ciò che più ancora stupisce è il fatto che, a prescindere dal credo e dalla condotta del malato, in ciascuno di loro è presente Cristo che soffre! Ciò comporta una conseguenza irrinunciabile: ogni malato, sia giovane o anziano, sia credente o ateo, sia vigile o in stato comatoso, sia andicappato nelle varie forme o normale, rappresenta Cristo! È Lui stesso che lo afferma! È lui stesso che si identifica in ogni persona malata! Il malato è quindi persona *speciale* da curare con amore e predilezione. È persona *sacra*, in cui Cristo stesso soffre e geme.

6. Aspetti peculiari della visita al malato nel domicilio

6.1. La compassione per l'umanità sofferente

La visita al malato nel domicilio rappresenta per un camilliano o camilliana, il cuore del ministero, il centro della missione, l'impegno speciale che Camillo tanto raccomandava ai suoi figli spirituali. Egli afferma che l'assistenza al malato nel domicilio rappresenta l'*oceano*

dei bisogni di tanti pazienti! Camillo percorreva lunghi chilometri per raggiungerli nei casolari più dispersi, portava loro il cibo da lui stesso preparato, si prendeva cura dei bisogni del corpo e dello spirito. La beata Maria Domenica nasce circa due secoli e mezzo dopo Camillo, Lei fa del ministero di assistenza nel domicilio, l'aspetto fondamentale della missione dell'Istituto da lei fondato. Di giorno e di notte sotto il sole cocente e la pioggia dirompente, sfidando pericoli e incomprensioni, Maria Domenica e le figlie salgono le scale delle abitazioni più povere per raggiungere le inferme bisognose e abbandonate; per donare loro aiuto, conforto e speranza. Nel cuore di Camillo e di Maria Domenica è vibrante la compassione divina per l'umanità sofferente ed emarginata, ed è appunto la *compassione* che indica a entrambi la qualità del servizio.

Camillo e Maria Domenica così diversi per cultura, per carattere, per l'epoca in cui vissero, così profondamente simili nell'aspetto fondamentale della loro missione: la passione per i malati poveri, sofferenti, emarginati e morenti.

6.2. *Le virtù caratteristiche della visita ai malati*

Un autore contemporaneo spiega la virtù attraverso il termine "competenza": "la virtù è un competenza profonda e beatificante che garantisce pienezza e senso alla nostra vita, alla nostra convivenza ed anche alla nostra morte"¹. La virtù non è astratta, deve essere vissuta, riguarda sempre il tutto e la personalità nel suo complesso. La virtù autentica è quella che s'innesta nell'opzione fondamentale della vita; ogni virtù staccata dall'opzione fondamentale verso il bene, può diventare nemica dello stesso bene². Nell'ambito specifico della visita ai malati due virtù sono particolarmente necessarie: *umiltà e dolcezza*, queste caratterizzano in modo significativo il ministero camilliano della visita ai malati.

L'umiltà è riconoscere davanti a Dio la propria inferiorità, piccolezza e indigenza. Il termine deriva dal latino *humus* che significa, terra. Tutta la tradizione cristiana considera questa virtù, essenziale

1. B. HÄRING, *Programma per una vita riuscita. Le virtù del cristiano maturo*, Queriniana, Brescia 1996, 7.

2. Cfr. *ivi*, II-I4.

e fondamentale alla vita spirituale, in quanto elimina l'orgoglio che è il principio di ogni peccato (Cfr. Sirro,13). I grandi modelli dell'umiltà sono Gesù e Maria. Il cristiano, pertanto, non può essere autentico discepolo del Cristo, senza possedere tale virtù. "Imparate da me che sono mite ed umile di cuore" (Mt 11,29). L'umiltà, quindi, non è falsa modestia, non è remissività, né pietismo; la vera umiltà abita il cuore della persona e si esprime nell'abbassarsi, non solo davanti a Dio, ma anche davanti ad ogni creatura in quanto è creata ad immagine e somiglianza di Dio e redenta dal suo sangue santissimo. La vera umiltà, commuove il cuore stesso di Dio, afferma in proposito la Vergine Maria: "L'anima mia magnifica il Signore perché ha guardato all'umiltà della sua serva" (Lc 1,47). Maria Domenica nelle Regole da lei manoscritte, propone con insistenza la virtù dell'umiltà come essenziale all'esercizio del ministero. Non è mortificante compiere servizi umili al malato, anzi, paradossalmente possiamo dire che è esaltante, in quanto, quelle azioni attirano lo sguardo compiacente del Signore: "Su chi volgerò lo sguardo? Sull'umile e su chi ha lo spirito contrito, su chi teme la mia parola" (Is 66,2).

Gesù stesso nell'ultima cena, cingendosi i fianchi di un grembiule, lavò i piedi ai discepoli, indicando in quell'umile servizio l'atteggiamento del cristiano verso il prossimo (cfr. Gv 13,1-17). In questo senso nelle Regole di Maria Domenica è scritto: "Le sorelle abbiano care le pratiche più umili e i servizi più vili come rifare i letti, lavare e cambiare le ammalate, fasciare le piaghe ed altri somiglianti servizi, alle inferme e moribonde"³.

In altro articolo la Madre esige dalle figlie un "contegno umile e modesto"⁴ nel rapporto con i malati. Il contegno umile e modesto è l'atteggiamento dell'accoglienza, di colui o colei che mette a suo agio chi ha bisogno di essere aiutato. L'umiltà è perciò accoglienza dell'altro, soprattutto del debole, dell'infermo e del povero.

La dolcezza è la seconda virtù che la Madre raccomanda nel ministero verso i malati. È virtù che esprime un atteggiamento interiore di bontà; infatti, la bontà che è nel cuore della persona,

3. MARIA DOMENICA, "Regole manoscritte", in *Scritti di Maria Domenica*, Casa Generalizia - Ministre degli infermi, art. n.4, 214.

4. Ivi, art. 20, 220.

si esprime all'esterno in dolcezza, affabilità e magnanimità. Il volto sereno, il sorriso accogliente, l'amabilità dei modi e dei gesti sono espressioni di quella realtà interiore che è appunto la bontà del cuore. La madre Maria Domenica esige chiaramente la virtù della dolcezza nell'esercizio del ministero verso i malati, nelle sue Regole scrive: "Studino i modi più dolci e le parole più caritatevoli nell'assistere le inferme e moribonde"⁵. I modi, cui la madre fa riferimento, sono i gesti, la postura, il metodo esecutivo di un'azione, l'atteggiamento del viso, lo sguardo, ed altro; tutto questo deve esprimere dolcezza, delicatezza, bontà, apertura del cuore, rispetto. I modi bruschi, un volto teso e corrucchiato, uno sguardo freddo e scostante, sono realtà che feriscono, generano disagio, incomprensione, distacco e sofferenza nel malato.

La Scrittura esorta ad "essere mansueti mostrando ogni dolcezza verso gli uomini" (Tt 3,2), e l'apostolo Pietro nella sua prima lettera raccomanda: "tutto deve essere fatto con dolcezza e rispetto" (1Pt 3,15).

La dolcezza dei modi deve essere accompagnata dalla dolcezza delle parole; scrive la Madre: "né per qualunque ragione usino mai parole di rimprovero, alzate di voce ed altri simili modi che sarebbero contrari alla carità"⁶. La dolcezza del linguaggio è, perciò, essenziale all'esercizio del ministero verso i malati. Le parole, infatti, possono ferire più duramente dei modi e dei gesti. Afferma la Scrittura: "Una lingua dolce è un albero di vita (Pr 15,4); l'albero della vita è scienza, sapienza e bontà, così il linguaggio che scaturisce dalla dolcezza, comunica vita e sapienza" (Pr 16,21). Tuttavia il linguaggio della dolcezza non è fatto di parole sentimentali e ricercate, anzi la Scrittura mette in guardia da questa falsa interpretazione che scambia la dolcezza per debolezza e sentimentalismo. "Una lingua dolce spezza le ossa" (Pr 25,13) ovvero penetra nel profondo più della spada, ma non ferisce anzi guarisce le ferite. La Madre Barbantini afferma che il linguaggio improntato a dolcezza scaturisce dalla carità teologale che abita la Ministra degli infermi e la rende capace di esprimere quell'amore con il quale Dio stesso è vicino ad ogni sofferente.

5. Ivi, art. 3, 213.

6. MARIA DOMENICA, *Scritti*, op. cit., art. 3, 213-214.

6.3. *Annunciare ai sofferenti la misericordia del Signore*

Nella visita al malato è necessario esprimere la misericordia divina. Nella vita e nel messaggio di Gesù, la misericordia occupa un posto importante, anzi è l'atteggiamento fondamentale del suo amore per l'umanità e della sua missione di salvezza. Il carisma camilliano è il carisma della *misericordia*. Nelle sue regole, la madre fondatrice, presenta alle figlie l'imperativo categorico del Signore: "Siate misericordiosi come è misericordioso il Padre vostro che è nei cieli" (Lc 6,36). La misericordia carismatica non è un sentimento e neppure solidarietà, è qualità fondamentale del carisma camilliano che rende capaci di esprimere nel mondo della sofferenza, non una semplice pietà o benevolenza, ma la "tenerezza di Dio e la sua misericordia".

Tenerezza e misericordia sono, infatti, il volto stesso di Dio che camilliani e camilliane sono chiamati a svelare ai malati e sofferenti. È questa, una realtà dello Spirito, ma è anche compito esigente che richiede di attingere costantemente alle sorgenti di Colui che per essenza, è misericordia infinita!

6.4. *Annunciare la Vita ai sofferenti mediante la sofferenza*

Quando il malato è grave è necessario saper annunciare la vita mediante la sofferenza. Nella sofferenza è nascosta la forza vittoriosa della Risurrezione, la forza della vita nuova, la forza invincibile di Dio. La *Salvifici Doloris* afferma: "Mediante la Risurrezione, Cristo manifesta la forza vittoriosa della sofferenza, e vuole infondere la convinzione di questa forza nel cuore dei credenti"⁷. Annunciare la Vita ai sofferenti è infondere la speranza in Colui che è datore della vita. Camilliani e camilliane sono chiamati per vocazione ad annunciare, a promuovere e difendere la vita, soprattutto mediante la forza soprannaturale della sofferenza. "Come è vero che solo attraversando il travaglio del parto la vita umana è data alla luce, così è vero ed è necessario che il Vangelo della personale sofferenza,

7. Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera apostolica sul senso cristiano della sofferenza *Salvifici Doloris*, nn. 25-27.

preceda, accompagni e segua il Vangelo della vita”⁸. Annunciare la vita mediante la sofferenza è però azione dello Spirito e perciò, dono di Dio. A coloro che stanno vicino al malato grave è richiesto con urgenza di coltivare uno sguardo *contemplativo*. Chi possiede uno sguardo contemplativo non si arrende sfiduciato a chi è nella malattia, nella sofferenza e nella soglia della morte, ma in ogni uomo che vive o che muore egli riconosce l’immagine della gloria di Dio! Infatti quando la vita nel tempo si spegne “la Vita per il traboccare del suo amore verso l’uomo, ci converte e ci richiama a sé. È troppo poco dire che questa Vita è viva! Ogni vivente deve contemplarla e lodarla: è Vita che trabocca di vita!”⁹. Gabriel Marcel, una delle voci più grandi della filosofia spirituale del secolo scorso, ha tradotto in modo indimenticabile questo concetto in una espressione che è piena di densità filosofica e di profondità cristiana. Egli ha scritto: “Ama chi dice all’altro: tu non morirai”. Da duemila anni la Chiesa cattolica, in qualsiasi condizione abbia trovato l’uomo, gli ha detto “Tu non morirai!”¹⁰. È questo un compito esigente e non facile di quanti vivono per vocazione accanto ai malati gravi nel momento del grande passaggio.

7. Conclusione

La visita ai malati nel domicilio rappresenta, per camilliani e camilliane ministre degli infermi, un evento speciale che si manifesta in molteplici aspetti: esprimere al paziente la compassione divina, stare accanto al malato con umiltà e dolcezza, annunciare ai pazienti e a quanti si prendono cura di essi, il valore della vita; ma anche promuovere la vita, difenderla e servirla nella sua fragilità e grandezza; infine celebrare la vita in ogni situazione difficile: handicap, stato comatoso, malattia grave e terminale.

La persona, infatti, in qualunque condizione si trovi, è e resta il prodigio di Dio e la sua gloria! (sant’Ireneo). Infine è importante contemplare la Vita nella profonda identità del suo essere persona,

8. Id., lettera enciclica *Evangelium Vitae* (EV), Città del Vaticano 1995, nn. 78–87.

9. EV, n. 84.

10. G. MARCEL, *Tu non morirai*, Casini, Roma 2005.

creata a immagine di Dio! Il vangelo afferma: “Ero malato e mi avete visitato” (Mt 25,36), ed ancora: “ogni volta che avete fatto queste cose a uno solo di questi miei fratelli più piccoli, l’avete fatto a me” (Mt 25,40). In queste parole evangeliche c’è una verità sconvolgente per il mondo: Gesù il Figlio di Dio si identifica nel malato! Per quanti invece si prendono cura dei malati con spirito evangelico, questa verità è affascinante e al tempo stesso assai esigente! La visita al malato nel domicilio è dunque il cuore della missione camilliana. Seguendo l’esempio dei fondatori, Ministri e Ministre degli infermi possono far proprie queste stupende parole della *Evangelium Vitae*: “In ogni bimbo che nasce e in ogni uomo che vive o che muore, noi riconosciamo l’immagine della gloria di Dio: questa gloria noi celebriamo in ogni uomo, segno del Dio vivente, icona di Gesù Cristo”^{II}.

II. EV, n. 84.

Iconografia camilliana dei primi cento anni

FELICE RUFFINI*

Premetto che non sono un esperto di arte, e neanche uno storico provetto, ma un semplice “investigatore curioso” quando provocato da inattesi incontri, come lo è stato con una immaginetta ingiallita stampata a Parigi a metà dell’Ottocento, dedicata alla visione mistica di *Padre Camillo e Crocifisso*, con logo in basso dove si legge *Maratta pinxit*.

Il tempo che verrà preso in esame è quello che parte dal *Santo Transito alla Canonizzazione*: 14 luglio 1614–29 giugno 1746. Cinque eccellenti pittori nell’arco di tempo che va dal 1625 al 1759, che presenteremo singolarmente con le opere realizzate. Opere suddivise nelle seguenti tematiche:

- 1) Frequenza mistica di *Padre Camillo con il Crocifisso*;
- 2) Padre Camillo e assistenza malati;
- 3) la Beata Vergine Maria e Padre Camillo;
- 4) Padre Camillo in “gloria”;
- 5) Alcuni momenti della sua vita.

1. Il Crocifisso conforta Padre Camillo

L’icona eccellente del Maestro Carlo Maratta (1625–1713) di Camerano, Marche, segna l’inizio di una produzione senza limiti, alla quale si ispireranno “pennelli d’ogni grado e colore”. Il Carlo Maratta

* Religioso camilliano, dottore in Teologia (Mariologia), già Sottosegretario del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, attualmente Consulatore presso la Congregazione per la Causa dei Santi.

impegnato intorno al 1650¹ dalla duchessa Camilla Savelli Farnese a produrre opere per la chiesa e il convento della sua Congregazione delle Oblate Agostiniane di Santa Maria dei Sette Dolori — sul primo tornante della salita al Gianicolo da Piazza Trilussa —, con morale certezza su suggerimento del P. Ippolito Marracci, grande estimatore del Padre Camillo² e direttore spirituale della duchessa, è stato indirizzato al “Cubiculum” della nostra Casa Generalizia. La duchessa affermava che era stata invitata dal “Crocifisso” a “fondare le Oblate”. Sacra Effigie che nella chiesa parrocchiale di Latere, Viterbo, è in venerazione e ben custodito e protetto. La tela in esposizione ancora oggi nell'ex convento, trasformato in “Hotel Donna Camilla Savelli”, è prova incontrovertibile.

Il P. Cosma Lenzo nella sua opera *Annales Religionis Cler. Reg. Ministrantium Infirmis*, pubblicata nel 1641, scrive:

Infine, i Padri non dimenticarono di aver cura della camera di Camillo, nella quale il Servo Dio felicemente spirò, ma la trasformarono in oratorio, dedicandolo, come sembrava doveroso al Santissimo Crocifisso. La mano esperta di un nostro Sacerdote religioso professo, di nome Francesco Meloni, napoletano, ornò mirabilmente quell'oratorio, diviso in vari settori, con dipinti “a olio”, come si dice, espressi con nobile creatività. Il loro ordine e la loro collocazione appaiono come segue. La porta della cappella guarda a mezzogiorno. L'altare, sul quale si celebra quotidianamente, è posizionato nella parte opposta alla porta, a ridosso della parete. Al suo centro è stato collocato il santissimo simulacro del Crocifisso, lo stesso che aveva parlato, consolandolo, al nostro padre afflitto dalle angustie, di cui è stato più volte riferito. Ai suoi piedi si vede il padre Camillo, in ginocchio, sulla lato destro è dipinto l'arcangelo san Michele; al lato sinistro, l'Angelo Custode: le pareti, del luogo in cui si trova l'altare si alzano un po' circolarmente fino al punto di incurvatura del soffitto a volta, formando così una specie di abside.

1. All'interno della chiesa una lapide attesta la munificenza della duchessa e narra che “DOMUM ET ECCLESIAM FUNDAVIT ET FECIT/MONIALES S.mae MATRIS DOLORIS/. . . HANC ECCLESIAM INSTAURAVIT ANNO D. MCMXXIX”.

2. P. Ludovico Marracci, dell'Ordine della Gran Madre di Dio, insigne teologo mariano e autore di una corposa opera data alle stampe nel 1643 per l'ardente desiderio che nutriva verso la Santissima Madre di Dio di “monumentum aliquod relinquere, & sacrarum Religionum Fundatorum exemplo, omnes ad sanctissimam Dei Matrem impensius amandum, atque omni cultu prosequendum, excitare”, scrivendo di fondatori di ordini religiosi “Mariae Deiparae Virgine singulariter addictis, ac dilectis”, inserì tra questi “Padre Camillo de Lellis” con esplicito riferimento ai “Processi Canonici” in corso, essendo morto il nostro san Camillo il 14 luglio del 1614.

È il primo che produce opere così articolate del “Padre Camillo” nell'immediato tempo dopo la morte, mettendo in esplicita visiva evidenza la stima che la prima comunità camilliana aveva del “Padre Fondatore”, e che il P. Cicatelli nella sua “vita manoscritta” descrive in breve paragrafo: “Nelle sue orationi non andava appresso a certi punti troppo sottili, o speculativi, ma rinchiudendosi tutto nel S.mo Costato del Crocifisso ivi si tratteneva, ivi dimandava gratie, ivi scopriva i suoi bisogni, et ivi faceva alti e divini colloquij col suo amato Signore. Del resto tutte l'altre cose del mondo erano per lui come morte e sepolte” (cap. 134).

Evidente il notevole valore che ha questa “copia” del Maratta, che nel soddisfare il desiderio della duchessa Camilla Savelli ci consegna la testimonianza di quanti lo avevano frequentato, ed avevano intuito e scoperto la sorgente che generava quell'Amore senza limiti che stupisce ancora oggi il mondo: il Costato del Crocifisso. Forza travolgente d'Amore che papa Benedetto XIV definì una *Nova Caritatis Schola*³, e il venerabile Pio XII lo disse “eroico Atleta della Carità fatto spettacolo al mondo, agli Angeli e agli uomini”⁴.

Una seconda splendida icona con questo soggetto venne realizzata per la Cappella della Tomba del “Beato Padre Camillo” nella Solennità della beatificazione nel 1742, dal Maestro Placido Costanzi Romano (1702–1759)⁵.

Ed una terza, con identico tema in occasione della Canonizzazione (1746), è del francese Pierre Hubert Subleyras (1699–1749) che ne fa stendardo per la Canonizzazione, adattato poi a quadro nel tempo e donato alla Comunità camilliana che officiava la Chiesa dei Santi Rufo e Camillo in Rieti, dove è rimasto quando son venuti via negli anni immediati dopo la Seconda Guerra Mondiale⁶.

3. Bolla di Canonizzazione *Misericordiae Studium* del 29 giugno 1746.

4. *Caritas quae est*, 12 maggio 1946, in A.A.S. XXXVIII, 252.

5. Il manoscritto del 1742 accenna ad un confronto tra la Icona del Placidi e il Maratta affermando decisamente “che più non avrebbe possuto dare la memorabile industria del Cavaliere Maratta nell'opere sue”, e non avrebbe senso questo se non esisteva già una opera con medesimo tema, affermando: “in cui rappresentasi il Beato appiè prostrato dell'amato suo Crocifisso Signore, che colle braccia dalla Croce distese amorevolmente animandolo, e invigorendolo all'incominciata impresa del novello istituto, prorompa in quelle parole ‘eia pusillanime id quod times? Inceptum sequere opus’”.

6. Da altro manoscritto del 1742, titolato *Esito della Cassa del V.P. Fondatore cominciando dall'anno 1735 sino all'anno 1746*, leggiamo: “A 6 Luglio pagati scudi cinquecento

2. Padre Camillo e assistenza malati

Un secondo tema ben trattato da pittori di rilievo, che intendo mettere in rilievo, è *Padre Camillo e l'assistenza ai malati*, con interventi a tutto campo in tempi di peste e di altre drammatiche situazioni, limitandoci a presentare alcuni dei più noti e rilevanti.

In esposizione al Museo della Curia Generalizia Camilliana una pregevole tela del Sebastiano Conca (1680–1764) che lo ambienta nello scenario classico del Colosseo, scelto dalle Poste Vaticane per il Francobollo commemorativo del 400esimo della morte del Santo. Più testimoni ai “Processi” dissero di questi drammatici momenti, ne riportiamo uno significativo⁷.

La tela di Andrea del Pozzo (1642 – 1709), conservata presso la Pinacoteca Vaticana, probabilmente si riferisce alle Terme di Diocleziano, stando ad alcuni testimoni che per ovvi motivi di redazione riferiamo in nota⁸. Lo storico camilliano P. Mario Vanti afferma che “tra il 1590–91 Roma fu duramente provata dalla carestia e dalla pestilenza. . . Camillo si era lanciato per primo su tutti i campi,

a Mons. Pietro Subleyras Pittore per stendardo e quadro del Papa come da ricevuta n. 66 >>> scudi 500” (AGMI n. 0077). Affidata ai camilliani nel 1746 da papa Benedetto XIV, la officiarono fino agli anni immediati seguiti alla Seconda Guerra Mondiale da dove vennero via lasciando tutto in quanto chiesa e convento erano passati alla diocesi in occasione della storica soppressione del 1870, senza neanche compilare un accordo privato scritto con la Curia diocesana per rientrare poi in possesso.

7. “Testis Pater Fabritius Turbulus Ordinis Ministrantium Infirmis ex eodem processu Romano super 17. fol. 94. dixit. Io mi ricordo, che nella gran Carestia principiata nell’ultimo del Pontificato di Sisto Quinto il Padre nostro Camillo con infinita Carità andava per Roma, e ci mandava noi altri suoi Fratelli á cercare li Poveri per le Strade, e nelli luoghi Sotterranei del Coliseo particolarmente, conducendoli alli Ospedali, e quelli che erano più gravemente Infermi gli conduceva, e faceva condurre in un Ospedaletto di circa dieci Letti accomodati nel luogo nostro della Madalena”.

8. “Testis P. Antonius Barbarossa Sacerdos Ministr. Infirmis autoritate ordinaria examinatus, et compulsatus processu Mantuano fol, 47. à tergo circa finem, dixit. Dimostrò anche gran Carità nell’occorrenza, che Papa Sisto fece andare ad habitare in Roma in quelle, che haveva fatto Fabricare alle Terme molti Genovesi, e Neapolitani Tessitori di Seta per introdurre l’Arte della Seta in Roma, i quali quasi tutti s’Amalorno e Morivano in necessità, et il Padre Camillo si mise à governarli, e prepararli i suoi bisogni, caricando un’Asinello, che conduceva seco, di tutte le cose necessarie, e dispensandoli à ciascheduno secondo il bisogno, et era tanta la miseria de’ sudetti Poveretti, che non vi era chi potesse aprire la porta, e bisognava entrare per le Fenestre, lavar Piatti, votar Vasi, portar via l’immonditie, nettar figlioli piccoli, e far altri ossequij, da i quali si manifestava grandemente la Carità di detto Padre, etc.”.

dall'ospedale alle terme di Diocleziano, dalle grotte ai fornic del colosseo, dalle stalle all'ospizio di San Sisto, dalle strade alle soffitte. Dietro a lui i suoi religiosi. Una quindicina vi lasciarono la vita, altri, a cominciare dal Fondatore, ne uscirono malconci. Qualcuno si disanimò"⁹.

Ed abbiamo ancora il Subleyras che immortala la drammatica notte della Vigilia di Natale 1598 con il trasferimento di circa 300 malati dalla Corsia Sistina dell'Ospedale Santo Spirito, posta a piano terra livello strada, al piano superiore mettendoli in salvo dalla furia delle acque del Tevere¹⁰. L'opera fu commissionata per donarla a papa Benedetto XIV in occasione della Canonizzazione, ma nel tempo passando di mano in mano è finita ad essere in mano al Demanio, ed è in esposizione alla Galleria di Palazzo Braschi in Roma.

3. Camillo e la Beata Vergine Maria

Il terzo tema della iconografia camilliana dei primi tempi che ci interessa evidenziare è l'accento che viene posto sul rapporto di Padre Camillo con la Beata Vergine Maria. È ancora del Maratta un eccellente "ovale" (cm 28 × 21) — purtroppo trafugato da ignoti nei primi anni del 1980 —, che benché di dimensioni contenute esprimeva fortemente la "dimensione esistenziale mariana" del nostro Santo. Il titolo attribuito era *Mater Misericordiae*, e con molta probabilità il Maratta, nel visitare il "Cubiculum" trasformato in "Piccolo Santuario", si deve essere ispirato a questa visione descritta dal P. Cosimo Lenzo: "Inoltre, all'inizio dell'incurvatura dell'abside, che viene appunto a trovarsi immediatamente sopra l'altare, è dipinta la Santissima Trinità: e là puoi vedere inginocchiata la

9. *Scritti di S. Camillo*, Lettera al P. Biagio Oppertis a Napoli da Roma 1590, 86.

10. Il P. Ciatelli dà questa descrizione: "Vedendo adunque riuscir vano ogni suo disegno non si curava piu d'attendere ad altro governo della Religione non facendo piu Consulta ne curandosi d'altra cosa, ma solamente consumava tutto il tempo nell'Hospitale di Santo Spirito. Dove particolarmente si ritrovò alli 24. di Dicembre 1598. quando occorre in Roma quella grande inondatione del Tevere che non si ricordava la maggiore. Nella qual notte esso non fece mai altro che salvare i poveri infermi portandone molti sopra le spalle proprie non curandosi che l'acqua gli andasse fino al ginocchio. . ." (vms, cap. 99, 230).

Beatissima Vergine che, davanti al Figlio, apre le mani nel gesto di offrire il padre Camillo e il nostro Ordine”.

Altra eccellente opera è l'affresco del Girolamo Maria Pesci (1684–1759) che la eseguì nella volta della Sagrestia della Chiesa di Santa Maria Maddalena nel 1739, con il glorioso *Arrivo di Camillo nella Gloria del Cielo*. Il Pesci studiò per otto anni presso Carlo Maratta da cui apprese il disegno corretto e la composizione equilibrata.

Di alcune opere minori, per dovere di cronaca, segnaliamo un “ovale” di modeste dimensioni di autore anonimo, conservato dalla Comunità camilliana in Roma; ha come soggetto *Camillo contempla il Crocifisso, sullo sfondo la Beata Vergine Maria*. L'assenza di aureola intorno al capo di Padre Camillo segnala che è stato eseguito almeno prima del 1742, anno della Beatificazione.

4. Camillo nella gloria dei cieli

Altro tema di un certo interesse è la realizzazione di quadri, affreschi e icone che esaltano la Gloria del Santo. Segnaliamo l'opera detta *Apoteosi di San Camillo*, che il pittore Girolamo Maria Gregori (1690–1773) produsse per la solenne celebrazione di Beatificazione del 1742 nella Basilica di San Pietro, e successivamente esposta nella Chiesa di Santa Maria Maddalena nel solenne Triduo che seguì la proclamazione a Beato. È in esposizione nel refettorio della Curia Generalizia.

Nell'arco della cappella dedicata alla Tomba di san Camillo un eccellente affresco del Sebastiano Conca con tema il *Beato Camillo in Gloria adorante la Croce*.

5. Altri momenti della vita

Di opere che in questi primi cento anni dopo la morte di san Camillo diamo qualche campione soprattutto segnalando la magistrale arte del Sebastiano Conca, che con i suoi allievi nella Solennità della Beatificazione, ebbe una notevole produzione come ne dà documentazione il manoscritto *Relatione del Solenne Triduo fatto nella Chiesa della Maddalena In occasione della Beatificat(ion)e del Bea-*

to Camillo de Lellis incominciato li 29 Ap(ri)le, e compiuto il p(rim)o Maggio 1742, della quale riporteremo più avanti ampia selezione.

6. Iconica – Crocifisso e Camillo

Nel tempo successivo ai primi cento anni, è da notare che le opere dedicate alla frequentazione mistica di *Padre Camillo e Crocifisso* sono alquanto consistenti, se ne ha una innumerevole produzione di autori eccellenti e di minori, ma anche il tema di *San Camillo e l'ammalato* cresce nel tempo.

7. Appendice

Dall'Archivio Generale Camilliano abbiamo avuto una pubblicazione a stampa dell'aprile 1742 dedicata a dare dettagliata relazione della Solenne Beatificazione, che informa di “un gran Quadro di palmi trenta in cui dipinto dal Signor Guglielmo Gregori il Beato in gloria, ed intorno a quello ardevani 250 grossi ceri...”, quadro che viene confermato in manoscritto 1742 dedicato alla relazione del Solenne Triduo fatto “nella Chiesa della Maddalena il primo maggio 1742”, che informa: “ergevasi nell'Altare Maggiore un gran Quadro opera del Sig.r Guglielmo Gregori, in cui maravigliosamente dipinto vedasi il Beato in gloria circondato da rilucente Corona con spesse nuvole, et da molti Angeli portato in Cielo”.

Ed ancora il manoscritto della *Relatione del Solenne Triduo fatto nella Chiesa della Maddalena In occasione della Beatificat(ion)e del Beato Camillo de Lellis incominciato li 29 Ap(ri)le, e compiuto il p(rim)o Maggio 1742* ha questa interessante descrizione:

L'apparato faceva una grandiosa Comparsa... Il Rimanente della Chiesa consistente in altre quattro Capelle tutte preziosamente ornate faceva maestoso Treato di tutto il Tempio, sopra di esse si ergevano sei bellissimi medaglioni, quattro de quali sono usciti dalla medesima Scuola del d. Sig.r Cav.re Conca, e due faticati dall'Elegante dipintore Sig.r Giuseppe Peroni [4], e tutt'essi dipinti à olio con ornati ben'intesi. Nel primo esprimessi colì' misterioso sogno della felice di Lui Madre colla la Natività del Beato dichiarata con l'appresso iscrizione. = Camillum Pueris Cruce

insignitis precuritem (?) per insomnium pia Mater intuetur, celit usque premonstratum enitur. Nel Secondo si rappresenta la Conversione del medesimo con l'iscrizione. = Divine gratie lumine repente perfusus arduum Christiane penitentiae et Evangelice perfectioni radium aggreditur. Nel Terzo vedesi l'approvazione dell'Istituto, e concessione della Croce. Stemma dell'Ordine stabilito dal Pontefice Massimo Sisto V. con l'iscrizione. = Sisto Pape V. institutum approbanti, obtenta Santissime Crucis téssera, novus Christi Miles gratulatur. Scorgesi nel quarto il Pontefice Gregorio Decimo quarto in atto d'erigere in Religione la novella Congregazione del Beato con l'iscrizione. = Facta Solemnis Professionis Professionis facultate, Ordinem amplissimis privilegijs condecorat. Nel quinto vedesi il Beato Padre amantissimo de Poveri, in atto di dispensare à medesimi le vestimenta con l'iscrizione. = Urgente asperrima Urbem inopia, prestantissima munificentia intellegit super egenos, et Pauperum. Si rappresenta nell'ultimo la visione avuta da una gran Serva di Dio, qual vide in spirito l'anima del Beato tutta smaltata di Stelle, quali fu dato d'intendere esprimere quelle anime che per mezzo della pia assistenza di Camillo eransi eternamente salvate, con l'iscrizione. = Refulgentibus Stellis ob situs, Animas Christo Lucrifactas presignantibus ad superos evolat . .

TAVOLA ROTONDA

LA FORMAZIONE DEL CAMILLIANUM:
TESTIMONIANZE DEGLI EX STUDENTI

Quintessenza del Camillianum nella pratica quotidiana della pastorale della salute

Sommario di vita personale e comunitaria

MARIA HAJNALKA BAKÓ*

1. Come ho valorizzato il sapere ricevuto al Camillianum di Roma (1994–2000)

Prima di tutto rivolgo un caloroso saluto a tutti i presenti e un ringraziamento di cuore per avermi invitata.

Mi sento assai onorata quale ex alunna dell'Istituto festeggiante che non posso nascondere la mia gioia per tale partecipazione e condivisione dei beni ricevuti al Camillianum.

Vorrei condividere tanto, ma sarebbe impossibile, perciò mi fermo solo ad alcuni punti per far rivivere la memoria, per il resto spero di avere possibilità nell'eternità.

La mia presentazione comprende tre parti: il Camillianum; la Pastorale ospedaliera; oltre l'ospedale.

Per accennare l'essenza del Camillianum, presento alcuni punti cardinali e persone importanti per me, sia a livello teorico che pratico. Considero che la teoria viene confermata dall'applicazione.

2. Il Camillianum

Accoglienza: Il primo passo all'interno del Camillianum l'ho fatto con la dott.ssa Palma Sgreccia ventitré anni fa. Era un incontro straordinario, un'accoglienza mai vissuta. La sua semplicità, umiltà

* Dottore in Teologia Pastorale Sanitaria, assistente spirituale, Transilvania.

di cuore mi hanno toccato subito. L'ammiravo dal primo momento per la sua grandezza. Mentre mi ha mostrato l'Istituto, le aule, la biblioteca, il giardino e con poche parole ci siamo capiti, mi sono accertata che è nata un'amicizia forte, sincera e profonda. Poi, tale amicizia, durante gli anni di studio si è mantenuta, diventando sempre più resistente tramite le sfide superate insieme. Per me, è stata Lei il cuore del Camillianum.

Grazie Palma per tutto il percorso fatto insieme.

2.1. *La comunità del Camillianum – I docenti, portatori di valori*

Già dall'inizio dell'anno scolastico, mentre stavo in aula, ascoltando le lezioni, a un certo momento mi è venuto in mente una constatazione e una domanda: i religiosi camilliani sono *diversi* dagli altri sacerdoti. Perché? Non potendo rispondere, ho cominciato a essere più attenta al loro modo di vivere, alla loro spiritualità, al loro modo di pensare, fino a quando ho trovato la motivazione enigmatica che mi sembrava giusta: loro sono in permanente contatto con la persona malata, sofferente, morente, per cui diventano diversi dal solito, servendo la parte sofferente della vita umana. Perciò, la mia ammirazione cresceva giorno dopo giorno nei loro confronti fino alla constatazione che *sono tutti portatori di valori*. Posso elencare soltanto pochi di loro, solo per avere una visione sui valori da loro ricevuti.

Il *P. Cinà* era il preside dell'Istituto. Con lui abbiamo dovuto superare tutte le difficoltà del mio arrivo, senza un cellulare, internet, email, costretta al visto d'ingresso, venendo dall'Est Europa. Poi, tramite il suo corso filosofico ho capito il *come* dell'uomo problematico nell'antropologia della vita quotidiana. Grazie Padre.

P. Sandrin, il successivo preside, con il suo gran cuore era per me l'ottimo moderatore di vita scolastica. Per mia fortuna, mi ha guidato con la sua psicologia delicata di cui ne avevo tanto bisogno in varie settori della mia vita, siano essi all'interno dell'Istituto che fuori, perché ho girato molto a Roma. Grazie tanto.

Il *P. Spogli*, parroco di Bucchianico, forse il più mite dei miei docenti. Tramite il suo libro straordinario, che ho usato forse per prima tra gli alunni dell'Istituto per la mia tesi, mi ha introdotto

nel segreto del quarto voto camilliano, pilastro fondamentale. Ha accolto con gioia la fondazione della prima FCL di Bucchianico.

P. Vendrame, l'ex P. Generale, sulle orme di Gesù Cristo, mi ha modellato la pazienza, la tolleranza, l'accettare la differenza degli altri. Conservo con gratitudine la loro memoria (+ P. Spogli).

Il *P. Pangrazzi*, moto perpetuo, con il suo corso di quattro crediti e dell'enneagramma mi ha mostrato l'importanza dell'*autoguarigione*. Grazie anche per i momenti allegri e straordinari con il gruppo CPE sia sulla spiaggia del mare, sia nella trattoria "Dei Mercanti"...

A *Fr. Bermejo* ho guardato come al mio fratello maggiore del Camillianum, essendo il suo primo alunno. Mi disegnava la linea da seguire, nello studio e nella realizzazione della vita. Grazie Fratello.

Il *Prof. Petrini* significava per me la stabilità, sempre pronto al servizio dello studio nella biblioteca, ma anche per la strada verso la scuola, quando aspettavo l'autobus a Piazza Igea. Grazie tanto.

Il *P. Policante* che non era mio professore, ma una volta ha sostituito il P. Bressanin. Avendo solo una lezione con lui, mi ha lasciato un consiglio per tutta la mia missione camilliana: "Attenzione al mio comportamento con il malato, perché è lui a pagare il caro prezzo della mia umanità!"

E non a caso ho lasciato per ultimo il *P. Brusco*. È stato lui a invitarmi al Camillianum, durante la sua visita in Ungheria, quale Padre Generale dei Camilliani, senza conoscermi, è diventato il mio professore perenne, essendo secondo me il più esigente docente dell'Istituto. È stato lui che come un angelo custode ha accompagnato la mia strada camilliana per anni, mantenendo il sguardo d'interesse per le mie cose, perfino la sua visita presso la nostra FCL. Grazie di cuore.

Approfitto dell'occasione per esprimere la mia grande gratitudine a *P. Gregotsch*, Provinciale di Austria e mio professore, per il sostegno economico dato per i miei studi.

Biblioteca, segreteria, compagni di classe, amici, amiche, anche del Teresianum... Forse sarebbe troppo elencare tutti, ma ognuno di loro ha scritto una storia speciale nella mia vita per cui esprimo la mia gratitudine più sincera.

Mi hanno preso sul serio al Camillianum.

Un fattore importante non soltanto per lo studio, ma anche per la vita successiva era il modello della giusta considerazione. Per me era una fonte di forza nel compiere la mia missione. Grazie a tutti voi.

Il giardino con il laghetto, i cigni, gli uccelli, i fiori e la cappella.

Non posso andare oltre dell'ambiente dell'Istituto che è bellissimo. Per me, che ho imparato la bellezza della vita proprio dalla natura, significava la sorgente quotidiana per vivere degnamente le giornate. La cappella Sacra Famiglia con la sua bellezza straordinaria mi ha accolto nella familiarità del Camillianum.

3. La Pastorale ospedaliera — Come ho usato il “sapere” ricevuto al Camillianum

3.1. Ospedale e non la parrocchia

All'inizio degli studi mi sono preparata per lavoro parrocchiale, che svolgevo prima. Questo progetto è stato cancellato durante gli anni, e dopo qualche mese del mio ritorno è emersa l'idea di fondare la pastorale ospedaliera. Nel frattempo ho cominciato a insegnare la lingua italiana al liceo di arte per i musicisti e di teatro. Con loro avevo organizzato la visita dei bambini abbandonati nell'ospedale. Tra di loro sono usciti due insegnanti d'italiano, una di musica, e anni dopo, quando hanno fondato l'orchestra di camera, sette membri sono i miei ex alunni, ormai padri e madri di famiglia, alcuni con più figli.

3.2. Assistente spirituale

Dal 1 dicembre del 2000 si è fondata l'assistenza pastorale regolare dei malati negli ospedali della mia città (Csíkszereda/Miercurea Ciuc) in Transilvania/Romania, per prima volta nella Chiesa Cattolica Ungherese, grazie al mio contesto ecclesiale. Sono diventata assistente spirituale con un sacerdote di 91 anni.

Per non essere sola per mille posti letto, ho ricevuto una collega giovanissima, religiosa di carisma sociale che nemmeno per un anno ha resistito.

Quando ho visto la mia situazione davanti a un bisogno enorme nel prendere cura delle anime, in un contesto dove tutta la pastorale ospedaliera era già dimenticata da generazioni a causa dei tempi non religiosi del passato, ho sentito dal mio profondo l'esigenza di aiutare, che sorpassava le mie possibilità.

Una cosa mi era chiara: sono tornata da Roma con una preparazione enorme, però in quel momento non sapevo che fare con essa perché *mancava il sistema*, mancavano i mezzi, e in realtà ero sola, poi tutto il materiale dello studio era in italiano, sarebbe impossibile tradurlo in ungherese.

Che cosa fare, da dove partire? Ho posto la domanda a me stessa. Sia la gente, sia i miei superiori ecclesiali aspettavano tutto da me, come persona preparata, e infatti avevano ragione, dovevo affrontare la situazione. Dovevo partire dal basso assoluto, dal passo primordiale che potesse essere compreso da tutti, malati, parenti e operatori sanitari. Ho organizzato per primo le ore di preghiere con i malati, in un angolo dell'ospedale (non c'era una cappella). Le celebrazioni eucaristiche si svolgevano all'entrata dell'ospedale generale.

Dovevo prepararmi per le ore di preghiere, perciò avevo bisogno di materiale. Mi è venuta l'idea di salvare la situazione: la mia città si trova in un luogo di pellegrinaggio mariano, il più grande in Ungheria. Quest'anno abbiamo festeggiato il 450 anno. Tale tradizione ha la sua cultura di preghiere, canti e di liturgie. Ho cominciato a raccogliere le preghiere portati dai malati. Così sono nati due volumi di preghiere dei malati e due volumi quali manuali di fede cristiana. Poi sono nate due traduzioni: quella del libro (secondo me capolavoro) di P. Angelo Brusco, *Attraversare il guado insieme... Accompagnamento psicopastorale del malato*, e quella del primo *Manuale di formazione della FCL*. Esiste anche una terza traduzione dall'ungherese all'italiano (non stampato) sulla logica della biologia, materiale di grande aiuto nel mio servizio nell'indagare i motivi spirituali delle malattie/alterazioni, a livello dello spirito, cervello e organo.

Per tutto il percorso del mio impegno ospedaliero ero attenta a non suscitare problemi di competenze nei confronti dei medici.

3.3. *Qual è stata la mia posizione fondamentale nella pratica della pastorale della salute?*

Prima di tutto era ed è la dignità di Gesù Cristo, che per me è il punto di partenza e di arrivo, cioè, incontrare la persona di Gesù nel malato e nel sofferente e portare al malato il Signore nella mia persona, mettendo in pratica il modello del Buon Samaritano, e farlo col cuore di madre.

La seconda posizione personale era ed è il fatto di annunciare il Risorto al morente, parlando della salute anche come salvezza là dove non c'è per il momento.

Quando ho saputo che potevo ottenere il dottorato ho sentito che porterò la dignità massima a tutti quelli che avranno bisogno del mio sostegno, e per sedici anni mi sono soffermata accanto il letto dei malati con tale consapevolezza.

Di feedback ce ne sono tantissimi, valeva la pena vivere una vita semplice e ricca nel fare del bene alla gente.

3.4. *Missioni ospedaliere*

Visita regolare ai malati

Le visite, le conversazioni personali e comunitarie con i malati sono stati gli eventi più svariati della mia missione, nei quali potevo misurare la preparazione ricevuta al Camillianum. Ho incontrato e accolto tanta gente di diversa individualità, dove ho sentito l'importanza della preparazione non soltanto nei confronti del malato, dello staff ospedaliero e parenti, ma anche nei confronti di me stessa.

Ogni volta mi sono preparata in anticipo per le visite. I tre pilastri della spiritualità camilliana sono stati presenti quale esigenza per eccellenza: il Crocifisso, il modello del Buon Samaritano (trovare Cristo sofferente nel malato e portare Cristo risorto al malato), e prendersi cura col cuore di madre. L'altare di Cristo era il letto del malato. Su questo concetto abbiamo costruito forse la più bella consolazione...

Relazione pastorale d'aiuto

Sento ancora la voce dei miei professori, sul come comportarsi con il malato e con me stessa durante una relazione pastorale d'aiuto. . . Su questo campo sono nate le più belle storie di accompagnamento della mia missione. Mentre rappresentavo la Chiesa Cattolica quale assistente pastorale, abbiamo realizzato tutto il percorso disegnato dal Camillianum per il come prendersi cura di chi sta nel bisogno a livello dello spirito/ anima, modo di pensare e dal 2010 anche della logica biologica.

Ore di preghiera — secondo l'anno liturgico cattolico

L'idea di organizzare subito le ore di preghiera ha confermato la propria importanza durante gli anni, anche se non c'è finora un luogo separato, almeno silenzioso per la vita della fede nei nostri ospedali. La regolarità degli incontri oltre le visite al reparto ha cambiato lo stato spesso depressivo del soggiorno ospedaliero. Nel 2003 ho fatto una presentazione della FCL dei malati d'ospedale qui a Roma, nella quale avevo descritto tutto il percorso di questo servizio, che è rimasto lo stesso fino ad ora.

Celebrazione eucaristica

Le celebrazioni eucaristiche all'inizio si svolgevano all'entrata dell'ospedale. Ci siamo spostati più volte all'interno dell'ospedale per anni, fino a quando non abbiamo avuto il permesso di radunarci nella biblioteca o in altre aule dell'ospedale.

L'anno scorso, facendo una relazione sulla pastorale dei malati al Comune della città, ha suscitato un'eco enorme la presentazione della situazione piena di mancanze della cura delle anime. Con tanto sforzo abbiamo raccolto migliaia di firme dei malati, parenti e anche tramite una petizione su internet, e siamo riusciti a far accettare il progetto di una cappella all'interno dell'ospedale. Pochi giorni dopo la conferenza stampa con il direttore d'ospedale, sono andata in pensione con la speranza della realizzazione del luogo di culto.

Feste

L'anno liturgico cattolico ci permette tante feste, tra le quali emergono l'Avvento e il Natale.

Avvento — Abbiamo conservato la nostra bella tradizione anche negli ospedali, per ogni prima domenica dell'avvento abbiamo procurato la corona di Avvento con quattro candele di colore liturgico messe in ciascun reparto, all'inizio fatte a mano, poi comprate.

Natale — Il Natale, festa dell'amore è stata sempre celebrata degnamente. Siccome san Camillo all'inizio della sua strada andava a mendicare, andavo anch'io, procurando tanti beni importanti per la festa e facendo regali a ogni malato visitato nei reparti, privilegiando i reparti dei neonati e la pediatria con le madri. Abbiamo tanti bellissimi canti di Natale, spesso ho invitato varie gruppi di canto per allietare la festa dell'amore divino-umano.

Giornata Mondiale del Malato

La Giornata Mondiale del Malato è stato sempre una festa speciale. Il modello "mendicante" di san Camillo mi ha dato entusiasmo per chiedere materiali per questa festa all'ufficio rispettivo del Vaticano. Sono stata felice di questo aiuto, e ogni anno ho tradotto in ungherese la preghiera stampata per tale evento, distribuendo le immaginette tra i malati, operatori sanitari, parenti e tutti coloro che l'accettavano volentieri.

Giornata Mondiale del Bambino

Abbiamo festeggiato anche questa giornata, facendo festa in qualche modo ai bambini malati.

Anche se non ho mai ricevuto un aiuto materiale per organizzare queste feste, sono stati gli amici e le amiche a coinvolgersi secondo la loro disponibilità, oppure lavoravo in più per avere i fondi necessari.

Pensionata

Quasi da un anno sono stata mandata in pensione (1 dicembre 2016), secondo le regole della nostra chiesa dove ero impegnata. Anche se non lavoro più nell'ospedale, sono stata invitata per il primo incontro dello staff ospedaliero a partecipare alla sua conferenza.

4. Oltre l'ospedale

4.1. *Volontariato*

Relazione d'aiuto per telefono e personalmente

La relazione pastorale d'aiuto è diventata forse il pilastro basilare della mia missione. Parlo di missione e non solo di vocazione, perché, anche la Transilvania (da 1920 fa parte della Romania) è diventata un grand'area di missione per la Chiesa Cattolica Ungherese di là. La gente ha sete e fame di fede, di fiducia, di accompagnamento spirituale. Per mia fortuna vivo in una zona quasi totalmente cattolica, e grazie al centro mariano di pellegrinaggio potevo essere in contatto permanente con la gente religiosa che mi circonda.

Spesso mi capita ancora adesso di non poter mangiare caldo il mio cibo. . .

Radio Maria ungherese di Transilvania/Romania — quasi dieci anni — più di 300 trasmissioni

A Roma, durante gli studi, la Radio Maria era per me la maestra madre nell'imparare la lingua italiana (più tardi anche la rete degli avventisti).

Quasi dieci anni fa sono stata invitata nel programma della Radio Maria ungherese di Transilvania a impegnarmi a dirigere la trasmissione interattiva di un'ora per i malati e sofferenti. Siamo a oltre trecento trasmissioni, allargandoci sempre di più a tanti ascoltatori bisognosi di aiuto e di consolazione.

FCL — dal 1994

La fondazione della nostra Famiglia Camilliana Laica è strettamente collegata ai miei studi del Camillianum. Dopo l'incontro con la Famiglia e la spiritualità camilliana nel 1992 e nel 1993, mi è stata offerta la possibilità dello studio a Roma, e il primo incontro camilliano della mia provincia era tenuto nel marzo del 1994 con il padre camilliano Anton Gots, che ha riportato l'Ordine Camilliano in Ungheria dall'Austria (dopo 220 anni di sospensione da parte dell'imperatore austriaco, Francesco Giuseppe).

Da allora vive ancora e funziona la nostra FCL. Purtroppo nessuno vuole sostituirmi. . .

Segretaria della CC della FCL Internazionale

È successo che non volendo, ma a causa dell'insistenza del P. Alfred (ungherese), nel 2014 sono venuta all'Assemblea Generale della FCL di Montinello, per salutare la FCL. Volevo finire la mia attività, ero già stanca. Perciò, come chi non ha nulla da fare mi sono seduta nell'ufficio di traduzioni e trascorrevi giornate intere a tradurre per il gruppo ungherese. Alla fine però sono stata invitata dalla direzione ungherese ad accettare un posto nella Commissione Centrale della FCL, che aveva necessità di avere una persona che favorisse i contatti anche con gli ungheresi, e così sono diventata segretaria di essa.

Messaggio della FCL di Csíkszereda — Unico bollettino informativo di spiritualità camilliana Est-Europea — dal 1997 domenica della Sacra Famiglia, 226 numeri in ungherese e italiano

Dopo aver finito la licenza e prima di cominciare il dottorato, per un anno sono stata rimasta a casa per elaborare i documenti del movimento camilliano, quale FCL di Transilvania, di cui ho ottenuto l'approvazione ecclesiale da parte dell'Arcidiocesi. Sono state create tante FCL da parte del P. Gots, le quali non sono collegate. Per tale motivo è nato il nostro *Messaggio della FCL*, che da allora collega le Famiglie del mondo.

Ritiri spirituali annuali — finora 44

Anche se ho iniziato a organizzare e ad animare i ritiri spirituali già nel 1991 per i vari gruppi giovanili, dopo aver cominciato gli studi al Camillianum, ho introdotto un nuovo stile, quella della spiritualità camilliana come fondamento di vita cristiana. Avevo persone dai quattro mesi ai 72 anni. Gli ultimi due sono stati tenuti quest'anno.

Presentazioni di spiritualità camilliana, assistenza spirituale e biologica per vari gruppi non solo ecclesiali

Penso che posso considerarmi fortunata, perché ricevo inviti da parte della gente, di vari stili e modo di pensare a tenere loro conferenze che mi hanno permesso di mettere a frutto tutti i miei studi di teologia, psicologia e biologia, rimanendo sempre nella linea dell'insegnamento di Gesù Cristo, di san Camillo e di Maria, nostra Madre celeste.

Esprimo perciò la mia più profonda gratitudine al Camillianum, perché essendo una donna, valeva comunque tanto quella preparazione e quel titolo con il quale sono stata onorata da parte Vostra.

Rivista locale mensile

Dal settembre 2010 partecipo al mantenimento della rivista locale mensile ungherese (in italiano sarebbe: "Mondo di Cristo") della parrocchia Santa Croce della mia città, scrivendo un articolo, una storia, che applico anche nel Messaggio della FCL (www.camillo.romkat.ro).

DXN — per continuare la missione da pensionata

È l'azienda più grande di ganoderma (fungo medicinale) nel mondo coltivato ed elaborato dall'azienda in Malesia, con gli altri funghi, piante medicinali e l'alga spirulina. Il termine DXN è l'abbreviazione della parola cinese *dexin/daxen* che significa affidabilità, onestà, virtù.

Come bisognosa di aiuto per la salute e ora da pensionata mi sono impegnata nello studio dei loro effetti e insieme con tutta la

mia preparazione ottenuta finora, posso essere di aiuto a chi vuole una prevenzione alternativa naturale per la propria salute.

5. In conclusione

La quintessenza del Camillianum per me è stata ed è finora la raccolta della saggezza dispersa in tutti i settori della pratica quotidiana di pastorale della salute, che definisce la dignità sempre presente di Gesù Cristo nella nostra vita.

La sofferenza e la morte nel prete anziano

MARCO BRUNETTI*

Vorrei portarvi la mia esperienza di direttore di una grande Casa del Clero nella diocesi di Torino da dove io provengo. In questa casa vi abitano 43 sacerdoti, molti dei quali malati e non autosufficienti e molto anziani. Per dieci anni mi sono occupato di loro come responsabile della comunità.

Come vivono i sacerdoti anziani e malati questa stagione della loro vita? Come vivono il momento della morte?

Nella vita di un prete possiamo vedere le diverse ore liturgiche che scandiscono le diverse età della vita, come avviene per la preghiera liturgica delle ore che noi sacerdoti siamo chiamati a celebrare ogni giorno.

L'ultima ora prevista dalla liturgia si chiama *Compieta*, è l'ora della sera, alla chiusura della giornata di ministero. La struttura di questa preghiera prevede all'inizio un'esame di coscienza che ci porta a chiedere perdono a Dio delle nostre mancanze e infedeltà e invocare così la sua misericordia. Seguono alcuni Salmi che ci aiutano a rendere grazie a Dio per tutti i doni ricevuti nell'arco della giornata. Vi è poi una breve lettura della Bibbia, dalla quale dobbiamo sentirci illuminati e guidati.

La Parola rappresenta il fondamento e il nutrimento della nostra vita di sacerdoti. L'ultima parte è il Canto di Simeone, in latino si chiama il *Nunc dimittis*, che vorrei proclamare:

Ora lascia, o Signore,
che il tuo servo vada in pace
secondo la tua parola
perché i miei occhi han visto la tua salvezza

* Vescovo di Alba.

preparata da te davanti a tutti i popoli;
 luce per illuminare le genti
 e gloria del tuo popolo Israele.

Il finale di questa preghiera è l'invocazione alla vergine Maria.

Vi chiederete: perché ci ha parlato della preghiera di Compieta? Vi ho parlato di questa preghiera perché ritengo che per il Sacerdote l'ultima fase della sua vita terrena sia proprio il tempo della Compieta. Io così dicevo ai miei cari sacerdoti molto anziani: è giunta l'ora di celebrare nella tua vita, la Compieta. Infatti questi ultimi anni servono per un'esame di coscienza: come abbiamo vissuto la nostra vita sacerdotale? Come abbiamo servito il Signore e la Chiesa? Quale testimonianza di vita sacerdotale abbiamo dato alle nostre comunità. Tutto questo vissuto con la serenità di chi sa che ad accoglierlo e ad abbracciarlo ci sarà un Padre Misericordioso, e non un giudice severo. Il Signore ci dirà: "Vieni servo buono e fedele".

Ma, come avviene nella Compieta, dobbiamo negli ultimi anni salmodiare, cioè rendere grazie a Dio per tutti i benefici ricevuti a partire dalla nostra ordinazione sacerdotale.

Quante cose belle abbiamo da raccontare, quanti incontri profondi abbiamo avuto, tutto questo può veramente diventare un Salmo da cantare al Signore.

L'ascolto della Parola ha accompagnato la vita di un sacerdote ogni giorno. Quanto la Parola mi ha modellato, quanto sono stato capace di annunciarla? Per un prete anziano e malato è importante il confronto con la Parola di Dio.

Quante Bibbie consumate ho visto in tante camere di sacerdoti, Bibbie veramente adoperate che portano i segni di una vita vissuta come le rughe del sacerdote che le possiede.

Il Cantico di Simeone rappresenta l'apice della Compieta. È il Cantico che io leggevo al capezzale di tanti sacerdoti al termine della loro esistenza terrena, preparandoli a consegnare il loro spirito al Signore.

Quelle parole, "ora lascia o Signore che il tuo servo vada in pace", stanno ad indicare la sintesi di una vita cristiana e sacerdotale.

"Il tuo servo", è ciò che dovrebbe sentirsi ogni sacerdote alla fine della sua vita: servo, obbediente alla Parola di Gesù: Io sono in mezzo a voi come colui che serve.

“Vada in pace”: rappresenta la corona e il premio di una vita spesso faticosa che ora merita la pace eterna, il premio del giusto.

Sovente ho visto morire, accompagnandoli nel passaggio da questa vita all'altra, molti sacerdoti ed emanavano questa serenità di fondo, di chi aveva finito la corsa e si preparava ad entrare nella gloria celeste.

Ricordo un sacerdote che poco prima di morire mi chiese una penna e un foglio e con mano tremante scrisse: “Arrivederci in paradiso!”. Una vera professione di fede nella vita eterna.

Alcune volte ho visto confratelli non accettare la morte, nonostante fossero sacerdoti, addirittura rifiutare i sacramenti e dirsi arrabbiati con Dio che li chiamava a sé, sottraendoli da questo mondo. Non ho mai pensato di giudicare questi preti, ho pregato per loro e ho pensato a Giobbe, di cui ci parla l'antico testamento, e pensato che certamente la misericordia del Padre avrebbe trasformato quel grido umano di disperazione in speranza.

Non lasciamo morire soli i nostri sacerdoti, accompagniamoli, teniamoli per mano e preghiamo con loro, è un grande gesto di carità e fraternità sacerdotale. Il momento della sofferenza e della morte rappresentano una prova di vera comunione per tutto il Presbiterio e per il Vescovo.

La Compieta termina sempre con una preghiera mariana. Anche la vita di molti sacerdoti si è conclusa pronunciando l'Ave Maria, soffermandosi sulle parole: “adesso e nell'ora della nostra morte”! Maria stava sotto la croce e ha preso fra le sue braccia il Figlio suo Gesù depresso dalla croce, sono certo che la santa Madre di Dio e Madre dei sacerdoti, accoglie i suoi Figli nel momento in cui entrano nella vita eterna.

Cari amici in questa mia breve riflessione ho voluto accostare la preghiera di Compieta con il termine della vita di un sacerdote anziano e malato, sperando di aiutare tutti a vivere le ultime ore della nostra esistenza nella preghiera in attesa di cantare le lodi del Signore per l'eternità.

La Vergine Santa ci accolga e accompagni fino alla fine dei nostri giorni. Amen.

I miei martedì coi vecchi professori

Le lezioni più importanti al Camillianum

JOSÉ CARLOS BERMEJO*

Nel 1995 l'autore Mitch Albom vide che veniva intervistato in TV un suo vecchio professore che aveva avuto una particolare influenza sulla sua vita ma con il quale aveva perso i contatti. Le trasmissioni riscuotevano un successo enorme e migliaia di persone scrivevano al professore, ora malato, per ricevere parole di saggezza e di conforto. Scosso da questo fatto, l'ex alunno Albom decise di andare a trovare l'anziano professore, ormai gravemente malato, proprio i martedì, come faceva da allievo quando lo accompagnava nell'elaborazione della sua tesi dottorale. Insieme, dibatterono dei temi più vari. Ora non erano più i temi accademici, ma parlavano invece dell'amore, del denaro, della morte, dei valori, della famiglia, del perdono. . . Questo è il contenuto del libro *Martedì col professore* che mi è piaciuto molto alcuni anni fa¹.

Ecco, oggi è martedì. Sono qui come ex alunno del Camillianum. Ho ricevuto l'invito a dire una parola in chiave di testimonianza della formazione ricevuta in questa sede.

Ho studiato nel primo gruppo di studenti, nel lontano 1987, proprio quando l'Istituto apriva le sue porte. Ho conseguito la licenza e poi il dottorato, concentrandomi sulla relazione pastorale di aiuto ai malati di Aids. Al mio rientro in Spagna, ho potuto creare il Centro di Umanizzazione della Salute, un centro di formazione con un insieme di attività –master universitari, formazione continua, convegni vari, pubblicazioni e un Centro di Ascolto specializzato in lutto. Il tutto,

* Direttore del Centro Humanizar (Madrid) e Professore straordinario di Relazione di aiuto, Istituto Camillianum.

1. M. ALBOM, *Martedì col professore*, Rizzoli, Milano 2000.

accanto ad un Centro Assistenziale per anziani dipendenti e una Unità di cure palliative. Dirigo questo Centro da 25 anni, dopo aver studiato al Camillianum. Lo studio e l'esperienza fatta a Roma sono stati determinanti nella mia vita personale e pastorale. Oggi insegno in diverse Università: Lisbon, Barcellona, Malaga, Valencia, Madrid . . . pubbliche e cattoliche, soprattutto in contesti di formazione al *counselling*, alle cure palliative e all'accompagnamento alle persone in lutto.

Oggi è martedì. E più che parlare di quanto ritengo di aver fatto ispirato, motivato, anche grazie al mio studio al Camillianum — che non è poco avendo creato tutta un'équipe attorno al Centro di Umanizzazione —, parlerò del mio sguardo, arricchito dal mio passaggio al Camillianum e, in modo particolare, dai “martedì con i vecchi professori”, cioè dall'incontro con il profilo personale, le sensibilità, le competenze e le metodologie pedagogiche che ho trovato in professori come il primo preside, p. Domenico Casera, che iniziava sempre le sue lezioni a partire da una situazione vitale, dalle esperienze delle persone concrete, con un loro nome. Evoco con piacere Davanzo, Bressanin, Vendrame, Alvarez, Spogli — pace all'anima loro — e pure Brusco, Cinà, Pangrazzi, Sandrin, Messina, Policante Gregoch, oggi professori emeriti o colleghi, dotati di una fine sensibilità pastorale che è propria dei camilliani che guardano le croci dei sofferenti con gli occhi di chi vuol capire per aiutare, e non da funzionari teorici della religione o della teologia. Evoco dunque con particolare piacere coloro che, presentando casi e dialoghi con malati in aula, costruivano quel circolo ermeneutico così particolare della Teologia Pastorale Sanitaria: prassi-teoria-prassi.

Ho ricevuto da più professori la loro sensibilità, le loro testimonianze e uno sguardo ai crocefissi del mondo che interpellano la pastorale della salute. E voglio trasmettere solo alcune gocce di quello che grazie ai loro “martedì” ho visto in giro e, forse già come vecchio anch'io, condivido con voi in questo “martedì”. Vorrei evocare anche quel professore che non iniziò mai ad insegnare all'Istituto, pur essendo stato chiamato (Sandro Spinsanti) che scriveva come anche l'etica può contribuire a mascherare il dolore. “Anche delle concezioni morali di alto profilo — diceva Spinsanti — possono costituire un filtro che impedisce di vedere il dolore. Dobbiamo riconoscere che esiste anche un'etica medica che non

aiuta a vedere il dolore, anzi nasconde il dolore che abbiamo sotto gli occhi”². Un rischio di apatia pastorale.

La disuguaglianza in materia di salute è tanto enorme nel mondo, che non si può fare teologia pastorale senza tenerne conto con una *vigilanza critica riflessiva* che permei i percorsi propositivi di Teologia Pastorale Sanitaria. Occorrerebbe fare più patodicea incarnata e narrativa con il conseguente potere sanante per i sofferenti più poveri, per chi narra e per chi ascolta.

Mi riferirò un po’ alla mia limitata, ma varia, opportunità di osservare alcune importanti emergenze nel mondo della pastorale della salute, dalle mie visite in contesti diversi in questi ultimi anni. Riferirò cinque esperienze in questo martedì condiviso con voi.

1. Un contesto africano

Mi viene in mente la prima volta che andai in Guinea, Africa Equatoriale, anni fa, e la riflessione che feci al mio ritorno nella rivista *Humanizar*. Scrisse alcune pagine dal titolo “Che si fermi il mondo. L’Africa cade”. Era questo quello che sentivo e continuo a sentire.

Al mio ritorno, dopo poche ore, nasceva nel mio paese una preziosa bambina, attesa, amata, in un bell’ospedale di Madrid, figlia di un’amica. Io, in quel momento, evocavo l’immagine del bambino di sette giorni che avevo accarezzato alcuni giorni prima e che poi trovai morto per tetano perinatale, in uno squallido ospedale africano. Giaceva, quale bebè addormentato, a fianco di sua madre e di un’altra bambina, in agonia, nelle mani dell’unico infermiere dell’ospedale, ubriaco, che tentava di fargli una trasfusione con il sangue appena estratto da sua madre, con chiaro aspetto di malata di Aids, naturalmente senza essere stato analizzato. Sua madre mi riferiva il dolore con il quale era morta la bambina e il suo volto mi trasmetteva la sofferenza della perdita. Cassell avrebbe avuto ragione per vedere dolore e sofferenza³, non so se distinguendo ancora tra sofferenza evitabile ed inevitabile. Anche il mio volto è

2. S. SPINSANTI, “Il diritto di non soffrire”, in *Ospedale senza dolore. I quaderni di Janus* (2002/10), Zadig, Roma 2002, 38.

3. R. BAYÉS, *Psicología del sufrimiento y de la muerte*, Martínez Roca, Barcelona 2001, 11.

cambiato, frutto di un miscuglio di sentimenti come: impotenza, indignazione, inadeguatezza pastorale. . . Non so bene se frutto dell'empatia, della compassione, o del prezzo di essere guaritore ferito anch'io⁴.

Dopo essere tornato dall'Africa, andai a Roma, per un convegno sull'Aids, dove ancora una volta si mise in evidenza che il dramma di questa pandemia è relazionata con la povertà. Oggi sono più di 34 milioni coloro che sono colpiti dall'HIV in Africa, 2 milioni di bambini orfani per la morte di genitori deceduti per Aids. Si fa presto a dire. Ovviamente, come professore di un seminario con questo argomento al Camillianum, ho dovuto cambiare radicalmente l'impostazione in questi anni.

Ho visto, cari colleghi, alcuni ospedali e lebbrosari senza luce, senza acqua corrente, senza medicine, senza professionisti; alcuni centri per anziani peggiori della maggioranza delle stalle dei nostri paesi europei; l'alimentazione dei bambini tanto scarsa da produrre un buon numero di malati e di morti premature; ho visto scuole senza nessun tipo di risorse; ho notato la difficoltà a mantenere lo sguardo fisso nel viso di un bianco, come se di uno schiavo si trattasse, pieno di paura a guardare il re e signore. E ho provato vergogna. E mi sono chiesto come rielaborare la questione della gestione dei sentimenti nell'accompagnamento pastorale tenendo conto del potere muto che ha la vergogna⁵.

Ho visto l'innesto di irrazionalità che abbiamo introdotto in questo piccolo globo dove tanto spazio è riservato all'assurdo, alla tragedia e alla farsa. Ho visto quello che sapevo già, quello che tutti sanno, ma ho sentito, con più forza che mai, vergogna, molta vergogna.

4. A. BRUSCO, "El sanador herido", in J.C. BERMEJO, F. ALVAREZ, *Diccionario de pastoral de la salud y bioética*, San Pablo, Madrid 2009.

5. B. CYRULNIK, *Morirse de vergüenza. El miedo a la mirada del otro*, Debate, Barcelona 2011, 33.

2. I margini della città

Molti penseranno, come me, che non è la sola Africa a vivere situazioni limite e a interpellare la pastorale della salute. Ed è vero. Le grandi città di tutto il mondo sono una speranza per le persone povere e senza lavoro nel mondo rurale.

Nei miei viaggi in Nicaragua e in altri paesi dell'America Centrale ho sperimentato la grande differenza e la sorprendente convivenza degli uni con gli altri: i molto ricchi e i molto poveri. Vi posso dire che in alcune occasioni ho mangiato o cenato in grandi palazzi circondati da baracche, custodite e accudite da schiavi (pseudo-operai) che vivono nella guardiola o nella stanza vicino alla cucina per guadagnare un po' di denaro col quale tirano avanti la loro famiglia, spesso numerosa. Sono palazzi che parlano chiaramente di furto, di schiavitù, dove si percepiscono livelli di vita superiori alla media del contesto maggioritario dell'Europa. In altre occasioni ho mangiato e cenato con meno di un euro, seguendo le abitudini dei nativi nell'uso di alimenti locali.

Ma una delle cose che più richiama l'attenzione, cari colleghi, è la mancanza di protezione sociale e sanitaria. Dio mio! Quando uno si ammala è quando più si nota la differenza. O ti paghi i processi diagnostici e terapeutici (più difficilmente quelli riabilitativi), o devi sopportare il dolore e molto probabilmente muori. Sì, lo so, esistono servizi pubblici per i più poveri (indigenti) ma, ahimè!, nella maggior parte degli ospedali non hanno lenzuola, né strumenti o farmaci che non siano comprati dallo stesso paziente. Il paziente e la sua famiglia spesso si vedono costretti a vendere fino all'ultima gallina che possiedono per comprare i rimedi necessari. E mi chiedo come far tesoro dei diversi corsi del Camillianum in questo contesto, senza cadere nel rischio di fare teologia del marmo, tralasciando la necessaria teologia del fango⁶. Ecco che emergere ancora la domanda sul perché?, ma non solo nell'intimo dell'individuo, ma in chiave di giustizia sociale.

E in mezzo a questa realtà non cessano le contraddizioni che continuano a richiamare l'attenzione. Alcuni paesi dell'America

6. J.C. BERMEJO, *Más corazón en las manos. Misericordia y humanización*, Sal Terrae, Santander 2016, 92.

Centrale hanno in media più di due telefoni cellulari per persona. Gli effetti di non so quali poteri mediatici sembrano avere invertito la scala delle necessità. Mi chiedo come continuare a descrivere la più che nota scala dei bisogni di Maslow, appresa al Camillianum⁷.

In questo contesto, è molto facile incontrare molte persone che guardano la televisione. Ma che televisione? Programmi che presentano realtà che sono fantastiche, romanzi di gente per bene, che idealizzano modi di vivere che non sono a portata della maggioranza, che esibiscono un superficiale intrigo di avventure amorose, di modelli non esistenti e che non so fino a che punto non generano un incremento della frustrazione e tendenze a imitare alcuni ipotetici indicatori superficiali di quel benessere impossibile da raggiungere per la maggioranza.

Infine, cari colleghi, è chiaro che abbiamo un mondo molto bisognoso di salute relazionale, salute di valori; sì, di salute spirituale, come di salute emozionale, mentale e fisica⁸. Per questo motivo vale la pena appassionarsi per stare sulla breccia della riflessione della pastorale della salute.

3. Ho trovato violenza

C'è mancanza di salute fisica, mentale, emozionale, relazionale, spirituale, anche in mezzo alla violenza. Non ricordo di aver studiato questo argomento al Camillianum. Se la violenza è una delle forme più irrazionali di disumanizzazione, la violenza sui minori è molto più difficile da qualificare. E non parliamo di quando questo ha luogo anche dentro la famiglia, quando un padre abusa di sua figlia, per esempio.

Durante alcuni anni ho collaborato, come Centro di Umanizzazione della Salute, con l'Honduras. Ho visitato alcuni ospedali, vari centri di salute ed alcuni quartieri marginali, oltre a un centro d'accoglienza per malati di Aids, ho accompagnato nella creazione di un Centro di Ascolto, come quelli nati in Spagna sotto la nostra

7. L. SANDRIN, *Psicología del enfermo. El hilo verde de la esperanza*, Sal Terrae, Santander 2015, 27.

8. F. ALVAREZ, *Teología de la salud*, PPC, Madrid 2013.

spinta pastorale. Non posso far a meno di dirvi quanto mi hanno colpito alcune cose. La quantità di malati che ho visto sanguinanti per atti violenti nel pronto soccorso di un ospedale mi ha lasciato completamente sconcertato. Mi ha colpito anche la tremenda limitatezza di risorse sanitarie nel centro di salute di un quartiere marginale. Come sono limitati i mezzi con i quali eseguono diagnosi e trattamenti, Dio mio!

Ho visto il profilo dei malati di Aids e la quantità di nomi che si aggiungono su una croce di legno che si trova nella cappella, al fine di mantenere il ricordo di tutti i morti che sono passati per il centro d'accoglienza. Figuratevi: non ho ottenuto che una bambina di 12 anni, incinta di suo padre, al settimo mese di gravidanza, malata di Aids, mi desse un bacio o giocasse con me con le matite e i fogli di carta che aveva sul tavolo... Questa volta, atteggiamenti e tecniche di *counselling* apprese al Camillianum, non sono state sufficienti.

Ho visto alcune case molto povere. Il pavimento di cemento o di terra, una o due stanze fra pareti con tetti di lastra, attaccate le une alle altre, senza acqua corrente, senza strada pavimentata. Mi hanno raccontato che i bambini, fin da età molto precoce, sniffano colla, e che sono molte le famiglie che hanno nella loro povera casa situazioni di abusi delle bambine minori da parte dei loro padri. Anche strategie pastorali su quest'argomento mi mancavano nel mio zaino personale.

Ho avuto l'opportunità di parlare con una di queste bambine e ho registrato il nostro dialogo, col permesso della mamma che desiderava che lo facesse. Questa bambina aveva 13 anni. In quel momento suo padre si trovava in prigione. Appena le domando cosa era successo, mi racconta:

Mio padre abusò di me per più di un anno, ogni due giorni. Io rimasi incinta. Un giorno sono stata anche con mio cugino e un altro giorno con un fidanzato... Pensavo che il bambino era di mio padre e abortii. E la mia domanda è: perché mio padre mi ha fatto questo? Perché ha abusato di me se mi diceva che mi amava, che mai mi avrebbe lasciato, che non mi avrebbe mai fatto del male?

Mio padre ha 37 anni. Adesso si trova in carcere. Ha abusato di me per un anno e due mesi. Io avevo paura. Paura che facesse qualcosa alla mia famiglia o perfino che potesse fare qualcosa a me. Per questo motivo non ho mai raccontato niente. Ora mi sento colpevole. Il bebè è morto

per colpa mia. Mi sento male per questo motivo. Ero incinta di tre mesi. Mi sento male perché ho ucciso qualcuno. Non avrei dovuto farlo.

A volte mio padre mi picchiava perché io non volevo... Quando stavo con lui, quando vivevo con lui, provavo schifo. Egli mi si avvicinava ed io provavo schifo. Usciva alle sei dalla mattina e ritornava alle otto. Ed io vedevo che erano le sei e mi veniva voglia di andare via perché sapevo che tutto sarebbe successo un'altra volta. Io non vivevo con mia madre. Vivevo con mio padre e con due suoi fratelli e una cugina. Mia madre viveva col padre di mio fratello, perché erano separati.

Ora tutto questo mi pregiudica moltissimo negli studi perché non smetto di pensare a ciò che mi è successo. D'altra parte, il mio corpo non è più quello di una bambina. Il mio corpo è già di una donna, si è risvegliato tutto e provo desiderio per una persona. Ora desidero gli uomini grandi.

Non ho avuto relazioni da un anno, per paura di rimanere incinta. Ho parlato con mia madre e le ho detto che non potevo sopportarlo più. E mi ha detto che avrebbe fatto un piano per non farmi correre rischi e questo mi sembra la cosa migliore. Ma non vuole dire che mi corichi con tutto il mondo. No. Ci sono pastiglie, iniezioni...

Ho molto rancore verso mio padre e quello che vorrei è che morisse.

Dio mio! Ascoltando il racconto di questa bambina vedo una biografia traumatizzata, uno sviluppo compromesso nel mondo più intimo, un'affettività tanto difficile da ricostruire, un futuro tanto bisognoso di nuovi valori di riferimento, un mondo d'amore da riscoprire... Mi domando anche cosa staranno vivendo la madre e il padre. La madre che ora vive con un altro uomo, e il padre in prigione. E... non ho dubbi che comincerà con mezzi anticoncezionali per evitare gravidanze indesiderate, come lei chiede e la madre appoggia.

Che cosa significa salute per questa bambina? Come segnalare le emergenze nel mondo della salute dopo aver ascoltato questa bambina? Come si fa teologia della sofferenza dopo questo incontro? Come atterrare in queste coordinate con i paradigmi bioetici circolanti? È ancora viva la domanda "perché proprio a me?" oppure è già morta senza partorire quell'altra così necessaria ed urgente: "perché proprio a te?", "perché proprio a lei?". Ecco sempre belle sfide per il mondo accademico del Camillianum.

4. Altri margini: la prostituzione

Vittorio Messori, in *Perché credo*⁹, dice che la prostituzione è attualmente il commercio che muove più denaro del traffico di droghe e di armi messi insieme. Il commercio è, in realtà, molto più ampio del rapporto sessuale diretto e pagato. Va dalla pornografia, a certi tipi di pubblicità, al turismo sessuale, al turismo pedofilo, diversi tipi di cinema e pubblicità, o gran parte della telespazzatura; e forme non rilevabili, ma molto reali, come la promozione professionale in cambio di favori sessuali. Il commercio sessuale normalmente si mescola con quello della droga e con altre attività delinquenziali.

Ricordo un'estate che ero in ferie e un mio amico ha avuto il coraggio di avvicinarsi a una giovane donna che era sul bordo della strada sotto un ombrellino, aspettando qualche "cliente" del sesso. Ha fermato la macchina e, coi vetri abbassati, io ho intavolato una piccola conversazione con lei. È stato sorprendente. Non so perché, non mi aspettavo un'accoglienza tanto calda e una semplicità nella conversazione, segno d'intimità emozionale. Io cercavo un incontro come questo da tempo, per conoscere di prima mano alcune vicissitudini di chi vive in questi margini.

Ho superato il pudore e le ho fatto alcune domande. Era una giovane rumena che dimostrava qualcosa più di 30 anni, vestita normalmente per la stagione dell'anno e si teneva occupata con qualche passatempo tipo rivista di cruciverba. Le ho domandato come stava, se aveva clienti, quanto riscuoteva e se le permetteva di vivere degnamente, perché si dedicava a questo lavoro, se era ben trattata dai clienti. . .

Sì, senza pudore e, con una strana naturalità per me, ha risposto. Sono tempi di crisi, e questo si riflette nel lavoro; prende 20 euro per un rapporto orale e 30 per un rapporto completo. Nel posto dove sta, è facile avanzare di alcuni metri e ottenere un po' di "invisibilità" dalla strada, tra le vigne, ma non ci sono naturalmente punti di riferimento igienici prossimi, se non una bottiglia di acqua vicina alla sedia. Mi domando come queste pratiche pregiudichino la salute nelle condizioni in cui si svolgono. Nonostante la crisi,

9. V. MESSORI, A. TORNIELLI, *Perché credo. Una vita per rendere ragione alla fede*, Piemme, Milano 2010.

dice di avere vari clienti al giorno, che gli consentono di vivere a lei e a suo figlio di 13 anni, con il quale convive dopo la separazione dal marito.

Questa donna, il cui nome non ho osato chiedere data la situazione nella quale ci trovavamo, dice che è stanca di questo lavoro, ma non avendone un altro, ha deciso di vendere il proprio corpo per sopravvivere lei e suo figlio, ma che è stanca. Non riesco a immaginarla dando spiegazioni del suo lavoro a suo figlio. Mi viene in mente l'argomento della pastorale con la famiglia... nella sofferenza. Ma mi sento comunque limitato, con scarsa "formazione del cuore" (DCE 31) dinanzi alla situazione.

Mi domando come saranno le sue relazioni sociali ed anche come sarà il legame con suo figlio, ma innanzi tutto, come sarà il riflesso che le regala lo specchio quando si guarda in esso. Si potrà parlare di autostima? Che concezione avrà di sé stessa? Si dirà: sono una prostituta, sono cattiva, le prostitute non valgono niente, sono straniera, mi utilizzano, pagano per alcune caratteristiche del mio corpo... Quanto è doloroso e triste quando non esiste che il vincolo economico in cambio di un breve tempo di eccitazione sessuale!

Ahi, come sono rimasto male! Non ho avuto neanche il coraggio di domandarle il nome per non so che tipo di pseudo rispetto! Sì, lo so, molte normalmente usano vari nomi. Ma questa donna è una donna concreta, con la quale io ho parlato... Dov'è il grado di umanizzazione e personalizzazione dei miei rapporti, come si imparava al Camillianum?¹⁰

Come siamo cambiati poco noi uomini per quanto riguarda il rispetto per le donne! Con che facilità continuiamo a fare battute in modo superficiale su queste donne la cui dignità è violata da questa forma tanto cosificante e degradante di relazione! Quanto bisogno c'è di una pastorale della salute incarnata! Dolore e sofferenza: interpretazioni, senso e cure è il nostro titolo... in questo convegno. Quanto è necessario curare il corpo, la mente, i rapporti, i valori, la fede... , così come diminuire l'aria moralizzante di certa teologia, che sento in aumento spesso nelle aule.

10. J.C. BERMEJO, *Humanizar la asistencia sanitaria*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2014.

5. La spirale della violenza più crudele

Lenire il dolore, accompagnare la sofferenza, aiutare a gestire i significati dati a queste esperienze, ci interessa davvero come appassionati dalla pastorale della salute. L'abbiamo studiato avvicinandoci alla logoterapia al Camillianum.

Vi racconto una mia partecipazione a un congresso sulla scomparsa forzata, sequestro politico, esumazioni, giustizia e verità. È un convegno mondiale, dove ci sono rappresentanti di cinque continenti, intorno a un tema tanto sentito in Colombia, ma tanto diffuso per il mondo: c'è tanto dolore e sofferenza dietro! Altro che morte appropriata come quella di Ivan Illich¹¹ o biografica¹² — e non solo biologica — più volte evocata al Camillianum!

Io sono abituato a vedere e vivere la sofferenza causata da una malattia, o dalla povertà, o dalla prossimità della morte, a seconda dei casi. Ma quel giorno ho potuto ascoltare quanta violenza c'è nel mondo. Quanto orrore!

Ho avuto l'opportunità di parlare con una madre che fu sequestrata con suo marito e, dopo alcuni giorni la liberarono ma trattennero il marito. Questo è accaduto 9 anni prima e ancora non ha nessuna informazione. Qualche carcerato col quale ha parlato le ha detto che è stato assassinato da un altro gruppo, ma non possono confermarlo. Continua a vivere nell'incertezza. E se è morto, e quando lo saprà e se recupererà i resti, è un'incognita. È molto complesso elaborare così la sofferenza, dare un senso... se non impossibile.

Dei 400 partecipanti al Convegno, molti appartengono a associazioni di iniziativa civile, altri rappresentano gli Stati e ci sono molte vittime. Le vittime devono narrare, raccontare le loro pene, denunciare, esigere il diritto che li informino di quello che è successo, che si faccia giustizia e che restituiscano loro i corpi dei loro esseri cari. Non sapere se sono o no morti e, in caso affermativo, non sapere dove stanno è come non vivere. E a maggior ragione se c'è l'impunità. La loro salute mentale ne risente, come

11. L. TOLSTOJ, *La morte di Ivan Il'ic*, Garzanti, Milano 1975.

12. J.C. BERMEJO, *Humanizar el sufrimiento y el morir. Perspectiva bioética y pastoral*, PPC, Madrid 2010, 109.

ho ben imparato al Camillianum con Pangrazzi, dando vita a lutti patologici¹³.

Un giovane, che fu sequestrato e torturato con altri, ma liberato, mi ha raccontato:

A me toccò presenziare gli orrori di queste torture. Anch'io fui sequestrato. Avevo quasi 14 anni. Dopo le continue minacce, furono sequestrati con me 11 persone e il più delle volte mi toccò essere presente a tutte le torture di cui anch'io sono stato vittima. Stetti tre giorni con loro: colpi, strappavano le unghie, gettavano addosso acqua, violavano le donne nella nostra presenza, li facevano a pezzi con coltelli e perfino li tagliavano vivi con una motosega e gettavano i pezzi nel fiume.

Poi rimasi per più di dieci anni in silenzio totale, non volevo parlare con nessuno. Alcune sorelle domenicane mi aiutarono a parlare e questo mi servì per curare una quantità di ferite aperte e guarirmi. Ogni mattina, ogni notte mi svegliavo con incubi. L'insonnia si era impadronita del mio corpo ventiquattro ore del giorno.

Ricordo ogni momento la gente che mi maltrattò. Non li dimentico mai e faccio molta fatica a dire che li perdono di cuore.

Mi venivano in mente le molteplici lezioni al Camillianum sull'ascolto e il suo potere di guarigione¹⁴.

Cari colleghi, trascrivere letteralmente queste parole che conservo registrate nel mio piccolo registratore, mi fa sperimentare sentimenti contrari. Da una parte la ripugnante violenza che siamo capaci noi esseri umani di creare, e il danno che ne deriva per la salute e la vita con tante connotazioni: torturati, violati, assassinati, superstiti traumatizzati, famiglie rotte, lutti complicati — se non impossibili — da elaborare. . . Dall'altra, non smetto di vedere il gran bene che fanno alcune persone, come le stesse vittime resilienti che riescono a maturare e aiutare gli altri.

Emergenza nel mondo della salute. Pastorale della salute studiata a Roma. . . Che bella sfida! Che tipo di pastorale della salute possiamo promuovere? In uno di questi viaggi, ho vissuto un altro “martedì” con un altro vecchio professore: John Sobrino, noto teologo che mi ha ricordato che la povertà si sente col naso e che

13. A. PANGRAZZI, *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*, San Pablo, Madrid 2004. J.C. BERMEJO, *Estoy en duelo*, PPC, Madrid 2005.

14. J.C. BERMEJO, *L'ascolto che sana*, La Meridiana, Bari 2004.

la nostra crisi europea è un mero aneddoto nel mondo¹⁵. Mi ha sfidato a fare una pastorale realistica. Queste sue espressioni mi hanno fortemente colpito.

Debbo finire.

Guardando in prospettiva la riflessione che ho fatto, sono consapevole soprattutto del fatto che c'è molto dolore e sofferenza nel mondo, evitabili. Ma ci sono anche molti bei semi di speranza.

Oggi è specialmente in questi contesti, che ho descritto con la voce dei protagonisti e con la mia, dove percepisco di più le nuove e vecchie emergenze nel mondo della pastorale della salute, che dovrebbe svilupparsi sempre più sulla via di quella teologia delle lacrime alla quale si è riferito papa Francesco e che ieri evocava p. Leosir Pessini, Moderatore Generale.

Infatti, ricordo da Sandrin: “Questo tipo di pastorale in questo campo si allarga sempre di più dalle singole persone (malati, familiari, operatori sanitari e volontari) agli aspetti sociali, culturali, economici e politici del mondo sanitario e del problema-salute”¹⁶.

Il mio più vivo ringraziamento a quei professori che mi hanno dato soprattutto un po' della loro passione dinanzi alla sofferenza. Mi hanno dato un po' dei loro “martedì” che non ha ancora generato sufficiente “intelligenza compassionevole”¹⁷ dinanzi a tutto il dolore e la sofferenza che trovo nel mio strada. Ma sono costantemente in cammino di ricerca d'interpretazioni provocatorie di pastorali sanitarie salutari, che ci aiutino a umanizzare la teologia, guardando ai crocefissi viventi di oggi.

Grazie per condividere alcuni minuti di esperienza personale, a modo di “martedì”, con chi oggi è professore, anche se forse non tanto vecchio... e insegna di solito ancora nei lunedì.

15. ID., *Humanización y evangelio*, PPC, Madrid 2015.

16. L. SANDRIN, “Annunciate e guarite: una missione per l'oggi”, in *Credere Oggi* 145 (2005) 68.

17. J. GARCIA ROCA, *Espiritualidad para voluntarios. Hacia una mística de la solidaridad*, PPC, Madrid 2011, 104.

La pastorale della salute oggi e la sfida dell'inculturazione in contesto africano

KOFFI GBÉKÉNÉ MÉDARD ABOUÉ*

I. L'inculturazione come via della nuova evangelizzazione del Continente africano

I.1. Urgenza e importanza dell'inculturazione del Vangelo in Africa

Che l'inculturazione sia oggi per la Chiesa che è in Africa una priorità, è una cosa ben nota alla luce di un importante materiale disponibile sul tema¹. Si parla di inculturazione in Africa soprattutto nell'ambito di una Chiesa cattolica che deve fare i conti con una presenza capillare delle religioni tradizionali² di questa terra a cui le popolazioni tengono molto. A questo proposito Paolo VI

* Religioso camilliano del Bénin–Togo, licenziato in Teologia Pastorale Sanitaria, Istituto Camillianum; Master in Bioetica e diritti umani, LUMSA/Camillianum. È iscritto al ciclo di dottorato in Teologia pastorale presso la Pontificia Università Lateranense. È Consigliere Provinciale e incaricato delle missioni per la provincia siculo–napoletana.

1. Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia in Africa*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995; BENEDETTO XVI, *Africae munus*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2011; CONFERENCE EPISCOPALE REGIONALE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST, *Christianisme et rites funéraires africains dans l'espace CERAO. Etat des lieux*, Editions CERAO, Abidjan 2008; cfr. F. KABASELE (a cura di), *Chemins de la christologie africaine*, Desclée, Paris 2001; M. GAHUNGU, *Le sfide dell'inculturazione in Africa. Riflessioni alla luce del Sinodo speciale del 1994*, LAS, Roma 2007; J. NDI–OKALLA, *Inculturation et conversion. Africains et européens face au synode des Eglises d'Afrique*, Karthala, Paris 1994; CENTRE POUR L'INCULTURATION, "L'inculturation et le concept de Dieu dans les traditions africaines", in *Recherches et documents* (2/2001) 1–118.

2. "La religione africana può essere definita come un insieme di credenze, concezioni o visioni fondamentali del negro–africano riguardo al mondo invisibile (Dio, Antenati, spiriti, morti, l'aldilà), il cosmo, all'uomo nei suoi rapporti con il mondo invisibile e di fronte a la vita e la morte" (Giornate bibliche africane organizzate a Kinshasa nel 1980 sul tema "Cristianesimo e identità africana"). Il termine "religioni

afferitava nel lontano 1967 in *Africae terrarum*: “Fondamento costante e generale della tradizione africana è la visione spirituale della vita. Non si tratta semplicemente della concezione cosiddetta ‘animistica’, nel senso che a questo termine venne dato nella storia delle religioni alla fine del secolo scorso. Si tratta invece di una concezione più profonda, più vasta e universale, secondo la quale tutti gli esseri e la stessa natura visibile sono considerati legati al mondo dell’invisibile e dello spirito”³.

Ciò nonostante, il cristianesimo è una religione ben voluta dalle popolazioni africane ma la Chiesa stessa si rende conto ch’essa resta tragicamente cosa venuta dal di fuori e che così rimane. Ma per una religione come il cristianesimo che non ha vocazione ad essere ospite ma religione di identità nella vita dei fedeli, l’inculturazione, quel processo cioè mediante il quale la “catechesi s’incarna nelle differenti culture”, è essenziale. L’inculturazione comprende una duplice dimensione: da una parte, “l’intima trasformazione degli autentici valori culturali mediante l’integrazione nel cristianesimo” e, dall’altra, “il radicamento del cristianesimo nelle varie culture”⁴. Questo processo diventa la via obbligata voluta dagli stessi attori africani dell’evangelizzazione come via per fare sì che la fede sia davvero accolta come forza di salvezza. Così affermavano i vescovi del sinodo sull’Africa del 1994: “Nelle sue fasi e nella sua finalità, l’inculturazione è una questione prioritaria, urgente nella vita ecclesiale africana, in vista di un solido radicamento del Vangelo nelle comunità cristiane e nella Chiesa come famiglia”⁵. Et Rene Tabard di proseguire: “Un africano che è stato battezzato era un cattolico in più. Oggi però, senza mettere in discussione questa logica innegabile, aggiungiamo che, se ogni battesimo di un africano costituisce effettivamente un aumento del numero dei cattolici, questo rito non significa che ci sia un africano in meno! In altre parole, il battesimo di un adulto non fa scomparire nell’acqua santa

tradizionali africane” è usato per sottolineare la grande diversità socio-culturale dei gruppi in cui si vive questa esperienza, cfr. F. MABUNDU, “Réflexions sur les religions traditionnelles africaines”, in *Revista de Cultura Teológica* (84/2014) 55.

3. PAOLO VI, Lettera apostolica *Africae terrarum*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1967, 8.

4. GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia in Africa*, n. 59.

5. Cfr. M. CHEZA, *Le Synode africain. Histoires et textes*, Karthala, Paris 1996, 255.

tutta la cultura che lo costituisce nel suo essere Uomo e Africano. Questo modo di comprendere il rito d'ingresso nella Chiesa ci porta a parlare di una doppia identità o di una doppia appartenenza su cui torneremo: un africano battezzato appartiene alla religione cattolica pur rimanendo profondamente segnato, nella sua identità, dalla sua cultura africana, o anche dalla sua religione tradizionale”⁶.

1.2. Il problema del sincretismo

Nella Chiesa che è in Africa emerge un'altra evidenza sulla la quale si applica di molto la riflessione teologica e pastorale da anni. Il fatto è il ritorno dei fedeli alle loro religioni tradizionali o il loro forte radicamento nelle pratiche antiche delle loro culture. Secondo gli analisti questo è dovuto essenzialmente ai problemi di salute, di malattia, di morte, al bisogno di sicurezza e di protezione contro la cattiveria di quelli che usano la stregoneria o la religione tradizionale per procurare il male al prossimo. Così come si legge nell'*Instrumentum laboris* del sinodo sull'Africa del 1994: “Non c'è dubbio che i cattolici fanno un magnifico lavoro nel campo della salute. Tuttavia, l'esperienza dimostra che la malattia, la sofferenza e la morte portano i cristiani ad altre fonti di aiuto, come i guaritori tradizionali, le sette e le chiese indipendenti. Sembra che la chiesa non ha potere sulla malattia e sulla sofferenza. È possibile che in questo campo l'approccio della Chiesa non sia abbastanza olistico nella pratica”⁷. La questione della doppia appartenenza sopra indicata permane proprio per motivi di salute e quant'altro, come rilevato da papa Benedetto XVI: “Poiché si appoggia sulle religioni tradizionali, la stregoneria conosce ai giorni nostri una certa recrudescenza. Rinascono paure che creano legami di soggezione paralizzanti. Le preoccupazioni riguardanti la salute, il benessere, i bambini, il clima, la protezione contro gli spiriti malvagi, por-

6. R. TABARD, “Théologie des religions traditionnelles africaines”, in *Recherches de Science Religieuse* 96 (3/2008) 328–329.

7. ASSEMBLEE SPECIALE POUR L'AFRIQUE DU SYNODE DES EVEQUES, *L'Église en Afrique et sa mission évangélisatrice vers l'an 2000. Vous serez mes témoins, Ac 1, 8. Instrumentum laboris*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1993, 58; cfr. N. SALUMU NDALIBANDU, *Les prières d'exorcisme et de guérison dans l'Église catholique en Afrique. Lecture théologique et pastorale*, L'Harmattan, Paris 2017, 30.

tano di quando in quando a ricorrere a pratiche delle religioni tradizionali africane che sono in disaccordo con l'insegnamento cristiano. Il problema della "doppia appartenenza" al cristianesimo e alle religioni tradizionali africane rimane una sfida"⁸. D'altronde è chiaro che dietro la domanda sfrenata di salute dell'africano si trova nascosta una forte domanda di salvezza che la Chiesa non può non ascoltare altrimenti corre il rischio di essere una realtà senza nessuna influenza vera sulle persone e le loro culture.

La capacità, presunta o reale, che si paventa nelle religioni tradizionali di provocare: malattie, infortuni, malessere, morte ecc. è come un macigno che tutti vogliono evitare. Allora il ricorso al sincretismo diventa come obbligatorio per chi non ha nulla da perdere. Tutto questo abbinato ad un spaventoso impoverimento del Continente in strutture di cura e di assistenza sanitaria di base, aggrava indiscutibilmente un quadro generale per il quale crediamo che la Pastorale sanitaria ha un ruolo più che determinante da svolgere.

2. Le questioni di salute e il problema del sincretismo religioso in Africa: il caso della religione tradizionale vodun del Benin

2.1. Che cos'è vodun?

Il vodun⁹ come entità religiosa costituita, sarebbe nato dall'incontro dei culti tradizionali delle divinità yoruba¹⁰ e delle divinità dell'area culturale Adja-Fon¹¹, durante la creazione e l'espansione di Regno Fon¹² di Dahomey sulla costa occidentale dell'Africa tra il 17esimo e il 18esimo¹³. Infatti, le numerose bibliografie e vari studi etnolo-

8. BENEDETTO XVI, *Africae munus*, n. 93.

9. Nelle varie bibliografie questo nome vodun appare scritto in diversi modi come: vodù, vodun, vodoun, vaudoun, voodoo, vaudun. Useremo in questo studio il termine "vodun".

10. I Yoruba sono una entità etnica del sud della Nigeria e di una buona parte del centro-sud del Benin.

11. La zona culturale Adja-fon copre una parte del sud-Benin e del sud-Togo.

12. I Fon sono l'etnia maggioritaria del Dahomey/Benin.

13. Cfr. K. ELWERT-KRETSCHMER, "Vodun et contrôle social au village", in *Politique Africaine* (59/1995) 102-119.

gici e sociologici pubblicati sul vodun¹⁴ concordano sul Dahomey come culla di nascita e di attuazione iperbolica del vodun così come afferma Emmanuel Kadya Tall: “La cosmogonia vodun è strettamente correlata alla costituzione del Regno di Dahomey e alla sua storia. Un regno guerriero, Dahomey, in costante lotta con il suo vicino più potente, il regno di Oyo, ha integrato nel corso della sua storia i culti locali e ne ha strappati altri durante le conquiste”¹⁵. E il nostro autore continua: “L’antico regno di Dahomey si è costituito appoggiandosi in gran parte sulla cosmogonia dei vodun. Questa monarchia guerriera, che regnò dal XVII al XIX secolo, lottò costantemente con i suoi vicini, integrò i culti locali nella sua storia e ne catturò di nuovi durante le sue conquiste. I vodun furono acquistati o sequestrati con la forza, poi integrati in una successione familiare in stilo di clan o in un modello dinastico”¹⁶.

L’originalità del Dahomey nella storia del vodun è quella di aver saputo accogliere la diversità culturale di altri popoli per farne una sintesi potente della propria identità, il cemento della propria tradizione. Per le persone che lo praticano, il vodun è l’espressione

14. Cfr. B. MAUPOIL, *La géomancie à l’ancienne côte des esclaves*, Institut d’Ethnologie, Paris 1943; S. TIDJANI, “Notes sur le mariage au Dahomey”, in *Études dahoméennes* (6/1951) 43–107; cfr. ID., “Notes sur le mariage au Dahomey”, in *Études dahoméennes* (7/1952) 7–79; cfr. M. BACH, *Vaudou. Religion, sorcellerie, magie*, Hachette, Paris 1955; cfr. J. KERBOULL, *Vaudou et pratiques magiques*, Pierre Belfond, Paris 1977; cfr. B. ADOUKONOU, *Cyodohon et vodun Nensuxwe ou les manipulations du vodun par les principales formations sociales fon, axovi et anato*, E.P.H.E 6^e Section, Paris 1973; ID., *Jalons pour une théologie africaine: Essai d’une herméneutique chrétienne du Vodoun dahoméen, Tome I: Critique théologique*, Lithelleux, Paris 1979; ID., *Jalons pour une théologie africaine: Essai d’une herméneutique chrétienne du Vodoun dahoméen, Tome II: Etudes ethnologiques*, Lithelleux, Paris 1979; cfr. M. AHANHANZO GLELE, *Religion, culture et politique en Afrique noire*, Présence Africaine, Paris 1981; cfr. C. SAVARY, *La pensée symbolique des Fon du Dahomey. Tableau de la société et étude de la littérature orale d’expression sacrée dans l’ancien royaume du Dahomey*, Editions Médecine et Hygiène, Genève 1976; cfr. GRAND SÉMINAIRE SAINT GALL DE OUIDAH, “La religion traditionnelle africaine. Les défis de la rencontre, in *La voix de Saint Gall* (88/2003) 4–60; cfr. ID., “La religion traditionnelle africaine. Les défis de la rencontre, in *La voix de Saint Gall* (89/2004) 5–70; cfr. E.K. TALL, “Les nouveaux entrepreneurs en religion: la génération montante des chefs de cultes de possession à Cotonou (Bénin) et Salvador (Brésil)”, in *Autrepart* 27 (3/2003) 75–90.

15. E.K. TALL, “Dynamique des cultes voduns et le Christianisme céleste au Sud-Bénin”, in *Cahier des sciences humaines* 31 (4/1995) 797.

16. Cfr. ID., “Les nouveaux entrepreneurs en religion: la génération montante des chefs de cultes de possession à Cotonou (Bénin) et Salvador (Brésil)”, in *Autrepart* 27 (3/2003) 75.

concreta della dimensione trascendente dell'uomo. Spesso è difficile pensare il vodun in una definizione classica di religione¹⁷. È meglio percepito attraverso la descrizione di alcuni dei suoi aspetti importanti. Secondo Dorier–Apprill: “Il termine vodun copre varie pratiche religiose (culto degli antenati, dei morti, dei gemelli, degli spiriti guardiani [Legba], etc.). Questa religione è meglio conosciuta per il suo sistema di divinazione (Fa), le sue divinità che possiedono e che richiedono l'iniziazione dei membri attraverso lunghi ritiri nei santuari, chiamati conventi”¹⁸.

Come componente importante delle religioni tradizionali dell'Africa sub-sahariana, Maurice Ahanhanzo Glele dice del vodun che: “È caratterizzato dalla credenza, da una parte, nell'esistenza di un Essere Supremo, immanente ma inaccessibile, Essere primo e unico che ha creato e governa l'universo, d'altra parte, da legami indissolubili e permanenti, sorta di flussi montanti, tra l'universo invisibile e il mondo degli uomini. Questo essere supremo è chiamato Mawu dagli Adja–Fon, Iré KPE Dendi del Dahomey, Niamien dai Baoule e Ashanti, Massa Dambale dai Bambara, Gueno Doundari dai Fulani, Olorun o Olodumare dai Yoruba, Wenne o Wennam dai i Mossi, Nyambe dai Douala, Modimo dai Tsiwana del Botswana, Djalla–Ngey dai Wolof, Koog dai Serere, Nuambi dai Vili, Lari, Yombe e Loumbou ecc . . . Amana dai Dogon e al Emit dai Diada. Questo Essere Supremo è così trascendente che persino i leader non possono accedere a lui. Non lo invocano direttamente”¹⁹.

Secondo Togoun Servais Acogny: “Per parlare con lui, chiedere delle benedizioni, essere protetto dalle minacce dei propri nemici e avere molti figli e denaro, il credente passa dalla mediazione delle divinità, piccoli dei che hanno ciascuno le proprie manzioni. Sono chiamati vodun nella lingue *Fon* e oritcha nella lingua *Yoruba*. Ognuna di queste divinità ha il proprio culto e può portare il bene o diffondere il male sull'uomo e sulla sua comunità”²⁰. Ad

17. R. SASTRE, “Le vodu, dans la vie culturelle, sociale et politique du Sud–Dahomey”, in *Cahiers des religions africaines* 8 (4/1970) 178–179.

18. E. DORIER–APPRILL, “Les échelles du pluralisme religieux en Afrique subsaharienne”, in *L'Information géographique* 70 (4/2006) 54.

19. M. AHANHANZO GLELE, *Religion, culture et politique en Afrique noire*, op. cit., 24.

20. T.S. ACOGNY, “Chrétien, fils de prêtresse yoruba”, in *Etudes* (3801/1994) 9.

esempio abbiamo: “Xebìèsò” (dio del tuono), “Lègbà” o “Tolègba” (dio protettore degli abitanti, del paese, visibile e spesso presente all’ingresso di villaggi e case), “Sakpatá” (dio della malattia varicella), “Gu” (dio dei fabbri), “Dàn” (genio della vita e della prosperità), “Alladahui” (dio del lignaggio delle dinastie di Allada), “Nensuxwe (divinità delle acque), “Agasú” (re delle acque), “Fa” (dio della divinazione, che ha un radicamento incredibilmente popolare).

Nell’organizzazione del vodun, dopo le potenze del mondo invisibile, vengono le figure del mondo visibile che sono: i sommi sacerdoti (o *Vodunongan* o *Hunnongan*) — capi supremi di ogni culto che fa capo ad una divinità — i sacerdoti (o *Hounnon*) che fanno capo ad un convento qualsiasi e animano ordinariamente il culto alla base — e infine i seguaci (o *Vodunsin*). Un’altra figura importante nel sistema vodun è il *Bokonon* spesso sacerdotessa della divinità Fa, specialista nel campo della divinazione e in grado di vedere in dettaglio le cause dei mali, dei peccati, delle malattie e dotato di capacità per affrontarli. Egli coniuga la divinazione con l’uso delle piante, degli animali o oggetti che hanno capacità terapeutiche per guarire o consigliare riti di guarigione che contengono spesso offerte o sacrifici alle divinità o antenati per purificarsi, calmare la loro collera o attirarsi di nuovo i loro favori.

2.2. La malattia nel vodun

La malattia è uno dei capisaldi della stabilizzazione e del perpetuarsi del vodun nel tempo e nello spazio. “Il vodun trae una forza particolare dalla concezione magico-religiosa che i contadini hanno della malattia. La maggior parte dei mali che li affliggono sono attribuiti a una punizione divina e devono essere curati dai *houngans* o *mambos* (*bokonon*). Questi, avendo identificato la divinità che ha provato la malattia, prescrivono terapie in cui l’uso delle erbe si combina con le offerte propiziatorie. Che i preti operino così cure sensazionali e miracolose è ciò che sostengono molti osservatori. La medicina psicosomatica troverebbe lì un campo di studio molto interessante. La reputazione di cui i sacerdoti e le sacerdotesse vodun godono come guaritori assicura loro una grande clientela”²¹

21. M. BACH, *Vaudou*, op. cit., 10-11.

Il vodun è giustamente adorato per la sicurezza che promette, viene servito per la protezione che dovrebbe fornire ai suoi sudditi ed è amato per la speranza di felicità terrena promessa ai suoi devoti. Nella visione delle pratiche vodun, ci sono generalmente tre tipi di malattie: le malattie naturali (poche), le malattie causate dalle divinità e gli antenati, infine le malattie causate dal nemico o dall'avversario, vale a dire il malocchio. Come lo rileva Karole Elwert–Kretschmer: “I sacerdoti vodun hanno una serie di sanzioni che possono essere descritte come draconiane: alte multe, fustigazione, malattia, follia e morte per avvelenamento”²². Quando si è malati, il *bokonon* attesta, dalla consultazione del Fa, che il male è stato provocato consapevolmente e, è ancora lui che proporrà il rimedio.

2.3. Guarigione nel vodun

Nella logica della mentalità che considera la malattia come punizione delle divinità o degli antenati, come un malocchio provocato dal nemico o ancora come un'opera di stregoneria, il meccanismo vodun ha, in opposizione, fatto radicare nell'immaginario collettivo ch'è in grado di guarire l'uomo malato, di garantire la sua sicurezza, persino la sua felicità. Qualunque sia l'interpretazione delle disgrazie dell'uomo, nelle loro cause e manifestazioni, il vodun insegna e dimostra che è lui stesso una soluzione, cioè che è sempre in grado di curare il malato, di alleviare il dolore e preservare l'uomo da tutto ciò che minaccia la sua salute. In altre parole, il vodun è il salvatore e il protettore della vita terrena dell'uomo. Questa visione fa sì che in Benin e in Africa nera, è molto raro, se non impossibile, trovare un villaggio o un quartiere di città senza un terapeuta o un guaritore *vodunnon*.

I *hounnon*, capi di culto vodun, sono quasi tutti con la menzione di guaritori tradizionali²³. In questa veste, i *hounnon* diventano, in effetti, “figure sociali di prossimità, membri della comunità riconosciuti per il loro *savoir-faire* in cui la popolazione ha fiducia e la cui

22. K. ELWERT–KRETSCHMER, *Vodun et contrôle social au village*, op. cit., 109.

23. Cfr. H. AGUESSY, “Rencontre entre la RTA et la culture occidentale: Il y a eu choc dans l'instant mais pas dans le temps”, in *La voix de Saint Gall* (89/2004) 10.

cultura condivide”. In questo senso, siamo totalmente d’accordo con Anaïs Dresse e Deborah De Baeremaeker quando affermano: “Che in Benin, culla del vodun, la medicina tradizionale dipende dal contesto e dalle credenze locali, molto più della cosiddetta medicina moderna le cui pratiche sono globalizzate. Le pratiche terapeutiche tradizionali sono fortemente legate a questi culti e variano in base alla regione. A differenza della medicina moderna, la medicina tradizionale considera la malattia come segno di uno squilibrio. Il ruolo del guaritore tradizionale si differenzia dunque da quello del medico, poiché mira non solo a guarire la persona, ma anche a ripristinare l’equilibrio nell’ambiente sociale. Se, ad esempio, una persona si è attirata la collera degli dei per aver abbandonato le sue tradizioni, la divinazione indicherà il comportamento da adottare per ripristinare l’equilibrio tra il mondo visibile e quello invisibile, tra l’eterno e il presente”²⁴.

In questa dinamica, ogni vodunkpa o convento è spesso come una clinica privata per le visite e la cura dei pazienti²⁵ fra i quali si trovano spesso tanti nostri fedeli. È proprio questa attività che occupa, possiamo dire, la maggior parte del tempo dei bokonon poiché le cerimonie per le divinità hanno periodicità annuali o pluriennali.

3. Inculturazione del Vangelo della sofferenza in Africa

3.1. La salute, “questione numero uno” in Africa

Il settore della salute è un campo in cui gli uomini hanno particolarmente bisogno di una parola e di un’azione pastorale che siano credibili ed efficaci, specialmente quando la salute è minacciata da malattie e sofferenze. Quando l’uomo soffre, ha bisogno di cure, certo, ma è lì, più che altrove, che è ossessionato da domande esistenziali che lo rendono fragile e vulnerabile, sensibile e delicato.

24. A. DRESSE, D. DE BAEREMAEKER, *Amawotò. Le marché de la santé au pays vaudou*, CTB, Bruxelles 2013, 15.

25. E. DORIER-APPRILL, *Les échelles du pluralisme religieux*, op. cit., 54.

Quest'uomo là diventa la strada principale²⁶ della Chiesa e di ogni discepolo di Gesù Cristo. In questo, il discepolo non fa che seguire le orme del suo Maestro, Cristo Gesù. Così la pastorale della salute intesa come "la presenza e l'azione della Chiesa per recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono e a quanti se ne prendono cura. Non viene rivolta ai malati, ma anche ai sani, ispirando una cultura più sensibile alla sofferenza, all'emarginazione e ai valori della vita e della salute"²⁷ è oggi più che mai indispensabile in Africa.

In Africa, l'approccio cristiano alla sofferenza è una seria sfida al radicamento del Vangelo. Questa sfida, a nostro parere, non è, purtroppo, sufficientemente presa in considerazione nelle nostre Chiese, poiché ogni volta che si affronta la questione la si prende dal punto di vista delle singole malattie come l'HIV, la malaria, l'ebola ecc. Ma, come riporta René Luneau, già nel 1984, durante la 7^a Assemblea Plenaria del SECAM a Kinshasa, i vescovi hanno dichiarato: "In Africa siamo sempre più preoccupati per i problemi sociali. La questione numero uno, prima della sicurezza familiare e lavorativa, è la salute. Quale risposta possiamo dare alla inquietudine generale in questo settore?"²⁸

Sappiamo, infatti, in Africa che i peggiori nemici alla evangelizzazione in profondità non sono né le sette né la religione tradizionale in sé stesse, ma la paura e l'insicurezza indotte dalle perverse manipolazioni della religione tradizionale, dal fenomeno della stregoneria. Le sette prosperano perché promettono guarigione delle malattie provocate e protezione della vita e della salute contro qualsiasi mano nemica. In effetti, questi sono i fattori che fanno sì che i cristiani si siedano, secondo l'espressione ben nota, tra due sedie, cioè dichiararsi cristiani e praticare, nello stesso tempo in segreto, la religione tradizionale come assicurazione di protezione. Numerose osservazioni e studi concordano sul fatto che, nel cattolicesimo, nel protestantesimo o nelle sette pentecostali, il cristiano africano

26. Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Redemptor hominis*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1979, n. 14.

27. CONSULTA NAZIONALE CEI PER LA PASTORALE DELLA SANITÀ, *La pastorale della salute nella Chiesa italiana. Linee di pastorale sanitaria*, CEI, Roma 1989, n. 19.

28. Cfr. R. LUNEAU, *Comprendre l'Afrique: Evangile, modernité, mangeur d'âmes*, Karthala, Paris 2004, 71.

porta con sé la coscienza della sua religione tradizionale o vede nella propria conversione un mezzo di protezione contro i nemici e i suoi rappresagli. Gli incontri di preghiera nelle nostre chiese sono spesso pieni di persone che cercano sicurezza o protezione sul modello di ciò che offre la religione tradizionale. Queste persone semplici, che lasciano fiorire spontaneamente la loro gioia nelle nostre chiese, sono molto ansiose nei loro cuori. Senza dubbio, hanno perso la loro tradizionale sicurezza, con il *gris-gris*, gli amuleti di protezione, le parole incantatorie che rassicurano, hanno perso tutto ciò che li aiutava a gestire i vari conflitti che hanno vissuto con il loro *entourage*²⁹.

Un altro aspetto: l'antropologia africana vitalista, come dimostrato da padre Placide Tempels, nel suo libro *La philosophie bantoue*³⁰, fa percepire la morte e tutto ciò che ci porta come forme assolute di anti-vita. In questa logica, dice Ambroise Kinhou: "Tutto ciò che affetta la vita è germe di morte (*Azon wè gni mè kentò*, dicono i Fon): la malattia è il pericolo, [il nemico] dell'uomo. Ecco ciò che fonda e giustifica la frenetica ricerca di antidoti, e l'acquisizione incondizionata di un profilattico a lungo raggio contro la morte e le sue conseguenze ora ipostatizzati in tutto ciò che è diverso da sé stesso. L'essere vitale, ha paura e contrasta con tutte le sue forze, tutte le cause efficienti, strumentali o finali *thanatophores*. Ecco l'onto-genesi della paura, una paura esistenziale, tipicamente culturale: una paura sottile perché intimamente legata alla vita e alla morte allo stesso tempo. Si tratta di una crepa dolorosa ma soprattutto una ossessione generativa di fragilità antropologica"³¹. Ecco perché oggi, più che mai, è necessario osare di dialogare con la cultura e con i suoi guardiani in modo che tutto il potenziale di positività di tutte le religioni sia liberamente e apertamente messo al servizio dello sviluppo dell'uomo e dei suoi diritti inalienabili.

29. Cfr. E. ADE, *L'Église au Bénin. Méditation sur la relève*, Editions du Q.I.C., Cotonou 2011, 51-54.

30. Cfr. P. TEMPELS, *La philosophie bantoue*, Présence Africaine, Paris 1949.

31. A. KINHOUN, "La mentalité sorcelleresque au défi de la croix: Le procès de l'altérité", in *La voix de Saint Gall* (87/2003) 55.

3.2. *La sfida dell'incontro con la cultura: dal rigetto al rispetto per la cultura*

Nell'incontro con i guardiani della religione tradizionale, sarà importante rompere con l'atteggiamento che i cristiani hanno sempre avuto nel loro approccio con la religione tradizionale: la logica della demonizzazione di tutto ciò che vi proviene. La diagnosi di Ambrosie Kinhoun a proposito è chiara: "Il nostro ministero pastorale", dice, "è rimasto silenzioso o timido riguardo al rapporto tra le nuove famiglie cristiane (chiese domestiche) e la famiglia africana larga (con i suoi numerosi riti di passaggio: nascita, malattia, morte, matrimonio, ecc.). Le nostre proibizioni esterne formali hanno creato drammi esistenziali e sociali che dobbiamo affrontare oggi. I cristiani sono lasciati al loro discernimento. Alcuni sfidano, come possono, tutto l'arsenale tradizionale con un rigetto radicale. Altri giocano il gioco del sincretismo, qualcuno senza problema, qualcuno con grande rimorso"³². "Finché, prosegue Kinhoun, il ponte non sarà ristabilito e il dialogo critico avviato ed *ecclesialmente* accompagnato, non saremo alla fine dei nostri problemi"³³.

D'altronde, a seguito del Concilio Vaticano II, i Vescovi africani "sono convinti che la Chiesa può rispondere efficacemente alla sua missione di evangelizzazione solo nel dialogo con il mondo moderno, con le società africane e con i credenti delle altre religioni, specialmente le religioni tradizionali africane e i non credenti. In effetti, le religioni tradizionali africane devono ora diventare i partner preziosi e privilegiati in questo dialogo, perché hanno saputo conservare le forze simboliche di credenze, di convinzioni, di guarigioni terapeutiche, di persuasione aldilà di un mondo presunto pieno di spiriti malvagi e in preda alla paura dell'aldilà, ai peggiori momenti della invasione musulmana-araba, del commercio triangolare organizzato dall'ideologia schiavista e lo sfruttamento coloniale"³⁴. "In ogni caso, dice il cardinale Hyacinthe Thiandoum, dobbiamo sottolineare che la religione tradizionale dovrebbe es-

32. A. KINHOUN, *Réformer l'Église... Mais comment? Esquisse et matériaux des projets pour l'Afrique*, Les Editions IdS, Cotonou 2015, 32-33.

33. Ivi, 33.

34. A. RAMAZANI BISHWENDE, "Le synode africain, dix ans après. Enjeux et défis", in *Nouvelle Revue Théologique* 127 (4/2005) 547-548.

sere considerata un partner necessario nel dialogo come qualsiasi altra religione mondiale organizzata”³⁵.

Questo lavoro d’incontro e di dialogo porterà il sigillo della critica costruttiva per la promozione dei valori e il coraggio della purificazione della cultura religiosa da tutto ciò che umanamente al suo interno, non rende all’uomo la sua libertà e indipendenza.

3.3. Chiarificazione tra farmacopea e religione tradizionale

In termini di trattamento della malattia e della sofferenza, le religioni tradizionali africane hanno spesso dato prova di efficacia pratica che alla fine “convince” tanta gente. Ma il successo delle guarigioni che si verificano in queste pratiche si basa principalmente sulla farmacopea che è la componente dominante. “In Benin, dice Laurent Ogouby, la medicina tradizionale è considerata prerogativa dei sacerdoti, sacerdotesse e seguaci del culto vodun a causa di alcune pratiche che si basano su rituali che coinvolgono divinità e spiriti”³⁶. La conoscenza delle virtù delle piante è infatti una pratica molto antica nella medicina tradizionale che, purtroppo, è stata molto presto recuperata e inserita nell’artificio vodun. Questo è dovuto al fatto che, nel contesto delle nostre culture ancestrali, contesto privo di qualsiasi struttura di assistenza medica scientifica, la capacità di guarire con piante ha recato non solo potere, ma anche prestigio, suscitando gelosia, cupidigia e tanta avversità. In questo contesto, il vodun si è sempre offerto naturalmente come mezzo di protezione e di custodia delle proprie conoscenze.

Ecco perché oggi è praticamente difficile, se non impossibile, trovare i guaritori tradizionali senza la copertura di una o più divinità protettrici. Ma per recuperare tutto il potenziale naturale di trattamento degli ammalati e quindi rimuovere la medicina tradizionale dalla magia degli stregoni, come missione propria dell’inculturazione del Vangelo in Africa, dobbiamo davvero osare l’incontro. La medicina tradizionale africana, riconosciuta e promossa dal-

35. H. THIANDOUM, “Rapport introductif du Cardinal Thiandoum”, in M. CHEZA, *Le Synode africain. Histoires et textes*, op. cit., 41.

36. L. OGOUBY, *Les religions dans l’espace public au Bénin. Vodoun, christianisme, islam*, Harmattan, Paris 2008, 114.

l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) alla conferenza di Alma-Ata nel 1978 come parte integrante dell'assistenza sanitaria di base³⁷, deve riguadagnare la sua trasparenza per una maggiore efficacia nel servizio alle popolazioni.

In Benin ad esempio come in ogni paese, un grande aiuto per l'apertura della medicina tradizionale africana alla razionalità scientifica può venire dalla Chiesa attraverso l'apertura di una scuola di medicina tradizionale. Nel nostro Paese ci sono molti cristiani che sono guaritori tradizionali (sacerdoti e laici). Una tale iniziativa, se fosse nata, avrebbe il merito di permettere alla Chiesa stessa uno sguardo diverso, cioè positivo sui suoi terapeuti tradizionali, limitando i sospetti che gravano su di loro quando lavorano individualmente. In questo senza ci vuole un maggiore accompagnamento e un rigoroso discernimento del lavoro dei guaritori tradizionali cristiani perché, come sottolinea padre Edouard ADE: "Se i guaritori tradizionali non sono seguiti rigorosamente sul piano spirituale, scivolano nel sincretismo a loro insaputa, non richiamandosi ad qualche divinità che sia ma cominciando pian piano ad avere contatti con spiriti che favoriscono le loro pratiche. Il corpo può essere guarito, ma i legami spirituali sono creati e il paziente si trova spiritualmente legato. È quindi necessario verificare costantemente la naturalezza del trattamento proposto"³⁸.

4. Il paradigma Chiesa famiglia di Dio in Africa: Una famiglia di cura e di guarigione

4.1. La scelta di un modello teologico: il paradigma "Chiesa-famiglia di Dio"

Che il paradigma di Chiesa-famiglia di Dio sia più adatto all'esperienza degli africani è ovvio. L'annuncio da parte di Papa Giovanni Paolo II il 6 gennaio 1989 della convocazione di un'Assemblea Spe-

37. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaire*, Série "Santé pour tous", n. 1, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1978, art. 82.

38. E. ADE, *L'Église au Bénin. Méditation sur la relève*, Editions du Q.I.C., Cotonou 2011, 56-57.

ziale per l’Africa del Sinodo dei Vescovi, e i lavori preparatori che hanno seguito, nelle diocesi, la pubblicazione dei *Lineamenta* alla IX Assemblea del SCEAM (22–29 luglio 1990), hanno potentemente fatto emergere il concetto nel documento di lavoro *Instrumentum laboris* pubblicato il 9 febbraio 1993. Al n. 25 di questo documento si legge: “Tra le immagini bibliche elencati nella Costituzione dogmatica sulla Chiesa, *Lumen Gentium*, quella che meglio si applica all’Africa è l’immagine della Chiesa come Casa (= Famiglia) di Dio (rTm 3,15) [. . .] L’idea di Chiesa come famiglia di Dio tra gli uomini torna spesso nelle risposte ai *Lineamenta*. Gli africani potrebbero vivere meglio il mistero della Chiesa come comunione e farne più facilmente l’esperienza concreta, se si sottolinea più l’idea della famiglia come è concepita in Africa, soprattutto per quanto riguarda i valori di unità familiare e di solidarietà”³⁹.

Il concetto di Chiesa–famiglia di Dio occuperà i lavori del Sinodo del 1994 e, al paragrafo 24 del Messaggio finale, i vescovi dicono: “Il Sinodo ha messo in evidenza che siete Famiglia di Dio. La chiesa–famiglia è quella per cui il Padre ha preso l’iniziativa di creare Adamo, quella che Cristo, nuovo Adamo ed Erede delle Nazioni, ha fondato dal dono del suo Corpo e Sangue, e quella che manifesta alla faccia del mondo lo Spirito che il Figlio ha donato al Padre perché possa essere la comunione tra tutti”⁴⁰.

Nella sua Esortazione post–sinodale *Ecclesia in Africa*, papa Giovanni Paolo II riprende la Proposizione n. 8 e il contenuto del Messaggio finale e scrive: “Non solo il Sinodo ha parlato dell’inculturazione, ma l’ha anche concretamente applicata, assumendo come idea–guida per l’evangelizzazione dell’Africa quella di *Chiesa come Famiglia di Dio*. In essa i Padri sinodali hanno riconosciuto una espressione della natura della Chiesa particolarmente adatta per l’Africa. L’immagine pone, in effetti, l’accento sulla premura per l’altro, sulla solidarietà, sul calore delle relazioni, sull’accoglienza, il dialogo e la fiducia. La nuova evangelizzazione tenderà dunque ad *edificare la Chiesa come famiglia*, escludendo ogni etnocentrismo e ogni particolarismo eccessivo, cercando invece di promuovere la ri-

39. ASSEMBLÉE SPÉCIALE POUR L’AFRIQUE DU SYNODE DES ÉVÊQUES, *L’Église en Afrique et sa mission évangélisatrice vers l’an 2000*, n. 25.

40. Cfr. M. CHEZA, *Le Synode africain*, op. cit., 224.

conciliazione e una vera comunione tra le diverse etnie, favorendo la solidarietà e la condivisione per quanto concerne il personale e le risorse tra le Chiese particolari, senza indebite considerazioni di ordine etnico”⁴¹.

4.2. *Rilevanza teologica e pastorale del paradigma Chiesa-famiglia di Dio per la pastorale della salute in Africa*

L’immagine trinitaria che è il modello di ogni famiglia umana e il mistero pasquale che costituisce Gesù, primogenito di una moltitudine di fratelli (Rm 8,29), chiamano i cristiani a diventare tutti membri della nuova famiglia attraverso il legame di amore divino. Questa moltitudine, nuova famiglia, include e supera la famiglia biologica: “Se qualcuno viene a me senza preferirmi a suo padre, a sua madre, a sua moglie, ai suoi figli, ai suoi fratelli e sorelle e persino alla sua stessa vita, non può essere mio discepolo” (Lc 14,26). Con Gesù, il concetto di famiglia e i suoi elementi qualificanti (padre, madre, fratello, sorella, ecc.) rimangono, ma le modalità cambiano completamente. Essere padre, fratello, sorella, madre, ecc. di Gesù è uno stato d’animo, un modo di essere. Tutti coloro che aderiscono a questa famiglia ricevono il battesimo (At 2,41) e si raccolgono attorno alla Parola di Dio che manifesta a ciascuno, nella propria situazione esistenziale, la volontà di Dio (At 2,42).

L’esperienza delle prime comunità cristiane nel Nuovo Testamento, comunità battesimali, arricchirà l’ascolto e l’attuazione della Parola di Dio attraverso lo spezzare il pane della vita e la preghiera comune: “Erano assidui all’insegnamento degli Apostoli e alla comunione fraterna, alla frazione del pane e alle preghiere” (At 2,42). Quindi, dall’inizio della famiglia pasquale, il battesimo, l’ascolto della Parola, la frazione del pane, la preghiera comune sono diventati elementi costitutivi della sua esistenza e facevano sì che essi avevano un cuore solo e una anima sola (Atti 4,32). E questa testimonianza di essere famiglia favoriva molte conversioni, fatto che rendeva sempre più la famiglia dei discepoli, una moltitudine (At 4,32–37).

41. GIOVANNI PAOLO II, *Ecclesia in Africa*, n. 63.

Quindi è in base a questo che siamo chiamati a fare della Chiesa che è in Africa, una comunità di fede, la famiglia di Dio che deve tradurre per i suoi membri e per gli uomini di buona volontà il senso della chiamata di Gesù a tutti coloro che sono alla ricerca di accoglienza, attenzione, sollievo, per tutti coloro che soffrono: “Venite a me, voi tutti, che siete affaticati e oppressi, e io vi ristorerò. Prendete il mio giogo sopra di voi e imparate da me, che sono mite e umile di cuore, e troverete ristoro per le vostre anime. Il mio giogo infatti è dolce e il mio carico leggero” (Mt 11,28–30).

Questa compassione di Dio si esprimerà al meglio nelle comunità cristiane di base (CCB) che struttura le comunità parrocchiali africane, e che giustamente sono pensate per incarnare concretamente il significato della famiglia, così come è attestato nella famiglia africana allargata. “All’interno della famiglia allargata, le tradizioni culturali africane richiedono, come si dice spesso, la cura dei membri malati e degli anziani da parte di membri sani. La preoccupazione accordata ai malati dalla parentela è universale in Africa, anche oggi. La ricerca di rimedi appropriati e pratiche di guarigione sono importanti doveri familiari”⁴².

In Africa, in molti casi di malattia, sofferenza o lutto, è la grande famiglia che si preoccupa di come trovare i soldi per offrire cure e per assicurare la presenza umana reale presso l’individuo in questione. “Anche in caso di malattia, l’individuo colpito non è sempre stato l’unico a soffrire e ad essere curato. La famiglia, ansiosa, si organizzava in modo che l’attenzione fornita dal terapeuta lo toccasse o lo raggiungesse nel suo complesso. Perché nella società tradizionale africana, la famiglia ha un significato culturalmente significativo in quanto è il centro, se non il nucleo, della comunità e la ‘pietra miliare’ delle pratiche tradizionali”⁴³.

La grande famiglia, infatti, non lascia da solo il sofferente o il nucleo in lutto. Quando un membro viene toccato, è una vera macchina di solidarietà che si mette in moto attorno al capo (Chef) famiglia. I bisogni sono rapidamente identificati, iniziano a rac-

42. D. NOTHOMB, “L’Église-famille: concept-clé du Synode des évêques pour l’Afrique. Une réflexion théologique et pastorale”, in *Nouvelle Revue Théologique* 117 (1/1995) 60.

43. L. NGUIMFACK (a cura di), “Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines: Un exemple africain”, in *Psychothérapies* 30 (1/2010) 26–27.

cogliere i soldi mediante sottoscrizioni volontarie e quote fissate secondo i criteri in vigore nella grande famiglia, le relazioni interpersonali sono curate con la risoluzione di piccoli problemi in istanza attraverso *la palabre*, gli uni e gli altri si organizzano per assicurare la presenza fisica, i contatti necessari vengono attivati per fornire le cure (medicina tradizionale o medicina moderna) che la situazione richiede. Siamo lì in una catena olistica di cura che riguarda non solo il male da curare ma anche la dimensione spirituale, relazionale, professionale, ecc. dell'interessato. Questo è un valore aggiunto che corrisponde alla visione antropologica dell'africano e che in gran parte partecipa al modo di affrontare i problemi familiari e all'assistenza collettiva dei membri colpiti da qualche disgrazia.

Ecco perché in Africa, la Chiesa deve diventare, nel nome di Gesù, una vera famiglia di cura, di guarigione. Non deve essere costruita sull'individualità di singole persone ma attraverso ogni individuo, diventerà una famiglia di cure. Uniti nel nome di Gesù, siamo più forti socialmente, culturalmente, economicamente per offrire guarigione, per esorcizzare paure e per sostenersi a vicenda. Infatti, attorno a Gesù, il capo (come il capo della famiglia africana allagata), l'unico capace di dare guarigione, si riuniscono tutti i credenti per testimoniare amore, fraternità, solidarietà vera. Quindi, se Gesù deve diventare capo, dipenderà dalla famiglia che accoglie, se deve essere un guaritore, è ancora la missione della famiglia che proclama il suo messaggio. Pertanto, è la comunità di fede o famiglia di Dio, che, attraverso i vari carismi che esprime, offre a tutti, il ministero di Gesù capo, di Gesù guaritore⁴⁴.

Gesù come capo di questa famiglia, non è un leader politico. Il suo modo di essere capo è di essere colui che guida e che guida come un buon pastore (cfr. Gv 10,11), colui che conduce umilmente, lontano dagli effimeri onori degli uomini (cfr. Gv 6,14-15), colui che si prende cura del bene e del benessere dei suoi sudditi (cfr. Gv 10,11-18). Ed è la famiglia che nel suo insieme assume questo ruolo, a volte attraverso animatori deputati, che agiscono in nome suo e gli rendono conto. Non sarà il lavoro di individui isolati, ma una

44. Cfr. F. KABASELE, J. DORE, R. LUNEAU (a cura di), *Chemins de la christologie africaine*, Desclée, Paris 2001.

dinamica sinodale dell'intera comunità che diventa famiglia. Un carisma che non è espressione della famiglia è destinato a rovinare la comunità e una famiglia che non esprime carismi è sterile per i propri membri. Ecco perché è la famiglia che è chiamata a diventare, madre ed educatrice⁴⁵.

Diventare ed essere Chiesa–famiglia in Africa è quindi possibile nella forma concreta delle comunità cristiane di base (CCB) Queste piccole strutture di base riflettono davvero il clima familiare e portano in sé tutti i carismi. Il clima familiare che si vive, l'aria familiare che vi si respira nella fede in Gesù, fede condivisa e vissuta sul modello della grande famiglia africana, trasforma la Chiesa in una comunità sanante⁴⁶.

Senza nulla togliere alle esigenze della vita parrocchiale, i pastori, con l'aiuto dei loro collaboratori, devono avere l'intelligenza di fare vivere in queste CCB e per loro, momenti di preghiera comune, di assistenza umana e spirituale ai malati e agli anziani, di assistenza ai poveri, di ascolto e formazione delle famiglie, momenti di vita sacramentale, in particolare l'Eucaristia, l'unzione degli ammalati e la confessione. In questo modo, la Chiesa, che è la famiglia di Dio, si presenterà al proprio contesto culturale con la forza del suo impegno, la forza di Gesù che guarisce le loro malattie, le loro sofferenze, le loro ferite relazionali. “Nella *pastorale della salute*, nello specifico del suo *agire sanante*, la chiesa, e tutti i membri nel suo interno, è chiamata a riscoprire la forza salvifico–salutare (la grazia sanante) presente nell'azione evangelizzatrice, nella testimonianza, nelle celebrazioni liturgiche, nelle opere di carità e di cura, nelle sue relazioni e nelle varie espressioni di comunione (*kerygma*, *martyria*, *leitourgia*, *diakonia* e *koinonia*): è chiamata ad esprimere la sua missione ‘tesa a offrire la grazia sanante di Cristo a tutta la persona’”⁴⁷.

Nella stessa logica, attraverso un'intensa attività di catechesi e formazione, la Chiesa–famiglia di Dio sarà in grado di testimoniare che Gesù il Guaritore è colui che ha sofferto sulla croce le ingiusti-

45. Cfr. GIOVANNI XXIII, Lettera enciclica *Mater et magistra*, Città del Vaticano 1961.

46. Cfr. L. SANDRIN, *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico–pastorale*, Paoline, Milano 2000, 46–95.

47. ID., “Teologia pastorale della salute: genesi, ambito e metodo”, in M. PETRINI *et alii*, *Lineamenti di teologia pastorale della salute*, Edizioni Camilliane, Torino 2013, 119.

zie umane per amore del Padre e del prossimo. Non è solamente il Gesù trionfante di un attimo. È il Gesù che tanti martiri hanno seguito, è il Gesù per cui tanti missionari hanno dato la vita, il Gesù che i primi catechisti hanno insegnato anche col pericolo della vita. Questo Gesù deve anche essere insegnato e questi testimoni devono fare parte del nostro insegnamento. Gesù sofferente deve anche essere guaritore della cultura, in quello che in essa è contrario alla dignità dell'uomo che intende servire. Il Gesù guaritore di cui stiamo parlando non è un volgare taumaturgo, come purtroppo le sette di ispirazione pentecostale cercano di far credere agli africani che sono stressati da altri problemi come la povertà e l'insicurezza. Il Gesù guaritore, propriamente teologico è colui che continua a guarire l'uomo ferito dalla vita rivolgendogli la domanda: "Credi che io possa guarirti?" (Mt 9,28), poi disse all'uomo guarito: "Va', la tua fede ti ha salvato" (Mc 10,52). È il Gesù che mantiene un rapporto di amicizia personale con il suo discepolo, una relazione in cui il discepolo crede di poter vivere a volte con la sofferenza senza mai tradire la fede nel proprio Maestro.

Inoltre in Africa, in ogni villaggio in cui nasce la Chiesa cattolica con uno o più sacerdoti residenti, le paure culturali vengono meno, l'onnipotenza delle religioni tradizionali diminuisce, il dialogo con gli intellettuali comunitari si migliora, i conflitti sociali diminuiscono, tante persone considerate streghe e rimaste ai margini riacquistano dignità e talvolta si convertono e ricevono i sacramenti; la parrocchia diventa un vero luogo di socializzazione. In Benin, dove viene costruita una chiesa cattolica, nasce spesso una speranza speciale nella vita dei fedeli e degli abitanti. È la speranza della venuta e della presenza di segni di cambiamento, di sviluppo, in breve, segni di guarigione.

Spesso con la presenza di sacerdoti, i villaggi iniziano a mostrare segni di cambiamento come l'arrivo dell'energia elettrica, dell'acqua potabile, di presidi sanitari gestiti da religiosi o religiose, di strutture di formazione dei giovani, delle donne ecc. perché i sacerdoti attivano le loro conoscenze e influenze. Ecco perché, anche con pochi sacerdoti, i vescovi dotano in parrocchia il maggior numero possibile di villaggi nelle loro diocesi. In tutto ciò, vediamo segni positivi di una Chiesa-famiglia, una comunità attenta alle

ferite sociali e culturali, alla sofferenza fisica e morale. Spetta ai dirigenti della Chiesa e all'intera comunità cattolica saper mantenere vivi, con l'aiuto dello Spirito Santo, i veri fermenti di guarigione utili al nostro popolo.

Peraltro, sotto la mozione dello Spirito Santo, la Chiesa–famiglia di Dio in Benin e in Africa ha a disposizione lo strumento della *palabre* per affrontare i conflitti interpersonali, i conflitti etnici, i conflitti interetnici per portare pace nelle famiglie poiché l'obiettivo della *palabre* è il bene comune, sia individuale che comunitario. “Questa istituzione, secondo F. Diangitukwa, ha una funzione terapeutica, perché lasciando le persone esprimersi, si estirpa la rabbia e si rimuove la fonte del conflitto. La *palabre* riporta alle virtù della socialità più elementare: rispetto per gli altri, apertura mentale e ricerca della pace sociale. Nelle società tradizionali africane, è con la *palabre* che si riporta alla pace sociale quando essa viene spezzata”⁴⁸.

In un momento in cui la medicina moderna o medicina scientifica concentra nuovamente l'attenzione sull'ammalato e sviluppa protocolli di assistenza domiciliare nelle famiglie, in un momento in cui la medicina del giorno, la chirurgia ambulatoriale⁴⁹ si stanno sviluppando — cose tutte che sottolineano silenziosamente la centralità della famiglie nel prendersi cura dei malati — crediamo che l'opzione della Chiesa africana di definirsi come *Chiesa–famiglia di Dio* sia profetica e provvidenziale. Anche perché così l'inculturazione del Vangelo attraverso la pastorale della salute, con il senso africano della *Grande famiglia* come quadro di riferimento, non può che farci sperare in un futuro migliore per la Chiesa continentale e l'intera Chiesa universale.

48. F. DIANGITUKWA, *La lointaine origine de la gouvernance en Afrique*, 9.

49. Cfr. L. DELTOUR–BECQ (a cura di), *Rapport. Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*, Inspection Générale des Finances — Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris 2016. Cfr. F. ENGEL (a cura di), “Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives”, in *Annales des Mines – Gérer et comprendre* 94 (4/2008) 14–24. Si parla spesso oggi di *Home care*, *Day hospital*, *Day surgery*, *Care giver* etc.

5. Bibliografia

GIOVANNI XXIII, *Mater et magistra*, Città del Vaticano 1961.

PAOLO VI, *Africae terrarum*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1967.

GIOVANNI PAOLO II, *Redemptor hominis*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1979.

—, *Ecclesia in Africa*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1995.

BENEDETTO XVI, *Africae munus*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2011.

CONFÉRENCE EPISCOPALE REGIONALE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST, *L'Église-famille de Dieu: Sacrement de salut et lieu de la nouvelle fraternité pour les sociétés africaines. Inatrumentum laboris*, Editions CERAO, Abidjan 2007.

—, *Christianisme et rites funéraires africains dans l'espace CERAO. Etats des lieux*, Editions CERAO, Abidjan 2008.

ACOGNY T.S., “Chrétien, fils de prêtresse yoruba”, in *Etudes* (3801/1994) 7–18.

ADE E., *L'Église au Bénin. Méditation sur la relève*, Editions du Q.I.C., Cotonou 2011.

ADOUKONOU B., *Jalons pour une théologie africaine: Essai d'une herméneutique chrétienne du Vodoun dahoméen, Tome I: Critique théologique*, Lithelleux, Paris 1979.

—, *Jalons pour une théologie africaine: Essai d'une herméneutique chrétienne du Vodoun dahoméen, Tome II: Etudes ethnologiques*, Lithelleux, Paris 1979.

AGUESSY H., “Les dimensions spirituelles: religions traditionnelles africaines”, in *Présence Africaine*, 117 (1/1981) 138–148.

—, “Rencontre entre la RTA et la culture occidentale: Il y a eu choc dans l'instant mais pas dans le temps”, in *La voix de Saint Gall* (89/2004) 7–14.

AHANHANZO GLELE M., *Religion, culture et politique en Afrique noire*, Présence Africaine, Paris 1981.

APPIAH-KUBI F., *L'Église, famille de Dieu*, Karthala, Paris 2008.

- ATANGANA B., “Actualité de la palabre?”, in *Études* 324 (4/1966) 460–466.
- BACH M., *Vaudou. Religion, sorcellerie, magie*, Hachette, Paris 1955.
- BEYARAZA E., “Souffrance, maladie et mort en Afrique subsaharienne”, in *Recherches et documents* (3/2005) 7–14.
- CHEZA M., *Le synode africain. Histoires et textes*, Karthala, Paris 1996.
- DAGNON G., *Libérer de la divination et de la sorcellerie*, Tundé, Cotonou 1999.
- DELTOUR–BECQ L. (a cura di), *Rapport. Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine*, Inspection Générale des Finances — Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris 2016.
- DORIER–APPRILL É., “Les échelles du pluralisme religieux en Afrique subsaharienne”, in *L’Information géographique* 70 (4/2006) 46–65.
- DRESSE A., DE BAEREMAËKER D., *Amawoto. Le marché de la santé au pays vaudou*, CTB, Bruxelles 2013.
- ELWERT–KRETSCHMER K., “Vodun et contrôle social au village”, in *Politique Africaine* (59/1995) 102–119.
- ENGEL F. (a cura di), “Développer la chirurgie ambulatoire: les limites des politiques incitatives”, in *Annales des Mines – Gérer et comprendre* 94 (4/2008) 14–24.
- GAHUNGU M., *Le sfide dell’inculturazione in Africa. Riflessione alla luce del Sinodo speciale del 1994*, LAS, Roma 2007.
- KABASELE F., DORE J., LUNEAU R. (a cura di), *Chemins de la christologie africaine*, Desclée, Paris 2001.
- KERBOULL J., *Vaudou et pratiques magiques*, Pierre Belfond, Paris 1977.
- KINHOUN A., “La mentalité sorcelleresque au défi de la croix: Le procès de l’altérité”, in *La voix de Saint Gall* (87/2003) 54–64.
- , *Réformer l’Église... Mais comment Esquisse et matériaux des projets pour l’Afrique*, Les Editions IdS, Cotonou 2015.
- KINKUPU S.L., *Les défis de l’évangélisation dans l’Afrique contemporaine*, Karthala, Paris 2005.
- KIPANZA TUMWAKA B., “Le ministère de guérison en Afrique. Chance et défi pour l’Église”, in *Nouvelle Revue Théologique* (122/2000) 416–430.
- KOUVEGLO E., “Du vodun traditionnel ‘Mawu’ au Dieu chrétien ‘Mawu’”, in *La voix de Saint Gall* (89/2004) 56–70.

- LUNEAU R., *Comprendre l'Afrique: Evangile, modernité, mangeur d'âmes*, Karthala, Paris 2004.
- MAUPOIL B., *La géomancie à l'ancienne côte des esclaves*, Institut d'Ethnologie, Paris 1943.
- NDI-OKALLA J. (a cura di), *Inculturation et conversion. Africains et Européens face au synode des Eglises d'Afrique*, Karthala, Paris 1994.
- NGUIMFACK L. (a cura di), "Traditionnalité et modernité dans les familles contemporaines: Un exemple africain", in *Psychothérapies* 30 (1/2010) 25-35.
- NKAFU NKEMNKIA M., *Il divino nella religione tradizionale africana. Un approccio comparativo ed ermeneutico*, Città Nuova, Roma 2011.
- , *Vitalogie comme expression de la pensée africaine*, L'Harmattan, Paris 2010.
- NOTHOMB D., *L'Église-famille: concept-clé du Synode des évêques pour l'Afrique. Une réflexion théologique et pastorale* in *Nouvelle Revue Théologique* 117 (1/1995) 44-64.
- PETRINI M. et alii, *Lineamenti di teologia pastorale della salute*, Edizioni Camilliane, Torino 2013.
- OGOUBY L., *Les religions dans l'espace public au Bénin. Vodoun, christianisme, islam*, Harmattan, Paris 2008.
- RAMAZANI BISHWENDE A., "Le synode africain, dix ans après. Enjeux et défis", in *Nouvelle Revue Théologique* 127 (4/2005) 541-556.
- SANDRIN L., *Chiesa, comunità sanante. Una prospettiva teologico-pastorale*, Paoline, Milano 2000.
- (a cura di), *Salute/Salvezza. Perno della teologia pastorale sanitaria*, Edizioni Camilliane, Torino 2009.
- SASTRE R., "Le vodu dans la vie culturelle, sociale et politique du Sud-Dahomey", in *Cahiers des religions africaines* 8 (4/1970) 178-188.
- TABARD R., "Théologie des religions traditionnelles africaines", in *Recherches de Science Religieuse* 96 (3/2008) 327-341.
- TALL E.K., "Dynamique des cultes voduns et le Christianisme céleste au Sud-Bénin", in *Cahier des sciences humaines* 31 (4/1995) 797-823.
- , "Les nouveaux entrepreneurs en religion: la génération montante des chefs de cultes de possession à Cotonou (Bénin) et Salvador (Brésil)", in *Autrepart* 27 (3/2003) 75-90.
- TEMPELS P., *La philosophie bantoue*, Présence Africaine, Paris 1949.

TERZA SESSIONE

LA CURA DELLA SALUTE
NELL'ERA DIGITALE

La vita monitorata: aspetti filosofici ed etici

PALMA SGRECCIA

Sono indubbi i risultati positivi dell'utilizzo delle tecnologie digitali in ambito sanitario, soprattutto in un'epoca in cui sono aumentate le patologie cronicodegenerative e c'è bisogno di incrementare l'assistenza alla non autosufficienza sul territorio.

Occorre però leggere criticamente le antropologie riduttiviste che presentano l'uomo solo come *homo digitus*, *Sé quantitavo* o *Sé somatico* smarrendone quindi la sua complessità.

I. La digitalizzazione della salute

Siamo in un mondo sempre più digitalizzato e connesso. Si è coniato il termine *homo digitus*^I, per indicare il cambiamento del nostro rapporto con la realtà che ci circonda.

La tecnologia in cui siamo immersi oggi, come cittadini e quindi come pazienti, ci fornisce informazione e possibilità di sapere.

Internet permette di informarci a proposito delle malattie, delle cure e dell'assistenza sanitaria, ma consente anche di acquistare farmaci con tutti i rischi connessi.

La scena si è arricchita di cartelle cliniche elettroniche, tessere sanitarie digitali, fascicoli sanitari elettronici, dell'opportunità per il malato di comunicare con il proprio medico senza recarvisi di persona, e quella del medico di usufruire, sempre a distanza, del consulto da parte di un collega specialista, sottoponendogli direttamente i dati che riguardano il paziente.

I. C. DA ROLD, *Sotto controllo. La salute ai tempi dell'e-health*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2015.

Possiamo automonitorare i nostri parametri vitali semplicemente scaricando una app sullo smartphone (m-App, m-Health), oppure conservare dati in un *cloud*, o ricevere gli esiti degli esami medici nella nostra casella di posta elettronica.

1.1. *E-health e web 2.0*

L'integrazione tra informatica e medicina — la cosiddetta *e-health* — riesce a far parlare fra di loro i dati, far sì che possano essere facilmente condivisi fra paziente e medico o fra medico di famiglia e specialista. L'*e-health* vera e propria dovrebbe essere quella in cui il sistema sanitario, grazie ai potenti mezzi informatici, può "ascoltare" in modo più accurato ciò di cui il paziente ha bisogno per fornirgli un'assistenza sanitaria migliore.

Non più dunque il sistema sanitario al centro di tutto e il paziente come mero fornitore passivo di dati, ma un luogo dove medici, pazienti e strutture sanitarie diventano nodi della stessa rete, e sono quindi in grado di comunicare fra loro.

L'*e-health* sta portando molte novità in campo medico. Stare in rete sta cambiando il modo di essere pazienti, di essere medici, di pensarsi come settore sanitario. Ci sono però degli aspetti che permangono, come il bisogno di dialogo, il bisogno, nei momenti di sofferenza, di dolore o di paura, di ritrovare un altro sguardo.

L'*e-health* dovrebbe usare la tecnologia contro l'alienazione, usarla per avvicinare le persone al proprio medico, agli altri individui magari malati come lui. Tutto questo potrebbe aiutare ad approfondire l'esperienza della malattia e del morire, a recuperare una dimensione umana di vicinanza usando le potenzialità che ci offre la tecnologia.

Il primo obiettivo dichiarato della telemedicina è infatti migliorare la vita del paziente, permettendogli di vivere la propria malattia accanto ai propri cari e in un ambiente come la propria casa. L'*e-Health* permette di avvicinare la sanità al paziente, e per paziente si intende certamente il malato, ma anche l'anziano.

La rete da semplice web è diventata oggi web 2.0, cioè un web partecipativo. Questa è una conseguenza della messa a punto di una serie di tecnologie che permettono la condivisione dei propri dati,

come anche la possibilità di comunicare ad altri le proprie paure e le proprie vittorie.

1.2. *App e Quantified Self*

Le *m-App*, un aspetto della *e-Health*, permettono di determinare in modo totalmente quantitativo il proprio stare bene o lo stare male, si parla di “*Quantified Selfers*”², di *Sé quantificati*. Sono ormai oltre centomila le app sanitarie e possono essere distinte in 6 grandi famiglie: app per la gestione delle terapie, app informative per facilitare l’accesso alle terapie, app per il wellness; app per l’auto-diagnosi; app per medici. Per semplificare potremmo dire che le app permettono di creare, accumulare e condividere informazioni, nonché di trasformarle in stimolo per l’azione.

I *Quantified Selfers* indossano dispositivi che inviano in tempo reale dati che permettono una rappresentazione oggettiva del corpo, quantificata.

Le app possono svolgere un ruolo cruciale nella gestione delle malattie croniche. Non solo possono agire come “memo” per ricordare di prendere le medicine, ma possono agire come un “medium” che trasmette dati biometrici al medico.

Dunque, le app possono permetterci di gestire in modo più autonomo alcuni aspetti della nostra salute. In questo modo si realizza ciò che viene comunemente chiamato *empowerment* del paziente, la *patient activation*. Il paziente incrementa la competenza sanitaria e assume la responsabilità della propria salute. Può gestire la propria salute più attivamente e in modo indipendente presso la propria abitazione grazie alla auto-valutazione delle proprie condizioni o il monitoraggio a distanza.

1.3. *Body sensor e monitoraggio costante*

In commercio ci sono molti *body sensor*, specialmente per gli amanti del fitness, da quelli più simili a veri e propri tatuaggi trasparenti

2. A. MATURO, “m-Health e Quantified Self: sviluppi, potenzialità e rischi”, in *Salute e società* 3 (2014) 161-170.

dotati di sensori dello spessore di un capello umano, a dispositivi piccolissimi che possono essere impiantati nella pelle.

È bene specificare che ci sono alcuni dispositivi (*body sensor*) che sono strumenti medici che vengono impiantati nei pazienti per ragioni particolari, come ad esempio il monitor cardiaco impiantabile (o *loop recorder*) che, impiantato sottocute tramite un piccolo intervento chirurgico, ha lo scopo di monitorare i ritmi cardiaci aiutando lo specialista a valutare la situazione del paziente.

La tecnologia sta cambiando il modo in cui l'uomo osserva e si rapporta alla propria salute, introducendo il concetto di monitoraggio costante e continuato di sé, proprio della contemporaneità. In alcuni casi, i dati vengono spediti a dispositivi progettati, ad esempio, per chiamare il pronto soccorso qualora un nostro parametro fosse indicatore di un possibile collasso cardiaco e via dicendo. Esistono anche magliette in grado di misurare il nostro calore corporeo e determinare in quale stato umorale si trova il suo portatore.

Può essere individuata una malattia a partire semplicemente da una variazione quantitativa, che segnala la presenza di un problema non appena un parametro supera un valore soglia.

2. Aspetti filosofici

La società tecnologica ci permette di “bruciare” i limiti spazio-temporali attraverso mezzi di comunicazione sempre più sofisticati e complessi che, in tempo reale, si trasformano in *conduttori* di realtà virtuali, ma rischia di non tener conto della componente spirituale.

Già Husserl, commentando il progresso scientifico, rilevava che si rischia di non porre attenzione al fatto che “ogni singola realtà spirituale ha la propria interiorità, una ‘vita di coscienza’ in sé conclusa, riferita a un ‘Io’”³.

In questione non c'è allora il progresso della scienza, che resta obiettivo prioritario e condiviso di una società globalizzata, ma semmai la tendenza a sovraccaricarlo di una funzione simbolica

3. E. HUSSERL, *L'idea dell'Europa. Cinque saggi sul rinnovamento*, trad. it. di C. Sinigaglia, Raffaello Cortina, Milano 1999, 8.

che era prima distribuita su altri linguaggi, come la teologia, la filosofia, l'arte.

Il presupposto teorico del fenomeno tecnico è l'identificazione dell'essere con ciò che è misurabile, calcolabile, riproducibile e utilizzabile, è quindi condivisibile Horkheimer secondo il quale occorre evitare di ridurre il pensiero umano ad apparato calcolante e omologante che crea un circolo perverso tra progresso, reificazione e perdita della libertà. La crisi della ragione, avverte Horkheimer, si trasforma nella crisi dell'individuo, poiché "La macchina ha gettato a terra il conducente, e corre cieca nello spazio"⁴.

Occorre quindi vigilanza per non perdere di vista la variabile umana, l'interiorità, unico baluardo contro le possibili nuove condizioni di asservimento.

La tecnologia permette il dialogo e il confronto fra attori che mai fino a oggi avevano avuto modo di interagire, ma può essere intesa come un fattore che favorisce l'allontanamento fisico fra le persone.

La tecnologia serve a migliorare la qualità della vita, ma nello stesso tempo ne quantifica i processi, dovrebbe favorire l'autonomia e la responsabilità delle persone, ma contemporaneamente le immette in un sistema controllato ed eterodiretto.

2.1. Più autonomi o più eterodiretti?

Da più parti⁵ si mette in luce che la *m.health*, assicurando assistenza continua e fornendo soluzioni di autogestione della salute, crea, di fatto, forme di dipendenza legate all'onnipresenza e all'onnipervasività della medicina nella vita del soggetto, sano o malato che sia. Essa monitora la quotidianità dell'individuo, raccomanda stili di vita, incasellando l'esistenza umana in schemi medici.

La problematicità deriva dal fatto che se ogni evento è connotato da una natura medica, si genera una medicalizzazione della vita, per cui tutti gli aspetti del vivere possono essere medicalmente spiegati

4. M. HORKHEIMER, *Eclisse della ragione* (1947), tr. it. di E. Vaccari Spagnol, Einaudi, Torino 1969, 33. Inoltre: M. HORKHEIMER, T.W. ADORNO, *Dialettica dell'illuminismo* (1944), Einaudi, Torino 1997.

5. L. MEOLA, "Il caso della mobile-health: l'autogestione della salute tra autonomia ed eteronomia", in *S&F* 15 (2016) 199-205.

e risolti. Questa sorveglianza continua e diffusa produce una patologizzazione dell'esistenza quotidiana, che alimenta ingiustificati timori e diffusa ipocondria anche tra soggetti sani, nel bisogno diffuso di salute.

Nel contempo si diffonde una concezione della salute ampia, assimilabile al benessere, alla felicità, al raggiungimento dei propri scopi vitali, alla realizzazione delle proprie potenzialità, alla non alienazione e al conseguente sentirsi a proprio agio con il proprio corpo ecc.

La patologizzazione dunque è l'incurabile malattia causata dalla pressione, dai contorni sfumati, a stare sempre meglio. Secondo l'attuale nozione di salute, il sano è il soggetto che non solo non è malato, ma, soprattutto, ha realizzato tutte le sue potenzialità, che non dipendono, nella loro interezza, dal singolo individuo, ma dalla società in salute. Così l'individuo deve contribuire, con la cura di sé, al miglioramento della società che deve offrire le condizioni per cui ciascuno e tutti stiano bene. Questo meccanismo produce degli standard comportamentali, facendo dell'individuo che non risponde a tali target un soggetto malato, che non può che essere a disagio in un contesto in cui non riesce ad essere competitivo.

C'è una vigilanza biopolitica sul soggetto attraverso un'attenzione ossessiva verso il corpo. Come spiega Foucault⁶, il potere esercita la sua forza coercitiva, di sorveglianza e di intervento, di osservazione e di oggettivazione sul corpo vivente; lo lavora nel dettaglio, rendendolo docile e utile. La società "normalizzatrice" definisce non solo ciò che gli uomini devono fare ma anche ciò che gli uomini sono, cioè "utili ed efficienti".

La medicalizzazione sempre più accentuata conduce a rimaner succubi di standard sempre più fittizi e continuamente e discrezionalmente modificati, verso scenari di società bionica⁷.

In questa medicalizzazione indefinita, la medicina estende il suo campo di sapere e di intervento all'intero spazio sociale, dilata i suoi interessi oltre la cura della malattia e del dolore, rivolgendosi alla tutela e al miglioramento della salute, nonché di tutte quelle condizioni

6. M. FOUCAULT, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione* (1975), tr. it. Einaudi, Torino 1976, 149; ID., *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico* (1963), tr. it. Einaudi, Torino 1998, 44-45.

7. A. ARDISSONE, "La rivoluzione digitale in sanità: verso lo sviluppo della medicalizzazione o dell'autocura?", in *Salute e Società* 2 (2005) 177-190.

che, seppur indirettamente, influiscono sullo stato di salute. Il parere medico invade la totalità della vita, la gestisce e la in-forma.

La sorveglianza diviene lo strumento centrale nel paradigma del bio-potere e il sorvegliato finirà con l'interiorizzare le costrizioni del potere, divenendo sorvegliante di se stesso, facendo di se stesso ciò che la società ha bisogno che egli sia. Il corpo è una realtà bio-politica, sorvegliato per rispondere alle esigenze della società.

A partire dal piano Beveridge del 1942, Foucault rintraccia non più nel diritto alla vita, ma nel diritto alla salute la nuova posta in gioco delle tecniche di potere. Nel cuore del secondo conflitto mondiale si fa strada l'impegno della società a farsi carico non già della garanzia della vita degli individui, ma della vita in buona salute: tutti e ciascuno dei membri della società devono essere garantiti nel diritto alla salute e resi operosi rispetto all'imperativo di utilità sociale⁸.

Cominciano a farsi tangibili i segni di una "somatocrazia", in cui l'interesse del potere si rivolge alla cura del corpo vivente. La spiritualità delle anime salve fa spazio alla materialità del corpo in salute, considerato come oggetto di lusso e desiderio, prodotto di consumo che si introduce nel mercato e acquisisce rilevanza economica.

Il progressivo perfezionamento della strumentazione tecnologico-informatica ha prodotto un potenziamento delle strategie performative e di controllo specifiche del regime biopolitico individuato da Foucault, con una ricerca paranoica di immunizzazione dalle malattie e dalla morte.

Il controllo passa nelle membra del corpo, sempre soggetto a osservazione e misurazione. Si intravede il profilo dell'"individuo somatico"⁹, che conosce e pensa se stesso nella dimensione esclusiva del proprio corpo.

2.2. *Corpo soggetto o corpo oggetto?*

Per definire il significato del "corpo", occorre ruotare da un quadro medico, quantitativo, a uno psicologico, più orientato verso un'analisi qualitativa.

8. M. FOUCAULT, *Crisi della medicina o crisi dell'antimedicina?* (1976), in *Archivio Foucault*, Feltrinelli, Milano 1997, vol. 2, 202-219.

9. N. ROSE, *La politica della vita*, Einaudi, Torino 2008, 176-181.

L'uomo del XXI secolo sa che la salute è un concetto complesso, che la malattia non è solo la somma di una serie di sintomi e sa che in alcuni casi un'eccessiva informazione, specie se non precisa, può portare a episodi di ipocondria. Al tempo stesso però è immerso in una realtà fatta di sensori, dispositivi di ogni tipo che misurano ogni parametro vitale e che sulla base di questi valori distinguono una possibile situazione patologica da un trend considerato normale.

La medicina quantitativa era l'idea alla base del pensiero di Claude Bernard, un fisiologo francese nato e vissuto nel XIX secolo, che ha segnato un vero e proprio cambiamento di paradigma nella storia della medicina, introducendo una medicina sperimentale, a partire dai processi fisici e chimici, che sono quantitativi.

In seguito incominciò a farsi strada l'idea fenomenologica del corpo-vissuto, che supera l'idea antica del corpo-prigione e quella moderna, da Cartesio in poi, del corpo-strumento.

L'idea da cui parte invece Edmund Husserl¹⁰ è quella dell'esperienza soggettiva del nostro corpo. È sua la nota distinzione linguistica fra *Körper*, che intende il corpo come oggetto, e *Leib*, che invece significa il corpo vissuto dal soggetto, un corpo che è parte del nostro sentire, del nostro essere come coscienza.

Oggi le tecnologie digitali consentono di misurare, monitorare e gestire il nostro corpo in modo accurato, tanto da renderlo trasparente. Il "corpo trasparente" è anche "condiviso", così le condizioni di salute sono messe in relazione favorendo buone pratiche, meno solitudine, più speranza, migliore prevenzione e pianificazione¹¹. Una quantità sempre maggiore di informazione è accessibile ad un numero sempre più elevato di persone, inoltre i pazienti non sono soltanto consumatori di informazione medica, ma sono anche attivi nel produrre e condividere contenuti relativi alla salute.

La tecnologia interpreta il nostro essere corpo ed è parte del processo di *empowerment* il fatto che noi stessi interpretiamo a nostra volta questa interpretazione¹².

10. E. HUSSERL, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino 2002.

11. Cfr. L. FLORIDI, *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano 2017, 86–88.

12. C. DA ROLD, *Sotto controllo*, op. cit.

Sta a noi saper comprendere il corpo come corporeità vissuta, l'organo che apre alle relazioni e non solo come un insieme di dati chimico-fisici. È quanto mai importante ribadire la rilevanza biografica e spirituale del corpo, soprattutto oggi che ha assunto il ruolo di una vera e propria password¹³, ovvero di un codice di riconoscimento vivente che si integra e interagisce col mondo delle macchine (si pensi agli strumenti biometrici).

2.3. *Telemedicina: vicini o lontani?*

Possiamo chiederci se i teleconsulti o telediagnosi allontanano in qualche modo da una medicina intesa come arte del tocco e vicinanza.

Certamente non vi è alcuna app che offra una cura dal punto di vista emozionale. Se il medico non si pone in ascolto del paziente il processo di cura ne risente, e questo rischio è potenzialmente amplificato se le persone non si trovano nemmeno nella stessa stanza. Il fatto però che qualcosa presenti dei rischi non significa che l'intero sistema sia da condannare.

Quale dovrebbe essere lo specifico dell'arte medica? Secondo il filosofo ermeneuta, Gadamer¹⁴ è la centralità del malato l'asserto su cui si basa l'arte medica. Il paziente non deve essere un caso ma una persona. Se proviamo a spostare la questione nell'ambito della telemedicina e ci mettiamo a riflettere, ci rendiamo conto che un rapporto a distanza tra medico e paziente non significa automaticamente che il malato, il soggetto, venga oggettivato in tutto questo processo. Il nocciolo rimane sempre l'atteggiamento del medico, il riuscire a porsi come interlocutore rispetto al paziente, anche se a separarli sono migliaia di chilometri. Il contatto virtuale è solo una delle modalità di interazione all'interno di un processo di cura.

Arte medica significa — sempre secondo Gadamer — considerare l'individuo che si ha di fronte come una totalità di cui il

13. A. DAVIS, *The Body as Password*, in *Newsstands Now* 5.07 (July 1997), all'indirizzo: <http://www.wired.com/wired/archive/5.07/biometrics.html>; A.K. JAIN *et al.*, *Biometrics: personal identification in networked society*, Kluwer Academic Publisher Group, 1998.

14. H.-G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.

medico deve ristabilire l'equilibrio, un benessere non solo fisico. Anche questo punto non viene direttamente messo in discussione all'interno di una relazione a distanza.

Quello che invece viene meno in telemedicina, e su questo non si può discutere, è la relazione "tattile" fra medico e paziente e non è un caso se il termine tedesco per "cura", *Behandlung*, contenga la parola *hand*, che significa "mano"¹⁵.

La questione è ancora una volta non interpretare la telemedicina come un qualcosa che sostituisce il contatto diretto fra medico e paziente, ma solo come un'enorme opportunità per avvicinarsi da un lato al malato e dall'altro per confrontarsi con altri colleghi.

Il buon medico aiuta il malato nel suo processo di cura e nel superare, in molti casi, la difficoltà di accettare il limite della malattia. Il medico quindi aiuta il paziente a conoscersi se stesso e a curare se stesso, la buona relazione medico-paziente aiuta a crescere.

La tecnologia rappresenta sempre un passo in avanti, ma da sola non basta, specie in ambito medico.

3. Aspetti etici

La riflessione etica non può evitare di interrogarsi sul modo in cui la tecnologia incide sull'autonomia e riduce le zone di non interferenza. Una società che è in grado di registrare e memorizzare gran parte dei comportamenti individuali potrebbe smarrire i corretti equilibri tra libertà e sicurezza¹⁶.

3.1. Rispetto per l'identità

Va tenuto presente che il rispetto dell'identità costituisce uno dei diritti fondamentali dell'uomo. All'identità si collegano la dignità e l'integrità personale.

Citando Ricoeur¹⁷, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel documento *L'identificazione del corpo umano: profili bioetici della bio-*

15. Sottolineato in C. DA ROLD, *Sotto controllo*, op. cit., 102.

16. CNB, *L'identificazione del corpo umano: profili bioetici della biometria*, 26 novembre 2010; CNB, *"Mobile-health" e applicazioni per la salute: aspetti bioetici*, 28 maggio 2015.

17. P. RICOEUR, *Sé come un altro*, trad. di D. Iannotta, Jaca book, Milano 1993.

metria, ricorda che l'identità è costituita da due elementi inseparabili: l'esteriorità del corpo, "mêmeté", con cui entriamo fisicamente a contatto con gli altri e con il mondo che ci circonda, e la dimensione interiore e biografica, "ipséité", che esprime i nostri valori più profondi, quelli che danno un senso alla vita e attorno ai quali si costruisce la libertà. Il CNB rileva che l'esperienza giuridica si fonda sulla rilevazione e sulla tutela dell'immediatezza del dato fisico, per consentire all'elemento impalpabile dell'interiorità di esprimersi e realizzarsi.

3.2. *Espansione indebita dell'utilizzo dei dati*

Esiste il non trascurabile rischio che il dato biometrico riveli un'informazione in eccesso e venga impiegato per scopi che vanno oltre le finalità previste, dando luogo a uno specifico fenomeno che in gergo viene definito *function-creep*, ovvero "incrocio indebito dei dati" o espansione indebita dell'utilizzo dei dati. Ad esempio: il DNA, oltre all'identità genetica, consente di acquisire informazioni sulla predisposizione a contrarre malattie e in generale sul fenotipo individuale; il metodo del riconoscimento della retina, parte dell'occhio caratterizzata da una forte vascolarizzazione, può segnalare la presenza di ipertensione o diabete; l'analisi dell'iride può evidenziare l'uso di alcool o di sostanze stupefacenti; la temperatura o alcune caratteristiche di zone del volto possono rilevare particolari condizioni psico-fisiche anche patologiche. È possibile che, all'insaputa o contro la volontà del soggetto, questi dati vengano acquisiti e poi divulgati. Ciò può determinare una circolazione distorta delle informazioni che, in casi estremi, potrebbe dar luogo a inquietanti scenari potenzialmente incontrollati.

3.3. *La profilazione e la discriminazione*

Attraverso la sovrapposizione dei dati biometrici con altre informazioni (ad esempio mediche, finanziarie o comportamentali) è possibile immaginare un uso centralizzato e combinato di essi ai fini della cosiddetta profilazione o *profiling*: estrapolando le informazioni si creano diversi profili di attenzione o sospetto.

È possibile anche ipotizzare eventuali discriminazioni nell'accesso ai posti di lavoro e in molte altre sfere della vita economica e sociale.

Andrebbero quindi messi in giusta evidenza questi rischi, vietando l'incrocio dei dati suscettibili di stigmatizzazione o emarginazione e consentendone l'utilizzazione solo in casi rilevanti, legalmente predeterminati, con adeguate forme di tutela e controllo da parte di organi di cui sia garantita la terzietà. Diventa fondamentale elaborare nuove forme del diritto all'oblio.

4. Per concludere

Nel clima culturale dell'*empowerment*, della responsabilità fondata sulla condivisione dei propri dati corporei, la malattia può essere interpretata come una colpa. Non ho agito bene, non ho fatto quello che è normale fare. Come già insegnava Durkheim¹⁸ nel 1895, la normalità può coincidere con "le forme più generali" che si ripetono nella società, chi non vi rientra sembra sospetto. Così oggi può essere sospetto colui che non ha un cellulare o un indirizzo di posta elettronica, ma anche chi non accetta il *self-monitoring* e potrebbe avere meno agevolazioni (polizze sanitarie più costose) o limitate possibilità di lavoro¹⁹.

La *track-and-sharing mentality* potrà portare grandi benefici al sistema economico, ma la sfida è quella di estendere i vantaggi anche alle persone in carne e ossa, specialmente a quelle che più ne hanno bisogno.

È importante che le persone siano sostenute dal punto di vista educativo, culturale, al fine di essere realmente capaci di interpretare le informazioni.

18. E. DURKHEIM, *Le regole del metodo sociologico*, Einaudi, Torino 2008.

19. A. MATURO, "m-Health e Quantified Self: sviluppi, potenzialità e rischi", in *Salute e società* 3 (2014) 161-170, 169.

Telemedicina e reti empatiche

FLAVIA CARETTA*

I. Il ruolo dell'empatia in ambito sanitario

Si ritiene prioritario considerare innanzitutto il ruolo che riveste la comunicazione nel mondo sanitario e specificamente gli aspetti connessi all'empatia.

Fin dalle origini della medicina, nell'insegnamento di Ippocrate, accanto alla conoscenze apprese con lo studio, al medico veniva richiesto di saper dimostrare empatia, definita come "la percezione delle sensazioni del paziente".

Uno dei più antichi precetti medici recita: "Dove c'è *philantropia* c'è anche *philotechnia*". Significava che l'essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli veramente d'aiuto usando le risorse dell'arte (tecnofilo). Ma significava inoltre che l'impegno tecnico nell'arte medica era il mezzo finalizzato anche al conseguimento di un buon rapporto d'amicizia, giovevole al paziente quanto le altre cure. Ancora, l'antico aforisma "Non c'è medico che non sia filosofo" ribadiva nel tempo che il medico doveva possedere la *philosophia naturalis*, cioè conoscere a fondo la natura, compresa quella umana¹. Successivamente Rufus di Ephesus, un medico Greco vissuto al tempo dell'impero romano (I secolo d.C.) e noto per la ricchezza delle sue descrizioni cliniche, affermava che è necessario parlare con il paziente, per instaurare una relazione che permetta di individuare un migliore trattamento

* Medico geriatra, Policlinico "Agostino Gemelli", Professore invitato presso l'Istituto Camillianum.

1. Cfr. G. COSMACINI, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Bari 1995.

della sua patologia e di conoscere i suoi atteggiamenti verso la vita, che condizionano la terapia.

Da allora, nelle diverse epoche è sempre stato considerato l'aspetto della comunicazione medico-paziente, anche se vi è stata data maggiore o minore attenzione.

Ad esempio, passando dall'antichità al XIX secolo, si potrebbe menzionare fra gli altri Francis Peabody, docente all' Harvard Medical School, che affermava: "Il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura"².

Uno tra gli esponenti più significativi dell'approccio "antropologico" in medicina, Dietrich Von Engelhardt, sostiene che la comunicazione nella medicina è lo specchio della società e della cultura. Per il rapporto medico-paziente non si può pretendere ciò che non esiste nella vita normale³.

Si comprende allora che, in tempi non molto lontani, la comunicazione medico-paziente era definita come "una storia di silenzio", nella convinzione che essere un buon paziente significa seguire le direttive del medico senza fare obiezioni, senza porre domande. Ma recentemente si sta riscoprendo l'importanza della comunicazione, tanto da paragonarla alla pietra angolare di una pratica medica efficace⁴ e si insiste sulla necessità di programmi di formazione specifici per i professionisti sanitari.

Sono ormai ampiamente documentati i vantaggi in termini di risultati terapeutici che derivano da una modalità empatica di relazione⁵.

Inoltre, sia la qualità della comunicazione, sia la condivisione del piano di gestione della malattia influiscono sulla salute del paziente

2. C.S. DAVIDSON, "Caring Physician: The Life of Dr. Francis W. Peabody", in *The New England Journal of Medicine* 328 (II/1993) 817.

3. D. VON ENGELHARDT, *La comunicazione in medicina. Dall'occultamento della diagnosi alla solidarietà di fronte allo stato reale*, scritto non pubblicato.

4. E. DOHERTY, C. O'BOYLE, H. SHANNON, H. MCGEE, G. BURY, "Communication skills training in undergraduate medicine", in *Irish Medical Journal* 83 (1990) 54-56.

5. J.M. KELLEY et al., *The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, Ed. Antje Timmer, *PLoS ONE* 9.4 (2014): e94207.PMC. Web. 25 Aug. 2015.

in termini di stato emozionale, aderenza alla terapia, risoluzione dei sintomi, funzionalità, controllo del dolore, misure fisiologiche come pressione arteriosa e glicemia⁶.

Occorre osservare che non basta parlare genericamente di comunicazione, ma ne vanno definiti la natura e i modelli. Innanzitutto la comunicazione non può certo essere solo uno scambio di informazioni, anche se non è scontato riuscire a dare al paziente informazioni esaurienti e comprensibili, in modo da soddisfarlo. Comunque, anche in questo caso, il rischio è quello di centrare l'attenzione sulla patologia, dimenticando il proprietario della stessa.

Ogni domanda di cura contiene anche una esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, ad una prestazione di servizi, mentre in primo luogo è l'incontro con una persona⁷.

D'altra parte, è evidente che, al di là della tecnologia e delle competenze scientifiche la professione sanitaria si esplica soprattutto nell'ambito relazionale, che richiede anche di "entrare" nel vissuto del paziente, di stabilire un rapporto empatico. L'empatia è stata definita come un attributo cognitivo che richiede capacità di comprendere le esperienze e la prospettiva interiore del paziente e di riuscire a comunicare questa comprensione⁸. Entrambi sono importanti: cercare di capire l'esperienza del paziente e fare in modo che il paziente avverta che siamo in grado di farlo, o almeno che stiamo provando. L'aspetto empatico è stato valorizzato anche nell'ambito della sociologia della salute: una definizione efficace dell'empatia, ritenuta fondamentale per il rapporto medico/paziente, è quella coniata da Achille Ardigò: "Vedere il mondo con gli occhi dell'altro"⁹.

6. M.A. STEWART, "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review", in *CMAJ* 152 (1995) 1423-1433; D. ROTER, "Patient-centered communication", in *British Medical Journal* 328 (2004) 303-304.

7. M.T. RUSSO, *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006, 8.

8. M. HOJAT, J.S. GONNELLA, T.J. NASCA, S. MANGIONE, M. VERGARE, M. MAGEE *et al.*, "Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty", in *American Journal Psychiatry* 159 (2002) 1563.

9. A. MATURO, "Empatia tra neuroni e medicina: attualità di un pensiero molto ardigòiano", in *Studi di Sociologia* 2 (2010) 199-211.

2. Gli sviluppi tecnologici applicati alla medicina

Le sfide attuali che incontrano i sistemi sanitari sono soprattutto connesse all'aumento delle patologie croniche con costi crescenti, all'invecchiamento della popolazione con necessità di un'assistenza continuativa¹⁰. Si rende indispensabile un impegno continuo per fornire accesso a una qualità di cura basata sul rapporto costo/efficacia. Attualmente gli sviluppi tecnologici pervadono tutti gli ambiti, anche quello sanitario, offrendo nuove opportunità: possono aumentare l'accesso alle cure, diminuire i costi, migliorare i risultati attesi. La telemedicina si sta affermando velocemente, con sistemi di sanità digitale che permettono di migliorare l'erogazione delle prestazioni, l'amministrazione e la gestione dell'intero sistema sanitario. Considerando che in letteratura negli ultimi 10 anni si trovano oltre 100 definizioni di telemedicina, si rende perciò necessario prima di tutto un chiarimento¹¹.

Tra le molteplici definizioni, si ritiene di privilegiare quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che recita: "Per telemedicina si intende la fornitura di servizi sanitari — dove la distanza è un fattore critico — da parte di tutti i professionisti del settore sanitario che utilizzano tecnologie di informazione e di comunicazione per lo scambio di informazioni, per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione di malattie e lesioni, ricerca e valutazione, e per la formazione continua dei fornitori di servizi sanitari, tutti al fine di promuovere la salute degli individui e delle loro comunità"¹².

Definizione ripresa quasi interamente dal Ministero della Salute: "Modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative (ICT=Information and Communication Technologies) che permettono la trasmissione di informazioni e dati di carattere medico tra paziente e operatore sanitario, che non

10. A. TOTTEN, D. WOMAK, K. EDEN *et al.*, "Telehealth: mapping the evidence for patient outcomes from systematic reviews", in *Agency Healthc Res Qual.* 16 (6/2016) EHC034-EE.

11. AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION (ATA), *What Is the Distinction between Telemedicine and Telehealth?*, <http://www.americantelemed.org/main/about/about-telemedicine/telemedicine-faqs>.

12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), "Telemedicine: opportunities and developments in member states", in *Global Observatory for eHealth Series 2* (2010).

si trovano nello stesso luogo”. Si sottolinea però un completamento importante: “Nonostante la telemedicina non possa sostituire il rapporto personale tra medico e paziente, è uno strumento che ne potenzia l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza”¹³. Nella Tabella 1 vengono descritte le diverse modalità dei servizi di Telemedicina.

La telemedicina è da considerarsi come il naturale sviluppo dell’assistenza sanitaria tradizionale che, avvalendosi delle recenti tecnologie informatiche, permette lo scambio di dati su lunga distanza. La possibilità di effettuare comunicazioni a basso costo, applicata all’ambito medico, ha creato infatti diverse possibilità di miglioramento del servizio sanitario e del rapporto tra medici, pazienti ed istituzioni sanitarie. Se ne possono considerare alcuni:

- il monitoraggio a distanza dei parametri clinici permette al medico di mantenere costantemente aggiornata la terapia, con una significativa riduzione dei tempi di intervento;
- la riduzione degli spostamenti perché la cura, grazie al medico che interviene a distanza, diventa prevalentemente domiciliare;
- il trattamento riservato al paziente risulta essere effettivamente continuativo perché i suoi dati sono costantemente raccolti e archiviati;
- il monitoraggio da remoto facilita l’accesso alle cure anche a pazienti di aree territoriali disagiate, o che semplicemente hanno difficoltà nell’usufruire di un supporto sanitario;
- il paziente, sfruttando semplici e intuitivi dispositivi informatici, può facilmente entrare in contatto con più medici.

Un ambito in cui si sono già dimostrati i vantaggi derivanti dalle applicazioni delle ICT è quello delle cure palliative: ad esempio, uno studio qualitativo condotto fra pazienti, familiari, caregivers formali evidenzia risultati di rilievo sull’impatto della teleconsultazione, sulla relazione paziente–operatore nel setting dell’assistenza domiciliare. La tecnologia è in grado di oltrepassare le barriere tra casa e ospedale, offrendo relazioni personalizzate e soddisfa-

13. MINISTERO DELLA SALUTE, *Telemedicina Linee di indirizzo nazionali*, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf

Tabella 1. Classificazione dei Servizi di Telemedicina. *B2B*: individua la relazione tra medici. *B2B2C*: individua la relazione tra un medico e un paziente mediata attraverso un operatore sanitario. *B2C*: individua la relazione tra medico e paziente

Classificazione		Ambito	Pazienti	Relazione	
Telemedicina specialistica	Tele visita	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acute	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
	Tele consulto			Assenza del Paziente	B2B
	Tele cooperazione sanitaria			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>	B2B2C
Tele salute		sanitario	È prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente	B2C B2B2C
Tele assistenza		socio-as-sistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili		

centi¹⁴: offre la possibilità di interazioni continuative e a lungo termine, che permettono di costruire una relazione di fiducia e di fare un'esperienza di familiarità e di sollievo per i pazienti.

Un'altra applicazione, ormai disponibile in vari punti sul territorio italiano, consiste nell'esecuzione della dialisi a domicilio: una possibilità innovativa per quanti soffrono di malattia renale cronica, che comporta un miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari. Al tempo stesso consente alle strutture ospedaliere il controllo remoto di molti pazienti, con un conseguente alleggerimento del costo del trattamento.

Un altro campo emergente riguarda la teleassistenza: l'aumento delle patologie croniche e l'invecchiamento della popolazione richiede con urgenza nuove strategie per far fronte a richieste di assistenza crescenti. Anche in ambito europeo sono numerosi i progetti rivolti a garantire una maggiore autonomia alle persone anziane disabili, supportando le famiglie e contenendo i costi sanitari attraverso lo sviluppo e l'implementazione di nuove tecnologie.

La possibilità di mantenere il più possibile gli anziani nel loro ambiente di vita sono strettamente legate allo sviluppo di telemedicina, tele-monitoraggio, software di gestione del paziente, domotica.

Del resto, una direttiva politica a livello mondiale per far fronte all'invecchiamento è quella di incoraggiare ciò che viene definito come "aging in place", cioè fare in modo che le persone anziane possano continuare a rimanere nella propria casa e nella comunità in modo sicuro, indipendente e confortevole, indipendentemente dall'età, dal reddito o dal livello di capacità intrinseca¹⁵. Questa opportunità è generalmente considerata come la migliore per la persona anziana e può anche comportare vantaggi finanziari in termini di spese sanitarie. È ormai ampiamente dimostrato che l'isolamento sociale aumenta il rischio di mortalità indipendente-

14. J. VAN GURP, M. VAN SELM, K. VISSERS, E. VAN LEEUWEN, J. HASSELAAR, "How Outpatient Palliative Care Teleconsultation Facilitates Empathic Patient-Professional Relationships: A Qualitative Study", in *PLoS ONE* 10(4): e0124387. DOI:10.1371/journal.pone.0124387. 2015.

15. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *World report on ageing and health*, 2015.

mente dal senso soggettivo di solitudine¹⁶. Viceversa, favorendo supporto e integrazione sociali, si può ottenere un significativo miglioramento della salute soggettiva, delle capacità cognitive, con una riduzione della mortalità e dei costi dell'assistenza sanitaria.

Su questa frontiera sono in corso varie ricerche anche in campo robotico: robot di telepresenza guidati a distanza dall'assistente, robot domestici in grado di effettuare direttamente certe operazioni come ad es. prendere e portare all'assistito un oggetto che gli è necessario.

Nell'ambito dei progetti europei Horizon 2020¹⁷ si stanno sperimentando sistemi robotici pensati per supportare a domicilio anche pazienti con deterioramento cognitivo lieve. Le capacità previste sono quelle di possedere anche una funzione cognitiva permettendo al robot di decidere quando e come aiutare l'assistito, di comunicazione tra robot e umano, curando la comunicazione empatica adattata alla persona e all'ambiente. Certamente tutto questo potrà supplire ad alcuni bisogni assistenziali, anche se questi progetti sono ancora in fase di sperimentazione.

Un altro risultato positivo si è ottenuto con il monitoraggio a distanza di persone con patologie croniche, dotate di vari dispositivi come monitor pressori o misuratori della glicemia, ecc., in relazione alle diverse situazioni di salute¹⁸. Si sono evidenziati un miglioramento dello stato di salute generale, una maggiore partecipazione al monitoraggio dei parametri, una migliore autogestione dei comportamenti, oltre ad una riduzione nell'uso dei servizi.

3. La sfida dell'empatia digitale

Una criticità rilevata da alcuni studi riguarda l'aspetto della comunicazione tra medico/operatore e paziente. Sono in discussione

16. R.S. TILVIS, V. LAITALA, P.E. ROUTASALO, K.H. PITKAL, "Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People", in *Journal of Aging Research* (2011), Article ID 534781, DOI:10.4061/2011/534781.

17. <https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/>.

18. S. NANCARROW *et al.*, "Evaluation of a National Broadband Network-enabled Telehealth trial for older people with chronic disease", in *Australian Health Review* 40 (2016) 641-648.

da una parte gli innegabili vantaggi che derivano dagli sviluppi tecnologici, dall'altra la possibilità di preservare gli aspetti empatici, sempre fondamentali nella cura.

Si potrebbe osservare che le comunicazioni digitali sono prive di molti dei segnali emozionali sperimentati in un rapporto face-to-face, con il rischio di interazioni più impersonali¹⁹.

In effetti, uno dei principali gap identificati in letteratura è l'incorporazione dei fattori umani nelle varie applicazioni di telemedicina: in particolare la comunicazione, l'empatia²⁰. Il cambiamento dei tradizionali pattern di comunicazione sociali, potrebbe alterare l'espressione dell'empatia, soprattutto nelle conversazioni digitali. L'uso dei social network trasforma il quando e il come delle interazioni: la possibilità di condividere istantaneamente pensieri, sentimenti, comportamenti può avvenire in pochi secondi, spesso senza il filtro che accompagna le comunicazioni tradizionali²¹. Si segnala di conseguenza la necessità di definire un codice di comportamento, utile per una comunicazione efficace ad esempio nel corso di una visita per via telematica: è importante il posizionamento della videocamera, l'eliminazione di rumori o di oggetti vicini che possono distrarre l'attenzione, assicurare il contatto visivo guardando la videocamera e non il viso del paziente sullo schermo²². Guardare in basso o scrivere note durante la conversazione potrebbe essere percepito come disinteresse o distrazione²³.

Se pure è possibile dimostrare empatia nel corso di una visita avvalendosi della telemedicina, deve però essere attentamente curata: non potendo avvalersi del contatto corporeo, vanno scelte

19. C. TERRY, J. CAIN, "The Emerging Issue of Digital Empathy", in *American Journal of Pharmaceutical Education* 80 (4/2016) 58.

20. C.M. RUTLEDGE, K. KOTT, P.A. SCHWEICKERT, R. POSTON, C. FOWLER, T.S. HANEY, "Telehealth and eHealth in nurse Practitioner training: current perspectives", in *Advances in Medical Education and Practice* 8 (2017) 399-409.

21. J.B. WALTHER, "Theories of computer-mediated communication and interpersonal relations", in M.L. KNAPP, J.A. DALY, *The SAGE Handbook of Interpersonal Communication*, SAGE, Thousand Oaks 2011, 443-479.

22. T. HANEY, K. KOTT, C. FOWLER, "Telehealth etiquette in home healthcare: the key to a successful visit", in *Home Healthc Now* 33 (5/2015) 254-259.

23. R. BULIK, "Human factors in primary care telemedicine encounters", in *J. Telemed Telecare* 14 (4/2008), 169-172.

accuratamente le parole che possono rafforzare interessamento, disponibilità all'ascolto²⁴.

Si è affermato che l'empatia è correlata a risultati positivi sulla salute, aumentando la soddisfazione del paziente, riducendo le conseguenze legali: va perciò considerata come parte importante delle professioni sanitarie.

Di conseguenza è fondamentale considerare il concetto di empatia "digitale", uno degli aspetti di un ambiente tecnologicamente in evoluzione continua, che dovrebbe essere affrontato anche all'interno dei curricula delle professioni sanitarie. Parallelamente alla crescita delle comunicazioni mediate dal computer, aumenta la necessità di sensibilizzare i futuri operatori sanitari nei confronti dell'empatia digitale e di insegnare loro come comunicare, evitando i possibili effetti negativi.

Ma prima ancora va riconosciuto che la formazione nei corsi di laurea riguardanti le discipline biomediche è tuttora carente nei confronti dell'empatia. Se non si riesce a colmare questo gap, appare difficile insegnare come riuscire ad apprendere l'empatia digitale.

A differenza di altre competenze basate sulle conoscenze tecniche, quelle che coinvolgono gli aspetti emozionali ed affettivi non sono altrettanto semplici da apprendere e richiederebbero una formazione mirata²⁵.

Sebbene il costrutto dell'empatia sia multidimensionale e difficile da misurare, esistono strategie per insegnare l'empatia che si concentrano specificamente sulla formazione nelle capacità di comunicazione e andrebbero perciò implementate²⁶.

24. T. HANEY *et al.*, *op. cit.*; R. BULIK, *op. cit.*; HEALTH RESOURCES AND SERVICES ADMINISTRATION (HRSA), *What Is Telehealth?*, <https://www.hrsa.gov/healthit/toolbox/RuralHealthITtoolbox/Telehealth/whatistelehealth.html>.

25. F. AHRWEILER, M. NEUMANN, H. GOLDBLATT, E.G. HAHN, C. SCHEFFER, "Determinants of physician empathy during medical education: Hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians", in *BMC Med Educ.* 14 (2014) 122.

26. K.A. STEPIEN, A. BAERNSTEIN, "Educating for empathy: a review", in *J. Gen Intern Med.* 21 (5/2006) 524-530.

4. Conclusioni

La dimensione della relazione è profondamente insita nella persona. Persona vuol dire relazione, possibilità e capacità di porsi davanti all'altro e venire da esso riconosciuto²⁷. Si potrebbe dire che è un "bisogno" profondo che porta a relazionarsi agli altri, bisogno che in medicina assume significati particolari. Nel mondo sanitario infatti, la comunicazione spesso nasce da un disagio psico-fisico che può condizionare profondamente l'umanità della persona, che può essere il paziente, ma anche quanti sono coinvolti nel team di cura. L'operatore sanitario è chiamato a dare una risposta a chi esprime questo disagio²⁸, risposta che richiede capacità di dialogo, capacità di ascolto, ricerca di un "linguaggio" comunicativo, apertura con la quale si accoglie e si fa propria l'istanza del paziente.

L'empatia nel suo nucleo fondamentale non cambierà mai: nello stesso tempo deve evolvere parallelamente ai cambiamenti che avvengono nella società, in particolare rispetto alle diverse modalità di comunicazione²⁹. Pur impegnandosi ad adottare le nuove tecnologie ormai insostituibili anche per le applicazioni nell'ambito della medicina, vanno identificati e affrontati i possibili ostacoli all'espressione dell'empatia digitale. Gli sforzi in questa direzione vanno cominciati ora, in quanto le relazioni rimangono sempre essenziali per offrire una cura ottimale al paziente.

Una prospettiva questa chiaramente delineata nel messaggio di Papa Francesco: "Anche e-mail, sms, reti sociali, chat, ecc. possono essere forme di comunicazione pienamente umane. Non è la tecnologia che determina se la comunicazione è autentica o meno, ma il cuore dell'uomo e la sua capacità di usare bene i mezzi a sua disposizione"³⁰.

27. A. SPAGNOLI, *L'età incerta e le illusioni necessarie. Introduzione alla psicogeriatrica*, UTET Libreria, Torino 2005, 188.

28. cfr. G. DEGLI ESPOSTI, "Valori e interessi in sanità: dai beni materiali ai beni relazionali", *Anziani Oggi* I (2004) 31.

29. E.B. LARSON, X. YAO, "Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship", in *JAMA* 293 (9/2005) 1100-1106.

30. FRANCESCO, *Messaggio per la 50esima Giornata mondiale delle comunicazioni sociali* (8 maggio 2016).

Connected Care: una speranza per gli anziani?

CARMINE CAFARIELLO*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la telemedicina come l'erogazione di servizi di cura ed assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione continua del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità. L'Unione europea, nel 1990, ha concordato una definizione per la telemedicina stabilendo che essa comprende il controllo, il monitoraggio e la gestione dei pazienti, nonché la loro educazione e quella del personale, attraverso l'uso di sistemi che consentano un tempestivo accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il primo o le seconde risiedano.

In tutte le sue varie forme, rimane comunque sempre la caratteristica fondamentale del collegamento non fisico tra diversi livelli di cura, collegando virtualmente strutture sanitarie distanti tra loro.

Con particolare riferimento all'invecchiamento della popolazione, all'aumento della cronicità delle patologie e la presenza nel nostro paese di isole ed aree rurali, la sanità in rete può essere sinergica a interventi di telemedicina nelle attività di prevenzione.

La telemedicina si propone, mediante l'utilizzazione organizzata dei mezzi di telecomunicazione, di creare un sistema per:

* Medico geriatra, Italian Hospital Group, Professore invitato presso l'Istituto Camillianum.

- medicina d'urgenza (es. Telecardiologia, Primo e Pronto Soccorso, Centrali operative del 118, Elisoccorso, etc.);
- espandere territorialmente l'utilizzo sistematico delle competenze specialistiche;
- una migliore distribuzione qualitativa dell'assistenza sanitaria ed un migliore rapporto costi/prestazioni (es. Televideoconsultazione ospedaliera, Telecardiologia ospedaliera, Teledialisi ospedaliera, etc.);
- i monitoraggi nell'ambito domiciliare (es. Telemonitoraggio cardiaco, dialitico, delle gestanti, Home Care, etc.);
- l'impiego ottimale nel sistema sanitario dell'informatica distribuita, terminali e mezzi elaborativi, allo scopo di un miglioramento dei servizi e della economicità della gestione (es. Centri CUP per prenotazione esami, creazione di archivi specialistici per diagnosi integrate, etc.);
- la didattica (es. Teledidattica, Videochirurgia/Telechirurgia, trasmissione tra reparti ospedalieri ed Università e tra Istituti universitari, gestione di Banche Dati, etc.);
- la diffusione telematica dell'informazione verso i cittadini (es. lo Sportello del Cittadino, Customer Care – Call Center con Numero Verde, Numero 166, etc.).

Gli apparati di telemedicina ed i servizi di telecomunicazione consentono, quindi, un rapporto interattivo tra medico di base e medico specialista, tra questi ed il personale infermieristico, sia all'interno che all'esterno delle strutture sanitarie, nonché tra queste figure professionali e paziente grazie alla trasmissione di segnali biomedicali monodimensionali, quali ECG (Elettrocardiogramma), EEG (Elettroencefalogramma), Flussimetria Doppler. E segnali bidimensionali, quali TAC, RMN; RX; Scintigrafie, Ecografie.

Lo sviluppo di strumenti per la telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

L'equità d'accesso e la disponibilità di un'assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della telemedicina.

La cura delle malattie croniche può rappresentare un ambito prioritario per le applicazioni di modelli di telemedicina. L'introduzione della telemedicina come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicanze, riducendo il ricorso all'ospedalizzazione, riducendo i tempi d'attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

Alla luce delle precedenti osservazioni, è chiaro infatti come la disponibilità di servizi di telemedicina per aree o pazienti disagiati potrebbe permettere anche una diminuzione della spesa, come pure un aumento dell'efficacia del sistema. Inoltre la telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione di ospedalizzazione dei malati cronici, alla riduzione di mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure.

L'impiego dei dispositivi presso il domicilio dei pazienti dovrebbe consentire di ridurre le ospedalizzazioni, i tempi di degenza e di monitorare costantemente l'evoluzione della malattia, calibrando opportunamente gli interventi terapeutici.

È inoltre indispensabile un buon funzionamento del sistema informativo delle cure domiciliari per la gestione dei pazienti ed un'analisi sistematica dell'intensità e complessità degli interventi erogati, per effettuare le dovute verifiche delle attività svolte, dei risultati e dei costi.

Gli strumenti da utilizzare a domicilio devono poi avere caratteristiche particolari, prima fra tutte la semplicità di utilizzo in quanto, come detto in precedenza, i pazienti affetti da patologie croniche sono tendenzialmente individui anziani, probabilmente non abituati all'uso della tecnologia in generale.

La tecnologia utilizzata per la gestione del paziente con patologia cronica (non necessariamente BPCO) sia costituita in linea di massima da due elementi essenziali: un sistema per la rilevazione dei parametri necessari ad identificare lo stato di salute del paziente e un sistema per la registrazione, archiviazione ed invio dei parametri alla struttura ospedaliera.

Molti studi sono stati effettuati per valutare l'effettiva efficacia di tali strumentazioni e molti di questi sono tutt'ora in cor-

so. Ma dai primi dati forniti si evince come la Telemedicina contribuisca a ridurre il numero degli accessi in ospedale per visite medico-infermieristiche.

Poiché nella maggior parte dei casi le persone affette da patologie croniche sono soggetti anziani con una o più comorbilità, diventa impensabile concentrarsi su una patologia nello specifico tralasciando le altre. Per questo motivo solitamente si tende a fornire una strumentazione che consenta di fornire un quadro generale sulla salute del paziente. Si va quindi dagli strumenti più banali come bilance e termometri, fino a sfigmomanometri, cardiofrequenzimetri, saturimetri, glucometri, pulsossimetri.

Sanità digitale: opportunità e sviluppo

RAFFAELLA PETRINI*

I. Introduzione

A seguito della crisi economico-finanziaria del 2008, la Comunicazione *Europa 2020* della Commissione UE, due anni dopo, ha riconosciuto “le carenze strutturali dell’economia europea” di fronte alle crescenti sfide di lungo termine, tra cui, in particolare, la pressione sui sistemi assistenziali e l’invecchiamento globale della popolazione¹. Per far fronte a tali carenze, la Commissione ha proposto, tra le sue priorità, una “crescita intelligente”, ovvero finalizzata a sviluppare un’economia basata sulla conoscenza e sull’innovazione, che risponda anche al criterio della sostenibilità, dunque che risulti più efficiente sul piano del consumo delle risorse e dell’inclusività, e che sia tesa a favorire la coesione sociale e la riduzione delle disuguaglianze. Tra le iniziative preposte a questo fine, è stata inserita anche “un’agenda europea del digitale”, con l’obiettivo primario di “accelerare la diffusione dell’internet ad alta velocità e sfruttare i vantaggi di un mercato unico del digitale per famiglie e imprese”². Questo dovrebbe indurre gli Stati Membri ad utilizzare in modo ottimale le tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT), attraverso la realizzazione di un mercato unico digitale, che non solo favorisca le economie di scala e la connettività, ma anche l’accesso all’innovazione e a prodotti e servizi diversificati.

* Professore invitato di Dottrina sociale della Chiesa, Istituto Camillianum.

1. COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE, *EUROPA 2020 Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, COM(2010) 2020 – 3/3/2010.

2. Ivi, 6.

Tale iniziativa riguarda da vicino anche il settore sanitario. All'interno dell'*Agenda Digitale per l'Europa* (DAE), infatti, viene riconosciuto un ruolo fondamentale alla sanità elettronica, nelle sue diverse espressioni — dal fascicolo sanitario elettronico alla telemedicina, fino alle applicazioni della robotica — quale strumento per gestire meglio le sfide dei cambiamenti demografici e della sostenibilità dell'assistenza medica per tutti. Il successivo *Piano d'Azione eHealth 2012–2020*, pertanto, si prefigge di promuovere un'assistenza sanitaria innovativa per il 21° secolo, in linea con i due precedenti documenti, e ribadisce la convinzione che la diffusione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), applicate all'assistenza, possa migliorare non solo l'efficienza, ma anche la qualità dell'intervento medico, favorendo l'autonomia delle persone.

2. Una premessa terminologica

In questo contesto, per affrontare il tema a me assegnato, vorrei partire da una fondamentale premessa. Gli economisti — tra cui, in modo particolare, l'austriaco Joseph Schumpeter (1883–1950)³ — hanno tracciato un'importante linea di demarcazione tra il concetto di *crescita* e il concetto di *sviluppo*. Mentre il concetto di crescita è sostanzialmente connesso all'aumento delle quantità di beni e servizi prodotti da un sistema economico (il cui indicatore principale è tradizionalmente il prodotto interno lordo o PIL, considerato sia in assoluto che pro capite), lo sviluppo, accanto ad un aumento *quantitativo* di beni e di servizi disponibili, implica pure un cambiamento *qualitativo* delle strutture e della vita di coloro che operano all'interno di un sistema economico. In senso tecnico, dunque, si può parlare di crescita quando si osserva un'espansione quantitativa uniforme del sistema economico, in diversi settori e comparti produttivi. La produttività fisica corrisponde al concetto di efficienza, ovvero al massimo possibile di output dato un certo livello di input, oppure ad un minimo livello di input per un dato output⁴.

3. J. SCHUMPETER, *Teoria dello sviluppo economico*, Sansoni, Firenze 1971.

4. Cfr. F. MARZANO, *Lezioni di Economia Pubblica*, EuRoma 2011², 151–3.

Si parla, invece, più propriamente di sviluppo quando l'espansione comporta delle trasformazioni relative al processo produttivo stesso, alle tecnologie utilizzate e alle risorse impiegate, ma anche alle relazioni sociali e culturali che caratterizzano l'ambiente circostante. Il concetto di sviluppo si configura, pertanto, come un processo di cambiamento positivo, sostanziato da variazioni di carattere qualitativo e non solo quantitativo.

Questa importante differenziazione è stata oggetto di ulteriore approfondimento e riflessione negli ultimi decenni, anche per porre in evidenza che il benessere individuale e collettivo non può essere misurato in termini meramente economico-finanziari, ma deve includere anche tutta una serie di elementi di diversa natura, necessari a garantire uno sviluppo più integrale, ovvero di "tutto l'uomo" come secondo la visione sociale cristiana⁵. La sanità, in generale, è riconosciuta come un elemento fondamentale dello sviluppo umano, se si pensa che la speranza di vita alla nascita è uno dei tre indicatori nazionali utilizzati per la costruzione dell'indice di sviluppo umano. Così pure, tra gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*) dell'Agenda 2030 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite, sono inclusi quello di assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età (cfr. n. 3) e quello di garantire a tutti la disponibilità e la gestione sostenibile dell'acqua e delle strutture igienico-sanitarie (cfr. n. 6)⁶.

Alla luce di questa premessa, ci si muoverà qui in una duplice direzione, ovvero tentando di formulare alcune riflessioni sulla sanità digitale in termini di *crescita*, intesa in questo caso soprattutto come maggiore efficienza e minimizzazione dei costi all'interno del sistema economico, e in termini di *sviluppo*, cioè di un effet-

5. PAOLO VI, Lettera enciclica *Populorum progressio*, 14.

6. L'indice di sviluppo umano (*Human Development Index*) è costruito sulla base di tre fondamentali indici a livello nazionale: l'indice di aspettativa di vita alla nascita, che riflette la capacità di vivere un alto numero di anni in condizioni di buona salute; l'indice di istruzione (anni medi e anni previsti di istruzione), che riflette l'abilità di acquisire conoscenze; l'indice di reddito (lordo pro capite), che riflette la possibilità di raggiungere un adeguato standard di vita. La scala dell'indice è decrescente da 1 a 0 e si suddivide (per quartili) in quattro gruppi di Paesi: a sviluppo umano molto alto, alto, medio e basso (cfr. UNDP, *Human Development Report 2016*, 3; v. anche UN, *Sustainable Development Goals*, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> [ultimo accesso: 27 novembre 2017]).

tivo miglioramento qualitativo dei processi produttivi del bene “salute”.

3. Efficienza e opportunità di crescita

Guardando prima alla *crescita* economica, è opportuno che la valutazione del contributo della sanità digitale sia inserita nel più ampio contesto del contributo dell'economia digitale, il cui tasso di crescita appare sette volte maggiore rispetto al resto dell'economia. Al riguardo, occorre qui sottolineare che nell'Unione Europea l'economia digitale cresce annualmente ad un tasso del 12%; inoltre, l'economia di internet è in grado di creare 5 nuovi posti di lavoro per ogni due persi “offline”. In Europa vi sono attualmente 7 milioni di posti lavoro nel settore dell'*Information and Communication Technology* (ICT) e si stima che metà della crescita produttiva derivi proprio da investimenti nel settore ICT⁷. Si può affermare, quindi, che il mercato digitale è, in generale, un mercato in crescita, in grado di attrarre investimenti pubblici e privati.

Con particolare riferimento, poi, al settore sanitario, esistono già dei dati interessanti, soprattutto se si tiene a mente il concetto di efficienza descritto in precedenza. La ricerca empirica, conferma, a livello internazionale, il dato positivo indotto dalla digitalizzazione in termini di riduzione di costi e di sprechi all'interno del sistema sanitario. L'Agenda Digitale Europea lanciata nel 2010, ad esempio, ha fornito alcune stime quantitative al riguardo. Si ritiene, infatti, che il telemonitoraggio dei pazienti cardiopatici possa migliorare i tassi di sopravvivenza del 15%, ridurre la permanenza in ospedale del 26% e, quindi, risparmiare il 10% delle spese riconducibili alle prestazioni infermieristiche. Si stima, inoltre, che le prescrizioni elettroniche (*E-prescriptions*) possano ridurre del 15% gli errori nei dosaggi dei medicinali⁸. Analogamente, uno studio di *General Electric* pubblicato nel novembre 2012, nel quantificare lo spreco dovuto alle inefficienze dei sistemi sanitari, ed eguagliandolo al 10% delle

7. EUROPEAN UNION, *Digital economy and society*, https://europa.eu/european-union/topics/digital-economy-society_en [ultimo accesso: 27 ottobre 2017].

8. *Ibidem*.

spese totali, concludeva che la digitalizzazione e l'automatizzazione avanzata del settore porterebbero ad una riduzione del 25% della spesa globale, con un risparmio annuo pari a 100 miliardi di dollari⁹.

A livello nazionale, il Politecnico di Milano, come riportato anche in un recente studio del Censis, prevede che il processo di digitalizzazione della sanità italiana possa favorire un risparmio annuo della spesa pubblica pari a 3,8 miliardi di euro¹⁰. Ciò comporterebbe un risparmio di circa 2,2 miliardi di euro grazie all'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)¹¹, alla cartella clinica elettronica e alla dematerializzazione dei referti. Tali attività, oltre ad una riduzione dei costi di stampa, permetterebbero anche un risparmio di tempo per il personale medico e infermieristico. La già menzionata gestione informatizzata dei farmaci, che consente la riduzione di ricoveri dovuti ad errori evitabili, porterebbe ad un taglio dei costi pari ad oltre 800 milioni di euro. Circa 400 milioni di euro potrebbero essere risparmiati grazie alla consegna dei referti via web e ad un utilizzo razionalizzato degli operatori allo sportello. Il risparmio attribuito, invece, all'introduzione stabile della prenotazione online delle prestazioni è pari a 160 milioni di euro, mentre la presenza sul territorio di *data center* e la diffusione delle tecniche di virtualizzazione indurrebbe un'ulteriore riduzione dei costi quantificabile in 150 milioni di euro. A questi benefici, occorre, poi, sommare i risparmi economici che verrebbero goduti più direttamente dai cittadini, pari complessivamente a circa 5,4 miliardi di euro e dovuti a varie opportunità aggiuntive: la possibilità di ritirare referti via web (4,6 miliardi di euro); le prenotazioni via

9. Cfr. J. RIFKIN, *The Zero Marginal Cost Society*, Palgrave MacMillan, New York 2014, 62.

10. Cfr. CENSIS-ARSENAL.IT, *Cittadini e sanità digitale*, Fondazione Censis, Roma 2016, 24; CENSIS-IMPRESALAVORO, *Le condizioni per lo sviluppo della Sanità Digitale: scenari Italia-UE a confronto*, Roma 2016, 29;

11. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) include l'insieme dei dati e dei documenti clinici relativi allo stato di salute dell'individuo e derivanti dal rapporto, nel corso dell'esistenza, con i diversi operatori del Sistema Sanitario Nazionale. Tra gli obiettivi principali del FSE, possono annoverarsi la connessione dei diversi luoghi di cura del paziente; la possibilità per il paziente/cittadino di accedere ai propri dati; la programmazione, ma anche il controllo e la valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR); il miglioramento del processo di cura, in termini di prevenzione, diagnosi e prognosi; il sostegno alla ricerca scientifica ed epidemiologica.

web e via telefono delle prestazioni (oltre 600 milioni di euro); la gestione informatizzata dei farmaci (170 milioni di euro)¹².

Concretamente, sempre in Italia, la realizzazione del progetto *Veneto Escape* (*Electronic Signature in Care Activities for Paper Elimination*) ha confermato il potenziale di riduzione dei costi del processo di digitalizzazione sanitaria appena descritto. Questa iniziativa, infatti, finanziata dalla Regione del Veneto e dall'AgID e realizzata negli anni 2009–2012, oggi consente la gestione digitale dei referti sanitari con validità legale, dalla firma alla conservazione dei medesimi, includendo tutte le fasi intermedie: certificazione, archiviazione, estrazione e distribuzione¹³. Grazie a questo servizio, i cittadini possono scaricare i propri referti direttamente da internet, saltando le code allo sportello della propria Azienda sanitaria. I dati raccolti sul progetto confermano i benefici economici di cui si parlava prima, per tutti gli attori coinvolti: le aziende sanitarie hanno recuperato la somma complessiva di 56 milioni di euro nel primo triennio, reinvestendo le risorse per il miglioramento dei servizi; i cittadini avrebbero risparmiato annualmente 120 milioni di euro, eliminando così le spese da sostenere per recarsi fisicamente agli sportelli e ritirare personalmente i referti. Oltre alle stime, dunque, anche l'esperienza conferma l'ampio potenziale di risparmio della digitalizzazione in sanità.

4. Sviluppo e connettività: l'assistenza orientata dal paziente

Spostando l'attenzione sul potenziale contributo del digitale allo *sviluppo* economico, nell'accezione sopra descritta, si possono evidenziare diversi aspetti migliorativi, in termini di qualità della vita del cittadino. Si pensi, ad esempio, alla riduzione dei tempi di refertazione e del margine di errore nella distribuzione del referto stesso. Dal punto di vista clinico, la disponibilità immediata dei dati storici del paziente dovrebbe consentire interventi più tempestivi, nonché permettere di effettuare diagnosi più esatte e prescrivere terapie più rapidamente.

12. Cfr. CENSIS–ARSENAL.IT, *op. cit.*, 25.

13. Cfr. *ivi*, 38–9.

In questa sede, tuttavia, ci si vuole soffermare soprattutto sui risultati significativi ottenuti sul piano dell'*empowerment*. Lo studio già citato del Censis, infatti, sottolinea come, nell'accesso al servizio digitale, il cittadino/paziente venga progressivamente a comprendere l'importanza dell'impiego delle nuove tecnologie a vantaggio della propria salute. Questo è ritenuto un aspetto cruciale, poiché rinvia a quello che è il "tema chiave" della buona sanità digitale, ovvero la centralità dei bisogni e delle aspettative della persona¹⁴. In questo senso, è interessante osservare che la ricerca empirica recente conferma un crescente impulso "dal basso" al processo di digitalizzazione della sanità. Anche in Italia, infatti, nonostante tale processo sia ancora piuttosto frammentato a livello istituzionale e in ritardo rispetto a molti altri paesi europei, sono proprio i cittadini e i medici a sentirsi sempre più coinvolti nell'utilizzo delle nuove tecnologie¹⁵. I cittadini sono aperti ad utilizzare in modo più esteso tecnologie digitali come le mHealth app, per monitorare il proprio stato di salute e lo stile di vita, mentre i medici sono sempre più disposti a servirsi di canali digitali (posta elettronica, messaggi di testo, app), sia per comunicare con i pazienti, sia per aggiornare le proprie competenze.

Ma c'è di più. La sanità digitale, infatti, non solo implica un più facile accesso ai dati del paziente in quanto soggetto di cura, ma anche un più ampio e rapido scambio di informazioni concernenti la salute, la terapia, il farmaco, le opzioni disponibili a livello globale. In questo senso, guardando al potenziale di sviluppo economico — ed umano integrale — della sanità digitale, mi piace riprendere qui la riflessione innovativa e un po' provocatoria dell'economista statunitense Jeremy Rifkin. La tesi di Rifkin, sviluppata nel volume *La società a costo marginale zero*, è che il sistema economico capitalistico sarà sostituito da una nuova modalità di convivenza

14. Cfr. *Ibidem*, 39.

15. La Ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità della *School of Management* del Politecnico di Milano è stata presentata al Convegno "La Sanità alla rincorsa del cittadino digitale", Milano, 4 maggio 2017. V. anche WHO, *mHealth. New horizons for health through mobile technologies*, 2011, http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf [ultimo accesso: 15 novembre 2017].

sociale, che è quella del cd. *Commons collaborativo*¹⁶. A parere di Rifkin, infatti, lo sviluppo innovativo della piattaforma tecnologica, che caratterizzerebbe la “terza rivoluzione industriale”¹⁷, sta progressivamente favorendo la realizzazione di una “grande struttura integrata”, che Rifkin definisce l’*Internet delle Cose*, o *Internet of Things*, abbreviato con l’acronimo “IoT”¹⁸. Attraverso l’infrastruttura della rete, l’*Internet delle Cose* consente di connettere fra loro diversi *devices*, capaci di inter-comunicare e di adattare la propria operatività ai dati e alle informazioni che ricevono. Questa tipologia di infrastruttura sta trasformando profondamente anche il funzionamento dei sistemi economici, facilitando lo scambio e azzerando il costo marginale di produzione di numerosi beni e servizi — inclusi quelli sanitari — che quindi, di fatto, diventano quasi gratuiti e scambiabili attraverso il *Commons collaborativo*.

A prescindere dalla piena condivisione dell’approccio proposto da Rifkin, l’aspetto positivo che si vuole enfatizzare in questa sede è legato soprattutto alle nuove possibilità di comunicazione e di scambio di informazioni che questa infrastruttura offre ai membri della società. In essa, infatti, il sociologo polacco Bauman vede aprirsi la possibilità di un superamento della logica consumistica e mercantile di una società basata sulla competizione, a favore di una logica della collaborazione¹⁹. L’*Internet delle Cose*, infatti, promuove

16. Z. BAUMAN, C. GIACCARDI, M. MAGATTI, *Il destino della libertà*, Città Nuova, Roma 2016, 45.

17. Rifkin specifica che la “terza rivoluzione industriale” è caratterizzata da una fusione tra l’*internet delle comunicazioni (Communications Internet)*, l’*internet delle energie rinnovabili (Energy Internet)* e l’*internet della logistica e dei trasporti automatizzati (Logistics Internet)*, che vanno a convergere in un unico sistema operativo, che favorisce, tra l’altro, la distribuzione globale di beni e servizi (cfr. J. RIFKIN, *op. cit.*, 20).

18. L’espressione *Internet delle Cose*, peraltro, fu coniata da Kevin Ashton — uno dei fondatori del *Massachusetts Institute of Technology (MIT)* — già nel 1995. Tuttavia, l’allora limitato sviluppo tecnologico, relativo specialmente al protocollo di *internet*, non permise di procedere alla costruzione di un’adeguata infrastruttura. In generale, l’*Internet delle Cose* identifica la capacità di oggetti fisici di varia natura di collegarsi alla rete grazie a sistemi wireless e di inviare, ricevere e collezionare molteplici dati, avviando così un costante scambio informativo (cfr. J. RIFKIN, *op. cit.*, 63–64).

19. Cfr. Z. BAUMAN, C. GIACCARDI, M. MAGATTI, *op. cit.*, 51. Bauman afferma che “la questione centrale che investe la libertà nel mondo contemporaneo” è rappresentata “dall’alternativa tra il concetto di *competizione* e quello di *solidarietà*”, presupponendo quest’ultima la convinzione che uomini e donne possano vivere insieme in modo collaborativo, cercando di diventare così tutti più felici (cfr. *ibidem*, 37).

la costruzione di una rete di relazioni socioeconomiche animate da interessi collaborativi e dal desiderio di “collegarsi” con gli altri. In questo senso, pur con tutte le limitazioni del caso, si potrebbe pensare al *Commons collaborativo* come ad una particolare espressione di quella “globalizzazione dell’umanità in termini di relazionalità”, elemento fondamentale dell’*humanum*, di cui parla Benedetto XVI nell’enciclica sociale *Caritas in Veritate*²⁰.

Nell’ambito più specifico della sanità, questa spinta all’aggregazione ha già dato vita a numerose organizzazioni che si occupano della cura della salute. Non solo l’individuo ha più facilmente accesso a informazioni su diagnosi, terapie, modalità di prevenzione — anche grazie a quella serie di tecnologie mobili e wireless, già menzionate, che favoriscono il raggiungimento di obiettivi di salute individuale, ma lo stesso Rifkin indica l’esistenza di un numero crescente di persone coinvolte in *networks*, che si propongono di sostenere quella che l’economista statunitense definisce “un’assistenza sanitaria orientata dal paziente”²¹. Oggi le persone sono disposte a condividere nel *Commons* anche informazioni che riguardano una sfera intima come la propria salute. Senza voler trascurare gli inevitabili rischi di tale attitudine, qui si desidera piuttosto porre l’attenzione sulle conseguenze positive — in termini socio-economici — di questa più vasta “offerta informativa”. Essa, infatti, rende universalmente disponibile una voluminosa quantità di notizie su sintomi, diagnosi e terapie, che possono contribuire a consolidare il “consenso informato” del paziente. Quest’ultimo assume una più preminente posizione di “soggetto attivo” nel processo di cura, essendo più consapevole, più preparato e più coinvolto. Molti sono pure coloro che si rendono disponibili a collaborare a programmi di ricerca per l’individuazione di nuovi trattamenti, o ad impegnarsi in gruppi di mutuo sostegno, specialmente nell’area delle malattie rare e neglette. Secondo alcuni, questa applicazione dell’orientamento che viene definito di “salute partecipata”, finisce per favorire la rapida disseminazione di informazioni utili anche alla ricerca e a

20. Cfr. BENEDETTO XVI, Lettera enciclica *Caritas in veritate*, 42; 55.

21. Cfr. J. RIFKIN, *op. cit.*, 189ss. Cfr. anche WHO, *From Innovation to Implementation – eHealth in the WHO European Region*, 2016; ID., *mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies*, 2011.

costi ridotti²². È bene aggiungere che le informazioni disponibili grazie ai *Big Data* consentono anche, come rilevato da alcuni ricercatori, di raccogliere e diffondere informazioni di rilievo in tempi molto più veloci, facilitando potenzialmente lo stesso intervento di cura²³. I modelli analitici e predittivi elaborati attraverso *Big Data* ed algoritmi, ormai progressivamente utilizzati in ogni ambito professionale, possono quindi dare un contributo particolarmente importante in quello sanitario, soprattutto nelle attività di ricerca e di prevenzione.

Sotto questo aspetto, pertanto, il *Commons collaborativo* va a modificare profondamente la relazione medico-paziente, tradizionalmente intesa come relazione di natura essenzialmente personale e privata. Innanzitutto, sul piano socio-economico, questa condivisione globalizzata ha un effetto importante su quella "asimmetria informativa" che caratterizza la prestazione sanitaria in quanto bene pubblico. Nel mercato della sanità, infatti, spesso i pazienti non sono in grado di valutare la qualità della prescrizione ricevuta, che ha origine da un sapere tecnico altamente specifico e raramente condiviso. La teoria economica, infatti, individua nell'asimmetria informativa un tipico caso di "fallimento del mercato", che si verifica quando non tutti gli operatori coinvolti hanno accesso alle stesse informazioni²⁴. Nella relazione medico-paziente o, più genericamente, operatore sanitario-paziente, sappiamo che ciò può indurre

22. Cfr. G. FRYDMAN, "Patient-Driven Research: Rich Opportunities and Real Risks", in *Society for Participatory Medicine* 1 (2009) e12, <https://participatorymedicine.org/journal/evidence/reviews/2009/10/21/patient-driven-research-rich-opportunities-and-real-risks/> [ultimo accesso: 14 novembre 2017]. Cfr. anche L. HOOD, C. AUFRAY, "Participatory medicine: a driving force for revolutionizing healthcare", in *Genome Medicine* 5 (5/2013) 110, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978637/pdf/gm514.pdf> [ultimo accesso: 12 novembre 2017].

23. Cfr. G. FRYDMAN, *op. cit.* Rifkin riporta, in particolare, l'esperienza di Google che, nel 2013, riuscì ad identificare i luoghi dove la patologia influenzale si stava diffondendo allora a livello epidemico, analizzando le modalità di ricerca e degli utenti su internet (parole chiave, temi correlati, ecc.).

24. Altri "fallimenti di mercato" individuati dalla teoria economica sono i beni pubblici, le esternalità e la concorrenza imperfetta. In tutti questi casi, il mercato si dimostra incapace di ristabilire in maniera autonoma la piena efficienza e, dunque, il proprio equilibrio. Sul tema, cfr. F. MARZANO, *op. cit.*, 80-6; anche G.A. DEI TOS, *Etica ed economia nell'organizzazione sanitaria*, Messaggero, Padova 2014, 98-104.

anche ad un certo paternalismo da una parte e, dall'altra, ad una certa passività. Il *Commons collaborativo* incide direttamente su questo tradizionale "rapporto di agenzia" tra medico e paziente. Al contrario, infatti, la connessione tra pazienti, o familiari di pazienti colpiti da una particolare patologia, ha spesso portato ad un progressivo superamento dell'isolamento, e alla diffusione di una maggiore sensibilità verso una particolare patologia, forse trascurata dalla ricerca convenzionale. Il contributo di alcune organizzazioni di questo tipo, particolarmente attive su internet e sui social media, ha, di fatto, favorito modalità di collaborazione inattese, che si sono dapprima avviate in maniera spontanea, e che, in certi casi, sono poi state sostenute da importanti Istituti di ricerca, come la *Harvard Medical School* o il *Massachusetts Institute of Technology* (MIT)²⁵.

Pertanto, nell'esperienza riportata da Rifkin, si può intravedere come lo scambio digitale delle conoscenze abbia stimolato, soprattutto nel settore sanitario, lo sviluppo di una nuova cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti nel processo di cura: pazienti, familiari, medici, ricercatori. Altrettanto rilevante è che per i soggetti più vulnerabili — pazienti e familiari — queste nuove forme collaborative hanno offerto maggiore spazio per l'ascolto, per la condivisione delle proprie esperienze, e per la scoperta di un sostegno "tra pari". In questa circostanza, si può forse parlare di una digitalizzazione che può evolversi rimanendo "paziente-centrica" e favorendo la responsabilizzazione del paziente stesso, come auspicato anche dalla Commissione Europea nel *Piano d'Azione eHealth 2012–2020*²⁶. Questo processo, che riduce rapidamente il gap informativo tra il paziente e il medico, non mira tanto a sottostimare la competenza di quest'ultimo, quanto a favorire l'interazione *con* pazienti e *tra* pazienti, che in questo modo sono facilmente educati alla conoscenza di una certa patologia, in termini di trattamenti, protocolli, effetti collaterali e risposte adeguate. Si tratta, quindi, una modalità di relazione che sembra aprire nuove opportunità per il paziente di contribuire direttamente al processo di cura, partecipandovi più

25. Rifkin menziona, in modo specifico, alcune organizzazioni molto popolari sul web: PatientsLikeMe, The Association of Cancer Online Resources (ACOR), the LAM Foundation, Cure Together, the Life Raft Group, the Organization for Autism Research, the Chordoma Foundation, and LMSarcoma Direct Research.

26. Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *eHealth Action Plan 2012–2020*, 6.

attivamente. Dal punto di vista del magistero sociale della Chiesa, queste nuove modalità di interscambio e connettività, che nascono nell'ambito della sanità digitale, possono dimostrarsi la realizzazione pratica di *una* tipologia di quelle "reti comunitarie" che papa Francesco ritiene l'unica risposta possibile ai problemi sociali²⁷, fondate su un dinamismo di natura essenzialmente cooperativa.

5. Sviluppo e innovazione tecnologica

Un ultimo aspetto che occorre almeno menzionare, in questa breve riflessione sulle opportunità di sviluppo create dalla sanità digitale, è legato all'innovazione tecnologica e, in particolare, alla robotica, già inclusa anche nell'*eHealth Action Plan 2012–2020*. Allora la Commissione Europea aveva segnalato che questo settore ICT costituiva un segmento di peculiare interesse e intorno ad esso intendeva promuovere una più stretta collaborazione tra attori privati, pubblici e legati al mondo accademico e della ricerca. D'altra parte, in termini economici, il valore del mercato della robotica viene stimato in 15,5 miliardi di euro all'anno, 3 miliardi dei quali nell'Unione Europea. La stessa Unione ha già destinato 700 milioni di Euro ad una nuova partnership tra pubblico e privato (SPARC), facendo leva finanziaria su un ulteriore contributo di 2 miliardi di euro di investimenti privati in questo settore²⁸.

In un recente rapporto alla Commissione Europea, Roberto Viola, Direttore Generale per Comunicazione Digitale e Tecnologie presso la Commissione Europea a Bruxelles (DG-Connect), ha ribadito il ruolo dell'Europa nello sviluppo di questo settore e dell'intelligenza artificiale (IA)²⁹. Si pensi, ad esempio, ai benefici apportati dalle nuove tecnologie fondate su interfacce cervello-computer (BCI), per la riabilitazione dei pazienti post-ictus — e, in generale, dei pazienti affetti da patologie neurologiche con disturbi dell'equilibrio e della postura — e per la comunicazio-

27. Cfr. FRANCESCO, Lettera enciclica *Laudato si'*, 219.

28. EUROPEAN COMMISSION, *op. cit.*

29. Cfr. R. VIOLA, *The future of robotics and artificial intelligence in Europe*, 16 febbraio 2017, <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/blog/future-robotics-and-artificial-intelligence-europe> [ultimo accesso: 20 novembre 2017].

ne aumentativa dei pazienti con gravi difficoltà d'interazione con l'ambiente³⁰. Accanto a queste, altre tecnologie hanno cominciato ad essere integrate nei percorsi di riabilitazione, in particolare le soluzioni robotiche utilizzate con pazienti con lesioni del midollo spinale, come piattaforme di movimento con sgravio del peso corporeo, e gli esoscheletri, come il *Rewalk*, che consentono a persone prive della funzionalità motoria negli arti inferiori di tornare a stare in piedi³¹.

Inoltre, cresce l'importanza dei robot cosiddetti "collaborativi" (*co-bot*) e di servizio, destinati cioè ad attività di supporto dell'essere umano, in particolare, ad esempio, nel campo della chirurgia, della già citata riabilitazione, o di operazioni di assistenza all'anziano, che spesso si trova a vivere da solo. In Giappone, Paese con un'aspettativa di vita tra le più alte del mondo (oltre 83 anni), l'utilizzo di robot per l'assistenza di persone anziane è ormai da anni obiettivo di investimenti anche pubblici, implementato sia a livello domiciliare, che all'interno di case di cura specializzate³². Senza potersi soffermare qui sulle complesse implicazioni etiche di queste politiche, va sottolineato come lo stesso Viola abbia recentemente tenuto a specificare che, in ambito sanitario, l'obiettivo dello sviluppo della robotica non deve (e non può) essere quello di sostituire l'essere umano, quanto piuttosto quello di liberarlo dal carico di certe attività "secondarie", permettendogli di concentrarsi su quelle più essenziali. Così, per sua stessa ammissione, un'infermiera in ospedale non dovrebbe dover spendere il proprio tempo trasportando biancheria da un reparto all'altro, ma potrebbe essere libera di dedicarsi completamente al benessere del paziente,

30. Cfr. FONDAZIONE SANTA LUCIA, *Intervista a Roberto viola, Direttore DG Connect*, 9 febbraio 2017, <http://www.hsantalucia.it/news/intervista-roberto-viola-direttore-dg-connect> [ultimo accesso: 22 ottobre 2017].

31. Anche la rivoluzione tecnologica della stampa 3D ha importanti effetti nell'ambito medico. Queste nuove tecnologie, infatti, rendono possibile la progettazione di prodotti realizzati specificamente per utenti colpiti da differenti disabilità, tra cui la produzione di bracci che possono coadiuvare nelle attività quotidiane persone con difficoltà agli arti superiori. Peraltro, la tecnologia della stampa 3D è oggi sperimentata anche nella riproduzione di organi e tessuti, che in futuro potrebbe indurre una riduzione molto significativa dei costi dei trapianti (cfr. RIFKIN, *op. cit.*, 193-194).

32. N. MURAMATSU, H. AKIYAM, "Japan: Super-Aging Society Preparing for the Future", in *The Gerontologist* 51 (2011) 425-432.

se queste mansioni fossero demandate a dei robot³³. In tal senso, pertanto, la robotica può apportare un contributo di rilievo anche nelle attività sanitarie di natura logistica e più onerose dal punto di vista fisico.

6. Conclusione

Queste brevi riflessioni si proponevano di mostrare alcune delle innegabili potenzialità positive della sanità digitale, particolarmente in termini di:

- crescita economica ed efficienza quantitativa, legata soprattutto alla dematerializzazione dei dati sanitari, ma anche ad una riduzione dello spreco di risorse indotto dall'errore umano, specialmente nei processi organizzativi e nella pianificazione delle attività;
- sviluppo all'interno del sistema sanitario in termini qualitativi, enfatizzandone qui due elementi essenziali:
 - 1) la diffusione della cd. sanità partecipata e paziente-centrica e, dunque, di un accesso facilitato alle informazioni da parte dell'individuo, più informato e più consapevole nel momento di operare delle scelte sulla propria salute, ma anche del medico e dell'operatore sanitario, con potenziale beneficio per la ricerca;
 - 2) il contributo dell'innovazione tecnologica come supporto all'essere umano, per lo svolgimento di attività di cura primarie e secondarie.

Ovviamente restano molte questioni aperte. Innanzitutto, la maggiore connettività e la diffusione di reti informative sempre più complesse certamente richiederanno investimenti finanziari, pubblici e privati, diretti a potenziare quelle infrastrutture che rendono possibile l'*open sourcing*, consentono l'interoperatività dei sistemi e costituisco-

33. Cfr. R. VIOLA, *op. cit.*

no il “substrato” necessario dell’*Internet delle Cose*³⁴. Inoltre, l’accesso pubblico ad una quantità enorme di informazioni riguardanti un argomento delicato come la salute, in passato riservato alla relazione privata medico–paziente–famiglia, richiederà la formulazione di adeguati protocolli, che consentano al paziente di selezionare le informazioni affidabili, per poter compiere le proprie scelte in maniera realmente informata, e proteggendolo dal rischio di sfruttamento e di frode a sfavore dei più vulnerabili³⁵. Di qui anche l’esigenza di un più stretto monitoraggio di ciò che “circola” sull’*Internet delle Cose*, che preservi la privacy della persona, ma anche il diritto di informazione, accanto al diritto di tutela della salute.

Un altro aspetto importante a cui prestare attenzione sarà quello delle disuguaglianze, perché lo sviluppo della sanità digitale è soggetto alle limitazioni del *digital divide*. Qui non si tratta di guardare solo alla possibilità per l’individuo di acquistare o avere accesso ad adeguati strumenti tecnologici, quali ad esempio il personal computer o il telefono cellulare, ma anche alla possibilità di ricevere adeguata informazione su come utilizzare determinati strumenti, cercare e selezionare le informazioni necessarie. Il *digital divide*, infatti, è legato non solo all’acquisizione di determinati strumenti, ma anche di quelle conoscenze e sensibilità — incluse quelle culturali — che consentono di utilizzare in modo appropriato detti strumenti e promuovono la responsabilizzazione. Il superamento di questa tipologia di disuguaglianza implica, quindi, un processo educativo da estendere, pur in modo differenziato, a tutte le fasce di età e a tutti i segmenti della popolazione, soprattutto quelli più deboli e oggetto di inequità³⁶.

34. In Italia, nel 2015 il Governo ha approvato la “Strategia Italiana per la banda ultralarga”, rivolta a garantire infrastrutture adeguate sul territorio, come richiesto dall’*Agenda Digitale Europea 2020*. L’obiettivo duplice è quello di garantire all’85% della popolazione servizi a velocità superiori a 100Mbps e al 100% dei cittadini l’accesso alla rete internet ad una velocità minima di 30Mbps.

35. Cfr. anche A. COVELLI, *Verso una cultura dell’inclusione. Rappresentazioni mediiali della disabilità*, Aracne, Ariccia 2016, 163–178; M. CARROGGIO, “Lo scenario digitale: una comunicazione a cerchi concentrici”, in G. TRIDENTE, B. MASTROIANNI (a cura di), *La missione digitale*, EDUSC, Roma 2016, 19–39.

36. K. LATULIPPE et al., “Digital Divide and Social Health Inequalities”, in *Journal of Medical Internet Research* (2017) 19 e136, <http://www.jmir.org/2017/4/e136/> [ultimo accesso: 12 novembre 2017].

Infine, la sfida forse più profonda per il futuro — che a mio avviso concerne la sanità digitale in tutti i suoi aspetti e in tutte le sue espressioni, dalla dematerializzazione dei dati all’implementazione della robotica, poiché riguarda l’approccio con cui ci si pone verso l’utilizzo degli strumenti tecnici che abbiamo e avremo a disposizione — è quella di introdurre e preservare l’elemento della relazionalità nel processo di digitalizzazione. Se, infatti, è importante riconoscere nella storia il fondamentale ruolo di mediazione sociale della tecnologia e della ricerca, nel combattere le malattie e nello scoprire nuove cure per preservare la salute umana³⁷, l’elemento della relazionalità resta il fulcro del processo di cura e ne costituisce un aspetto imprescindibile, specialmente laddove al concetto di salute individuale vengono attribuite caratteristiche che superano la funzionalità fisica dell’organismo e presuppongono una molteplicità di fattori immateriali, di natura emotiva, psicologica e spirituale. Questo resta un fattore di centrale rilevanza, da contrapporre alla logica del “paradigma tecnocratico” dominante, che applica l’ideologia di una tecnologia trasformativa e manipolativa indistintamente alle cose e alle persone, senza tener conto dei limiti ad esse inerenti³⁸. Come si è detto, infatti, la relazionalità è parte essenziale ed ineliminabile dell’*humanum*. Se è vero che anche in campo sanitario la tecnica continua a porre rimedio ad innumerevoli mali che affliggono l’essere umano, migliorandone la qualità della vita, egli resta l’unico capace di limitarla e di orientarla, mettendola “al servizio di un altro tipo di progresso, più sano, più umano, più sociale e più integrale”³⁹.

37. Cfr. PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA GIUSTIZIA E DELLA PACE, *Compendio della Dottrina Sociale della Chiesa*, 476–8; v. anche E. SGRECCIA, *Manuale di Bioetica*, vol. II, Vita e Pensiero, Roma 2011, 5.

38. Cfr. FRANCESCO, *op. cit.*, 101–3; BENEDETTO XVI, *op. cit.*, 68–77; R. PETRINI, “Feminine Qualities against the Technocratic Paradigm: A Catholic Social Perspective on Women’s Contribution to Fraternity”, in *Pro Dialogo* 154 (2017) 52–65.

39. FRANCESCO, *op. cit.*, 112.

Salute digitale e privacy

CHIARA ARIANO*

1. Salute digitale e protezione dei dati personali

La salute¹ digitale potrebbe essere definita come il miglioramento e la trasformazione dell'organizzazione sanitaria mediante l'introduzione intensiva di tecnologie digitali emergenti.

In particolare, attraverso le tecnologie digitali è possibile raccogliere i dati sanitari² in tempo reale.

* Professore invitato di Biogiuridica, Istituto Camillianum.

1. Il diritto alla salute trova necessario fondamento in un concetto di salute. La filosofia della medicina ha molto riflettuto sulla nozione di salute, cura e patologia. Secondo alcuni la salute è definibile in relazione al dato esperienziale di ciascuno e all'idea assolutamente personale di felicità (Nordenfelt). Sul piano meramente biologico, la salute sarebbe invece una qualità necessaria all'organismo per collocare il proprio fine nell'ambiente (Calguilhem). Per Engelhardt salute e malattia traggono origine, fondamentalmente, dai prototipi dell'umano, stabiliti dalla cultura predominante. Della salute potremmo dire che rappresenta un concetto multiplo (perché consente diverse prospettive), relativo (perché dipende dalla situazione, dal tempo e dalle circostanze, da chi lo definisce e da chi lo applica), complesso (perché implica moltitudini di fattori, alcuni dei quali essenziali altri no, a secondo del punto di vista che si adotta) e aperto (perché in continua evoluzione). Nella tradizione classica si riteneva necessario conoscere prima l'Uomo per poi apprendere il suo stato di salute.

2. I dati sanitari sono informazioni personali atte a rivelare lo stato di salute, fisico e mentale, di una persona. Sono considerati dati sanitari anche i dati genetici, e le fotografie scattate a fini di interventi chirurgici.

In questo senso i *Big Data*³ inaugurano una nuova era di cura, volta all'ottimizzazione delle prestazioni inerenti i servizi alla salute, offrendo opportunità — tanto in ambito diagnostico come nel trattamento di molteplici problemi di salute — di fornire una medicina personalizzata, predittiva, preventiva e partecipativa. Si prevede che, al 2020, circa l'80% dei dati sanitari sarà raccolto e analizzato attraverso il cloud e il suo archivio digitale⁴.

Questo è indubbiamente un fenomeno positivo e quindi da vedere con favore, ma se consideriamo la particolare sensibilità di alcune informazioni, può risultare particolarmente complessa la gestione integrata delle stesse, soprattutto nel caso in cui il soggetto privato non abbia autorizzato l'accesso ai propri dati.

La protezione dei dati personali — proprio in questa prospettiva — è stata oggetto di un'importante riforma a livello europeo mediante un pacchetto che si compone di due atti normativi la Direttiva 2016/680/CE (c.d. Direttiva Polizia)⁵ ed il Regolamento 2016/679/UE⁶.

Come è noto, il Regolamento europeo per la protezione dei dati personali è entrato in vigore lo scorso 24 maggio, la sua disciplina diventerà direttamente applicabile in tutti gli Stati Membri dell'Unione europea a partire dal 25 maggio 2018.

3. Sebbene il termine *big data* sia relativamente nuovo, la tendenza a raggruppare e immagazzinare ampi volumi di informazioni, per un eventuale analisi futura, è meno recente. Il concetto prende piede nei primi anni 2000 quando Doug Laney, analista di settore, formula la ormai nota definizione delle tre V dei *big data*: *Volume*. Le organizzazioni raccolgono dati da una grande varietà di sorgenti, incluse transazioni finanziarie, social media, sensori o machine-to-machine. *Velocità*. I dati fluiscono ad una velocità senza precedenti e vanno perciò gestiti in maniera tempestiva. *Varietà*. I dati arrivano in qualsiasi tipo di formato — da dati strutturati e numerici in database tradizionali a non strutturati come: documenti di testo, email, video, audio, dati ticker e transazioni finanziarie.

4. Conferenza Stato-Regioni, Patto per la Sanità Digitale, Documento Programmatico, 2014.

5. Direttiva (UE) 2016/680 del 27 aprile 2016 relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali da parte delle autorità competenti a fini di prevenzione, indagine, accertamento e perseguimento di reati o esecuzione di sanzioni penali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la decisione quadro 2008/977/GAI del Consiglio.

6. Tale Regolamento si inserisce all'interno di quello che, insieme alla Direttiva 2016/680, è stato definito il "Pacchetto europeo protezione dati".

Le strutture sanitarie pubbliche e private dovranno, in tale contesto, adempiere ai numerosi nuovi adempimenti previsti dal regolamento 679 (c.d. GDPR); adempimenti non esclusivamente formali bensì aventi lo scopo di raggiungere una chiara digitalizzazione dei processi e dei documenti, in pieno rispetto della privacy.

Il Regolamento pone l'accento sulla "responsabilizzazione" (*accountability*) di titolari e responsabili del trattamento dei dati per ciò che concerne l'adozione di comportamenti proattivi tali da dimostrare la concreta adozione di misure finalizzate ad assicurare l'applicazione del regolamento⁷.

Al titolare della protezione dei dati viene affidato il compito di decidere autonomamente le modalità, le garanzie e i limiti del trattamento dei dati personali — nel rispetto delle disposizioni normative e alla luce di alcuni criteri specifici indicati nel regolamento⁸.

L'art. 25 del Regolamento innova, dunque, l'organizzazione del trattamento dati disciplinando sin dall'inizio le garanzie indispensabili alla tutela degli interessati con modalità direttamente proporzionali all'ambito ove il trattamento si svolge.

Ovviamente — seguendo le indicazioni del Garante — la tutela deve essere garantita sia al momento di determinare le linee essenziali del trattamento sia all'atto del trattamento stesso⁹ ed esige, di conseguenza, un'azione concreta ad opera dei titolari che deve essere articolata in una serie di attività specifiche, individuando sempre il rischio inerente al trattamento¹⁰.

Rischio che — ai sensi degli artt. 35–36 — deve essere valutato attraverso un congruo lavoro di verifica, evidenziando i rischi già noti e ponendo in essere misure tecniche e organizzative (anche di sicurezza) che il titolare ritiene di dover adottare per mitigare tali rischi¹¹.

7. Si vedano gli artt. 23–25, in particolare, e il Capo IV del regolamento.

8. Cfr. *Guida all'applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali*, Garante Privacy su <http://www.garanteprivacy.it/approccio-basato-sul-rischio-e-misure-di-accountability-responsabilizzazione-di-titolari-e-responsabili>.

9. Cfr. secondo quanto afferma l'art. 25(1) del regolamento.

10. Cfr. *Guida all'applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali*, cit.

11. La *Guida all'applicazione del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali* specifica anche che: "Dopo questa opportuna valutazione, il titolare potrà decidere in autonomia se iniziare il trattamento (avendo adottato le misure idonee a mi-

Atteso tale principio tutti i titolari e i responsabili del trattamento saranno dunque tenuti a gestire la propria organizzazione in modo da tutelare, in ogni fase del trattamento, la piena conformità al trattamento, nonché raccogliere prove documentali per dimostrarla¹². Prove che potranno essere anche cartacee ma, soprattutto, in formato digitale¹³.

In tale contesto un ruolo fondamentale — accanto al requisito di efficacia delle misure di sicurezza adottate — è riconosciuto al registro delle attività di trattamento; adempimento obbligatorio

(per garantire sufficientemente il rischio) ovvero consultare l'autorità di controllo competente per ottenere indicazioni su come gestire il rischio residuale; l'autorità non avrà il compito di "autorizzare" il trattamento, bensì di indicare le misure ulteriori eventualmente da implementare a cura del titolare e potrà, ove necessario, adottare tutte le misure correttive ai sensi dell'art. 58: dall'ammonimento del titolare fino alla limitazione o al divieto di procedere al trattamento. Dunque, l'intervento delle autorità di controllo sarà principalmente "ex post", ossia si collocherà successivamente alle determinazioni assunte autonomamente dal titolare; ciò spiega l'abolizione a partire dal 25 maggio 2018 di alcuni istituti previsti dalla direttiva del 1995 e dal Codice italiano, come la notifica preventiva dei trattamenti all'autorità di controllo e il cosiddetto *prior checking* (o verifica preliminare: si veda art. 17 Codice), sostituiti da obblighi di tenuta di un registro dei trattamenti da parte del titolare/responsabile e, appunto, di effettuazione di valutazioni di impatto in piena autonomia. Peraltro, alle autorità di controllo, e in particolare al "Comitato europeo della protezione dei dati" (l'erede dell'attuale Gruppo "Articolo 29") spetterà un ruolo fondamentale al fine di garantire uniformità di approccio e fornire ausili interpretativi e analitici: il Comitato è chiamato, infatti, a produrre linee-guida e altri documenti di indirizzo su queste e altre tematiche connesse, anche per garantire quegli adattamenti che si renderanno necessari alla luce dello sviluppo delle tecnologie e dei sistemi di trattamento dati".

12. Il Codice della Privacy nella parte dedicata ai dati personali in ambito sanitario individua, in primo luogo, l'ambito soggettivo di applicazione e le due categorie destinatarie della disciplina: 1. esercenti le professioni sanitarie; 2. organismi sanitari. La prima categoria ricomprende i medici-chirurghi, soggetti che esercitano un'attività medica per la quale è richiesto un titolo di studio, un'abilitazione da parte dell'Autorità Pubblica e, se necessario, l'iscrizione in un apposito albo. Sono esclusi dall'applicazione della normativa: gli esercenti le cosiddette arti ausiliarie (tecnico ortopedico, igienista dentale, infermiere, ostetrico, fisioterapista, logopedista ecc.) e i praticanti la "medicina alternativa" (per esempio chiropratica, neuropatia), quando non sono in possesso del titolo e dell'abilitazione all'esercizio della professione medica. Nella seconda categoria ricadono le ASL, le ASO, gli enti di ricerca e sperimentazione medica e i centri di ricerca e sperimentazione medica e i centri di igiene ambientali pubblici, i servizi di prevenzione e sicurezza sul lavoro.

13. Cfr. *Il ruolo del Data Protection Officer anche in Italia è obbligatorio per la pubblica amministrazione e in ambito privato: pubblicate le linee guida del Gruppo europeo dei Garanti privacy*, in <http://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/avvocatoAffari/mercatiImpresa/2016-12-21>.

e simile in alcuni aspetti al Documento Programmatico per la Sicurezza e alla notifica del trattamento¹⁴, entrambi già previsti dal Codice della Privacy.

La protezione dei dati personali richiede, quindi, una corretta distribuzione di compiti e di responsabilità; temi affrontati anche dalla Legge Gelli¹⁵.

La legge Gelli, infatti, ha avuto il merito di introdurre il principio della privacy strettamente connesso alla sicurezza al fine di tutelare i dati gestiti dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

Nel testo normativo, il principio della privacy è interpretato¹⁶ riprendendo il modello della legge 241/90 garantendo al paziente l'accesso, entro un determinato termine, alla sua documentazione sanitaria.

Naturalmente questo implicherà un notevole impegno per le strutture sanitarie che dovranno assumere la riorganizzazione dei processi gestionali attraverso l'implementazione di veri e propri

14. L'art. 13 del Codice della Privacy stabilisce che, prima di procedere alla raccolta dei dati, deve essere fornita all'interessato l'informativa relativa all'utilizzo futuro dei dati che vengono richiesti per finalità sanitarie. Effettuata tale operazione, il trattamento dei dati si svolge tramite: 1. raccolta: deve essere azionata con la massima cura verificandone l'esattezza, la completezza e la pertinenza rispetto alla finalità del trattamento; 2. registrazione dei dati (su dischetti, cartelle ecc.); 3. conservazione dei documenti in cui sono contenuti i dati in archivi con accesso controllato. Il responsabile del trattamento può adottare i provvedimenti necessari affinché venga escluso un accesso ad archivi ed a dati da parte di soggetti che non siano incaricati del trattamento; 4. utilizzo: i dati sensibili devono essere utilizzati solo da chi è espressamente incaricato al trattamento; 6. comunicazione: si intende "il dare conoscenza dei dati personali a uno o più soggetti determinati diversi dall'interessato, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione". I dati sensibili possono essere comunicati a soggetti determinati solo ove sia espressamente previsto da una legge che autorizzi tale operazione in conformità al parere del Garante per la protezione dei dati personali; 7. diffusione: far conoscere i dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

15. Legge Gelli (Legge n. 24/2017) recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, introduce nuovi requisiti di trasparenza, riorganizzazione e digitalizzazione dei processi a favore della salute dei pazienti. Cfr. *Nuove disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, di responsabilità professionale, di trasparenza, riorganizzazione e digitalizzazione dei processi a favore della salute dei pazienti, maggiore importanza al momento della prevenzione e gestione del rischio. Ecco cosa cambia*, Fabio Di Resta e Gianluca Savino, <https://www.agendadigitale.eu/sanita/tutte-le-novita-della-legge-gelli-per-sanita-digitale-privacy-e-gestione-del-rischio>.

16. In ambito sanitario.

modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di risk management, volti a garantire la disponibilità dei dati sanitari, in tempi stabiliti e in molti casi ridotti rispetto al passato¹⁷.

Il dato sanitario concerne quanto di più intimo vi possa essere e la sua eventuale perdita, sottrazione o alterazione come ha spiegato anche Antonio Soro, Garante per la protezione dei dati personali — pone a rischio la persona, esponendola a gravi discriminazioni. Ma, soprattutto, la vulnerabilità del dato sanitario rischia di determinare errori diagnostici o terapeutici, con conseguenze anche letali¹⁸.

Proprio in relazione a questo, le Linee Guida in tema di Dossier Sanitario¹⁹ hanno prescritto alle strutture sanitarie di comunicare al Garante le violazioni dei dati o gli incidenti informatici che potrebbero avere un impatto significativo sulla privacy dei dati personali trattati tramite il dossier sanitario²⁰.

Le linee guida suggeriscono inoltre specifiche misure di sicurezza considerata la delicata natura dei dati e dei trattamenti sottostanti. In particolare, il titolare del trattamento deve: adottare idonei sistemi di autenticazione e di autorizzazione volti a garantire un accesso selettivo al dossier sanitario fondato sul principio di

17. Cfr. *Nuove disposizioni in materia di sicurezza delle cure*, cit.

18. Cfr. Garante per la protezione di dati personali, Relazione 2015.

19. Scopo delle Linee guida è definire un quadro di riferimento unitario per il corretto trattamento dei dati raccolti nei dossier, già istituiti o che si intendono istituire, da parte di strutture sanitarie pubbliche e private. Il provvedimento del Garante, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 164 del 17 luglio 2015, stabilisce, in particolare, che ai pazienti deve essere consentito di scegliere, in piena libertà, se far costituire o meno il dossier sanitario. In assenza del consenso il medico avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dal paziente o in precedenti prestazioni fornite dallo stesso professionista. La mancanza del consenso non deve incidere minimamente sulla possibilità di accedere alle cure richieste. Per poter inserire nel dossier informazioni particolarmente delicate (infezioni Hiv, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, dati relativi ad atti di violenza sessuale o pedofilia) sarà necessario un consenso specifico. Per consentire al paziente di scegliere in maniera libera e consapevole, la struttura dovrà informarlo in modo chiaro, indicando in particolare, chi avrà accesso ai suoi dati e che tipo di operazioni potrà compiere. La struttura sanitaria inoltre, dovrà garantire al paziente l'esercizio dei diritti riconosciuti dal Codice privacy (accesso ai dati, integrazione, rettifica, etc.) e la conoscenza del reparto, della data e dell'orario in cui è avvenuta la consultazione del suo dossier. Al paziente dovrà essere garantita anche la possibilità di "oscurare" alcuni dati o documenti sanitari che non intende far confluire nel dossier.

20. Cfr. *Sicurezza digitale. Le norme su privacy e sicurezza in Sanità: tutto ciò che c'è da sapere* in Forum PA 2016, Maria Cristina Daga.

indispensabilità del dato trattato; realizzare sistemi di controllo delle operazioni effettuate sul dossier sanitario (mediante procedure che prevedano la registrazione automatica in appositi file di log degli accessi e delle operazioni compiute); mettere in opera sistemi per il controllo degli accessi anche al database e per il rilevamento di eventuali anomalie che possano configurare trattamenti illeciti, attraverso l'utilizzo di indicatori di anomalie (Alert); separare e cifrare i dati²¹.

2. Criticità

Purtroppo, nel corso degli ultimi anni, il Garante è intervenuto più volte con provvedimenti prescrittivi relativi ai trattamenti di dati personali effettuati da strutture sanitarie pubbliche.

Tali provvedimenti hanno posto in evidenza forti criticità nell'adozione dell'informativa relativa: al trattamento dei dati personali effettuato tramite il dossier sanitario aziendale; all'accesso al dossier sanitario da parte del personale sanitario che assiste l'interessato, nonché all'utilizzo di tale strumento da parte del personale afferente alle strutture amministrative interne alle Aziende.

2.1. Informativa e consenso

Indubbiamente — come sottolinea il Garante della Privacy²² — il trattamento dei dati personali effettuato tramite dossier sanitario è un documento che si differenzia rispetto a quello registrato dal sanitario mediante le informazioni acquisite nel momento della cura del singolo evento clinico.

Attraverso la redazione del dossier sanitario il professionista realizza un trattamento di dati sanitari che comprende non solo il singolo caso clinico ma anche le informazioni degli altri eventi clinici riferibili allo stesso paziente, il più possibile completo, con

21. Cfr. *Sicurezza digitale. Le norme su privacy e sicurezza in Sanità: tutto ciò che c'è da sapere*, cit.

22. Cfr. Registro dei provvedimenti, n. 550 del 22 ottobre 2015.

lo scopo di migliorare l'iter di cura attraverso un accesso integrato a tutte le informazioni rilevanti in tal senso²³.

In quanto tale, il dossier sanitario necessita di un'informativa ad hoc, che contenga tutti gli elementi previsti dall'art. 13 del Codice²⁴.

Nelle indicazioni del Garante, l'informativa deve essere effettuata in forma intelligibile, circa l'indicazione dell'origine, delle finalità e modalità del trattamento²⁵.

Come affermato dal Garante, nelle Linee guida del 2015, nell'informativa devono essere indicate anche le modalità attraverso le quali l'interessato può chiedere di revocare il consenso all'implementazione del dossier sanitario e di oscurare alcuni eventi clinici presenti nello stesso²⁶.

Il paziente, infatti, deve sempre poter scegliere, in piena libertà, che i propri dati sanitari siano o meno trattati in un dossier sanitario; questo implica che — ne caso in cui l'interessato non dia il proprio consenso oppure lo revochi — il professionista avrà a disposizione solo le informazioni rese in quel momento dallo stesso interessato e quelle concernenti le precedenti prestazioni erogate dal medesimo professionista.

23. Cfr. punto 2 delle Linee guida del 2015 e punto 3 delle Linee guida del 2009.

24. L'art. 13 prevede che: "1. L'interessato o la persona presso la quale sono raccolti i dati personali sono previamente informati oralmente o per iscritto circa: a) le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati; b) la natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati; c) le conseguenze di un eventuale rifiuto di rispondere; d) i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, e l'ambito di diffusione dei dati medesimi; e) i diritti di cui all'articolo 7; f) gli estremi identificativi del titolare e, se designati, del rappresentante nel territorio dello Stato ai sensi dell'articolo 5 e del responsabile. Quando il titolare ha designato più responsabili è indicato almeno uno di essi, indicando il sito della rete di comunicazione o le modalità attraverso le quali è conoscibile in modo agevole l'elenco aggiornato dei responsabili. Quando è stato designato un responsabile per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'articolo 7, è indicato tale responsabile. 2. L'informativa di cui al comma 1 contiene anche gli elementi previsti da specifiche disposizioni del presente codice e può non comprendere gli elementi già noti alla persona che fornisce i dati o la cui conoscenza può ostacolare in concreto l'espletamento, da parte di un soggetto pubblico, di funzioni ispettive o di controllo svolte per finalità di difesa o sicurezza dello Stato oppure di prevenzione, accertamento o repressione di reati. 3. Il Garante può individuare con proprio provvedimento modalità semplificate per l'informativa fornita in particolare da servizi telefonici di assistenza e informazione al pubblico".

25. Cfr. art. 7, comma 1 e 2, lett. a) e b) del Codice.

26. Cfr. punti 2 e 3 delle Linee guida del 2015.

Al fine di consentire l'accesso al dossier da parte del personale sanitario coinvolto nell'iter di cura del paziente, devono essere poi adottate le opportune fasi di autenticazione al dossier, che va in ogni caso circoscritto al tempo in cui si sviluppa il processo di cura, ferma restando la possibilità di accedere nuovamente al dossier qualora ciò si renda necessario in merito al tipo di trattamento medico da prestare all'interessato.

Il titolare del trattamento deve, pertanto, adottare misure atte a consentire che il professionista sanitario acceda al dossier del paziente nel momento della cura.

Le specificità dei dati sanitari, oltre alle peculiari caratteristiche delle informazioni fornite, nonché il dovere di tutelare la correttezza, l'integrità e la disponibilità dei dati, insieme ai già menzionati rischi di accesso non autorizzato e di trattamento non consentito, integrano l'obbligo di comunicare al Garante il possibile verificarsi di violazioni dei dati o incidenti informatici che, pur non avendo un impatto diretto su di essi, possano comunque esporli a rischi di violazione²⁷.

3. L'evoluzione tecnologica nel mondo sanitario

L'incessante realizzazione di nuove — e sempre più avanzate — tecniche che impegnano e interessano il corpo umano²⁸ e le infor-

27. Cfr. Garante, Registro dei provvedimenti n. 331 del 4 giugno 2015.

28. L'uomo è artefice, parte e vittima del mondo tecnico che ha creato e che ha imposto a se stesso e all'ambiente in cui vive (cfr. G. ANDERS, *L'uomo è antiquato*, vol. II, Bollati Boringhieri, 370). Osserva A. QUERCI, "Biotecnologie e scienze della vita nelle recenti normative di origine comunitaria: le nuove frontiere della responsabilità civile", in questa Rivista, 2010, 219: "I progressi nel campo della biologia e della medicina aiutano a combattere malattie in passato in-curabili ed a vivere più a lungo ed in migliori condizioni. La genetica schiude nuovi orizzonti di conoscenza e di cura: cellule, tessuti ed organi possono oggi essere prelevati, conservati e mantenuti in vita separatamente. Essi possono poi venire impiantati e trapiantati per sostituire quelli malati, eventualmente dopo essere stati trattati, coltivati o modificati. Possono altrimenti venire impiegati per obiettivi di ricerca e di terapia, o per la produzione di farmaci, sostanze, linee cellulari o altri dispositivi biomedicali, da immettere sul mercato. La biotecnologia è in grado di produrre, mediante manipolazione genetica, molecole biologiche ed organismi transgenici, in vista di molteplici applicazioni, non solo in campo chimico e farmaceutico, ma anche industriale ed agricolo, oltreché con riferimento alla produzione alimentare ed alla protezione dell'ambiente".

mazioni che lo riguardano genera in ambito giuridico una responsabilità maiuscola, *in primis* strutturare la necessaria piattaforma legale per regolamentarne l'utilizzo, *in secundis rebus* identificare eventuali nuove classi di possibili danni al diritto alla salute²⁹.

29. Sul tema del danno alla salute si veda G. ALPA, *Il danno biologico: percorso di un'idea*, Padova 1987; ID., "Danno biologico e diritto alla salute davanti alla Corte di Cassazione", in *Giust. civ. I* (1981) 1907ss.; ID., "Danno «biologico» e diritto alla salute. Un'ipotesi di applicazione diretta dell'art. 32 Costituzione", in *Giur. it. I* (2/1976) 442; ID., "Danno biologico e diritto alla salute davanti alla Corte Costituzionale", in *Giur. it. I* (1/1980) 9; M. BARGAGNA, F.D. BUSNELLI, *La valutazione del danno alla salute*, Padova 2001; M. BESSONE, "Danno biologico, garanzia della persona e problemi di legittimità costituzionale dell'art. 2059 cod. civ.", in *Riv. dir. comm. II* (1982) 277ss.; ID., "Valore precettivo dell'art. 32 Cost., tutela della salute e danno biologico", in *Foro pad.* (1981) 323ss.; M. BESSONE, E. ROPPO, "Lesione dell'integrità fisica e diritto alla salute. Una giurisprudenza innovativa in tema del danno alla persona", in *Giur. it. I* (1975) 60ss.; F.D. BUSNELLI, *Il danno biologico: dal diritto vivente al diritto vigente*, Torino 2001; ID., "Interessi della persona e risarcimento del danno", in *Riv. trim. dir. e proc. civ. I* (1996) 1; ID., "Problemi di inquadramento sistematico del danno alla persona", in *Riv. crit. dir. priv. I* (1987) 27; C. CASTRONOVO, "Danno biologico senza miti", in *Riv. crit. dir. priv.* (1988) 3ss.; ID., *La nuova responsabilità civile*, Milano 2006; F.D. BUSNELLI, U. BRECCIA, *Tutela della salute e diritto privato*, Milano 1978; A. DE CUPIS, "Il diritto alla salute tra Cassazione e Corte Costituzionale", in *Giust. civ. I* (1980) 534ss.; ID., "Sulla pretesa incostituzionalità della limitazione del risarcimento del danno non patrimoniale", in *Giur. merito* (1974) 374ss.; ID., "Il valore economico della persona umana", in *Riv. trim. dir. proc. civ.* (1956) 1252; M.V. DE GIORGI, "Danno alla persona", in *Enc. giur.*, Roma 1988; G. DEL MEDICO, "Tre sentenze in cerca di una soluzione (sul problema del danno alla persona)", in *Giur. it. I* (2/1980) c. 20; M. DOGLIOTTI, "Danno non patrimoniale e diritto alla salute", in *Rass. dir. civ.* (1981) 783ss.; C. DONISI, "Verso la «depatrimonializzazione» del diritto privato", in *Rass. dir. civ.* (1980) 644ss.; HAUPT, "Danno alla persona e diritto alla salute (in margine alla giurisprudenza sul «danno biologico»)", in *Giur. merito II* (1976) 124ss.; A. LENER, nota a Cassazione, sezioni unite, 6 ottobre 1979; n. 5172; F. MASTROPAOLO, "Tutela della salute, risarcimento del «danno biologico» e difesa dalle immissioni", in *Giur. it.* (1984) 537ss.; ID., *Il risarcimento del danno alla salute*, Napoli 1983; P.G. MONATERI, "La Costituzione e il diritto privato: il caso dell'art. 32 Cost. e del danno biologico", in *Giur. it. I* (2/1986) 2976ss.; V. MONETTI, G. PELLEGRINO, "Proposte per un nuovo metodo di liquidazione del danno alla persona", in *Foro it. V* (1974) 159ss.; M. POGLIANI, "La «regola del calzolaio» per la corretta valutazione del danno alla persona", in *Resp. civ. prev.* (1975) 416ss.; P. PERLINGIERI, "Il diritto alla salute quale diritto della personalità", in *Rassegna dir. civ.* (1982) 1020ss.; G. PONZANELLI, "Il cammino del danno alla salute", in *Resp. civ. prev.* (1984) 342ss.; ID., "Fermenti giurisprudenziali toscani in tema di valutazione del danno alla persona", in *Resp. civ. prev.* (1979) 357ss.; ID., "La Corte di Cassazione e il danno alla salute", in *Resp. civ. prev.* (1981) 697ss.; ID., "La Corte Costituzionale, il danno non patrimoniale e il danno alla salute", in *Foro it. I* (1986) 134ss.; ID., "Danno non patrimoniale e danno alla salute: due sentenze della Corte Costituzionale", in *Resp. civ. prev.* (1979) 698ss. A. PULVIRENTI, "Il danno all'integrità psicofisica (cosiddetto danno biologico) nella più recente sentenza della Corte Costituzionale", in *Giur. it. I*

Il diritto oggi è pertanto “chiamato a confrontarsi, secondo prospettive assolutamente inedite, con i suoi ‘oggetti’ principali: la vita, la salute, l’autodeterminazione dei soggetti, la stessa individualità biologica”³⁰.

La legge quale forma regolativa di questi ambiti rischia però, da un lato, di essere sempre in fisiologico ritardo, superata dalle trasformazioni rapidissime della società contemporanea e dal continuo avvento di nuove scoperte scientifiche e, dall’altro, di imporre valori non condivisi, affermati solo tramite l’adozione di procedure maggioritarie³¹.

Anche per ciò che concerne il danno alla salute generato dalla vulnerabilità dei dati trattati, sono sorte talune fattispecie non ancora identificate dal diritto positivo, non per una carenza di questo, ma perché quando il diritto ha delimitato e fissato la portata del danno alla salute tutte le possibilità di pregiudizio aperte dalle novelle tecniche ancora non esistevano³².

Certamente i progressi tecnologici e digitali, che implicano nuove possibilità terapeutiche anche attraverso la raccolta incrociata di dati, sono benvenuti ma possono anche mostrare un volto meno promettente e, certamente, moralmente controverso, come per esempio la possibile discriminazione generata dalla diffusione dei propri dati sanitari. I temi giuridicamente controversi nella biomedicina sono affrontati da una prospettiva ancora troppo ancorata ad un diritto tradizionale, disconoscendo la specificità innata delle tecniche applicate in ambito sanitario e delle sue eventuali conseguenze. In questo senso l’assoluta novità dei problemi suscitati

(1/1987) 392ss.; Id., “Considerazioni sulla natura del danno all’integrità psicofisica della persona umana dopo la sentenza 30 giugno 1986 n. 184 della Corte Costituzionale”, in *Foro pad.* I (1987) 23ss.; P. RESCIGNO, “Personalità (diritti della)”, in *Enc. giur.*, XXIII, Roma 1990; C. SALVI, *Il danno extracontrattuale: modelli e funzioni*, Napoli 1985; G. SCALFI, “Errare humanum est, perseverare diabolicum”, in *Resp. civ. prev.* (1976) 466ss.; Id., “Reminiscenze dogmatiche per il c.d. danno alla salute: un ripensamento della Corte Costituzionale”, in *Resp. civ. prev.* (1986) 533ss.; G. VETTORI, “Il danno non patrimoniale fra illecito e contratto”, in *Riv. dir. priv.* 2 (2007) 235ss.

30. Cfr. A. D’ALOIA, “Decidere sulle cure. Il discorso giuridico al “limite” della vita”, in *Quaderni Costituzionali* n. 2/2010.

31. Cfr. C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino 2009, I.

32. Cfr. D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*, Oxford University Press, 2002.

dallo sviluppo dei problemi tecnologici chiedono con la forza delle proprie implicazioni, analisi originali e specifiche, vale a dire un diritto applicato alle controversie giuridiche sorte in virtù di tale potenziamento e della sua diffusione.

La tecnologia, fondando contesti paradigmatici assolutamente nuovi, ha creato una dimensione giuridica con molte complessità. Il diritto tradizionale non è in grado di affrontare e risolvere queste nuove potenziali controversie con un grado ammissibile di efficacia, essendo carente di elementi normativi che siano in sintonia con le attuali condizioni di esistenza.

Si tratta di individuare dei criteri cui ispirare scelte normative in grado di salvaguardare la dignità della persona e l'integrità del suo patrimonio genetico, in ipotesi, ad esempio, nelle quali l'utilizzo di dati non siano finalizzati non tanto alla tutela del singolo³³.

Certamente il passaggio dalla mera dimensione cartacea a quella digitale costituisce un'importante tappa per la sanità, per garantirne l'efficienza e tutelare il diritto alla salute³⁴; siamo, però, solo al principio della strada da percorrere ed il settore sanitario è un ambito esposto a cyberattacchi; a tal fine il processo di innovazione tecnologica deve necessariamente essere accompagnato da misure volte a garantire l'autenticazione dei dati, loro tracciabilità, accessi selettivi con credenziali univoche, cifratura, sistemi di alert, attività di auditing.

La tutela dell'interessato — soprattutto in termini di riservatezza — può essere attuata, in concreto, attraverso la pseudoanonimizzazione del dato³⁵, previsto dal recentissimo regolamento europeo quale mezzo necessario per unificare le esigenze della ricerca biomedica ed epidemiologica con il diritto alla riservatez-

33. Su questo argomento si è espresso anche il Comitato Nazionale per la Bioetica con il Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi (19.11.1993, in www.governo.it/bioetica/pareri.html). Cfr. F. DI LELLA, *Logica del profitto e dimensione etica nella disciplina della proprietà industriale sulle invenzioni biotecnologiche in Jus civile*, 2013/4.

34. Cfr. A. SORO, *Relazione Autodeterminazione terapeutica ed autodeterminazione informativa: i nuovi aspetti della dignità* al Convegno "La smaterializzazione dei documenti e il suo impatto sul sistema salute", 6 maggio 2016, Roma.

35. La pseudonimizzazione è il processo che fa sì che i dati siano conservati in un formato che non identifichi direttamente un individuo specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive.

za del paziente, la cui identificazione è possibile solo in caso di necessità³⁶.

Se è infatti indispensabile — come afferma Antonio Soro — disporre della visione organica delle prestazioni erogate dai vari organi costitutivi del Sistema sanitario nazionale, è altrettanto necessario pretendere che tale analisi sia condotta senza utilizzare dati identificativi e nell'ambito di sistemi informativi adeguatamente protetti da accessi abusivi ed attacchi cibernetici.

Occorre quindi investire risorse ed energie nell'individuazione di soluzioni che consentano di sviluppare tecniche di conservazione dei dati in modo armonico ed equilibrato, in un clima di fiducia da parte di tutti i soggetti coinvolti, per assicurare sempre il rispetto dei diritti degli interessati avendo come riferimento, in primo luogo, il nuovo quadro regolatorio europeo contenuto nel Regolamento 2016/679/UE.

36. Cfr. A. SORO, *Relazione Autodeterminazione terapeutica*, cit.

Profili di pastorale sanitaria nell'era della salute digitale

ANDREA MANTO*

È un dato ormai incontrovertibile che anche il mondo della salute sia ampiamente coinvolto nella cosiddetta “rivoluzione digitale”.

Ciò implica tutta una serie di aspetti che vanno dall'introduzione di nuove tecnologie di monitoraggio e intervento a distanza (telemedicina e teleassistenza), fino all'introduzione di nuove modalità di comunicazione fra gli attori del sistema salute a tutti i livelli e particolarmente tra paziente e operatore sanitario.

Lo sviluppo della Sanità digitale determina, altresì, importanti ripercussioni sul piano economico, sia per i costi delle nuove tecnologie digitali sia per i potenziali risparmi generati dalla loro introduzione e dal loro corretto utilizzo. Ripercussioni che vanno attentamente valutate in ordine alla sostenibilità generale del sistema e al guadagno di salute globale, al fine di non generare o aggravare le disuguaglianze di salute.

L'introduzione del digitale, complessivamente parlando, rappresenta certamente una nuova e significativa opportunità di sviluppo per il mondo della salute, ma il suo impatto su di esso non è esente da rischi e problematiche di ordine etico.

Un aspetto senza dubbio positivo è rappresentato dalla possibilità di facilitare e aumentare l'accesso ai servizi di salute, di renderlo più funzionale e personalizzato e di favorire l'empowerment dei cittadini.

Il digitale permette un più ampio coinvolgimento del paziente nella gestione del proprio stato di salute, un'esigenza sentita non

* Docente invitato di Medicina e pastorale, Istituto Camillianum.

solo dal cittadino ma anche dai professionisti della salute, al fine di raggiungere un rapporto con le persone più collaborativo e pro-attivo e di rendere più efficace ogni intervento di cura, sia esso terapeutico o di prevenzione.

Internet consente una enorme gamma di possibilità anche nel campo della salute del singolo e della collettività. Basta pensare alla possibilità di conoscere associazioni di malati e di scambiarsi consigli e notizie con gruppi di malati (questione di importanza decisiva nei casi di malattie rare) o di divulgare importanti informazioni di sanità pubblica.

In tale ottica lo sviluppo di sempre nuove App mediche, la nascita di nuovi siti di informazioni mediche autorevoli e la creazione di community partecipate costituiscono un trend nel settore della salute che sta crescendo in maniera esponenziale.

Le nuove tecnologie e la comunicazione digitale richiedono però un'adeguata riflessione antropologica ed etica, specialmente quando applicate nell'ambito della salute e della cura della persona per evitare che la rivoluzione digitale si trasformi in un terremoto epistemologico, relazionale, professionale, economico e, in ultima analisi, un danno più che un beneficio per i malati.

Un utilizzo eccessivo e impersonale di sistemi "virtuali" o di tecnologie informatizzate può danneggiare il paziente in molti modi, ad esempio impedendo l'alleanza terapeutica tra medico e paziente che si nutre di fiducia, rispetto e collaborazione in una relazione personale.

Una relazione nella quale si devono fondere e armonizzare tra loro, realizzando un rapporto quasi sacro, empatia, conoscenza del mondo familiare e valoriale, stima e affidamento professionale, onestà morale e correttezza deontologica, rispetto reciproco.

Tutto ciò richiede tempo e l'instaurarsi di un dialogo e di un legame tra esseri umani: il terapeuta che si prende cura del corpo e dell'umanità ferita del paziente, che cerca di colorare di speranza le prognosi più infauste, le malattie più dolorose e il malato che affida all'altro il suo bene più grande: la cura della salute. Sono processi ai quali la rapidità e l'impersonalità di una procedura computerizzata spesso non giova, anzi rischia di aumentare nel paziente il senso di smarrimento e di solitudine di fronte alla malattia.

Oggi il paziente sommerso con un click del mouse da una quantità di informazioni eccessive e spesso in contrasto tra loro, non si fida più del suo medico, crede di poter diagnosticare e trattare da solo la sua malattia e spesso si forma delle convinzioni false o si aggrappa a soggetti che lo illudono o al contrario si trova di fronte, senza filtro, a scenari che lo trafiggono con la crudezza di prognosi senza speranza.

Per arginare questa deriva è necessario cambiare le prospettive e riappropriarci di quello spazio di umanità che la tecnologia minaccia di sottrarci e, poiché non possiamo ritornare a un'era pre-digitale, dobbiamo usare e volgere a nostro vantaggio le potenzialità della tecnologia stessa.

Bisogna innanzi tutto chiedersi perché il paziente cerca su internet risposte che potrebbe trovare dal suo medico. Perché un malato preferisce affidarsi a siti senza garanzia per questioni e informazioni così importanti e delicate?

Questa domanda che può apparire semplice in realtà chiama in causa una serie di fattori oggettivi e soggettivi che guardano all'organizzazione sanitaria, all'accessibilità dei servizi, al grado di "alfabetizzazione sanitaria" o alla situazione emotiva, psichica ed esistenziale del paziente, alla reale disponibilità e attitudine di medici e operatori sanitari al colloquio, all'umanizzazione.

Certamente la facilità con cui è possibile interrogare la rete e ottenere risposte in tempo reale è un fattore decisivo che spinge tutti noi a consultare siti e acquisire informazioni dal web. Ma a questa facilità di accesso va anche sommata la constatazione che nell'anonimato del virtuale il paziente può rendere esplicite le proprie paure, cercare significati per la una situazione dolorosa e soddisfare le proprie curiosità. Solo con sé stesso e davanti al monitor egli esplicita le domande e le paure: perché proprio a me? Cosa mi succederà? Cerca attraverso le informazioni che può reperire cause e motivazioni, senso e speranza, che il mondo non sa più dare e che il medico, nella freddezza di un rapporto esclusivamente tarato sui sintomi, ha dimenticato di offrirgli.

Ecco quindi che la tecnologia diventa uno spazio in cui il paziente può riappropriarsi del suo ruolo centrale, recuperare le sue capacità espressive e anche condividere l'angoscia e la sofferenza

con chi è stato attraversato dallo stesso dolore diventa più facile. Le comunità on line dei pazienti ad esempio, sono importantissime perché si prendono cura delle domande più profonde e amplificano la vicinanza tra i loro membri, abbattendo il senso di solitudine e la frustrazione dell'impotenza.

Il malato, particolarmente se affetto da patologie gravi o portatore di disabilità, non viene più valorizzato dalla società come uomo in senso pieno, non gli viene riconosciuta quella stessa dignità personale che aveva prima di ammalarsi. È spesso confinato in un mondo di silenzio dove né lui stesso né chi lo circonda riesce a parlare della sua malattia per reticenza, per non alimentare la sofferenza. La malattia fa paura, in una cultura basata sul benessere e sulla prestanza fisica e produttiva: chi è ammalato è quasi un reietto, va allontanato perché ci ricorda la realtà e l'inevitabilità della nostra morte.

Su internet questo non avviene, questa percezione si attenua, si riesce a sentirsi vicini, specialmente con chi è oppresso dalla stessa sofferenza, in un'umanità condivisa in cui non trovano spazio sguardi di commiserazione o atteggiamenti di evitamento e di fuga.

Il processo di coinvolgimento e responsabilizzazione del medico e del paziente, è fondamentale in un modello di cura in cui viene posta al centro la relazione, in una storia che si costruisce insieme e nella quale la risorsa conoscitiva informatica, validata e utilizzata anche dallo stesso curante, non divide, anzi fortifica l'alleanza terapeutica.

L'incontro medico paziente, liberato dalle discussioni incentrate sul valore del singolo esame diagnostico già verificato e discusso preliminarmente in via digitale, può finalmente incentrarsi sull'umana sofferenza, sul mondo interiore del paziente.

Nel nuovo modello di cura denominato "Medicina Narrativa" l'ascolto del paziente si inserisce nella costruzione della narrazione come momento dialogico relazionale all'interno del percorso terapeutico e può essere facilitato attraverso gli strumenti e le possibilità offerti dal digitale.

La logica che sorregge la medicina narrativa è proprio l'importanza di far emergere e accogliere le storie di malattia e di ascoltarle con attenzione e rispetto, considerandole a tutti gli effetti un ele-

mento fondamentale del processo di cura e ponendo l'accento sulla molteplicità dei livelli, clinico, personale e sociale all'interno dei quali si svolge la comunicazione sanitaria.

La narrazione della patologia del paziente verso il medico viene quindi considerata al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa e fornisce una cornice per affrontare in modo olistico i problemi del paziente e un dato essenziale da cui ricavare indicazioni terapeutiche e diagnostiche.

Le storie offrono l'occasione di contestualizzare dati clinici, bisogni e aspettative, e, quando sono lette con gli occhi degli altri si aprono a una ricchezza e a una pluralità di prospettive.

Per valorizzare l'importanza del metodo nella raccolta della storia del paziente è stata sviluppata una piattaforma tecnologica che sfrutta le potenzialità degli strumenti di comunicazione digitale. Le storie della malattia vengono raccontate dai pazienti in un ambiente protetto dalla privacy, si costruisce una storia di cura condivisa con il curante che permette un lavoro di interpretazione e di adattamento delle strategie terapeutiche all'individualità del paziente. Le *digital health humanities* concorrono così alla creazione di un nuovo paradigma clinico, che guarda al paziente in modo globale.

Nello "spazio virtuale" della narrazione deve trovare sede anche la norma etica, le regole morali dell'essere umano che indirizzano nel discernimento del bene e del male.

La necessità dell'etica vale ovviamente non solo per le bio-tecnologie sanitarie ma anche per la medicina narrativa e per le nuove tecnologie e i dispositivi digitali. Anche in questo ambito, infatti, la crescita smisurata dei poteri dell'uomo ha messo in secondo piano i valori di un'etica fondata sulla verità, dignità e valore della persona. Inoltre, i problemi della verità, oggettività e neutralità scientifica sono particolarmente rilevanti in un mondo in cui imperversano le fake news e vengono manipolati i risultati delle ricerche sanitarie.

Proporre senza alcun fondamento scientifico, dolosamente o anche solo per superficialità, un rimedio per una patologia, mentre nelle relazioni one-to-one può determinare un danno contenuto, se comunicato o postato nel web viene amplificato causando l'interruzione di cure efficaci da parte di centinaia di persone o la diffusione di sostanze e trattamenti inefficaci o dannosi per la

salute. Lo stesso dicasi nei casi di procurato allarme per epidemie o intossicazioni. In Italia sono ben noti i casi dei trattamenti Di Bella, Stamina–Vannoni e delle fake news sui vaccini.

Il mondo delle tecnologie digitali e specialmente un sistema a ripercussione “universale” come il web non può essere sganciato dai nostri valori più profondi, dalla nostra visione del mondo; in altre parole, dalla nostra identità e coscienza morale.

Ma le stesse norme etiche, per contrastare efficacemente la debolezza etica e il relativismo morale che invadono il mondo virtuale, vanno adeguate ai nuovi scenari del mondo digitale, vanno ridisegnati codici di comportamento che rispondano al nuovo modo di relazionarsi imposto dalle tecnologie informatiche.

Rimangono, inoltre, altre questioni aperte, che hanno implicazioni sul piano etico, come il trattamento dei dati, la privacy e il problema del *digital divide*.

È necessario operare una valutazione dell’impatto che la raccolta massiva, la diffusione dei dati sanitari e il loro utilizzo da parte di terzi, può determinare sulla vita delle persone e ribadire l’importanza fondamentale che riveste la protezione degli stessi come garanzia e presidio di libertà.

La nozione di dati sanitari include, infatti, tutti quei dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di un cittadino, comprese le prestazioni di servizi di assistenza sanitaria, capaci di rivelare lo stato di salute del soggetto.

L’importanza del dato sanitario, da sempre riconosciuto all’interno delle legislazioni a tutela della privacy quale dato “sensibile”, deriva dalla capacità di tale dato di rivelare le qualità psico-fisiche dei soggetti colpiti da malattie, capaci di limitare pesantemente le capacità e la dignità delle persone, al tempo stesso generando discriminazioni particolarmente nelle relazioni lavorative e sociali.

I rischi correlati a un’impropria diffusione del dato sanitario possono essere correlati all’illecito utilizzo del dato sanitario non anonimo, e in molti casi anche anonimo, nelle operazioni di profilazione operate da aziende di settore sulla massa di dati sensibili, con possibili effetti discriminatori e manipolatori su interi gruppi di persone, in evidente contrasto con il concetto di libertà e dignità umana.

Particolarmente rilevante, in un paese come l'Italia, nel quale il 28% della popolazione non è mai andato su Internet, è il problema del *digital divide*, cioè il ritardo e lo svantaggio di chi non riesce ad utilizzare le nuove tecnologie. L'introduzione di una sanità digitale che sostituisca completamente l'attuale organizzazione dei servizi, e non tenga conto del contesto socio-culturale e economico, potrebbe aggiungere o aggravare le già profonde disparità di accesso alle cure.

Tra le categorie più minacciate dall'esclusione digitale vi sono i soggetti anziani, le donne non occupate o in particolari condizioni, gli immigrati, le persone con disabilità, le persone detenute e in generale coloro che, essendo in possesso di bassi livelli di scolarizzazione e di istruzione, non sono in grado di utilizzare gli strumenti informatici.

Sarà necessario ad esempio valorizzare soluzioni multicanale e integrate (per esempio con servizi online, telefonici e che coinvolgono farmacie e altri front-office del sistema socio-sanitario come gli uffici di relazioni con il pubblico e i medical corner dedicati in esercizi pubblici e privati) che non penalizzino proprio la fascia di popolazione più bisognosa, suo malgrado, di cure. I rischi dell'esclusione digitale vanno fronteggiati progettando percorsi dedicati per le fasce di utenza meno acculturate digitalmente, impiegando operatori formati, sviluppando soluzioni in grado di offrire una presa in carico totale del paziente, semplificando ed unificando il più possibile l'accesso ai servizi.

In assenza di regole, tutele e di una corretta strategia di governance della rivoluzione digitale il rischio è di utilizzare in maniera errata strumenti sotto molti aspetti potenzialmente "salvifici", e rendere ancora di più la sanità "inaccessibile", iniqua e sorda alle reali necessità della popolazione.

La tecnologia deve essere finalizzata a creare valore, nel senso più ampio del termine, ossia a realizzare "innovazione di valore"; e il valore è l'uomo, i suoi bisogni, le sue difficoltà, i suoi limiti. I cittadini, anche quelli in grado di usufruire dei servizi digitali, non hanno bisogno solo di trovare comodamente i loro dati in un'unica cartella sanitaria informatizzata, ma di strumenti per un miglior accesso alle cure, per aumentare la consapevolezza sulla propria salute e per una maggiore partecipazione e condivisione.

Non bisogna confondere il mezzo con il fine, concentrando gli sforzi sulla infrastruttura elettronica e dimenticando il senso per cui tutto questo dovrebbe realizzarsi: la più efficace presa in carico del paziente particolarmente se fragile e sofferente.

La tecnologia digitale, come ogni altra tecnologia, non tende a uno scopo, non promuove un senso, non apre scenari di salvezza, non redime, non svela la verità, è solo uno strumento per migliorare prospettive di salute, per veicolare informazioni, per diminuire le disuguaglianze.

In sintesi va adottato, anche nell'era digitale, già dalla progettazione dei servizi, un approccio olistico alle cure e all'assistenza, che consideri la persona nella sua integrità psichica, fisica e ambientale, e una sanità che promuova la cultura cristiana della cura con attenzione alle discriminazioni e alla vulnerabilità.

In tale ambito è urgente e necessaria, una riflessione nel mondo della pastorale sanitaria per cogliere le nuove opportunità e le nuove sfide che vengono offerte dal mondo digitale

La pastorale sanitaria deve abitare pienamente questo nuovo percorso, perché, quanto più le moderne tecnologie diventano più pervasive e il mondo digitale amplia i suoi confini, tanto più essa sarà chiamata a occuparsene, moltiplicando il proprio impegno, per porre media e tecnologie informatiche al servizio del malato e dell'evangelizzazione. Nuovi media e nuove tecnologie se usati bene possono facilitare l'incontro con Cristo consentendo di entrare ancor di più in contatto con le persone sofferenti per esempio anziani che non possono più uscire dal proprio domicilio, persone vittime di violenza che non hanno il coraggio di denunciare, disabili complessi.

È doveroso un forte impegno culturale in tal senso e una formazione adeguata a governare il mezzo informatico per prendersi cura e accompagnare anche digitalmente il sofferente nel suo cammino, come segno della presenza di Colui che non abbandona mai l'uomo, anche nella difficile prova della malattia.

La presenza e l'azione della Chiesa nel recare la luce e la grazia del Signore a coloro che soffrono, l'accompagnamento nell'accettazione e comprensione del senso della sofferenza può essere veicolato anche attraverso un mezzo informatico. È questa la sfida che la rivoluzione digitale ci pone!

APPENDICE

La sofferenza che porta speranza al cuore umano e all'umanità!

Omelia del Moderatore generale

LEOCIR PESSINI

Pregiatissima comunità accademica del Camillianum — presidenza, docenti, studenti, collaboratori; stimati amici dell'Ordine e del carisma camilliano; cari partecipanti al Convegno celebrativo per il XXX anniversario della Fondazione del Camillianum, un caloroso e fraterno benvenuto a tutti nel contesto della inaugurazione del nuovo anno accademico 2017/2018!

Stiamo vivendo insieme con gioia e nella fraternità, l'apertura di questa giornata che per noi religiosi camilliani riveste un significato molto speciale: ringraziare il Signore per i trent'anni di attività accademica pensata e vissuta nel nostro Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria, che dall'anno 2012 è incorporato alla Facoltà di Sacra Teologia della Pontificia Università Lateranense.

Dalle letture bibliche che abbiamo appena proclamato ed ascoltato nella liturgia della Parola di questo giorno, mi sembra parta un fascio di luce che ci offre chiarezza e senso per iniziare ed introdurci nella dimensione celebrativa ed intellettuale propria di questa giornata accademica.

Intendo offrire un percorso riflessivo articolato in quattro punti ispirativi:

- una breve sintesi del messaggio scritturistico di oggi;
- il ricordo di alcuni elementi essenziali del carisma e del ministero camilliano della misericordia nel mondo della sofferenza;

- alcune sfumature del messaggio ecclesiale contenuto nella lettera apostolica *Salvifici Doloris* di papa san Giovanni Paolo II (11 febbraio di 1984) e nella lettera enciclica *Spe Salvi* di papa Benedetto XVI (30 novembre 2007);
- il ringraziamento a tutti i protagonisti di questa storia articolata lungo trent'anni di insegnamento presso il Camillianum.

Apriamo le porte del mondo misterioso della sofferenza attraverso l'offerta dell'ispirazione biblico-teologica di questa giornata.

L'ispirazione biblico-teologica

Ricordiamo in termini sintetici i testi biblici della liturgia di oggi.

- *Prima lettura* (Rm 8,12–17). San Paolo nella lettera ai Romani (Rm 8,12–17) osserva che tutti coloro che vivono “guidati dallo Spirito di Dio”, sono “Figli di Dio”. Non abbiamo ricevuto uno spirito da schiavi, ma lo Spirito che rende Figli adottivi, per mezzo del quale diciamo: “Abba! Padre!”. Se siamo Figli, siamo anche eredi di Dio e coeredi di Cristo e se prendiamo parte alle sue sofferenze parteciperemo anche dalla sua gloria.
- *Salmo 67*. Dio nella sua santa dimora è Padre degli orfani e difensore delle vedove. Di giorno in giorno ci porta la salvezza. Il nostro Dio è un Dio che salva; al Signore appartengono le porte della morte.
- *Vangelo* (Lc 13,10–17). Luca, l'evangelista medico, ci narra un frammento dell'opera di Gesù che interviene guarendo una povera donna curva, “che uno spirito teneva inferma da diciotto anni”, in giorno di sabato. Gesù come un eccellente terapeuta, applicando le indicazioni di base di una buona relazione di aiuto (“riti”) entra in scena: “la vide, la chiamo a sé e le disse: ‘Donna, sei liberata dalla tua malattia’. Impose le mani su di lei e subito quella si raddrizzò e glorificò Dio”. Gesù affronta il capo della sinagoga, “sdegnato perché aveva operato quella guarigione di sabato”! Con grande determinazione, Gesù offre priorità assoluta alla persona sofferente

e malata (“questa figlia di Abramo, che Satana ha tenuto prigioniera per ben diciotto anni”), rispetto alla tradizione religiosa ebraica del sabato, liberandola della malattia: sia stata una malattia mentale o una possessione diabolica, Gesù attraverso la sua Persona la cura e la libera dal Maligno! Immaginiamo quanta sofferenza, quante prostrazioni e quali umiliazioni ha vissuto questa donna, durante questi diciotto anni di fragilità. Immaginiamo anche quale livello di libertà e di dignità abbia offerto l’intervento di Gesù, che le ha restituito la vita, la dignità, la salute!

In una sana teologia della salute, tutti noi abbiamo imparato che esiste sempre un grido che chiede salvezza. Uno dei principali motivi che spinge i pellegrini a frequentare i santuari mariani nel mondo (Lourdes, Fatima, Aparecida, Loreto. . .) è dato dal desiderio semplice ma profondo di cercare la salute e la salvezza da pericoli, malattie, dolori e sofferenze nella vita.

Vediamo, a seguire, alcuni elementi essenziali del carisma e del ministero camilliano della misericordia nel mondo della sofferenza, che possano ispirare ed orientare la nostra vita.

Questi testi biblici, nel loro significato centrale, sono in profonda sintonia con la tematica di questo convegno realizzato per l’inaugurazione del XXX anno accademico del Camillianum: “Dolore e sofferenza: interpretazioni, senso e cure”. In questi due giorni siamo invitate ad ascoltare e ad interagire con diversi esperti della tematica “misteriosa” della sofferenza umana: teologi pastoralisti, psicologi, storiografi, filosofi, esperti di etica e di bioetica, antropologi e pastori della chiesa, tra gli altri. Cercheremo insieme, con umiltà, di offrire dei percorsi di senso, per avviarci verso una risposta alla domanda circa il significato della sofferenza.

Noi religiosi camilliani abbiamo imparato del nostro amato fondatore san Camillo de Lellis, che di fronte ad una persona sofferente, dobbiamo toglierci “le scarpe”, perché stiamo entrando in un terreno — “un mistero” — sacro, che esige da noi rispetto, riverenza e solidarietà.

Nella nostra *Costituzione* e nelle *Disposizioni generali* quando si parla del nostro carisma e del ministero si afferma:

Il carisma, dunque, dato in modo speciale al nostro Ordine e che ne stabilisce l'indole e il mandato, si esprime e si attua mediante il nostro ministero nel mondo della salute, della malattia e della sofferenza (*Costituzione*, 10).

Carisma specifico dell'Ordine, professato con un quarto voto e vissuto nel nostro ministero, è l'impegno a rivivere e a esercitare la misericordia di Cristo verso quelli che soffrono (*Costituzione*, 42).

Riguardo al *ministero* si afferma:

Ci disponiamo pertanto ad assumere ogni servizio nel mondo della salute, per l'edificazione del Regno di Dio e la promozione dell'uomo (*Costituzione*, 43).

Con la promozione della salute, con la cura della malattia e il lenimento del dolore, noi cooperiamo all'opera di Dio Creatore, glorifichiamo Dio nel corpo umano ed esprimiamo la fede nella resurrezione (*Costituzione*, 45).

Alla luce del Vangelo e nei modi adatti ai nostri tempi, aiutiamo i malati a trovare una risposta ai persistenti interrogativi sul senso della vita presente e futura e sul significato del dolore, del male e della morte. Li accompagniamo con la nostra presenza e la nostra preghiera, specialmente nei momenti di oscurità e vulnerabilità, così da diventare noi stessi segno di speranza (*Costituzione*, 47).

Sosteniamo nella fede gli infermi cronici, perché sappiano affrontare con perseveranza le loro limitazioni, rendere fecondo il tempo della sofferenza per il rinnovamento e la crescita della loro vita cristiana (*Costituzione*, 48).

Come possiamo intuire, il nostro carisma ed il nostro ministero, in sintesi, consistono nell'essere e nel portare misericordia e luce; nell'essere un segno apportatore di salute e salvezza nel mondo della sofferenza.

Vediamo, di seguito, alcuni punti di due documenti magisteriali: la lettera apostolica *Salvifici Doloris* (papa Giovanni Paolo II) e la lettera enciclica *Spe Salvi* (papa Benedetto XVI).

Il messaggio di *Salvifici Doloris* (papa Giovanni Paolo II), di *Spe Salvi* (papa Benedetto XVI) e la “teologia delle lacrime” di papa Francesco

Alcune osservazioni di natura antropologica e teologica.

San Giovanni Paolo II nella lettera apostolica *Salvifici Doloris* (=SD) osserva: “la sofferenza umana desta *compassione*, desta anche *rispetto*, ed a suo modo *intimidisce*. In essa, infatti, è contenuta la grandezza di uno specifico mistero” (SD, 4). Sempre nella *Salvifici Doloris* leggiamo: “All’interno di ogni singola sofferenza provata dall’uomo e, parimenti, alla base dell’intero mondo delle sofferenze appare inevitabilmente l’interrogativo: perché? È un interrogativo circa la causa, la ragione, ed insieme un interrogativo circa lo scopo (perché?) e, in definitiva, circa il senso” (SD, 9).

La risposta alla sofferenza umana (al perché) la incontriamo nel racconto esemplare del Buon Samaritano (Lc 10,25–37). Il buon samaritano è colui che vede e si ferma, si rende disponibile per aiutare ed alleviare la sofferenza dell’altra persona, di qualunque natura sia la sua sofferenza; “Buon Samaritano è ogni uomo sensibile alla sofferenza altrui, l’uomo che ‘si commuove’ per la disgrazia del prossimo” (SD, 28); è colui che veramente offre un aiuto efficace di fronte alla sofferenza.

Superando definitivamente una visione o una soluzione riduzionista, ideologica e dolorista riguardo alla sofferenza, la lettera *Salvifici Doloris*, con questa parabola evangelica ricorda a tutti noi che la risposta vera alla sofferenza umana è l’amore. “La sofferenza, presente sotto tante forme diverse nel nostro mondo umano, vi sia presente anche per sprigionare nell’uomo l’amore, proprio quel dono disinteressato del proprio ‘io’ in favore degli altri uomini, degli uomini sofferenti” (SD, 29).

La lettera enciclica *Spe Salvi* (=SS, sulla speranza cristiana) di papa Benedetto XVI, presenta la sofferenza (SS, 35–40) come uno dei luoghi di apprendimento e di esercizio della speranza, insieme alla preghiera e al giudizio finale.

A partire dalla constatazione che la sofferenza fa parte dell’esistenza umana, si evidenzia che “essa deriva, da una parte, dalla nostra finitezza, dall’altra, dalla massa di colpa che, nel corso della storia, si è

accumulata e anche nel presente cresce in modo inarrestabile” (SS, 36). “Bisogna fare tutto il possibile per diminuire la sofferenza: impedire, per quanto possibile, la sofferenza degli innocenti; calmare i dolori; aiutare a superare le sofferenze psichiche. Sono tutti doveri sia della giustizia che dell’amore”. Papa Benedetto XVI osserva che “nella lotta contro il dolore fisico si è riusciti a fare grandi progressi; la sofferenza degli innocenti e anche le sofferenze psichiche sono piuttosto aumentate nel corso degli ultimi decenni” (SS, 36).

Continua riflettendo che “dobbiamo fare di tutto per superare la sofferenza, ma eliminarla completamente dal mondo non sta nelle nostre possibilità — semplicemente perché non possiamo scuoterci di dosso la nostra finitezza e perché nessuno di noi è in grado di eliminare il potere del male, della colpa che [...] è continuamente fonte di sofferenza. Questo potrebbe realizzarlo solo Dio: solo un Dio che personalmente entra nella storia facendosi uomo e soffre in essa. Noi sappiamo che questo Dio c’è e che perciò questo potere che ‘toglie il peccato del mondo’ (Gv 1,29) è presente nel mondo. Con la fede nell’esistenza di questo potere, è emersa nella storia la speranza della guarigione del mondo” (SS, 36).

Quale sarà l’attitudine che l’uomo dovrà assumere per poter affrontare il dolore e la sofferenza? Secondo *Spe Salvi* “non è lo scansare la sofferenza, la fuga davanti al dolore, che guarisce l’uomo, ma la capacità di accettare la tribolazione e in essa di maturare, di trovare senso mediante l’unione con Cristo, che ha sofferto con infinito amore” (SS, 37). Questo è ciò che hanno compreso e vissuto — e che ora ci insegnano — i martiri e i santi della fede.

“Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana” (SS, 38), afferma Benedetto XVI nell’enciclica. Ciascuno di noi ha un compito interiore da compiere, quando il Papa afferma che “il singolo non può accettare la sofferenza dell’altro se egli personalmente non riesce a trovare nella sofferenza un senso, un cammino di purificazione e di maturazione, un cammino di speranza” (SS, 38).

Nel campus dell’università pontificia di San Tomas, a Manila, papa Francesco il 18 gennaio 2015 ha incontrato circa 30mila giovani

filippini. S'è avvicinata Gljzelle Palomar, 12 anni, per chiedere al Pontefice il perché del dolore innocente, lo scandalo degli scandali, su cui da secoli filosofi e teologi s'arrovellano: "Ci sono tanti bambini rifiutati dai loro stessi genitori, ce ne sono tanti che diventano vittime, molte cose terribili accadono loro, come la droga o la prostituzione", ha detto Gljzelle. "Perché Dio permette che accadano queste cose, anche se non è colpa dei bambini? E perché ci sono così poche persone che ci aiutano?". La bambina non è riuscita a finire la domanda ed è scoppiata a piangere. Il Papa, accantonando il testo, ha risposto a braccio: "Oggi ho ascoltato l'unica domanda che non ha risposta non le sono bastate le parole, ha avuto bisogno delle lacrime. Al nucleo della tua domanda non c'è risposta: solo quando siamo capaci di piangere sulle cose che hai detto siamo capaci di rispondere a questa domanda: perché i bambini soffrono?".

Poi ha proseguito: "Quando il cuore è capace di piangere possiamo capire qualcosa. Esiste una compassione mondana che non è utile per niente. Una compassione che è poco più che mettere la mano in borsa e tirare fuori una moneta. Se Cristo avesse avuto questa compassione avrebbe aiutato tre o quattro persone e poi sarebbe tornato al Padre. Solo quando Cristo è stato capace di piangere ha capito il nostro dramma. Cari giovani al mondo di oggi manca la capacità di piangere. Piangono gli emarginati, quelli che sono stati lasciati in disparte, piangono i disprezzati, però non capiamo molto su quelle persone che non hanno la necessità di piangere. Solo certe realtà della vita si vedono con gli occhi resi limpidi dalle lacrime. Chiedo che ciascuno si domandi: ho imparato a piangere?". In mezzo alle folle oceaniche delle Filippine la "teologia delle lacrime" di papa Francesco s'è arricchita di un altro tassello. "Impariamo a piangere come lei (Gljzelle) ci ha insegnato oggi», ha detto Bergoglio ai giovani. Gesù nel Vangelo pianse per l'amico morto, pianse nel cuore per la famiglia che aveva perduto sua figlia, pianse quando vide la povera vedova che seppelliva il suo figlio, fu commosso fino alle lacrime quando vide la moltitudine senza pastore. Chi non sa piangere non è un buon cristiano. Siate coraggiosi non abbiate paura di piangere!".

Ricordiamo quello che disse Cicely Saunders (1918-2005), medico britannico, pioniera delle cure palliative, fondatrice del St. Chri-

stopher's Hospice di Londra, quando afferma che “la sofferenza è insopportabile solo quando nessuno la cura”! È lo stesso pensiero di papa Benedetto XVI quando afferma che la sofferenza vissuta nella compassione, quando si rende viva la presenza dell'altro, è penetrata dalla luce dell'amore: “la parola latina *con-solatio*, consolazione, lo esprime in maniera molto bella suggerendo un essere-con nella solitudine, che allora non è più solitudine” (SS, 38).

Sono state scritte, lungo la storia umana, centinaia di migliaia di pagine riguardo al dolore, alla sofferenza e soprattutto alla ricerca instancabile del suo senso e significato del “perché” e del “per che cosa”! Oggi noi facciamo una distinzione tra dolore e sofferenza. La lettera *Salvifici Doloris* afferma: “Ovviamente il dolore, specie quello fisico, è ampiamente diffuso nel mondo degli animali. Però solo l'uomo, soffrendo, sa di soffrire e se ne chiede il perché; e soffre in modo umanamente ancor più profondo, se non trova soddisfacente risposta” (SD, 9).

Chi non ha mai discusso la famosa storia biblica di Giobbe o non ha mai sentito espressioni di persone che parlano di “dolore dell'anima”, “dolore del cuore”, espressioni metaforiche di una sofferenza emotiva interiore e spirituale più profonda. Ci sono molte ricerche attualmente in corso nel mondo della salute, e in particolare nella medicina, per affrontare le questioni proprie del dolore e della sofferenza umana.

Ricordo un autore, considerato uno dei classici, e che preferisco, Eric J. Cassell, molto considerato e rispettato nel mondo anglosassone: ha scritto un libro dal titolo *The nature of Suffering and the goals of medicine* (La natura della sofferenza e gli obiettivi della medicina) ed un centinaio di articoli scientifici, negli ultimi trent'anni. Solo per stuzzicare l'appetito di leggere ed approfondire il pensiero di questo medico neurologo nord americano, presento il suo concetto di dolore e di sofferenza: “Solo le persone hanno un senso del futuro e solo loro vi possono attribuire un significato. I corpi non soffrono, solo le persone soffrono. Questa è la verità cruciale della sofferenza. La sofferenza è la preoccupazione specifica che viene quando le persone sentono la loro integrità e la loro pienezza di esseri umani, minacciate o disintegrate, e la sofferenza continua fino a quando la minaccia non scompare, e l'integrità o la pienezza

vengono ripristinate” (ERIC J. CASSELL, *The Nature of suffering and the goals of medicine*, Oxford University Press, New York 1991, 217).

Per Cassel, il *dolore* è più legato alla nostra dimensione fisica organica, al sistema nervoso centrale. In questo senso i nostri corpi percepiscono il dolore ma non la sofferenza, che invece è ciò che la persona sente. Per affrontare e alleviare il dolore (terapia del dolore) abbiamo farmaci specifici, analgesici e in gran parte la soluzione sta nella farmacopea. Per quanto riguarda la *sofferenza*, ossia ciò che colpisce “l’integrità e la pienezza della persona”, per affrontare questa realtà, abbiamo due possibilità.

La ricerca per trovarne un *significato* e la *trascendenza* che sostanzia la dimensione della fede, della spiritualità nella nostra vita. Questi due elementi possono essere “fabbricati” solo nel laboratorio della “interiorità umana”. Alla ricerca di un significato ulteriore della sofferenza, abbiamo l’esempio di Victor Frankl, medico, sopravvissuto ai campi di concentramento nazisti, fondatore di una linea di psicologia chiamata logoterapia, vale a dire la ricerca del senso della vita. Egli afferma che “chi ha un ‘perché’ per vivere può sopportare quasi qualsiasi ‘come’”. Un filosofo brasiliano, Oswaldo Giacoia Jr., afferma che “l’insopportabile non è il dolore in se stesso, ma la mancanza di senso del dolore, più ancora, il dolore per la mancanza di senso”.

Per quanto riguarda la ricerca di *significato*, potremmo porci un’ulteriore domanda: non potrebbe risiedere proprio qui, in questa ricerca di senso, la sorgente di quella realtà di cui si parla tanto oggi nell’ambito delle scienze umane, e in particolarmente in psicologia, ossia della *resilienza*? È sempre più condiviso il bisogno di essere persone resilienti, di strutturare organizzazioni e comunità resilienti, soprattutto di fronte alle tragedie della vita, alla perdita di persone amate, a situazioni di *burn-out*. . .

Nell’ambito della *trascendenza*, possiamo rilevare un crescente interesse nell’esplorare il legame tra vita spirituale e salute. Negli U.S.A., la John Templeton Foundation investe annualmente milioni di dollari in ricerca e pubblicazioni scientifiche sul percorso che coinvolge religione, spiritualità, qualità di vita e salute. L’O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Salute) superando una visione positivista della salute stessa, finalmente, si sta aprendo ad una

posizione che valorizzi questa importante dimensione della vita umana: la trascendenza con i suoi valori umani legati alla spiritualità che determina un impatto così significativo sulla qualità della vita e della salute della persona.

In conclusione, formulo un pensiero sul nostro Istituto Internazionale di Teologia Pastorale Sanitaria, il Camillianum.

Il Camillianum: dopo 30 anni di vita si percepisce la necessità di “re-inventarlo”

Faccio solamente alcuni rapidi accenni dal momento che in mattinata, vivremo una sezione accademica dedicata a questo argomento. L'ispirazione primigenia del Camillianum affonda nella *nova schola caritatis* intuita e realizzata da san Camillo de Lellis, nel lontano XVI–XVII secolo. Ancora oggi, è sempre attuale e profetico il suo grido: *Fratelli, più cuore in quelle mani*, davanti alla realtà di una cura dell'uomo sempre più tecnologizzata, forse più efficace in molte istanze, ma profondamente segnata dall'indifferenza e dalla disumanizzazione: una delle ragioni più importanti per la sua esistenza è quella di generare nella nostra contemporaneità una nuova cultura della promozione della salute, della prevenzione delle malattie, della umanizzazione delle strutture sanitarie, del rispetto e della cura della vita umana ferita dalla malattia, dal dolore e dalla sofferenza.

Oggi, il Camillianum è interpellato ad affrontare importanti sfide per poter garantire continuità alle sue attività educative, per la *formazione del cuore* (*Deus caritas est*, 31/a) e quindi potersi inserire nel mondo della salute.

Credo che una dimensione importante di questa missione di “re-inventare” il Camillianum, sia stato il collegamento accademico con la Pontificia Università Lateranense (2012). Questa scelta deve continuare a generare in noi una certa inquietudine circa lo sviluppo dell'Istituto e la qualità del corpo docente, delle infrastrutture, della presenza di studenti espressione della geografia camilliana mondiale. Questo processo deve continuare con la ristrutturazione di alcune dinamiche interne, per riferimento alla dimensione economica e amministrativa, creando una nuova cultura di gestione universitaria e di ricerca autonoma di fondi di sostegno.

Desidero esprimere un sincero e sentito ringraziamento a tutti i protagonisti della “prima ora”, che si sono impegnati per la nascita e l’apertura dell’Istituto. Molti di questi pionieri sono già morti (p. Calisto Vendrame, p. Francisco Alvarez, p. Emidio Spogli, p. Domenico Casera...): che Dio conceda a tutti, il premio della felicità eterna e che possano continuare ad essere i nostri saggi ispiratori.

A tutti quei pionieri che vivono oggi ancora con noi e che con gioia condividono questo momento di *καρπός* (grazia), p. Angelo Brusco, p. Frank Monks, p. Renato Salvatore, p. Luciano Sandrin, p. Eugenio Saponi, p. Arnaldo Pangrazzi, p. Giuseppe Cinà, e a tanti altri, esprimiamo la nostra gratitudine, a nome di tutti i camilliani dell’Ordine.

Che il Signore, san Camillo e la Madonna della Salute possano trasformare i nostri cuori, per essere e vivere come veri servitori samaritani della saggezza di Dio, nel gestire la conoscenza umana scientifica nel mondo della salute.

Sia lodato Gesù Cristo!

AREE SCIENTIFICO–DISCIPLINARI

AREA 01 – Scienze matematiche e informatiche

AREA 02 – Scienze fisiche

AREA 03 – Scienze chimiche

AREA 04 – Scienze della terra

AREA 05 – Scienze biologiche

AREA 06 – Scienze mediche

AREA 07 – Scienze agrarie e veterinarie

AREA 08 – Ingegneria civile e architettura

AREA 09 – Ingegneria industriale e dell'informazione

AREA 10 – Scienze dell'antichità, filologico–letterarie e storico–artistiche

AREA 11 – Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

AREA 12 – Scienze giuridiche

AREA 13 – Scienze economiche e statistiche

AREA 14 – Scienze politiche e sociali

AREA 15 – **Scienze teologico–religiose**

Il catalogo delle pubblicazioni di Aracne editrice è su

www.aracneeditrice.it

Compilato il 30 aprile 2018, ore 10:02
con il sistema tipografico L^AT_EX 2_ε

Finito di stampare nel mese di aprile del 2018
presso «The Factory Srl»
Via Tiburtina 912, Roma – www.the-factory.it
per conto della «Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale» di Canterano (RM)